



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**"ASPECTOS Y GENERALIDADES  
DE LOS NEOPLASMAS DE  
LA CAVIDAD ORAL".**

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

**Raúl García Mota**

★



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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.

## INDICE

|  | PAG. |
|--|------|
| INTRODUCCION.....                          | 5    |
| OBJETIVOS.....                             | 8    |
| NEOPLASMAS DE ORIGEN DENTAL.....           | 9    |
| Clasificación.....                         | 11   |
| A) Quistes Congenitos.....                 | 12   |
| 1.- Tirogloso.....                         | 13   |
| 2.- Branquial.....                         | 15   |
| 3.- Dermoide.....                          | 16   |
| B) Quistes de Desarrollo.....              | 17   |
| 1.- De Origen no Dental.....               | 17   |
| A) Tipos de hendidura.....                 | 17   |
| 1.- Nasoalveolares.....                    | 17   |
| 2.- En la línea media.....                 | 18   |
| 3.- Del canal incisivo (nasopalatino)..... | 19   |
| B) De retención.....                       | 22   |
| 1.- Mucoccele.....                         | 22   |
| 2.- Ránula.....                            | 23   |
| 2.- De Origen Dental.....                  | 26   |
| a) Periodontales.....                      | 26   |
| 1.- Periapical.....                        | 27   |

|   | PAG. |
|---|------|
| 2.- Lateral.....                                      | 27   |
| 3.- Residual.....                                     | 28   |
| B) Primordiales (folicular).....                      | 29   |
| C) Dentígero.....                                     | 30   |
| TUMORES DENTALES FORMADOS EN MAXILAR Y MANDIBULA..... | 35   |
| a) Odontomas.....                                     | 35   |
| b) Ameloblastomas.....                                | 37   |
| NEOPLASMAS DE LOS HUESOS MAXILARES.....               | 41   |
| a) Osteomas.....                                      | 41   |
| b) Displasias Fibrosas.....                           | 42   |
| c) Mixomas y Condromas.....                           | 44   |
| d) Sarcomas.....                                      | 46   |
| e) Tumor de EWING.....                                | 48   |
| f) Mieloma múltiple.....                              | 49   |
| g) Tumor de las células gigantes.....                 | 50   |
| NEOPLASMAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.....                | 53   |
| a) Papiloma.....                                      | 54   |
| b) Fibroma.....                                       | 54   |
| c) Epulis fibroso.....                                | 55   |
| d) Tumor del embarazo.....                            | 56   |

|   | PAG. |
|---|------|
| e) Hemangioma y Linfangioma.....  | 57   |
| f) Lipoma.....  | 60   |
| g) Mioma.....   | 61   |
| h) Nevos Pigmentarios.....  | 61   |
| i) Tumor mixto.....   | 62   |
| j) Adeno carcinoma.....   | 64   |
| k) Fibroma Neurologico.....   | 65   |
| l) Neuriloma y Ganglioneuroma.....  | 65   |
| m) Fibrosarcoma.....  | 65   |
| n) Carcinoma.....   | 66   |
| 1.- TRATAMIENTO.....  | 70   |
| 2.- TERAPEUTICA POR IRRADIACION.....  | 71   |
| 3.- TRATAMIENTO QUIRURGICO.....   | 73   |
| QUISTES OSEOS.....  | 78   |
| TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.....                                     | 81   |
| a) Benignos.....  | 81   |
| b) Malignos.....  | 86   |
| c) Tumores más importantes.....   | 90   |
| DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES DE LAS GLANDULAS-<br>SALIVALES..... | 94   |
| a) Historia clínica.....  | 94   |
| b) Examen físico.....   | 96   |

|  | PAG. |
|--|------|
| c) Reacción subjetiva.....                                 | 100  |
| d) Valoración radiográfica.....                            | 101  |
| e) Procedimientos quirúrgicos.....                         | 105  |
| <br>   |      |
| CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS LESIONES QUISTICAS.... | 108  |
| a) Diagnóstico.....  | 108  |
| b) Examen radiográfico.....                                | 110  |
| c) Técnica quirúrgica.....                                 | 112  |
| d) Tratamiento posoperatorio.....                          | 113  |
| <br>   |      |
| CONCLUSIONES.....  | 119  |
| <br>   |      |
| BIBLIOGRAFIA.....  | 121  |

## INTRODUCCION

El Odontólogo desempeña un papel sumamente importante no solo cuando él mismo ejecuta algún trabajo restaurativo o quirúrgico, sino también cuando envía pacientes con algún especialista determinado.

Los Odontólogos tenemos la oportunidad de atender personalmente los casos, observarlos o bien enviarlos a otro médico -especialista, y frecuentemente se deberan tomar tales decisiones.

Hemos tenido la oportunidad de aprender en la Facultad de Odontología varios métodos que se desean llevar a cabo como parte de la práctica sistemática; la destreza y la seguridad solo pueden obtener através de las repetidas experiencias y de la valoración crítica de los resultados.

No existe acuerdo uniforme acerca de cuales son los métodos en particular que el Odontólogo debería ser capaz de realizar por sí mismo y cuales deberían ser realizados por un Cirujano Bucal.

De hecho, los campos se confunden, incluyendo algunos métodos que podrían ser practicados por el Odontólogo, pero que el

Cirujano Bucal puede realizar con más pericia y con un mayor beneficio para el paciente.

Se deberá considerar con exactitud el diagnóstico, el conocimiento de la anatomía de cabeza y cuello y la habilidad para manejar cualquier complicación o situación de urgencias que pudiera presentarse, cualquiera que sean los métodos que se elijan deberán de realizarse de una manera correcta y a menudo para mantener así la destreza.

Se deberá contar con el equipo adecuado y ayuda digna de confianza para disminuir la tensión del paciente y la de sí mismo.

Intentar llevar a cabo procedimientos quirúrgicos realizados en forma frecuente, con base a ello se evitará al paciente la inconveniencia de una visita al especialista o ignorar una afección latente, pero que potencialmente puede acarrear futuras complicaciones, representa un pobre auxilio para el paciente.

Los estados normales deberán ser tratados al realizar el diagnóstico, si la salud general no presenta contra indicaciones, si el Odontólogo se siente seguro de que puede salir adelante con la operación y obtener buenos resultados es, ciertamente negligente si no brinda ayuda, pero por otra parte es igualmente negligente si, cuando no se siente calificado, comete el error de no enviar al paciente con el especialista adecuado, por con--



siguiente, corresponde a cada Odontólogo decidir por sí mismo -  
los límites de su capacidad en cirugía bucal y concretamente en-  
el tratamiento de los tumores que se pueden presentar en la cavid  
dad bucal.

## OBJETIVOS

Los objetivos que se persiguen en la elaboración de esta tesis son los siguientes:

1.- El poder reconocer los cambios malignos tempranos en los tejidos bucales, estimulando al Cirujano Dentista a mejorar su capacidad para formular un diagnóstico adecuado.

2.- Que se tenga una ética profesional bien infundada, -- así como la responsabilidad de comprometerse a realizar la técnica más adecuada que permita conservar la integridad funcional y biológica del paciente.

3.- Dar a conocer algunas técnicas para la erradicación - de los tumores bucales para escoger la más adecuada y la que nos de mejores resultados.

4.- Que el Odontólogo tome plena conciencia y tenga el deber de informar al paciente sobre el tratamiento que llevará a - cabo y de concientizar al mismo de su responsabilidad durante dicho tratamiento.

5.- Motivar al Odontólogo a una constante superación profesional y personal mediante cursos y conferencias para ir superando mas aún los conocimientos adquiridos previamente.

## NEOPLASMAS DE ORIGEN DENTAL

Los tumores o neoplasmas son formaciones nuevas de tejido anormal que aparecen en la cavidad bucal al igual que en otras partes del cuerpo. Pueden aparecer en los labios, carrillos, piso de la boca, paladar, lengua, huesos maxilares y mandíbula.

Estas nuevas formaciones pueden ser de tejido epitelial, conectivo o nerviosos; sin embargo, los tumores neurogénicos son extremadamente raros en la cavidad bucal. Los tumores pueden ser Benignos o Malignos según su comportamiento y estructura celular.

**TUMOR BENIGNO.-** Crece lentamente y generalmente está encapsulado, se agranda por expansión periférica, empuja las estructuras vecinas y no produce metástasis.

**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 y por el fenómeno de metástasis, pues provoca neoplasias secundarias en partes distintas del cuerpo, generalmente a través de las corrientes linfática y sanguínea.

El tratamiento de los tumores consiste esencialmente en su extirpación pero la intervención quirúrgica difiere según la naturaleza del neoplasma.

Algunos neoplasmas benignos de la boca poseen características rara vez encontradas en otras partes del cuerpo. Estas características guardan relación con los tumores de origen dentario.

Los tumores bucales pueden ser de origen dentario o no.

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. Los tumores epiteliales pueden producir secreción o no, dependiendo de la presencia de epitelio secreto, como ocurre en los quistes.

El quiste es una cavidad que se presenta en tejidos blandos o duro con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso. Está rodeado por una pared de tejido conectivo o cápsula y suele tener revestimiento epitelial. El volumen del contenido es importante en relación con el tamaño de la masa total del tejido.

## CLASIFICACION.

Los tipos de quistes que pueden presentarse en la cavidad bucal, en la cara y en el cuello son:

Congénitos, de desarrollo y de retención: La siguiente -- clasificación está basada en la que realizaron ROBINSON, THOMA, -- Etc..

### A) - QUISTES CONGENITOS.

- 1.- Tirogloso.
- 2.- Branquial.
- 3.- Dermoide.

### B) QUISTES DE DESARROLLO.

- 1.- De origen no dental.

#### A) TIPO DE HENDIDURA.

- 1.- Nasoalveolares
- 2.- En la línea media.
- 3.- Del canal incisivo (rasopalatino).
- 4.- Globulomaxilares.

#### B) DE RETENCION.

- 1.- Mucocele.
- 2.- Ránula.

## II.- De origen dental.

### A) PERIODONTALES

1.- Periapical.

2.- Lateral.

3.- Residual.

### B) PRIMORDIALES (folicular)

### C) DENTIGERO.

No se incluyen en esta clasificación los neoplasmas con aspecto quístico. Los tumores benignos de los tejidos blandos de la cavidad bucal que pueden tener aspecto clínico de un quiste incluyen: Fibroma, Lipoma, Mioma, Hemangioma, Linfangioma y Papiloma.

Hay otros neoplasmas y estados displásicos del hueso que pueden parecer lesiones quísticas a la radiografía.

Estos neoplasmas incluyen el tumor de las células gigantes, la displasia fibrosa, el fibroma osificante, el carcinoma metastásico, el sarcoma osteolítico, otros tumores óseos primarios que no son comunes y el mieloma múltiple.

### A) QUISTES CONGENITOS.

1.- QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO.- Estos quistes pueden aparecer en cualquier porción del conducto tirogloso; por lo tanto, están en la línea media y generalmente son de color obscuro.

También pueden estar tan vascularizados que se parecen al hemangioma. Un síntoma importante y frecuente es la hemorragia en la boca debido a la rotura de las venas sobreyacentes.

El conducto tirogloso ésta en la línea que une la glándula tiroide y el agujero ciego de la lengua. El quiste o la fístula que nacen de este conducto se localizan en la línea media, en cualquier punto entra al itsmo de la glándula tiroides y la base de la lengua.

La fístula generalmente se inserta o está en relación íntima con el hueso hioides. El quiste puede ser asintomático o puede causar síntomas como resultado de la presión sobre otras partes.

La deglución hace que el quiste se mueva hacia arriba. -- Debido al conducto tirogloso el quiste puede infectarse, en tal caso puede drenar espontáneamente, pero también puede hacerse la incisión.

Debe quitarse antes que ocurra la infección o después de-

que los síntomas agudos han disminuido. La escisión completa -- del trayecto fistuloso hasta la base de la lengua, frecuentemente incluyendo una porción del hueso hioides, es sumamente indispensable para la curación.

Las anomalías del conducto tirogloso deben ser tratadas por una escisión quirúrgica, pues son inútiles las perforaciones repetidas del quiste, salvo para aliviar la inflamación aguda. También están contraindicados los agentes esclerosantes y la irradiación. La escisión quirúrgica se efectúa con una incisión transversal sobre el quiste. Se separan cuidadosamente los tejidos suprayacentes y el trayecto fibroso se identifica y luego se sigue disecando.

Es muy inconveniente inyectar un colorante para resaltar más el trayecto fibroso ya que con frecuencia el colorante se difunde y tiñe así otros tejidos, obscureciendo así el campo operatorio.

Generalmente el trayecto fibroso puede ser seguido sin inyectar colorantes, para facilitar la exposición se separa el hueso hioides para examinar arriba de este punto y permitir la escisión del agujero ciego que es el punto de determinación del conducto tirogloso.

Al cerrar la herida los músculos de la lengua se juntan -- con los puntos separados de seda o catgut crónico y los bordes --



cortados del hueso hioides se aproximan con suturas a través del periostio o la fascia adyacente y se coloca profundamente en los músculos de la lengua un pequeño tubo de hule para el drenaje a través de la incisión cutánea.

## 2.- QUISTES BRANQUIALES .

Existen varias teorías en lo que respecta al origen de los quistes branquiales, pero diferentes pruebas demuestran que nacen de la persistencia de la segunda hendidura branquial. Se localizan características a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo en cualquier parte del cuello.

Al extirpar los quistes se utiliza una substancia radiopaca, como el aceite yodado (lidipiodol), y yofendilato (pantopaque) para poder así precisar la extensión y localización de la lesión. Se puede introducir una sonda en el conducto fistuloso para facilitar su identificación mientras se avanza en la disección. La técnica de escalera de Bailey es útil para seguir el conducto fistuloso hasta su terminación en la pared faringea.

Este procedimiento de dos facas hace mínima la cicatriz.- El conducto se liga con seda fina o catgut en la entrada a la faringe y las heridas se cierran como de costumbre dejando un drenaje, el cual suele quitarse a los dos o tres días. El mejor acceso al quiste branquial es a través de una incisión centrada -

en la parte más saliente del quiste y paralela al borde anterior al músculo esternocleidomastoideo. El quiste puede tener adherencias en importantes troncos, nervios y vasos y por lo tanto es necesario lograr una exposición adecuada al examinar el quiste.

Debe tener mucho cuidado para evitar la rotura del quiste durante la disección. Cualquier epitelio que se deje originará la recurrencia. La herida se cierra en capas y la piel se sutura de modo que se pueda lograr el mejor resultado estético. Se dejará un pequeño drenaje durante uno o dos días al cabo de los cuales se retirará.

Puede haber un conducto fistuloso que se extiende hasta el músculo digástrico terminando en la fosa amigdalina. Estos quistes o conductos están cubiertos por epitelio escamoso estratificado y ciliado y contienen un líquido lechoso o mucoso. Puede haber una fístula externa, el tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa.

### 3.- QUISTES DERMOIDES.

Los quistes dermoides son relativamente poco frecuentes en la cavidad bucal. Los quistes dermoides consisten de una pared fibrosa cubierta por epitelio escamoso estratificado. Los quistes frecuentemente contienen cabello y glándulas sebáceas y sudoríparas.

riparas, así como estructuras dentales.

Pueden presentarse en el paladar blando y duro, en el dorso de la lengua pero más comunmente en el piso de la boca. Causan una tumefacción en el mismo sitio que los quistes sublinguales de retención y deberan ser diferenciados de ellos. No tienen el aspecto vesicular de la ranula. Los quistes dermoides -- pueden ser localizados arriba o abajo del músculo genihiideo. - Ocurren generalmente en la línea media, pero pueden ser desplazados lateralmente durante el desarrollo y como tales deberan ser bien diferenciados de los quistes de origen branquial.

Los quistes dermoides no son fáciles de descubrir si no existe una tumefacción debajo del mentón o en el piso de la boca. A la palpación estos quistes dan una sensación similar a la del caucho; generalmente contiene una secreción amarilla parecida al queso. El color nos ayuda a diferenciar los quistes dermoides de la ránula, que tiene color azuloso. El examen radiográfico puede ayudar a distinguir un quiste dermoide de otras lesiones similares debido a su contenido, frecuentemente con sustancias radiopacas. El tratamiento es la remoción quirúrgica de todo tumor.

b).- QUISTES DE DESARROLLO.

1.- DE ORIGEN NO DENTAL.

1.- QUISTE NASOALVEOLAR.

El quiste nesoalveolar se forma en la unión de los proce-

tos globular, lateral, nasal, maxilar superior. Produce una tumefacción en la inserción del ala de la nariz y al crecer invaden la cavidad nasal. Los datos radiográficos son negativos debido a que estos quistes no son lesiones centrales de hueso. Los quistes suelen estar cubiertos de epitelio de tipo nasal, pero también pueden contener algunas células escamosas estratificadas. Al observarse clínicamente, pueden confundirse con quistes de origen dental o absesos alveolares, dentales en diente anteriores superiores.

#### TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa. El quiste nasoalveolar generalmente se quita intrabucalmente por una incisión cuidadosa de la membrana sobreyacente enucleando el quiste.

#### 2.- QUISTES DE LA LINEA MEDIA.

El quiste de la línea media es un quiste de hueso que se forma en la hendidura media del paladar por restos embrionarios. Se han descrito quistes de la línea media alveolares, pero se dice que estos no son quistes de la línea media verdaderos, ya que los huesos que se unen en esas regiones se originan de tejidos mesenquimatosos profundos sin oportunidad de inclusión de restos epiteliales, y se cree que son quistes primordiales de gérmenes de dientes supernumerarios.

Los quistes de la línea media se diferencian de los quistes del canal incisivo debido principalmente a su localización, ya que estos ocurren más hacia atrás en el paladar. Los datos radiográficos son desorientadores, por la superposición de las sombras de los senos paranasales. La inyección de un material radiopaco delinearé el quiste.

#### TRATAMIENTO.

La escisión quirúrgica de estos quistes es el tratamiento de elección, pero también se puede utilizar el método de Partsch. Frecuentemente estos quistes tienen que alcanzarse haciendo un colgajo mucoperiostico desde la pared labial del maxilar superior y del paladar. Estos quistes están cerca del piso de la nariz e invaden la cavidad nasal. Tienen un saco de tejido conectivo cubierto por epitelio estratificado. Como en otros quistes, puede haber espacios de cristales de colesterol rodeados en algunos casos por células de cuerpo extraño.

#### 3.- QUISTES DEL CANAL INCISIVO (Quistes Nasopalatinos)..

Los quistes que se presentan en el centro del hueso son llamados quistes del canal incisivo. A veces se forma un quiste de tejido blando en la papila palatina. Estos quistes no crecen dentro del hueso ni alteran de la manera importante la mucosa so breyacente. Se les llama quistes de la papila palatina y se diferencian de un quiste óseo por medio de la radiografía y por --

examen quirúrgico.

La imagen radiográfica es de gran valor al hacer el diagnóstico de los quistes de canal incisivo. Sin embargo, el tamaño del canal incisivo no es constante y un canal y un agujero -- grandes pueden dar la apariencia de un quiste. En las arcadas -- desdentadas, debido a la resorción, el quiste puede aparecer más cerca de la superficie.

#### TRATAMIENTO.

El diagnóstico de los quistes radicales es necesario para evitar la desvitalización o extracción de estos dientes. Generalmente estos quistes no dan síntomas clínicos si no se infectan secundariamente. Cuando se infectan se puede notar una descarga persistente de pus que sale bajo presión. El sondeo o la perforación generalmente dejan que escape líquido, pero la tumefacción reaparece si el quiste no se quita quirúrgicamente. Para la vía de acceso quirúrgico se hace un colgajo palatino después de una incisión a lo largo de los márgenes gingivales linguales.

Elevando cuidadosamente el colgajo se pueden conservar -- los nervios y vasos que están en el agujero y que salen en la papila. Frecuentemente los nervios y los vasos deben ser cortados para mejor acceso al tejido quístico. Esto no trae como conse--

cuencias indeseables; generalmente el quiste puede ser quitado -- cuidadosamente del tejido blando o del hueso según el caso.

Los quistes nasopalatinos generalmente contienen una membrana gruesa de tejido conectivo. La cubierta varía desde el -- epitelio de transición o el cilíndrico ciliado. En muchos casos hay intensa infiltración inflamatoria debido a la infección se-- cundaria de la cavidad bucal.

#### 4- QUISTES GLOBULOMAXILARES.

Los quistes globulomaxilares son sacos forrados de epite-- lio que se forman en la unión de los procesos globular y maxilar entre los incisivos laterales y caninos. Generalmente causan -- una divergencia de las raíces de estos dientes y aparecen como - radiolucideces piriformes en la radiografía. Como otros quistes de la cavidad bucal, se infectan secundariamente y sufren altera-- ciones inflamatorias agudas.

El diagnóstico de los quistes globulomaxilares depende ca-- si completamente de su localización entre el incisivo lateral y el canino además de una valoración clínica de los dientes adya-- cientes para diferenciarlos de un quiste de origen dental. Gene-- ralmente estos dientes responden favorablemente a las pruebas de vitalidad. El quiste consiste en una membrana de tejido conecti-- vo forrada por epitelio estratificado.

## TRATAMIENTO.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en escisión cuidada, pero también se puede utilizar el método o técnica de --- PARTSCH. Generalmente los dientes adyacentes no se tocan si la operación se planifica y se realiza correctamente. Se levanta un colgajo mucoperióstico de la pared labial del hueso para lograr acceso adecuado a la región enucleándose el quiste.

La de estos sanan por primera intención y la cicatrización primaria puede obtenerse sin usar apósitos ni otras sustancias para obliterar la cavidad.

### b) QUISTES DE RETENCION.

#### 1.- MUCOCELES.

Los quistes mucosos o mucocelos resultan de la obstrucción de un conducto glandular y generalmente aparecen en el labio, carrillo y piso de la boca. Pueden también encontrarse en la porción anterior de la lengua donde las glándulas están localizadas en la superficie inferior. Son tumefacciones pequeñas, redondas o translúcidas ovales; generalmente tienen color azulado y pueden confundirse con un hemangioma. El mucocelo es móvil y suele encontrarse inmediatamente debajo de la mucosa. Algunas veces los mucocelos pueden perforarse accidentalmente o romperse espontáneamente, pero se forma de nuevo.



## TRATAMIENTO.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa. Se hace una incisión cuidadosa a través del epitelio delgado suprayacente, que suele estar tenso sobre el quiste mucoso. Una incisión de alternativa que preserva la membrana mucosa suprayacente, para ayudar a asir el tejido durante la enucleación del mucocelo, frecuentemente facilita la disección.

Generalmente el quiste mucósico tenderá a sobresalir de su lecho de tejido blando, y puede liberarse cuidadosamente usando una disección roma con pinzas de hemostasia curvas, cureta, o elevador de periostio pequeño. Deberá tenerse gran cuidado de no romper el saco, puesto que entonces la disección sería más difícil y no se podría tener la certeza de haber eliminado el quiste en su totalidad. En este tipo de lesiones las residivas son comunes; aunque se ha descrito una técnica con la que se aspira el contenido de un mucocelo y se le inyecta una mezcla ligera de alginato o material de impresiones con una base de caucho.

Esto endurece y delinea claramente toda la extensión de la lesión, ayudando así a diseccionarla.

## 2.- RANULA.

Una ránula es un quiste que se forma en el piso de la boca, generalmente de una glándula sublingual. La ránula se forma de una manera similar al mucocelo, pero éste tiene un tamaño ma-

yor. Cuando llega a ser de tamaño mayor, la mucosa se adelgaza y el quiste presenta un color azulado. Es una lesión no dolorosa, pero la lengua puede ser levantada, lo que dificulta la fonación y la masticación. La ránula puede perforarse cuando se --traumatiza, escurriendo un líquido mucoide que se acumula de nuevo cuando sana la lesión.

El tamaño de la ránula no puede calcularse por su aspecto dentro de la boca. Está y fluctuante, pero se deprime a la presión. Pocas veces causa un tumefacción externa y rara vez se infecta. Es indolora y contiene un líquido mucoide. La ránula es mucho más firme que el angioma, que se encuentra a veces en el piso de la boca. Los quistes dermoides dan una sensación de masa a la palpación y ocurren más frecuentemente en la línea media.

#### TRATAMIENTO.

La simple incisión y drenaje de la ránula va siempre seguida de recurrencias, la enucleación de una ránula sin romper la pared delgada es prácticamente imposible y trae muchas complicaciones posteriores importantes. Una vez que el quiste se ha roto es muy difícil distinguir la continuación de la cubierta y si no se remueve en su totalidad la ránula es fácil que recidive.

Se puede utilizar un dedal en forma de lazo de alambre pa

ra intentar restablecer una abertura del conducto forrado de epitelio, pero esto falla muy frecuentemente.

La operación de Partsch o marsupialización de una ránula es considerado como el mejor procedimiento quirúrgico. Consiste en la escisión de la pared superior de la ránula suturando la cubierta del quiste a la mucosa del piso de la boca y haciendola -continua a la cavidad bucal.

Se utiliza la siguiente técnica:

Se coloca una serie de suturas alrededor de los márgenes -del quiste las suturas atraviezan la mucosa normal del piso de -la boca y la pared del quiste. Cuando el quiste está bien deli-  
neado con las suturas se hace la escisión de la pared superior-  
inmediatamente por dentro de las suturas. El fondo del quiste -  
se eleva a su posición normal al salir el contenido líquido y se  
hace continuo con el piso de la boca. La membrana quística se -  
transforma y asume las características de los tejidos adyacentes.

Algunos operadores quitan una pequeña porción de la pared superior aspiran el contenido del quiste y lo limitan llenándolo con gasa estéril. Se termina la disección de la pared superior-  
del quiste y se coloca las suturas periféricas.

Este procedimiento se hace mejor con anestesia local con-  
bloqueo del nervio lingual. La infiltración local complementa--

ria no suele ser necesaria. Si la tumefacción atraviesa la línea media entonces es necesario aplicar un bloqueo bilateral.

Algunos autores reconocen que ciertas rínulas son de origen mas profundo que otras, y frecuentemente es necesario eliminar la glándula sublingual vecina. Recalcan que la asistencia quirúrgica lógica se basa en patogénesis y en anatomía patológica de la lesión, y que no se justifica una intervención dogmática para el tratamiento de lesiones quísticas del piso de la boca.

## II.- QUISTES DE ORIGEN DENTAL.

### a) PERIODONTALES.

1.- PERIAPICALES.

2.- LATERALES.

3.- RESIDUALES.

El quiste periodontal está formado por restos epiteliales o de la membrana peridontal. Todos son de origen inflamatorio, la localización generalmente está en el ápice del diente, por lo que se les llama quistes radiculares, pero también se forma a lo largo de la pared lateral y entonces son llamados quistes laterales.

A los quistes de naturaleza inflamatoria en las regiones desdentadas se les da el nombre de residuales. Estos se deben -

a la remoción incompleta de tejidos patológicos cuando se extrae un diente infectado. Los quistes inflamatorios son el resultado de una infección dental con necrosis de tejido pulpar y transformación degenerativa en granuloma o quiste.

No todos los granulomas epiteliales degeneran quistes, - la formación de un quiste depende primero de la disolución de la parte central del granuloma y segundo de la trasudación del líquido a través del saco de tejido conectivo con forro de epitelio hasta el interior de la lesión.

Estos quistes suelen estar revestidos de epitelio escamoso estratificado y generalmente se encuentran infiltración de células redondas y otros signos de inflamación crónica.

El quiste periodontal de naturaleza principalmente inflamatoria, nos muestra signos de formación de neoplasmas de las células epiteliales que forran su pared.

El quiste pequeño periodontal muchas veces puede ser enucleado a través de la pared del alveolo después de quitar el diente atacado. Sin embargo, es mejor hacer un colgajo para quitar el quiste desde la carabucal o labial. Esto asegura una mejor visibilidad de la región patológica y permite una remoción más completa de todo el tejido quístico.

Los quistes periodontales grandes suelen afectar varios-  
dientes y es de suma importancia que los dientes vitales no sean  
extraídos innecesariamente. Esta superposición, puede extender-  
se bucal, labial o palatinamente a dientes aparentemente ataca-  
dos, y en este caso, al extirpar el quiste puede sacrificarse -  
dientes sanos.

En regiones quísticas grandes cuando hay peligro de da-  
ñar alguno de los dientes adyacentes, el método de preferencia -  
es el de Partsch.

Muchos de los quistes inflamatorios sufren infección cró-  
nica y forman fistulas a través de la pared alveolar hacia el mu-  
coperiostio suprayacente. En algunos casos el agrandamiento del  
quiste es tal que todo el hueso sobreyacente desaparece y la pa-  
red quística se adhiere al mucoperiostio.

En estos casos se hace un colgajo mucoperiostico, pero -  
este procedimiento es tedioso y se debe separar cuidadosamente -  
la pared del quiste del tejido blando que cubre al hueso.

Las raíces de los dientes que penetran en una cavidad --  
ósea después de la enucleación de un quiste deben ser amputadas-  
a continuación de la conductoterapia, o bien deberan ser extraí-  
das.

Existe el peligro de una remoción incompleta de tejido -

quístico en las regiones poco accesibles, ya que muchas veces - la lesión no puede verse bien o las raíces de los dientes adya-- centes pueden impedir el acceso quirúrgico.

Los quistes periodontales residuales no pueden diferen-- ciarse en la radiografía y solamente pueden comprobarse por un - examen microscópico . En todos los casos el mejor tratamiento es- la enucleación.

b) QUISTES PRIMORDIALES (FOLICULARES).

Los quistes primordiales se diferencian de los quistes - periodontales y de los dentígeros en que no contienen elementos- calcificados .

El término folicular se ha aplicado a este tipo de le--- sión y puede utilizarse como sinónimo.

En los quistes primordiales el retroceso del retículo es- trellado en el órgano del esmalte se verifica antes de la calci- ficación del diente.

La palabra primordial implica una estructura más sencii-- lla y menos desarrollada. El quiste esta forrado por un epite-- lio escamoso estratificado y puede ser locular, multilocular o - multiple.

Los quistes odontógenos, como los primordiales, se forman del epitelio bucal primitivo y por lo tanto están relacionados con el ameloblastoma. Un neoplasma dental verdadero. En estos quistes las células epiteliales tienen capacidad neta de desarrollar neoplasmas.

Con excepción de la ausencia de las estructuras dentales en el período de desarrollo, cuando los cambios quísticos pueden verificarse, estos quistes primordiales y dentígeros son idénticos en todo lo que respecta al tratamiento quirúrgico y su diagnóstico hasta cierto punto es difícil.

#### c) QUISTES DENTÍGEROS.

El quiste dentígero contiene la corona de un diente que no ha hecho erupción o una anomalía dental como el odontoma. -- Estos quistes se desarrollan después del depósito de esmalte y probablemente son el resultado de cambios degenerativos en el epitelio reducido que forma el esmalte.

El hecho de que el epitelio de un quiste dentígero se inserta en el cuello de un diente es prueba de que la mayoría de los casos el quiste está formado por el órgano del esmalte y no independiente de él. Si se forma un quiste cuando un diente ha hecho erupción, se llama Quiste de Erupción.

Estos quistes interfieren en la erupción normal de los-



dientes. Los quistes de erupción se encuentran más comúnmente - en el niño y el adulto joven, y puede acompañar a cualquier diente. Si se aconseja tratamiento, todo lo requerido será practicar una simple incisión o descubrir la bóveda.

Los quistes dentígeros agrandados pueden causar un gran desplazamiento del órgano dentario. La presión del líquido acumulado generalmente desplaza al diente en dirección apical y con frecuencia la formación de la raíz no es completa.

Los quistes dentígeros pueden encontrarse en cualquier parte de la mandíbula o de los maxilares superiores, pero se localizan más frecuentemente en el ángulo de la mandíbula, región de los caninos, terceros molares superiores, cavidad antral y también en piso de la órbita.

Los quistes pueden ser formados por varios gérmenes dentales actuando en conjunto y su formación da una apariencia foliular múltiple. El germen del diente que nace de la lámina dental o de la capa epitelial externa del órgano del esmalte del diente, puede dividirse y así formar un número de folículos.

Cada folículo puede formar un quiste causando la formación de los llamados quistes hijos que necesitan una exploración cuidadosa al hacer la operación.

Debemos recordar que el quiste primordial o dentífero - es un ameloblastoma en potencia. La formación de gérmenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en la luz de la lesión pueden ser el principio del tumor dental.

Estos quistes de desarrollo tienden mucho a reaparecer.- Frecuentemente los quistes con revestimiento epitelial grueso -- tienden mas a la recidiva que los quistes con epitelio delgado,- especialmente si son múltiples.

Está indicada la enucleación completa del quiste en este tipo de quistes de desarrollo dental. La ~~escisión~~ escisión parcial es peligrosa y cualquier parte pequeña que se deja puede formar un tumor verdadero.

Cuando se usan las técnicas de enucleación o la combinada de Partsch por consideraciones anatómicas se deben hacer biopsias múltiples y seguir el curso posoperatorio por exámenes radiográficos cada seis meses.

Cualquier tejido patológico que se quita no debe descartarse; se pone en un frasco con solución de formol al 10 por 100, y se prepara para un examen microscópico completo.

Se ha informado acerca de desarrollo de carcinoma en las células epiteliales de este tipo de lesión quística. Muchos de estos quistes no dan síntomas clínicos hasta que se nota la asi-

metría de la cara.

Estos quistes pueden llegar a ser de gran tamaño abarcando todo el cuerpo o la rama ascendente de la mandíbula y una gran porción del maxilar superior, desplazando los senos orbitales y paranasales sin invadirlos.

Muchas veces las radiografías muestran una expansión marcada del hueso de manera que las capas corticales suprayacentes son sumamente delgadas. El tratamiento de elección, aun en las lesiones quísticas extremadamente grandes, es su enucleación cuidadosa. Si está destruida una pared cortical de hueso por la presión expansiva, el tejido perióstico se deja intacto y sirve como una ayuda excelente para la regeneración del hueso.

Cuando la expansión y asimetría intensa han ocurrido, el proceso de reparación establece el contorno normal del hueso y la regeneración es completa, siempre que la operación sea adecuada y no hay recurrencia del quiste.

Cada caso presenta su problema individual en diagnóstico y en tratamiento, pero si ambos son correctos no hay razón por la cual el pronóstico no sea excelente y las complicaciones mínimas.

El paciente debe recibir toda consideración y comprender los problemas del Odontólogo del mismo modo en que éste debe

comprender la preocupación del paciente por un pronóstico favorable.

## II TUMORES DENTALES FORMADOS EN MAXILAR Y MANDIBULA.

Los tumores dentales que se forman en los huesos maxilares y de la mandíbula pueden dividirse en:

1.- ODONTOMAS

2.- AMELOBLASTOMAS

### ODONTOMAS.

Los odontomas calcificados, las perlas simples de esmaltes y los cementomas generalmente están formados de una ó más clases de elementos dentarios. Los odontomas constan de dentina, las perlas de esmalte constan de esmalte. Los cementomas son de cemento. Los odontomas son compuestos cuando contienen dos o más tejidos dentarios. Estos tumores dentíferos simples provienen de alguna aberración del germen dentario al principio del desarrollo.

La intervención quirúrgica se practica a una edad temprana para impedir alteración de la dentición permanente. En años subsecuentes suelen aparecer cerca de las raíces de los dientes cementomas múltiples y fibromas osificantes. Los dientes permanecen vitales y no hay síntomas. La intervención quirúrgica en estos tumores inocuos es innecesaria, ya que frecuentemente alcanzan una etapa de inactividad y se calcifican dentro de los huesos sin perturbar la función y sólo se notan en las radiografías. Los odontomas compuestos se extirpan --

ya que contienen diversas formaciones dentales que tienden a formar quistes destructivos, algunas de estas masas crecen hasta alcanzar tamaño considerable en el joven, interfiriendo así con la erupción de los dientes permanentes. Pueden ocasionar mucha destrucción ósea.

El diagnóstico radiográfico puede ser la única prueba importante de su presencia, además de una ligera alteración de las estructuras vecinas. La remoción quirúrgica de estos tumores benignos es siempre conservadora; pueden intervenir extirpando -- hueso suprayacente. Estas masas son enucleadas de las estructuras óseas adyacentes de los maxilares por medio de fresas quirúrgicas o cinceles. La disección precisa y controlada se refiere -- al empleo de elevadores, ya que los tejidos vecinos pueden ser lesionados cuando se aplica la fuerza no controlada del elevador.

El cierre primario del sitio de la intervención después -- de la obliteración de la cavidad con tapones resorbibles es el -- tratamiento de elección. Las complicaciones de la extirpación de los odontomas comprenden parestesia del labio inferior y de mandí bula cuando la masa tumoral está en contacto con el nervio dentario inferior, hemorragia de la cavidad cuando no se controlan las áreas de sangrado, e infección secundaria con separación de las -- suturas. No se han comunicado casos de recurrencia de este tipo -- de tumores.

El ameloblastoma es un tumor que proviene de las células embrionarias de los dientes en desarrollo. Aunque la mayoría de sus formas son similares a otros tumores benignos de crecimiento lento, otras pueden transformarse en malignas. Se ha visto su degeneración carcinomatosa. Puede haber pocos síntomas subjetivos durante el crecimiento del tumor. El agrandamiento del tumor puede empujar las tablas externa, interna y palatina. Los dientes pueden ser móviles y presentarse síntomas de presión, especialmente en la región de los senos maxilares. El examen radiográfico puede revelar tipos unilocular o multilocular. Los ameloblastomas uniloculares pueden confundirse con quistes benignos. Los tumores suelen invadir el alveolo alrededor de las raíces de los dientes y pueden resorber sus ápices.

Se presentan en ambas arcadas. La metástasis es rara pero los fragmentos del tumor pueden lograr acceso a los pulmones por aspiración. Los ameloblastomas crecen por extensión en los tejidos adyacentes y pueden perforar el hueso que los recubre. La biopsia debe preceder al tratamiento ya que estos tumores suelen tener características individuales. Algunos son tumores expansivos de crecimiento lento que requieren muchos años para manifestar síntomas subjetivos. Otros crecen más rápidamente con tendencia neta a la malignidad. La biopsia se realiza satisfactoriamente con anestesia local. La capa cortical de hueso que los recubre se expone a través de una incisión mucoperiosteica y se extirpa con cuidado una porción del hueso con fresas quirúrgicas o cinceles.

Se secciona una parte de la masa tumoral sin hacer raspado. Se sutura el mucoperiostio que lo recubre. La extensión de la operación depende de la estructura histológica del tumor y del grado de invasión de los tejidos vecinos.

Los métodos de tratamiento comprenden la extirpación, la resección radical de la mandíbula, la cauterización química y la electrocauterización. La extirpación local de un pequeño tumor accesible está indicada en los jóvenes, siempre y cuando accedan a revisiones subsecuentes y a una resección radical si recidivan. Las recurrencias son frecuentes después del raspado. El tratamiento quirúrgico incompleto puede estimular el crecimiento de las células tumorales. Los ameloblastomas se exponen ampliamente extirpando el hueso que los recubre, incluyendo la tabla externa, hasta la base del tumor. La tabla externa puede ser muy delgada por el crecimiento expansivo del tumor. Siempre que sea posible se conserva el borde inferior de la mandíbula para mantener la continuidad maxilar. La sección en bloque del hueso afectado debe extenderse hasta incluir parte del hueso periférico alrededor de la masa tumoral. Se emplean instrumentos cortantes afilados para separar el área enferma de las estructuras óseas normales. Toda la base y los márgenes vecinos se electrocauterizan después para destruir completamente las células tumorales residuales. Se coloca un apósito sedante para drenar, reducir el dolor y permitir la cicatrización por segunda intención desde el fondo de la cavidad. El mucoperios-



tio se aproxima parcialmente, dejando un orificio para la remoción y cambio del apósito. El apósito de la herida se renueva y gradualmente se reduce su tamaño cada vez que se cambia el taponamiento durante el proceso de reparación.

Los ameloblastomas que se han extendido dentro de los maxilares pueden perforar el mucoperiostio palatino y la mucosa -nasal. La resección radical del tumor y de las estructuras óseas vecinas es el tratamiento de elección. Como estos tumores -crecen por extensión dentro de los tejidos vecinos, se efectúa su adecuada resección quirúrgica.

Frecuentemente se retiene un muñon de hueso normal en -uno de los extremos de la resección como por ejemplo en la re-gión del cóndilo.

Este hueso puede utilizarse como base de inserción para la reconstrucción de la sección extirpada de la mandíbula por -medio de injertos óseos.

Los injertos óseos pueden colocarse en este tiempo de la intervención quirúrgica debido a la poca frecuencia de metásistasis. Siempre que se realicen procedimientos quirúrgicos para erradicar el ameloblastoma se harán esfuerzos conservadores para mantener la función y la estética.

El fibroma ameloblástico y el adenoma ameloblastico son también tumores relacionados con el epitelio dental. Estos neo

plasmas benignos crecen lentamente y expanden las placas corticales de los maxilares.

Pueden parecerse a los ameloblastomas en exámenes radiográficos y clínicos. Estos tumores se producen con mayor frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida, y son indolores en sus etapas iniciales de crecimiento. El tratamiento quirúrgico se lleva a cabo por escisión local completa después de haber realizado biopsia por incisión preoperatoria,

### III NEOPLASMAS DE LOS HUESOS MAXILARES

Los neoplasmas que surgen de los huesos maxilares se -- clasifican como: osteomas, fibroosteomas o displasias fibrosas, mixomas, condromas, tumor de Ewing y el tumor de célula gigante central.

#### OSTEOMAS.

Los osteomas de los maxilares se presentan como zonas - circunscritas de neoplasias óseas benignas. Los osteomas que - provienen de la superficie interna de la tabla ósea se llaman - enostosis u osteomas centrales. Los tumores de esta clase se - forman con tejido cortical denso que se extiende dentro del te- jido esponjoso del maxilar.

Pueden ponerse de manifiesto en las radiografías como - tumores óseos densos y circunscritos. Quizá no necesiten trata- miento, a menos que aparezca dolor por la presión sobre las fi- bras nerviosas, o ulceración superficial sobre los tejidos adya- centes. Todas las formas de osteoma presentan una sombra radio- paca en las radiografías. Los osteomas formados de hueso espon- joso son menos densos, con límites más difíciles de diferenciar del hueso adyacente.

Algunas formas de osteoma provienen del periostio pro- piamente, de células aberrantes de cartilago y de las tablas -- corticales. En ocasiones adquieren gran tamaño, que causa de- formación, en cuyo caso está indicada la remoción quirúrgica pa

ra restablecer la armonía facial y así corregir el trastorno funcional. Estos osteomas están compuestos de hueso esponjoso y -- tienen una delgada capa cortical, producen ligeras sombras en -- las radiografías. Estos tumores pueden ser netamente separados en su base, donde se continúan con la tabla ósea de las arcadas. Los osteomas rara vez recurren después de una extirpación completa.

Los neoplasmas óseos circunscritos que se desarrollan -- por fuera de las tablas corticales se llaman exostosis u osteomas periféricos. Estas formaciones óseas son benignas, de crecimiento lento y aparecen en adultos jóvenes, pueden ser consecutivas a traumatismos o lesiones que causen irritación.

Las áreas de exostosis pueden presentarse en las inserciones musculares o en la unión de dos huesos, un sitio frecuente -- de exostosis es la línea media de la región del paladar duro, a esto se le conoce como torus palatino. El torus mandibular puede ocurrir en la parte lingual de la mandíbula y en las regiones de premolares y de molares.

#### OSTEOFIBROMAS.

El osteofibroma o displasia fibrosa de hueso, es un tumor benigno de crecimiento lento que tiende a alcanzar su mayor desarrollo en la segunda década de la vida. Es un tumor difuso

poco diferenciado, endóxico, que reemplaza el tejido esponjoso normal con tejido fibroso.

Pueden presentarse áreas irregulares de calcificación al parecer nuevas formaciones óseas en el tumor. El neoplasma en crecimiento puede desplazar los dientes y levantar las tablas -- del maxilar. El osteofibroma tiende a ser más frecuente en las -- mujeres que en los hombres y es más común en los maxilares que en la mandíbula.

Este tumor puede obliterar los senos maxilares y exten-- derse a los huesos vecinos, no invade las estructuras nasales, -- esto tiene importancia diagnóstica pues tanto en la hiperostosis: como en la enfermedad de Paget los meatos nasales están oblitera-- dos. Este tumor se confunde a veces con el fibrosarcoma debido a que su estructura histológica es muy parecida. El osteofibro-- ma presenta radiopacidad a medida que experimenta calcificación, la invasión extensa de la mandíbula da lugar a un borde inferior curvo y agrandado. El tratamiento de estos tumores benignos es la operación conservadora, la masa del tumor puede separarse del hueso normal por medio de raspado local sólo cuando es pequeña.

Algunos tumores se tornan grandes e invaden la zona es-- ponjosa, la escisión de un gran osteofibroma comprende la resecc-- ción del segmento invadido de la arcada. Los osteofibromas gran-- des que se expanden dentro de la cavidad bucal, e interfieren la

función y producen deformidad facial, se recortan quirúrgicamente para restablecer la simetría facial normal y mantener la función. La irradiación puede ser útil juntamente con el tratamiento quirúrgico para inhibir el crecimiento. Estos tumores -- tienden a sangrar con facilidad después de operados y necesitará taponamiento a presión y electrocoagulación para controlar la hemorragia.

El osteofibroma suele recidivar cuando se trata a edad temprana, se conocen casos operados varias veces sin signos de transformación maligna.

#### MIXOMA Y CONDROMA.

El mixoma y el condroma son tumores íntimamente relacionados de origen embrionario, formados por hueso inmaduro o por células cartilagosas. Hay expansión de la corteza ósea con material mucoide que reemplaza la estructura ósea. El condroma -- proviene de cartilago fetal aberrante en regiones específicas de la mandíbula como la sínfisis, la apófisis coronoides y el cóndilo y los cartílagos alveolopalmar y para septal de los maxilares. El condroma puede producir en las radiografías una ligera sombra por fuera del hueso. El condroma puede calcificarse y cesar de crecer en cuyo caso se le denomina osteocondroma, ambas formas se presentan en los primeros años de vida.

Los mixomas, condromas y osteosarcomas pueden descubrir-

se clínicamente por el dolor, el aumento de volumen y limitación de los movimientos, estos tumores crecen con lentitud, y se extirpan quirúrgicamente.

Algunos osteocondromas tienden a sufrir transformación maligna, convirtiéndose entonces en condrosarcomas. Los condrosarcomas están compuestos de masa cartilaginosa y área de osificación y degeneración mucoide. En individuos jóvenes se presentan entre el hueso y el periostio en áreas de crecimiento activo del hueso. La corteza ósea y la zona esponjosa pueden ser invadidas secundariamente. Estos tumores son extremadamente difíciles de extirpar, por lo que nunca se intenta la intervención quirúrgica conservadora. La ausencia de síntomas subjetivos tempranos permite el desarrollo de la enfermedad.

La histopatología del condrosarcoma es muy oscura, lo que hace difícil su diagnóstico, la intervención quirúrgica, con su inevitable traumatismo estimula la actividad celular. La resección radical del condrosarcoma se hace incluyendo la parte del hueso normal adyacente a la masa del tumor, la cavidad resultante se electrocauteriza adecuadamente. Aunque este tumor se disemina principalmente por la extensión local, también tiende a producir metastásis en otras partes del organismo. La terapéutica por radiación no parece tener ningún efecto benéfico en los condrosarcomas.

## SARCOMAS.

Los sarcomas osteogénicos se originan en células productoras de hueso. Estos tumores sumamente malignos son raros y suelen presentarse en niños durante los periodos de crecimiento activo, se conocen tres tipos generales:

- 1.- Sarcomas osteolíticos, que se acompañan de considerable destrucción ósea, células tumorales inmaduras escasa formación de hueso nuevo.
- 2.- Sarcomas osteoblásticos, que producen hueso en abundancia con signos de pequeñas áreas de actividad tumoral diseminadas en el hueso.
- 3.- Sarcomas telangiectásicos, que son muy vascularizados, y se desarrollan más rápidamente por extensión los tejidos.

Se considera el traumatismo el principal factor etiológico de todos los sarcomas osteogénicos. Los síntomas incluyen dolor, aumento de volumen de hueso, interferencia con las funciones de la arcada y movilidad y desalojamiento de los dientes, puede existir anestesia de labio y del maxilar, las radiografías ponen de manifiesto una masa tumoral de bordes difusos con áreas de destrucción ósea y áreas de formación de nuevo hueso con aspecto punteado. El característico aspecto de los rayos solares en los sarcomas osteoblásticos proviene de las espícu--



las radiadas del hueso que se extienden hacia afuera desde la capa cortical.

Las formas menos diferenciadas de sarcoma osteogénico - se desarrollan rápidamente e invaden los tejidos vecinos, las - formas esclerosantes y osteoblásticas parecen crecer lentamente, todos los tipos de sarcoma producen metástasis a los pulmones - a través de la corriente sanguínea. El tratamiento de sarcoma os- teogénico se constituye tempranamente y consiste en resección - radical del hueso que contiene el tumor. La irrigación sangui- nea de la masa tumoral se incluye en todo intento de resección, se toman radiografías del tórax tempranamente para buscar cual- quier lesión metastásica.

Algunos clínicos creen que la irradiación preliminar en los sitios primarios es de gran ayuda para reducir la frecuen- cia de las lesiones metastásicas.

La colocación de injertos óseos en la porción secciona- da del hueso no está indicada en el momento de la intervención quirúrgica, debido a la gran frecuencia de metástasis y a la ex- posición de las áreas a la radiación. Un aparato protético se coloca inmediatamente después de la resección para mantener la continuidad de la mandíbula hasta que sea posible colocar el in- jerto óseo, ésto mantiene la forma de la cara y nos ayuda a la función de la mandíbula. El pronóstico es muy malo, pues en --

gran parte depende de la accesibilidad del tumor, de su estado de actividad, de la presencia de metástasis y de la amplitud de la intervención quirúrgica.

#### TUMOR DE EWING.

La etiología de éste tumor no es bien conocida, se cree que proviene del revestimiento endotelial de los vasos sanguíneos linfáticos. Algunos patólogos se refieren al tumor como un linfoma primario de hueso, el trauma es el factor común de importancia en su etiología. Este neoplasma se observa en las dos décadas primeras de la vida, entre los síntomas se incluyen elevación de temperatura del cuerpo, dolor, aumento de volumen e interferencia con la función de la mandíbula. Los últimos tres síntomas son la tríada común de los sarcomas de hueso. Las radiografías ponen de manifiesto la expansión de la tabla ósea con áreas de densidad aumentada, el periostio está engrosado y separado del hueso, se forman nuevas zonas óseas sobre las áreas destruidas. El tratamiento del tumor de Ewing es principalmente la irradiación, la metástasis se presentan en casi todos los casos de tumor de Ewing, la irradiación puede ir seguida de la operación radical después de desaparecer los síntomas agudos ocasionados por la radiación.

Los sitios predilectos para las formaciones metastásicas son los pulmones, los ganglios linfáticos, el raquis y las costillas. Su pronóstico es muy malo, ya que menos de veinte -

por ciento sobreviven después de aparecer las metástasis

#### MIELOMA MULTIPLE.

El mieloma múltiple puede presentarse en cualquier parte te del cuerpo, pero siempre el primer signo de su presencia es - la mandíbula. Este tumor es de etiología desconocida, se cree - que se origina en las células de la médula ósea, los mielomas -- múltiples aparecen en individuos de edad avanzada, desde la cuar - ta hasta la séptima década, las costillas, el esternón, las cla - vículas y las vértebras presentan, en el noventa por ciento de - los casos, pequeñas lesiones redondas radiolúcidas. El cráneo y los maxilares están menos afectados pero deben estudiarse radio - gráficamente en todos los casos de esta enfermedad.

Un síntoma sobresaliente es el dolor de tipo migratorio, la presencia de cuerpos de Bence-Jones en la orina es un signo - diagnóstico, el nivel sanguíneo de fosfatasa alcalina es normal - en el mieloma múltiple, la hipercalcemia es frecuente, la biop-- sia local de una lesión accesible confirma el diagnóstico. Esta enfermedad se acompaña de anemia, se observan fracturas cuando - están afectados los huesos largos, las costillas y mandíbula.

El tratamiento consiste en irradiación de las áreas afec - tadas para detener el crecimiento de las células tumorales y ali - viar el dolor. La quimioterapia sirve como auxiliar del trata - miento. Las hormonas y la mostaza nitrogenada se emplean como -

complementos de la terapéutica, las hormonas ayudan a aliviar - el dolor, la quimioterapia puede retardar la evolución de la enfermedad.

#### TUMOR DE LAS CELULAS GIGANTES.

El tumor central de células gigantes es un neoplasma benigno que se desarrolla en el hueso de origen cartilaginoso, la sínfisis, los ángulos de la mandíbula y la fosa canina de los maxilares son sitios típicos de localización. Estos tumores se presentan en la segunda o tercera décadas de vida, se sospecha que el traumatismo interviene en su etiología. El dolor y el aumento de volumen de la mandíbula con fracturas ocasionales se presentan siempre cuando el tumor tiene un gran tamaño. El crecimiento expansivo de la mandíbula reduce la vitalidad del tejido, lo que favorece las fracturas. Las radiografías no muestran una imagen siempre uniforme del tumor central de células gigantes, pues la neoplasia se presenta como zonas multiquísticas de límites irregulares y finas trabéculas. Los dientes suelen estar móviles, con signos de resorción radicular. La biopsia es indispensable para establecer el diagnóstico.

Este tumor destruye el hueso esponjoso y tiende a adelgazar las tablas óseas hasta convertirlas en una cubierta quebradiza, lo que facilita su perforación. El tejido del tumor es blando, muy vascularizado y tiende a sangrar mucho cuando se traumatiza. Este tumor puede ser de un color rojo amarilleno

to por el pigmento de la sangre.

El tratamiento consiste en la enucleación completa del tumor después de su exposición completa. Las paredes y el fondo de la cavidad resultante se electrocauterizan completamente para destruir las posibles zonas residuales que pueden conducir a su reproducción. Como este tumor es benigno y de crecimiento lento, el tratamiento conservador preserva la continuidad de la mandíbula.

El granuloma reparador de célula gigante es el tumor caracterizado histológicamente por muchas células gigantes y parece producirse más frecuentemente en el maxilar inferior (mandíbula) en la primera y segunda décadas de la vida. Parece que el traumatismo es factor importante en la etiología de este tumor, la inflamación gradual por expansión de placas corticales que engloban al neoplasma del hueso medular puede ser el único dato objetivo.

Los síntomas pueden estar ausentes, los exámenes no son un diagnóstico y por ello será esencial realizar una biopsia -- preliminar. El tratamiento quirúrgico consistirá en la enucleación de los bordes delgados del tumor después de aspirar el área hemorrágica. La amplia exposición a través de la placa cortical bucal expandida, proporciona acceso suficiente a los bordes periféricos del tumor. Las lesiones más pequeñas pueden enuclearse y dejarse sanar por intención primaria, las lesiones gran-

des se taponan con gasa medicada y se les sanar por intención -  
secundaria después de la escisión.

#### IV NEOPLASMAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Los neoplasmas que surgen de los tejidos blandos de la cavidad bucal son clasificados de la siguiente manera:

- 1.- Papiloma.
- 2.- Fibroma.
- 3.- Epulis fibroso.
- 4.- Tumor del embarazo.
- 5.- Hemangiomas y Linfangiomas.
- 6.- Lipoma.
- 7.- Miomas.
- 8.- Nevos pigmentarios.
- 9.- Tumor mixto.
- 10.- Adenocarcinoma.
- 11.- Fibroma neurogenico.
- 12.- Neuriloma y Ganglioneuroma.
- 13.- Fibrosarcoma.
- 14.- Carcinoma.
  - a).- Tratamiento.
  - b).- Terapeutica por irridiación.
  - c).- Tratamiento quirúrgico.

## PAPILOMA.

Los papilomas son tumores benignos que se forman en el te jido epitelial de las membranas mucosas de la cavidad bucal. -- Pueden ser pedunculados o sésiles y están formados de epitelio - queratinizado sobre una base de tejido conectivo, los papilomas - generalmente son pequeños, pero pueden crecer hasta el tamaño de una uva antes de que el paciente solicite tratamiento, estos tumores sufren irritación por la dentadura natural o por aparatos - artificiales.

Las alteraciones malignas pueden ser consecuencia de al-- gún traumatismo, el papiloma se trata por extirpación quirúrgica y con la electrocauterización de la base del tejido conectivo, - se extirpa por medio de una incisión curva que circula el tumor - y se extiende lo suficiente en el tejido normal para lograr la - remoción completa de la base.

El sangrado puede controlarse con el electrocauterio, y - el cierre se logra por coaptación con suturas no resorbibles. -- Las concurrencias no son frecuentes cuando se ha logrado una es - cisión adecuada.

## FIBROMAS.

Los fibromas son tumores benignos que se originan en los - tejidos conectivos submucoso y subcutáneo de la boca y cara como



consecuencia de traumatismos. Pueden provenir también del periostio de las arcadas, el fibroma es un tumor pedunculado o sésil, generalmente es redondeado y firme. Los fibromas son más vascularizados que los papilomas. Pueden alcanzar un gran tamaño y ser traumatizados por las dentaduras y la masticación, el tratamiento del fibroma es su extirpación quirúrgica por medio de una incisión curva en el tejido normal alrededor del tumor. Los bordes de la herida resultante pueden requerir su separación de los bordes por suturas no resorbibles, los fibromas no recidivan cuando se logra la escisión completa que incluya la base. Los fibromas pueden formarse del periostio de las arcadas así como el tejido conectivo de la submucosa.

#### EPULIS FIBROSOS.

Los épulis fibrosos se observan con mucha frecuencia y parecen formarse por irritación crónica del periostio del hueso o del periodontodental, los épulis pueden alcanzar el tamaño de una uva grande y pueden ser irritados fácilmente por la masticación. El tratamiento de los épulis fibrosos requiere la completa separación del tumor de los tejidos gingivales siempre que se originen del periostio del hueso.

El épulis del periostio requiere la remoción del diente afectado para evitar la recurrencia y asegurar la cicatrización adecuada, aunque el épulis es benigno, tiende a recurrir si no

se le extirpa de una manera completa. El hueso expuesto después de la escisión del épulis se protege con una cubierta de cemento quirúrgico para permitir la granulación normal y para que actúe como un aposito analgésico.

Un tapón con cemento quirúrgico de este tipo puede dejarse por un periodo de siete a diez días.

#### TUMOR DEL EMBARAZO.

Los tumores del embarazo se forman en los tejidos gingivales de las arcadas como proliferaciones pedunculadas durante la gestación a causa de una reacción hormonal desconocida. Se presentan alrededor del segundo o tercer mes del embarazo y persisten hasta el parto, cuando empiezan a desaparecer.

El épulis del embarazo está formado por tejido conectivo sumamente vascularizado, es de color rojo azuloso y se torna ligeramente blanco a la compresión; puede presentarse en maxilar o mandíbula y sangra fácilmente al menor traumatismo. Los tumores del embarazo alcanzan gran tamaño, y pueden interferir con la masticación; el tratamiento de los tumores del embarazo consiste en la extirpación seguida de electrocoagulación cuando el tumor es grande, para así tranquilizar al paciente.

Cuando persisten, la intervención quirúrgica tienen mejo-

res resultados después del parto ya que falta el factor estimulante que es el hormonal. Los tumores del embarazo pueden presentarse múltiples.

#### HEMANGIOMAS Y LINFANGIOMAS.

Los hemangiomas y los linfangiomas se forman en relación con los vasos sanguíneos y linfáticos, son tumores benignos, parecen tener una tendencia hereditaria y se presentan en los jóvenes. Se ignora su etiología y han sido atribuidos a restos embrionarios aberrantes de tejido sanguíneo y linfático en áreas en las que no suelen encontrarse.

Los hemangiomas pueden ser capilares o cavernosos, el hemangioma capilar se conoce como "mancha de vino", puede presentarse en la cara o dentro de la boca, este tumor se torna pálido a la compresión y presenta una coloración rojo azulosa. El hemangioma cavernoso tiene grandes senos sanguíneos y tiende a invadir los tejidos blandos o destruir las estructuras óseas vecinas por compresión. Puede encontrarse pulsación en los hemangiomas de tipo cavernoso; nunca deberá intentarse en el consultorio hacer biopsia preliminar de estas lesiones azuladas y pulsátiles debido a la hemorragia extensa.

El hemangioma capilar ha sido tratado por extirpación -- cuando el tumor es pequeño, se ha empleado la inyección de agua hirviente en los vasos aferentes para esclerosar los vasos. Tam

bién se han empleado la nieve carbónica, las aplicaciones de radio y los rayos X para obtener el mismo resultado; las medidas conservadoras se aplican en los niños, la escisión y el injerto de piel es el tratamiento de elección en los resultados cuando la intervención quirúrgica se justifica; las aplicaciones de radio y de los rayos X no se emplean en los niños siempre que sea posible para evitar lesionar los dientes y maxilares en desarrollo.

Los hemangiomas cavernosos, que comprenden los tejidos blandos de la cavidad bucal pueden cortarse con bisturí o con cuchilla endotérmica, la escisión deberá extenderse alrededor del tumor en el tejido normal. Los vasos alimentarios se aíslan y se ligan antes de extirpar el tumor, se ha empleado exitosamente soluciones esclerosantes para reducir el tamaño de los hemangiomas más grandes antes de iniciar el tratamiento quirúrgico fibrosando el aporte sanguíneo, se inyecta una solución al 5% de morruato sódico en las áreas inmediatamente circundantes, en aplicaciones pequeñas y múltiples. La reducción resultante del tamaño del tumor disminuye la lesión a estructuras vitales adyacentes y mejora el resultado estético.

Los hemangiomas interóseos no presentan aspectos radiográficos definidos y pueden parecer a otras lesiones óseas como tumores de células gigantes, quistes óseos traumáticos, displasias fibrosas y ameloblastomas. Los cambios en arquitectura ósea nor

mal están mal definidos, con áreas líticas en la porción medular. Un antecedente de inflamación, pigmentación de color rojo azulado, hemorragia espontánea sin traumatismo grave, y movilidad de los dientes, deberá ser una advertencia de hemorragia incontrolable después de haber realizado algún procedimiento quirúrgico poco importante en el área sospechosa.

El examen preoperatorio de lesiones óseas centrales no -- diagnósticadas de etiología vascular dudosa, deberán incluir datos objetivos de algún ruido escuchado por el estetoscopio, compresión de tejidos suprayacentes que son descomprimidos por el sistema vascular, y movimiento dental en armonía con pulsos periféricos. Deberá llevarse a cabo una arteriografía selectiva para determinar circulaciones arteriovenosas anómalas y extensiones de los lechos de tumor.

El manejo de estos neoplasmas vasculares puede llevarse a cabo según diversos métodos divergentes. Pueden tratarse con control y reducción del lecho del tumor y su suministro sanguíneo aplicando rayos X o radio cerca del área vascular y también en ella.

El linfangioma es un tumor benigno frecuente en labios y los carrillos, pero puede presentarse en la nasofaringe y en la lengua.

Da a los tejidos una constectura de masa blanda, la piel- que lo cubre tiende a presentar aspecto arrugado. La distorsión resulta de los periodos de crecimiento activo seguidos de la for- mación de tejido fibroso.

El tratamiento del linfangioma es la extirpación quirúr- gica cuando el tumor no ha alcanzado un gran tamaño, los tumores grandes pueden reducirse quirúrgicamente por extirpación parcial en operaciones seriadas, se han empleado soluciones esclerosan- tes con cierto grado de éxito para lograr reducción posterior de conductos de drenado a estos tumores. El linfangioma es radiore- sistente, de realizarse una escisión completa no se provccara re- cídiva, pero esto se logra muy pocas veces.

#### LIPOMA.

El lipoma es un tumor benigno formado por tejido adiposo; se desarrolla en cualquier parte de la cavidad bucal donde hay - tejido adiposo. Los labios y carrillos son localizaciones fre- cuentes de este tumor, la mucosa que los cubre puede estar dis- tendida por la presión del lipoma en crecimiento, el lipoma es - una masa firme y móvil, de color amarillento. Se ve radiográfi- camente como una masa nebulosa en los tejidos blandos, el lipoma puede ser único o múltiples y puede enviar prolongaciones a los- tejidos blandos vecinos, este tumor crece lentamente.

El tratamiento del lipoma consiste en su extirpación quirúrgica, el tumor se disecciona hasta liberarlo de los tejidos blan-cos vecinos; el cierre primario se logra con suturas no resorbibles en el tejido mucoso y suturas absorbibles en las capas profundas de los tejidos del músculo.

#### MIOMAS.

Los miomas son tumores musculares benignos, bien limitados que suelen observarse en la lengua, los labios y el paladar blando. Se presentan como masas firmes de base amplia que pueden no estar encapsuladas, el mioma presenta pocos síntomas, el paciente puede percibir el abultamiento doloroso en la lengua, los carrillos y los labios.

El tumor se traumatiza fácilmente por la masticación, la escisión quirúrgica es el tratamiento de elección. La masa se libera por disección roma de las estructuras vecinas a través de una incisión en la mucosa suprayacente o en la piel. La herida se cierra con puntos de coaptación, los miomas rara vez recurren después de una escisión completa.

#### NEVOS PIGMENTARIOS.

Los nevos pigmentarios son tumores epiteliales benignos que se presentan a veces en la cavidad bucal, en la mucosa del

carrillo, la encía y la lengua. Los nevos bucales pueden variar en color desde azul pálido hasta negro. Pueden ser aplanados, - de base amplia o en forma papilar. El nevo puede semejar un papiloma pigmentario, un hemangioma o las áreas normales pigmentadas de climas tropicales. Este tumor puede experimentar transformación maligna como resultado de la irritación crónica continuada, los signos de la transformación maligna son:

- a) Aumento rápido en el índice de crecimiento.
- b) Obscurecimiento.
- c) Ulceración superficial.
- e) Sangrado al menor traumatismo.

El nevo generalmente precede generalmente al melanoma maligno. El melanoma maligno puede producir metástasis tempranamente, a través de los canales linfáticos, en los pulmones y el hígado. El tratamiento consiste en extirpación muy amplia y dissección completa de los ganglios linfáticos regionales al principio de la enfermedad, este tumor es muy radorresistente; el pronóstico es malo no obstante la extensa extirpación radical.

#### TUMORES MIXTOS.

Los tumores mixtos son neoplasias originadas en los tejidos de las glándulas salivales. Pueden presentarse en los labios, carrillos, piso de boca paladar duro o blando, en las zo-



nas de distribución de las glándulas salivales mayores o menores. La mayoría de los cirujanos están de acuerdo en que estos tumores son de origen epitelial. Pueden encontrarse células linfoides y células productoras de mucina. Los tumores mixtos son encapsulados y pueden distinguirse de las estructuras normales por palpación. El tumor puede estar fijo por bandas al tejido normal de la glándula o presentar extensas prolongaciones de la cápsula dentro de las estructuras vecinas.

El tratamiento de los tumores mixtos es la completa extirpación quirúrgica después de la exposición adecuada de la masa tumoral, pues la mayoría de estos tumores son radiorresistentes.

Los tumores mixtos conocidos como cistadenomas papilares pueden extirparse fácilmente, incluyendo su extensión capsular. Los cilindromas, por el contrario, son difíciles de extirpar completamente, ya que tienden a recurrir por su naturaleza sumamente maligna.

El diagnóstico del tumor mixto se logra por medio del examen clínico y la biopsia. El pronóstico depende de las características patológicas del tumor así también como del éxito de la operación.

## ADENOCARCINOMA.

El adenocarcinoma es un tumor sumamente maligno que se forma en los tejidos de las glándulas salivales. Este tumor puede presentarse en los tejidos aberrantes de los labios, carrillos, paladar y bucofaringe, así como en las glándulas salivales principales.

El adenocarcinoma produce metástasis a los ganglios linfáticos de la región, pulmones y esqueleto.

El diagnóstico se establece por biopsia, las radiografías de tórax son aconsejables para descubrir las lesiones metastásicas. El pronóstico es mucho menos favorable cuando aparecen metástasis.

No sería anormal encontrar la secuela de adenocarcinoma en metástasis hacia los maxilares desde la glándula de la próstata del hombre y los tejidos de los senos en las mujeres. Puede encontrarse sin que haya evidencia radiográfica temprana. La anestesia del labio en el lado involucrado de un paciente con antecedentes de cirugía en la próstata o en el seno puede ser indicación importante de metástasis. Deberá procederse a examinar cuidadosamente la historia clínica pasada y realizarse biopsias óseas selectivas.

## FIBROMA NEUROGENICO.

El fibroma neurogénico es un tumor muy raro que se origina en el tejido nervioso, este tumor es benigno y puede transformarse en fibrosarcoma maligno y por lo tanto debe ser extirpado ampliamente.

El fibrosarcoma del hueso que proviene de elementos neurogénicos se trata quirúrgicamente por resección extensa de la arcada atacada.

## FIBROSARCOMA.

Raras veces se desarrolla en los tejidos blandos de la cavidad bucal, estos tumores se encuentran en la región faríngea, y la mucosa de tejidos bucales. Es rara la ulceración de estos tumores duros y lisos y, según Padgett su origen es desconocido; se aconseja la escisión local amplia.

## NEURINOMA Y GANGLIONEUROMA.

Los neurinomas y los ganglioneuromas son tumores nerviosos raros; estos tumores son poco comunes y se producen principalmente alrededor del tejido nervioso del maxilar y de la mandíbula. Los estudios radiográficos normales resultan ser negativos, para ayudar a localizar el área del tumor se pueden usar tomogramas y estudios miográficos; los síntomas subjetivos son --

vagos.

La mialgia y anestesia en áreas de involucración de nervios periféricos pueden ser indicación de actividad de tumor. - Como estos tumores son potencialmente malignos, deberá realizarse su biopsia a la mayor brevedad posible.

Las variaciones malignas de estos neoplasmas son difíciles de erradicar, entran en todos los agujeros del cráneo, siguen la raíz nerviosa y pueden causar muchos síntomas subjetivos extraños. El tratamiento quirúrgico requiere amplia exposición y escisión extensa y vigorosa.

#### CARCINOMA.

El carcinoma se forma en la superficie cutánea de la cara o en la membrana mucosa de la boca, la forma basocelular del carcinoma se desarrolla en la piel de los labios y la cara. El carcinoma epidermoide se presenta en el bermellón y en la mucosa de la boca, el carcinoma de la cavidad bucal abarca aproximadamente el 5% de todos los carcinomas del hombre, el carcinoma de la cavidad bucal se desarrolla como resultado de invasión de células epiteliales malignas a través de la capa bucal intacta hacia los tejidos subcutáneo y submucoso. Se ignora su etiología, pero deben tenerse en cuenta algunos factores secundarios. La irritación crónica por sobreexposición de los labios a la luz solar y por traumatismos, por dientes afilados y dentaduras mal ajusta-

das o de adaptación inadecuadas se encuentran entre los factores predisponentes en algunos individuos, se considera al tabaco como un factor etiológico. Zonas de leucoplaquia suelen preceder al carcinoma epidermoide como lesiones premonitorias, la leucoplaquia es lesión de las membranas mucosas que se presenta como una placa indolora y dura de color blanco azulado, se observa en pacientes de edad avanzada como consecuencia de una irritación crónica; las placas de leucoplaquia pueden sufrir transformación maligna por medio de células malignas de la mucosa que invaden los tejidos subyacentes.

Puede lograrse la agrupación clínica de los carcinomas en la cavidad bucal haciendo un examen cuidadoso del área local y regional antes de realizar la biopsia. Los hallazgos objetivos con la lupa de aumento, la palpación cuidadosa del tumor y tejidos periféricos y las palpaciones bilaterales de los ganglios linfáticos regionales, proporcionarán importante información. Los síntomas subjetivos de dolor local o irradiado trismo del maxilar, fijación de musculatura local y parestesia, son ayuda para clasificar clínicamente la enfermedad neoplásica.

El sistema TNM aconsejado por la "American Joint Commission for Cancer Staging and End Results" usa la T para tumor primario, la N para metástasis regional y la M para metástasis distante. La T puede proyectarse para designar tamaños de tumor de la siguiente manera: T-1 indica un carcinoma in situ; T-2 un tu-

mor de 2 cm. o menos; T-3 un tumor de 2 a 4 cm. de diámetro y -  
T-4 un tumor de 4 cm. o más de diámetro.

Las metástasis regional (N) y la metástasis distante (M) -  
pueden proyectarse de una manera similar.

El carcinoma puede presentarse como lesión ulcerosa verru-  
gosa. El carcinoma epidermoide y el basocelular invaden la sub-  
mucosa y los tejidos subcutáneos, incluyendo el hueso. Pueden -  
iniciarse insidiosamente con poco dolor al principio de su creci-  
miento. El paciente puede tener una vesícula en el labio, una -  
úlcera o bien un abultamiento persistente en la boca. El examen  
clínico puede poner de manifiesto un área ulcerada persistente,  
elevada o con bordes enrollados con infiltración e induración en  
los márgenes.

Al principio puede faltar la induración de los tejidos --  
circunvecinos. La ulceración superficial de las áreas de leuco-  
plaquia puede preceder al neoplasma las lesiones sifilíticas pue-  
den complicar al carcinoma de la lengua. El carcinoma de la boca  
produce metástasis a los ganglios linfáticos de la región durante  
su extensión. Las metástasis a los ganglios cervicales pueden --  
descubrirse por palpación de los sitios locales de drenaje linfá-  
tico. Los ganglios metastásicos pueden ser discretos y diffici-  
les de palpar; sin embargo, la diseminación linfática del neoplas-  
ma ha avanzado, los grandes ganglios metastásicos, fijos y exten-

sos revelan un tumor primario avanzado.

El diagnóstico se establece por medio de una biopsia que se toma tan pronto como sea posible, la anestesia local está indicada para efectuar la biopsia, siempre que la inyección no se efectúe en el área del tumor. La biopsia por escisión se practica cuando la lesión es muy chica, cuando la lesión es grande, se hace una biopsia por incisión antes de la intervención quirúrgica. Esto se logra extirpando un segmento del tumor en forma de cuña con el bisturí o el electrocauterio.

El electrocauterio es ventajoso porque controla la hemorragia ya que cierra los vasos sangrantes y evita el paso de las células del tumor a la circulación. Se evitan las suturas para prevenir la extensión del neoplasma, puede ser necesario tomar múltiples muestras del perímetro del tumor para llegar a un diagnóstico exacto. El material de biopsia deberá extenderse hacia los tejidos submucósicos, la biopsia por espiración es útil en casos de metástasis profundas en sitios inaccesibles. La biopsia por aspiración se hace con una aguja de grueso calibre especialmente construida y una jeringa de cristal. Algunas células del tumor se aspiran en la jeringa después de introducir la punta de la aguja en el tumor, esta técnica es muy difícil aun en las manos de cualquier médico por muy experimentado que sea.

El material de la biopsia puede obtenerse frontando el tu

mor suavemente con un aplicador y trasladando así algunas de -- las células para su examen histológico, este es un método apropiado para examinar grandes números de pacientes en quienes se -- sospeche la presencia de lesiones en la cavidad bucal.

#### TRATAMIENTO.

El plan de tratamiento en los tumores malignos depende -- del resultado de la biopsia, de su radisensibilidad, del grado -- de metástasis y de la edad y condición física del paciente.

La localización del tumor en la cavidad bucal puede com-- plicar el tratamiento, los neoplasmas de la parte posterior de -- la boca son menos accesibles y suelen atacar estructuras vitales. La terapéutica por radiación puede estar indicada en ciertos casos. El 80 x 100 de los cánceres del labio pueden tratarse con éxito por medio de una terapéutica inmediata, pero el carcinoma del piso de boca, de lengua, y de las encías tiene peor pronósti co. El carcinoma de la parte posterior de la boca no siempre se diagnóstica y se trata oportunamente al principio de la enfermedad. Estos carcinomas infiltran rápidamente las estructuras adyacentes y producen metástasis tempranas a los ganglios linfáticos cervicales. Menos del 25 por 100 de estos neoplasmas puede tratarse con éxito después de formar metástasis extensas.

La edad y el estado físico del paciente son importantes --



para el plan terapéutico. Los pacientes de edad avanzada y debilitados solo soportan procedimientos quirúrgicos extensos después de cuidadosa preparación. Esto puede retardar el tratamiento y permitir el avance de la enfermedad.

#### TERAPEUTICA POR IRRADIACION.

La sensibilidad del tumor a la radioterapia influye en el tratamiento, los tumores radiosensibles pueden tratarse ventajosamente con los rayos X o emanaciones de radio solos o combinados con la cirugía.

El tratamiento del carcinoma no es responsabilidad solo del C.D., sino de un grupo, el cual sera integrado por un patólogo, un radiólogo, un oncólogo y un internista. La radioterapia para el tratamiento de los neoplasmas malignos se basa en el hecho de que las células del tumor en las fases de crecimiento activo son más suseptibles a la radiación que el tejido adulto. -- Mientras más indiferenciadas son células histológicamente, más radiosensibilidad tiene el tumor. Cuando más se parecen las células a las formas adultas, tanto menos reaccionan a la radiación. El modo de acción de la irradiación sobre el crecimiento activo del neoplasma consiste en la muerte inmediata o tardía de las células del tumor y en la supresión de su reproducción. Los agentes empleados para la irradiación son los rayos roentgen de onda corta a los rayos gamma del radio, aunque estos tienen un -

efecto selectivo sobre los tejidos neoplásicos activos, el tejido normal debiera ser protegido.

Suelen emplearse tres métodos para aplicar la irradiación, las emanaciones se aplican el área del tumor a distancia, los -- agentes radiactivos se implantan dentro del tumor y por último -- una combinación de ambos métodos puede emplearse con o sin cirugía.

Los rayos X suelen emplearse para esterilizar el tumor -- desde una distancia fuera de la cavidad bucal, pueden emplearse -- filtros de aluminio y cobre para proteger los tejidos. Se han -- diseñado conos intrabucales para aumentar la dosis para el tumor -- y reducir la exposición de los tejidos sanos. El radio también -- puede aplicarse mediante una bomba extrabucal, esto no siempre -- es práctico debido al costo de grandes cantidades de radio que -- se emplean en este método. Entre los métodos de tratamiento más -- modernos se incluyen otros metales radiactivos, el cobalto ra--- diactivo se emplea extensamente para irradiar tumores; el aumen- to de kilovoltaje del equipo de rayo X se emplea en la actuali-- dad para reducir los efectos secundarios de la irradiación.

Los agenes radioactivos como radio, gas de radón o el iri- dio activado pueden emplearse e implantarse directamente en el -- neoplasma. El radio y el gas radón se encierran en oro o pla- tino para reducir la necrosis inmediata de los tejidos y lograr-

la distribución homogénea de las emanaciones. Es esencial un -- plan cuidadoso de tratamiento por irradiación para obtener una - distribución adecuada de los agentes radiactivos y esterilizar - el tumor, deben tenerse en cuenta los tejidos normales vecinos, - pues reciben parte de las emanaciones, las áreas irradiadas pre- sentan un eritema, y la función normal de los tejidos se altera, la tolerancia de la piel a la radiación debera determinarse para evitar una reacción grave, la necrosis del hueso también se pre- senta después de un tratamiento intenso.

La ostiorradionecrosis puede complicar la terapéutica por- irradiación debido a la interferencia con la nutrición del hueso normal por medio de los agentes radiactivos en presencia de in- fección. La necrosis progresiva puede abarcar toda la mandíbu- la, haciendo necesaria la extirpación del secuestro a la resecc- ción. Los dientes en el área irradiada deben extirparse antes - de iniciarla para evitar este proceso retrógrado.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO.

El tratamiento quirúrgico de los tumores malignos de la - cavidad bucal requiere de extirpación amplia, el carcinoma epi- dermoide de la mucosa bucal invade los tejidos adyacentes y pro- duce metástasis con mas facilidad que el carcinoma cutáneo. El tratamiento adecuado y rápido es esencial para suprimir la neo- plasia, la escisión amplia es importante ya que el crecimiento -

del tumor invade los tejidos vecinos normales; a veces esta invasión no es perceptible al examen clínico. Para extirpar el tumor se emplea el bisturí y el electrocauterio, ya que la formación del tejido cicatrizal es extensa. El tejido cicatrizal se extirpa después de un tratamiento favorable de una lesión maligna, ya que la extensa formación cicatrizal perjudica la función.

La extensión del neoplasma dentro del periostio y hueso - requiere la resección parcial o total de la mandíbula. La resección puede ser extensa cuando las tablas del hueso están invadidas. La resección parcial puede estar indicada en los casos en que únicamente el periostio está invadido.

Los tumores malignos pueden invadir el hueso esponjoso, dando por resultado zonas osteolíticas visibles en las radiografías. El carcinoma infiltrante de la mandíbula puede ocasionar parestesia al invadir las ramas del trigémino. Las resecciones extensas de las arcadas en el carcinoma epidermoide deben incluir la adecuada resección de los vasos sanguíneos del lado afectado. El tejido blando adyacente debe sostenerse cuando sea posible por medio de aparatos prostéticos fijados a los muñones óseos.

No es aconsejable la colocación inmediata de injertos de hueso después de una resección radical por carcinoma. Es necesario un periodo de observación para asegurarse de que no hay recidiva.

El carcinoma epidermoide puede producir metástasis a los ganglios linfáticos cervicales al principio de la evolución de la enfermedad.

Los ganglios linfáticos de la región se agrandan y pueden identificarse por palpación. Estos ganglios linfáticos se extirpan ampliamente antes de que ocurra una extensión más amplia. -- Los colgajos de piel se separan ampliamente para exponer los tejidos subyacentes atacados.

Aunque algunos ganglios linfáticos del campo operatorio pueden parecer normales, hay que extirparlos en bloque con las inserciones aponeuróticas. Algunas estructuras normales se sacrifican en este procedimiento.

Es necesario ligar y extirpar algunos vasos sanguíneos para controlar la hemorragia y quitar completamente los tejidos linfáticos vecinos.

El cierre se logra con suturas no resorbibles después de colocar tubos de drenaje para reducir la formación de hematomas. Los vendajes a presión son útiles para ayudar a la cicatrización.

QUIMIOTERAPIA. Los nuevos avances en la terapéutica, el mejor manejo del paciente y la técnica de anestesia avanzada han mejorado el pronóstico de los carcinomas bucales. La infusión -

de agentes quimioterápicos en los vasos sanguíneos principales - que irrigan las áreas del tumor alrededor de la cavidad bucal, - ha sido exitosa en ciertos casos.

Parece que estos agentes tienen predilección por los tejidos anaplásicos y destruyen el tumor.

Los antimetabolitos son un grupo prometedor de agentes -- químicos sintéticos usados para tratar cancer bucal. Estos agentes químicos interfieren con el metabolismo de las células cancerosas en rápido crecimiento y división. Los agentes como el metotrexato, y 5-fluoruracil, se introducen bajo presión controlada en la corriente arterial que alimenta el sitio del tumor. La cantidad de compuesto químico necesaria para efecto cancericida-consistente puede tener que reducirse en concentración debido a los efectos depresores del sistema hematopoyético del paciente.

Náuseas, vómitos y malestar general son síntomas previstos. Se provoca suspensión de la actividad del tumor, y el sitio local generalmente es cefalea. El tratamiento de continuación puede ser triple y consistir de agentes quimioterápicos adicionales, rayos X y extirpación quirúrgica de un tumor menor y - menos agresivo.

CRIOCIRUGIA. Las recientes mejoras en la congelación de tejidos seleccionados han dado nuevo ímpetu al tratamiento de --

neoplasmas benignos y malignos, y recientemente, se ha intentado con éxito la criocirugía para tratar tumores. La técnica de congelar áreas seleccionadas en cavidad bucal se lleva a cabo tocando con la punta de una sonda el tejido neoplásico después de que nitrógeno líquido haya entrado a la punta en cantidades controladas. La temperatura de los tejidos tocados se baja a aproximadamente 180 C. Como resultado de este breve contacto se provoca lesión y muerte celular. A este tratamiento le siguen consecuencias normales de inflamación, necrosis y esfacelación de los tejidos afectados.

Las ventajas de usar agentes de infusión quimioterápicos y criocirugía selectiva, son poder incluir el paciente que presente un mal riesgo, afectado por enfermedad neoplásica avanzada, conservar soporte óseo para los tejidos blandos contiguos -- afectados por el tejido del tumor, pérdida sanguínea mínima debido al tratamiento más conservador, y menos dolor posoperatorio y deformación estética.

## V QUISTES OSEOS.

Las áreas radiolúcidas en maxilares y mandíbula se diagnóstican frecuentemente antes de operar como quistes. El diagnóstico puede ser solo de punción hasta que se confirma el examen histológico, antes de intentar cualquier intervención quirúrgica para tomar biopsia de un defecto radiolúcido o extirparlo, debe aspirarsele. Esto puede hacerse insertando dentro del área una aguja del número 18 montadas en una jeringa. Si el hueso es demasiado denso para poder penetrar con la aguja, debe reflejarse un colgajo y adelgasarse la placa cortical con un buril del número 4. Pueden ser necesarios varios intentos antes de que la aguja pase a través del hueso.

Si se aspira sangre roja brillante, se sutura el colgajo y se coloca un apósito de gasa presionando. Los hemangiomas centrales y los citomas de células plasmáticas son ejemplos de lesiones que pueden dar lugar a hemorragia mortal si se intervienen quirúrgicamente sin un diagnóstico y preparación adecuados. Si no se encuentra líquido o si este es de color pajizo se puede recurrir a la cirugía.

Se hace una incisión para el colgajo de 2 a 3 cm. de largo, si es posible en el mucoperiostio. Si el quiste es tan gran



de que la incisión no puede quedar por completo sobre el hueso, será mejor enviar al paciente con un cirujano bucal especializado.

Cuando el hueso bucal es delgado, puede incluirse en el colgajo y elevarse junto a él. Al hacer la exposición, se coloca un elevador de periostio una cureta amplia entre el revestimiento del quiste y el hueso. Debe mandarse a un patólogo el contenido completo de todos los defectos, porque se informa con creciente frecuencia acerca de cambios malignos y ameloblastomas subsecuentes a extirpación de quistes.

El procedimiento para cerrar la mucosa sobre los defectos amplios es variable. Si no hay pruebas de infección y la incisión se encuentra sobre hueso sólido, se cierra la herida sin drenaje ni apósito medicado; si el defecto es muy amplio y profundo (2cm., o más), si la línea de sutura no está bien sostenida por hueso y si hay infección, debe ponerse un apósito medicado, como una tira de Nugause empapada en eugenol o un apósito impregnado con neomicina, sulfato B de polimixina o unguento de bacitracina, solos o en combinación. No se debe emplear gasa con yodoformo. A veces, se puede intentar la curación primaria, pero la herida se vuelve dehiscente. Pueden necesitarse apósitos para el tratamiento del defecto.

Los cambios de apósito se hacen de acuerdo con su tipo y

tamaño del defecto, si el quiste es pequeño, se cambia el apósito 2 días después de la operación, independientemente del tipo que sea. Después de otros dos días, se quita este apósito y entonces suele encontrarse que ya hay tejido de granulación cubriendo la superficie ósea del defecto, no se coloca ningún apósito y se instruye al paciente respecto a cómo debiera irrigar la herida después de cada comida. Si el defecto es muy grande y se ha colocado un apósito de gasa empapada en eugenol, este debe cambiarse cada dos días, hasta que el tejido de granulación cubra la superficie ósea. Cualquier otro tipo de apósito, incluyendo aquellos en los que se aplican antibióticos, puede cambiarse cada cinco días.

Un "quiste" óseo de origen traumático puede no tener revestimiento epitelial; si al abrir el quiste no se encuentra membrana ya no se necesita operar. El colgajo debe volver a colocarse en posición y suturarse, el defecto cístico se llenará de sangre coagulada, que se organizará y será reemplazada por hueso. Por razones inexplicables, esta cirugía tan simple basta para lograr la curación del defecto.

## VI TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Como los tumores en casi todos los sitios, las neoplasias primarias de las glándulas salivales mayores y menores pueden clasificarse en dos grupos generales:

- a).- Benignas
- b).- Malignas

Sin embargo, esta clasificación es discutible, pues al menos dos tumores, el tumor mixto y el tumor mucoepidermoide, benignos por su comportamiento biológico inicial, experimenta alteraciones malignas comprobadas. Además, una anomalía embriológica, el quiste de hendidura branquial, clínicamente se parecen tanto a un tumor que el diagnóstico diferencial es difícilísimo sin la biopsia.

### a).- TUMORES BENIGNOS.

#### 1.- Adenoma salival.

Es una proliferación neoplásica benigna de las células secretoras de una glándula salival. Suelen circunscribirse al parénquima de la glándula parótida.

Es firme, indoloro, generalmente está bien encapsulado, - crece lentamente y se mueve fácilmente de su lugar de crecimiento al aplicar presión, volviendo a su posición original al suspender

ésta.

Este es un signo importante, pues casi todas las neoplasias malignas están induradas y no pueden desplazarse en esta forma. Las alteraciones apreciables en el sialograma son escasas o nulas; el diagnóstico diferencial no puede hacerse concluyentemente sin biopsia. Este tumor se considera biológicamente benigno.

## 2.- Citadenoma papilar linfomatoso (tumor de Warthin)

Este tumor benigno de crecimiento lento puede aparecer en cualquier parte de la glándula parótida o cerca de ella, generalmente en la región del ángulo o de la rama ascendente de la mandíbula, o bien por debajo del lobulo de la oreja.

Es firme, no duele a la palpación y puede estar lo suficientemente circunscrito para presentar peloteo. Las alteraciones en el sialograma son mínimas hasta que el tumor ha alcanzado volumen suficiente para producir un defecto de llenado debido a la substancia del tumor que desplaza los tejidos.

Aún entonces, el diagnóstico diferencial es difícil sin la biopsia, el tumor de Warthin es más frecuente en varones durante la quinta década, pero puede aparecer en cualquier sexo y en edad más temprana o avanzada.

### 3. Tumor mixto.

Existe un gran desacuerdo acerca de la naturaleza esencial de los tumores mixtos, y entre los clínicos se preguntan si son malignos o si son benignos.

Quizas la respuesta sea señalar que como los tumores mixtos generalmente no dan metástasis, y cuando no se tocan sólo son invasores en etapa muy avanzada de su desarrollo, pueden considerarse como benignos.

Desgraciadamente, tienen gran proporción a recurrir, las recidivas probablemente dependen de la extirpación quirúrgica incompleta, las recidivas a menudo son más graves que la lesión primaria, porque se han abierto vías de invasión.

Clínicamente, los tumores mixtos son muy duros, probablemente en parte a que están formados de elementos de tejidos epitelial y conectivos; generalmente están encapsulados por tejido fibroso y son fácilmente móviles; sin embargo, a medida que aumentan de volumen, abarcando más tejidos pueden volverse fijos y aun dar la impresión de induración.

Los tumores recidivantes, en cambio, casi sin excepción están muy fijos. Los tumores mixtos generalmente son nodulares a la palpación y dan la impresión de estar formados de una o más masas globosas.

Los tumores mixtos se presentan con mayor frecuencia en

la glándula parótida, generalmente en el ángulo de la mandíbula o por debajo del lobulo de la oreja. Son menos comunes en la glándula submaxilar y las glándulas salivales menores del paladar y los labios.

Generalmente el paciente descubre estos tumores por el tacto al afeitarse, aplicarse maquillaje etc. Con frecuencia el paciente cree que son quistes sebáceos debido a su proximidad con un área de quistes epidermoides. Es difícil diferenciar los tumores mixtos de otros tumores benignos del área, y de ganglios linfáticos hiperplásicos.

Al tratar tumores sospechosos de ser mixtos de glándulas salivales accesorias, el metodo de elección será la biopsia por escisión total ya que estas lesiones son generalmente de buen tamaño cuando se descubren por primera vez. Los sialogramas de glándulas mayores pueden mostrar desalojamiento de la estructura glandular, especialmente del lóbulo superficial de la glándula parótida. Como resultado de este desalojamiento, los conductos colectores se curvan alrededor de la lesión.

Desgraciadamente esta característica no es exclusiva de los tumores mixtos y para que aparezca es necesario que el tumor tenga un volumen suficiente grande. Por ello, como en casi todos los tumores extrínsecos del sistema de conductos,

del sistema de conductos, los sialogramas son de poca utilidad en el diagnostico de tumores mixtos.

#### 4.- Neurilemoma (schwannoma)

Este tumor se incluye no porque se presente en el tejido de las glándulas salivales, sino porque en ocasiones afecta ramas del septimo par craneal o nervio facial, y por tener una gran semejanza clínica con los tumores mixtos, al grado de que la diferenciación clínica es casi imposible. Este tumor es benigno, de crecimiento lento y asintomatico, es encapsulado y facilmente movable.

El problema principal inherente a un tumor de este tipo es su extirpación. El neurilemoma se encuentra firmemente unido a la vaina del nervio, y aun cuando el tumor no tiene efecto especial en la función nerviosa su extirpación generalmente provoca daño o sección del nervio en el punto de fijación. Como esta lesión no suele experimentar una transformación maligna, sera mejor dejarla sin tratamiento. Sin embargo, con mucha frecuencia el daño del nervio ocurre durante la investigación y el diagnóstico llega muy tarde. Un neurilemoma no responde a radiación.

b).- TUMORES MALIGNOS.

1.- Tumores Mucoepidermoides.

Los tumores pueden crecer rápidamente o con lentitud, rara vez presentan dolor, a menos que se presenten infección o invasión de estructura vitales. Son más frecuentes en la glándula parótida, pero pueden aparecer en cualquier sitio donde existe tejido salival. Por palpación se sienten, firmes, indurados, y fijos a los tejidos vecinos; no presentan peloteo.

Ya que los tumores mucoepidermoides abarcan acinos y conductos de la glandula, pueden observarse alteraciones en el sialograma. Puede haber signos de cavidades en los sitios donde se ha producido necrosis, de hiperplasia glandular con formación de nuevos conductos, o bien de constricción ocasionada al llenar un conducto por tejido neoplásico.

Como cualquiera de estos signos pueden ser típico de una enfermedad inflamatoria, debe tenerse cuidado de relacionar los datos clínicos y sialográficos cuidadosamente antes de arriesgar un diagnóstico. En última instancia, el examen histológico es - el unico método de diagnóstico exacto. El tratamiento de estos tumores siempre sera quirurgico.

A veces la resección debe ser mas radical en los tumores mixtos, por la extensión del tumor. El tratamiento conservador del nervio facial no debe considerarse importante; por el contra



rio, el cirujano debe guiarse por la extensión en que la lesión ha invadido tejidos adyacentes. Esto no implica que el nervio siempre deba ser sacrificado. Si conservar el nervio pone en la cura quirúrgica, la extirpación del nervio está indicada.

Las disecciones radicales del cuello no suelen ser necesarias a menos que existan signos de metástasis en los ganglios regionales; sin embargo, algunas escuelas consideran la disección profiláctica del cuello puede ser beneficiosa para controlar la metástasis o como procedimiento paliativo, pero no está considerada curativa ni indicada como método profiláctico posoperatorio.

## 2.- Carcinoma Epidermoide.

Al igual que los tumores mucoepidermoides, el carcinoma epidermoide se origina del revestimiento epitelial de las glándulas salivales y sus conductos. Sin embargo, a diferencia de los tumores mucoepidermoides, no hay duda acerca de su malignidad de los carcinomas, sino sólo acerca del grado relativo de la misma.

Se acepta que estos tumores probablemente se originan dentro de los conductos, aunque la invasión del tejido glandular vecino es temprana, la metástasis a los ganglios de la región pueden ser tempranas o tardías, dependiendo del comportamiento del tumor.

Los síntomas, signos y prueba de sialografía de estos tumores son semejantes a los que se encuentran en los tumores mucoepidermoides y no existe entre ellos una diferencia clínica neta.

El tratamiento también es similar en todos los aspectos, con la disección radical del cuello como parte importante del mismo. La irradiación tiene un efecto apreciable contra esta lesión y sus metástasis, y en especial contra los tipos más anaplásicos, alivio más que cura, es el principal objetivo de la irradiación.

### 3.- Adenocarcinoma.

Existen numerosas lesiones, a las cuales se le han dado muchos nombres, que pueden agruparse con la denominación general de adenocarcinoma, se incluyen en esta:

al carcinoma basocelular pseudoadenomatoso (tumor basaloide adenoquistico o cilindroma), al adenocarcinoma papilar, al adenocarcinoma de células serosas, al adenocarcinoma de células mucosas, al oncocitoma maligno y al tumor mixto maligno.

Estos y muchos otros términos sirven principalmente para confundir al operador. Para mayor claridad, al pensar en estas lesiones debemos entender que todas son malignas, todas son asesinos potenciales y todas requieren alguna forma de cirugía o de irradiación radical para su cura.

Los síntomas de estas lesiones, con la notable excepción del cilindroma, son generalmente los que se han visto en el tumor mucoepidermoide y el carcinoma epidermoide. El cilindroma suele ser una lesión de crecimiento lento; sus características histológicas y su crecimiento de aspecto benigno pueden hacer creer al cirujano que no es una lesión agresiva. En realidad,

tiene una poderosa tendencia a la recurrencia y a la extensión - invasora con destrucción local, dando origen con frecuencia a - sucesivas operaciones y, finalmente, a la producción de metástasis distantes en la fase final de la enfermedad.

Otros adenocarcinomas pueden ceder con gran rapidez y - ser tan anaplásicos en sus caracteres microscopicos que dificul- tan su clasificación. La identificación sialográfica de un ade- nocarcinoma es muy dudosa, ya que el aspecto de su estructura - interna puede ser similar al de cualquier otra lesión que pro- duzca necrosis central. Sin embargo, en algunos de los tumores de crecimiento más lento, los intentos del tumor para formar te- jido morfológicamente semejante al tejido original producen es- tructuras acinosas anormales capaces de recibir el aceite yoda- do y simular la substancia glandular hipertrófica.

El tratamiento de elección suele ser la cirugía radical. Puede hacerse disección radical del cuello cuando este indicada. La irradiación es eficaz en algunos individuales, pero de ningun- na manera no en todos. El cilindroma en particular es muy ra- dioresistente. Si el tumor es accesible a la radiación eficaz, generalmente lo es también a la cirugía. Por esta razón la i- rradiación suele reservarse para control, como medio paliativo y, en algunos casos, profiláctico, y no como tratamiento prima- rio. Deben tenerse en cuenta el estado del paciente y su pers- pectiva de la vida, así como el tamaño, grado y localización de la lesión.

(TUMORES MAS IMPORTANTES)

1.- Adenomas (benignos)

a).- pleomorfo (tumor mixto)

b).- monoformo

1.- adenolinfoma

2.- adenoma oxifilitico

3.- adenoma de celulas claras

4.- adenoma de celulas basales

5.- adenoma sebáseo

6.- adenoma trabecular

MALIGNOS.

II.- Tumores Mucoepidermoides. (poca malignidad)

Tumores de celulas acinares (poca malignidad)

c).- carcinomas

1.- adenoideo quistico

2.- adenocarcinoma

3.- epidermoide

4.- indiferenciado

5.- el adenoma pleomorfo (tumor mixto maligno).

ADENOMA PLEOMORFO.

SEXO: mas frecuente en mujeres.

EDAD: cuarta decada (40-50)

INCIDENCIA: 10 veces mas en parotida que en submaxilar.

65 a 75% en parenquima

80% en superficial (lobulo)

20% en la profunda

**EDAD:** sexta década (60 años)

**INCIDENCIA:** 1.8% en parotida

**RECURRENCIA:** eventual

**HISTOLOGIA;** tubular.- tubulos revestidos por epitelio glandular

c. claras.- glandulas revestidas por epitelio

c. basales.- restos de tejido conjuntivo fibroso

sebaceo.- nidos de celulas sebaceas formaciones

quisticas revestidas por epitelio estratificado

no corneo.

trabecular.- cordones de celulas de doble banda

con apariencia de c. miopiteliales.

**TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE**

**SEXO:** en igual proporción

**EDAD:** toda la vida

**INCIDENCIA:** del 5 al 10%

65% en parotida, 10% en submaxilar y ocasionalmente

en sublingual, mas frecuente en glandulas salivales

menores (paladar)

**METASTASIS:** 30%

**SOBREVIDA :** 85% bastante aceptable

**HISTOLOGIA:** células mucosas, escamosas e intermedias

seclasifica engrados de acuerdo a la diferenciación.

bien diferenciado o de bajo grado.

### TUMOR DE CELULAS ACINARES

SEXO: predomina en mujeres

EDAD: de 50 años en adelante

INCIDENCIA: de 1 a 3% en parotida, raro en submaxilar

RECIDIVA: mas del 50%

METASTASIS: ganglios regionales y hueso

SOBREVIDA; el 80% de los pacientes 5 años

HISTOLOGIA: tejido tumoral, celulas dispuestas en nidos, citoplasma granular, perdida de arquitectura celular.

### ADENOCARCINOMA

SEXO: mujeres

EDAD: 60 años

INCIDENCIA: 2.8% en glandula parotida

RECIDIVA: poco frecuente

METASTASIS: no tiene información

HISTOLOGIA: tipo celular dispuestos en forma de conductos neoplasicos con formaciones glandulares.

### CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO

SEXO: mas frecuente en mujeres

EDAD: a cualquier edad

INCIDENCIA: 4.5 % en glándulas salivales

1.2% en parotida

1.7 en submaxilar y 1.5% en g. menores

RECIDIVA: locales

METASTASIS: 10 a 20 años despues de la intervenci3n

SOBREVIDA: 70% a3os 13% 20 a3os

HISTOLOGIA; epitelio dispuesto en patron reticular con numerosas formaciones quisticas.

#### CARCINOMA INDIFERENCIADO

SEXO: mas frecuente en hombres.

EDAD: 60 a3os

INCIDENCIA: menos del 1% en parotida, muy raro en otras glandulas.

RECIDIVA: no existe informaci3n (muy raro)

SOBREVIDA: el 50% 5 a3os

METASTASIS: el 50% mueren por metastasis a pulmon hueso e higado.

HISTOLOGIA: masas compactas de celulas con escaso citoplasma hiperchromia nuclear, mitosis y atipia moderada, numerosas zonas de necrosis.

#### CARCINOMA EPIDERMOIDE

SEXO: mas frecuente en hombres

EDAD 60 a3os

INCIDENCIA: frecuente en los conductos de Stenon y Wharton

RECIDIVA: no existe informaci3n

METASTASIS: en ganglios del cuello, pulm3n y vertebras

HISTOLOGIA: masas de celulas escamosas con disqueratosis, mitosis dependiendo del grado de diferenciaci3n.

## VII DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Uno de los problemas principales relacionados con el tratamiento de las lesiones de las glándulas salivales es la decisión del clínico respecto al tipo de lesión que se está tratando y a su localización anatómica en las diversas estructuras. El examen citológico se está volviendo cada vez más importante al formular un diagnóstico, debido a las mejoras de técnica y comprensión de los ejemplares obtenidos. La validez de este examen y de la biopsia con aguja depende en gran parte de la exactitud de técnica con que se obtuvieron los tejidos, así como del entrenamiento y capacidad del patólogo responsable de analizar éstos. Se puede depender las biopsias verdaderas, pero implican cortar la cara y están contraindicadas en las lesiones inflamatorias.

El clínico debe decidir con los medios no quirúrgicos a la mano, cuáles, si es que se necesitan, son los pasos indispensables para lograr un diagnóstico exacto. Los medios de que se dispone son principalmente la historia, el examen físico y el examen radiográfico. Con éstos puede determinarse un curso de tratamiento lógico o bien otros estudios diagnósticos. A veces, los exámenes clínicos de laboratorio ayudan a tomar una decisión.

### HISTORIA

Una historia de la lesión de que se trata frecuentemente ayuda a definir su naturaleza.



**Duración.** La duración de una lesión es un factor importante. Si la lesión es vieja y tiene una historia de remisiones y exacerbaciones es probablemente de naturaleza inflamatoria. Si es vieja y tiene historia de crecimiento lento y continuo generalmente es un tumor benigno o de escasa malignidad. Si es una lesión nueva con síntomas agudos, sugiere inflamación. Una lesión nueva con aumento de volumen indoloro, sin embargo sugiere malignidad desde el principio.

**Forma de iniciación.** La forma de comienzo puede dar alguna clave. Si el comienzo es gradual e indoloro, pero continuo, sugiere tumor. Si es repentino y doloroso el diagnóstico de inflamación es más adecuado aún que no puede descartarse el tumor de crecimiento rápido con infección agregada.

**Rapidez de crecimiento.** La rapidez de crecimiento es un punto diagnóstico importante que indica el grado de malignidad. Una lesión de crecimiento lento pero continuo es raras veces inflamatoria o de un grado avanzado de malignidad. Una lesión de crecimiento rápido puede ser una u otra; sin embargo, el dolor, el exudado, la fiebre o las alteraciones hemocitológicas con tendencia a la inmadurez suelen acompañar a las inflamaciones. Debe recordarse que los tumores no son dolorosos hasta que invaden los tejidos vecinos sensitivos o se infectan. Las lesiones de crecimiento rápido con historia de resolución y remisión son frecuentemente inflamatorias. Las lesiones de crecimiento lento con historia de remisión

nes generalmente son quistes o algún otro fenómeno de retención.

No es típico que ningún neoplasma desaparezca o disminuya; sin embargo, algunos tienen períodos de inactividad biológica.

Estados asociados. La historia de otros estados asociados al síntoma actual con frecuencia ofrece una clave o una explicación del problema.

Una historia de tuberculosis juvenil o de tuberculosis en la familia puede explicar la presencia de un cuerpo calcificado en la región de la glándula salival cuando no puede demostrarse ninguna conexión con la glándula. La historia de neumonía -- por neumococo u otra enfermedad febril aguda puede señalar el comienzo de una sialoadenitis crónica, especialmente de la glándula parótida.

Las anestias generales prolongadas, generalmente con empleo de antisialagogos, son datos importantes, al igual que cualquier otro estado caquético o de deshidratación.

#### EXAMEN FISICO

Un examen físico adecuado es el factor individual más importante en el diagnóstico diferencial de cualquier trastorno. Además del examen físico general para determinar los factores --

generales que puedan intervenir, debe llevarse a cabo un examen cuidadoso de la glándulas anexas. Es importante recordar que tanto las glándulas submaxilares como las parótidas tienen ganglios linfáticos adyacentes y dentro de la estructura glandular misma. Las infecciones adyacentes o los tumores situados en las áreas de drenaje de estos ganglios ocasionan con frecuencia aumentos de éstos, son las infecciones oculares que producen aumento de los ganglios parotídeos, o las de los dientes que ocasionan agrandamiento de los ganglios submaxilares. Los tumores de la piel de la cara, como el melanoma, de la cavidad bucal y de las estructuras faciales pueden producir agrandamientos de los ganglios linfáticos de la cabeza y cuello.

Las metástasis distantes son relativamente raras, aunque la invasión de estos ganglios por los linfomas malignos es frecuente.

Es necesario el examen bimanual de estas lesiones, y puede recogerse mucha información con el dedo examinador. El examen manual se efectúa correctamente colocando un dedo dentro de la boca y la mano opuesta sobre la lesión. La manipulación cuidadosa de ambas manos puede proporcionar los datos que a continuación se dan.

Localización de la lesión. Las lesiones de los conductos se palpan mejor por dentro de la boca cuando la lesión se encuen-

tra en el conducto submaxilar o en el tercio anterior del conducto parotídeo. Las lesiones del hilio de la glándula submaxilar -- inmediatamente por delante del punto en que pasa por debajo del músculo milohiideo también se palpan mejor por dentro de la boca. La mayoría de los cálculos salivales corresponden a esta categoría.

Las lesiones situadas por fuera de la musculatura de la boca pueden ser desplazadas hacia afuera por el dedo intrabucal -- y palparse con más facilidad con la mano extrabucal. Pueden desplazarse porciones de la glándula misma y su contextura apreciarse fácilmente. Los ganglios y los tumores pueden sujetarse identificarse. Las lesiones que no son palpables o movibles desde el interior de la boca se juzgan en relación con su localización. -- Exprimir la glándula y el conducto bimanualmente permite estimar la naturaleza de la secreción y, por lo tanto, de la localización de la lesión. Las lesiones situadas fuera de los conductos raramente producen pus dentro del sistema canalicular a menos que estén tan avanzadas que los ocluyan por presión.

Consistencia de la lesión. Las lesiones circunscritas tales como tumores mixtos, ganglios inflamatorios aumentados y schwannomas se mueven y pueden desplazarse fácilmente. De este fenómeno se saca en conclusión que la lesión no ha invadido los tejidos vecinos y no está rodeada de exudado inflamatorio difuso. Areas inflamadas en forma aguda, abscesos, tumores malignos invaso-

res o sus extensiones linfáticas no se mueven fácilmente, por haber infiltrado la enfermedad los tejidos circundantes.

Una excepción es el ganglio linfático invadido por metástasis tempranas y que todavía no ha perdido su integridad capsular.

Las lesiones duras tienen peor pronóstico. Aunque el signo diferencial primario entre una lesión maligna y una lesión inflamatoria leñosa es la presencia o ausencia de dolor, no se puede depender de este signo, ya que puede haber infección en cualquier neoplasia maligna avanzada, en general, la induración del área en cuestión es un signo grave, especialmente si faltan los signos cardinales de infección o no se encuentran con la proporción con la historia del trastorno. La induración es típica de las lesiones invasoras malignas y este signo debe considerarse como un diagnóstico hasta que no se pruebe lo contrario.

La consistencia del resto de la glándula es muy importante. Las lesiones malignas rara vez abarcan la totalidad de la glándula a menos que esten infectadas o muy avanzadas. Por lo tanto, una porción de la glándula aparece normal a la mano examinadora; las infecciones, por el contrario, generalmente producen tensión en toda la glándula, lo mismo que la obstruc-

ción de los conductos.

La separación de la glándula de las lesiones que en realidad no la afectan es también muy importante. En muchas ocasiones la tumefacción corresponde aparentemente a la glándula, pero la palpación y sujeción digital de la glándula o de la lesión, demuestran que ésta sólo tiene una relación anatómica y no histológica con la glándula. Esto es particularmente cierto en el quiste branquial, en los quistes dermoides, en las hipertrofias ganglionares y en los aumentos de volumen inflamatorios primarios de los dientes. En estos casos la consistencia de la glándula no afectada es normal.

Muchas lesiones tienen consistencia típica. Los abscesos son generalmente fluctuantes; los quistes dermoides y otros quistes de pared gruesa generalmente tienen consistencia pastosa; los cálculos son duros y pueden ser estrellados; la glándula infectada u obstruida generalmente es firme y tensa. Por eso podemos decir que la consistencia de la lesión es signo diferencial importante.

#### REACCION SUBJETIVA.

La respuesta subjetiva del paciente al examen con frecuencia varía de acuerdo según la naturaleza de la enfermedad. Los estados inflamatorios por lo general se acompañan de dolor, el cual aumenta con la manipulación. Debe recordarse que los tumores

que se han infectado o que han invadido estructuras sensoriales - pueden también ser dolorosos, pero ese dolor generalmente es un signo de malignidad tardío y no temprano.

Los tumores benígnos, los de poca malignidad y los tumores malignos que comienzan rara vez son dolorosos. La manipulación puede llevarse a cabo sin queja del paciente a menos que se prolongue lo suficiente para provocar molestias. Por otro lado, los tejidos que recubren un cálculo, salival casi siempre son insensibles a la palpación debido a inconpresibilidad del cálculo, a los procesos agudos algunas veces presentes y la inflamación de los conductos vecinos.

#### VALORACION RADIOGRAFICA.

Las radiografías comunes son de poco valor excepto en presencia de un cálculo calcificado o de invasión avanzada de las estructuras óseas vecinas.

Por esta razón la radiografía común puede ser omitida a menos que el examinador tenga una razón para sospechar estas alteraciones.

Quando se sospecha un cálculo salival, las placas oclusal y lateral oblicua de la mandíbula son de gran valor para localizar los cálculos submaxilares. Las radiografías posteroanterior y lateral de la cara, con placa oclusal colocada en las pa-

redes bucales y con exposición muy breve (medio a tres cuartos - de segundo) pueden ser de valor para localizar cálculos de la -- parótida.

La radiografía occipitesubmentoniana que limita al arco-cigomático también puede ser útil.

El sialograma de más información diagnóstica.

Este estudio especial se realiza inyectando aceite radio-paco en el sistema de conductos de la glándula y tomando las radiografías que estén indicadas. Se han descrito numerosas técnicas y equipos para realizar este estudio. Una que ha sido útil - en manos del autor se ilustra aquí.

Materiales. Se necesitan los siguientes:

- 1.- Tubos de polietileno de diferentes calibres y aproximadamente 46 cm de largo, uno de cuyos extremos tiene bisel -- agudo.
- 2.- Un conector Luer-Lok del tipo utilizado para la anestesia raquídea continúa.
- 3.- Una jeringa con mango de anillos tipo Luer-Lok de -- tres centímetros cúbicos.



4.- Un explorador roto, cuyo extremo se ha redondeado y pulido - para usarlo como dilatador.

5.- Cualquier aceite radiopaco como medio de contraste.

Método. Se toma un tubo de polietileno de calibre adecuado y se adapta al conector. Se llena la jeringa con la sustancia de contraste y se fija al conector. Se saca todo el aire del sistema. El aceite sobrante sirve de lubricante.

Se quita la jeringa y el conducto en cuestión se canaliza. Si se produce dolor, se aplican unas gotas de anestésico local alrededor de la carúncula. Si la colocación de la cánula se dificulta puede introducirse el explorador para dilatar la abertura del conducto. Los factores que originan dificultades en la colocación de la cánula son los siguientes:

- 1.- Un tubo de calibre muy grueso.
- 2.- Un bisel áspero del tubo
- 3.- Un bisel corto o muy romo del tubo.
- 4.- Falta de lubricación del tubo.

El tubo se inserta bien dentro del conducto.

En el conducto de la parótida, generalmente se encuentra un obstáculo en el punto en que el conducto se dobla alrededor -

del borde anterior del músculo masetero. En el conducto submaxilar suele bastar una distancia de tres o cuatro centímetros.

Se pide entonces al paciente que cierre la boca, y el tubo puede mantenerse en su lugar con cualquier fijación sin -- comprimirlo. Vuelve a conectarse la jeringa y se instruye al pa ci en te que la sostenga contra su pecho. De este modo puede mo-- verse al paciente y colocarlo como quiera el radiólogo. Cuando el radiólogo ha colocado al paciente satisfactoriamente, se -- inicia la inyección del medio de contraste. Se instruye al pa-- ciente para que levante su mano cuando sienta presión nuevamen-- te cuando experimente dolor. Las cantidades de solución están - sujetas a variación individual, y puede dependerse más del lle-- nado sintomático que de cantidades predeterminadas.

Se mantiene la presión por diez segundos después de apa-- recer dolor y se toma entonces el sialograma. Se mantiene lige-- ra presión durante la colocación del paciente para radiografías adicionales. Las radiografías posteroanterior y lateral del --- cráneo pueden tomarse como quiera el operador.

Después de tomar todas las radiografías, el tubo puede-- retirarse e instruir al paciente para que ayude a vaciar la --- glándula por masaje.

El aceite residual en la glándula y sistema de conduc--

tos no es dañino y puede ser benéfico en algunas ligeras alteraciones inflamatorias.

El sialograma puede proporcionar bastante información -- especialmente si ésta se relaciona con los signos clínicos. Sin embargo, no todas las lesiones tienen datos sialográficos típicos, y en muchos casos el diagnóstico final depende de la biopsia. Afortunadamente la mayoría de las lesiones inflamatorias -- tienen manifestaciones típicas cuando se relacionan con el curso clínico, en tanto que los tumores con frecuencia se caracterizan por la ausencia singular de signos sialográficos.

La interpretación sialográfica se hace mejor integrando los datos sialográficos, los datos clínicos, la historia y los conocimientos de las ciencias básicas. Con este fin se presentan un grupo de casos típicos en los cuales los hallazgos sialográficos y los datos clínicos fueron suficientemente claros para -- llegar a un diagnóstico exacto.

#### PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

Con la posible excepción del tratamiento quirúrgico de los quistes de retención como mucocelos y ránulas, la sialitotomía intrabucal es la operación más frecuentemente empleada en el sistema salival. Es una operación simple, frecuentemente olvidada por los médicos no entrenados en cirugía bucal a favor de la enucleación de la glándula. Si el cálculo está localizado favo--

rablemente, su remoción a través de la boca conserva la glándula y, por lo tanto, su función.

Aunque se sabe que los sialolitos recurren y las glándulas pueden ser alteradas por la infección que requieran su extirpación posterior, en la operación original suele estar indicado un procedimiento más conservador debido a su éxito en manos de la mayoría de los operadores.

La glándula submaxilar puede extirparse sin consecuencias si la operación se realiza adecuadamente. Sin embargo, antes de extirparla deben considerarse los resultados de la pérdida de su función, aunque en pacientes con secreción salival normal en el resto de las glándulas su remoción no tiene consecuencias.

La extirpación de la glándula parótida es de mayor trascendencia; siempre hay el peligro de lesionar el nervio facial aunque una operación cuidadosa permite extirparla generalmente con sólo ligeros trastornos pasajeros del nervio.

La remoción de cualquiera de las glándulas tiene como resultado una pequeña deformidad facial.

En el caso de la glándula submaxilar, queda la cicatriz y una depresión o más exactamente una falta de llenado en la re

gión submaxilar. Cuando se trata de la glándula parótida queda - una cicatriz retromadibular y una pérdida de parte de contorno - facial. Estos factores no son importantes si la operación es necesaria, pero la contraíndican cuando los métodos conservadores son suficientes.

## VIII CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS LESIONES QUISTICAS.

Aquí se trataran los problemas de:

- 1.- Diagnostico
- 2.- Examen Radiográfico
- 3.- Técnica Quirurgica
- 4.- Tratamiento Posoperatorio.

### 1.- Diagnóstico:

El diagnóstico en cada caso debera fundarse en una combinación de los datos físicos, historia, valoración radiográfica y biopsia.

El examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto, pero también son necesarios otros estudios clínicos de laboratorio.

No se debe hacer una biopsia inmediatamente para eliminar otros estudios.. La biopsia debe hacerse cuando sus indicaciones sean bastante claras. Los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial.

El dolor puede ser causado por la presión del quiste -- sobre un nervio y asimismo puede haber parestesia. Los quistes pueden ser múltiples, cada uno de un rudimento embrionario diferente, pero los quistes múltiples pueden indicar una enferme-

dad general.

Debido a que los quistes de los tejidos blandos del cuello se presentan muchas veces tensos, la diferenciación entre el quiste y los tumores sólidos pueden ser difícil.

La presencia de inflamación y la sensibilidad a la presión es un signo de quiste mas que de tumor, debido a que los quistes frecuentemente se infectan secundariamente. Sin embargo, la dureza del quiste y la movilidad de los tejidos del cuello frecuentemente hacen que la fluctuación no sea un signo seguro de la presencia de líquido.

La localización, movilidad, fijación, consistencia, cambios locales y enfermedades asociadas son los factores más importantes en el diagnóstico.

En los quistes grandes de hueso que producen asimetría facial, la extensión se verifica generalmente a lo largo de la línea de menor resistencia en el hueso y en una sola dirección.

El neoplasma verdadero suele crecer en el hueso y a través de él en todas direcciones. Los nervios, vasos sanguíneos, y senos paranasales son generalmente desplazados por la presión ejercida por el contenido líquido del quiste en contraste con el neoplasma que invade y que rodea estos tejidos.

## 2.- Datos Radiograficos.

El examen radiográfico nos muestra la localización y la extensión del quiste en el hueso y en los dientes. Las sombras superpuestas pueden causar confusión cuando parecen estar atacados varios dientes en la región de un quiste.

Se debera hacer un examen clínico completo, incluyendo las pruebas de vitalidad. La presión del liquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa compacta de hueso en el cual esta contenido el saco del quiste. Esta lámina densa se observa en la radiografía como una línea blanca delgada delineando la región que contiene el quiste radiolúcido.

El diagnóstico nunca se puede hacer positivamente con los datos radiograficos ya que muchas enfermedades neoplásicas y metabólicas aparecen en la radiografía como quistes. Debido a la complejidad de las lesiones patológicas que se presentan en los maxilares y en la mandíbula estos problemas son difíciles de diagnosticar.

Generalmente los quistes tienen un contorno liso, redondo y lobular y pueden ser multi locales. Sin embargo, cuando hay infección secundaria los bordes pueden ser irregulares.

Los quistes a que se sobreponen las sombras de los senos paranasales. Una substancia radiopaca, como aceite yodado -



(Lipiodol) puede inyectarse en la cavidad quística después de -- aspirar el contenido del quiste.

Se utiliza una aguja grande de calibre 19 o 20 en una -- jeringa Luer de tres a cinco centímetros cúbicos.

Después de que se ha aspirado el líquido en la jeringa, -- se quita la aguja que se deja en su lugar y entonces se inserta -- otra jeringa Luer con Lipiodol. La abertura que se ha hecho en -- la cavidad debe obturarse inmediatamente con un hemostático o -- torunda y la radiografía debe hacerse tan pronto como sea posi-- ble para evitar la salida del líquido.

Esta técnica también puede utilizarse para visualizar -- quistes de tejido blando y conductos venosos que de otra manera -- no podrían verse en la radiografía. Los quistes dermoides pueden -- contener material radiopaco.

Algunas veces se confunde una región radiolúcida peque-- ña e irregular con la recurrencia de un quiste.

Esta apariencia radiográfica puede deberse a que ambas -- paredes corticales de hueso están atacadas por el quiste, o que -- se han quitado durante la escisión quirúrgica de la lesión.

La regeneración completa de estas paredes corticales es --

difícil y el defecto siempre apareciera en la placa radiográfica.

### 3. Técnica Quirúrgica:

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización del quiste, existen dos métodos generales de tratamiento:

a).- Enucleación de todo el quiste

b).- La operación de Partsch o marsupialización, por la cual el quiste se descubre quitando la bóveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal o las regiones adyacentes.

En todo caso, el procedimiento quirúrgico debe basarse en sólidos principios fundamentales. Estos principios incluyen la preservación del aporte sanguíneo a la región, evitar el trauma excesivo a las fibras y troncos nerviosos de la región, control de la hemorragia, técnica aséptica, manejo atraumático de los tejidos blandos, colgajo adecuado para obtener relajación suficiente que brinde un buen acceso a la región del quiste; evitar llegar a inserciones musculares y grandes vasos, suturas correctas y readaptación de los tejidos blandos.

La incisión nítida, de manera que los tejidos blandos sean readaptados sobre una base ósea, siempre sana mejor y con menos dolor posoperatorio que cuando el tejido es desgarrado, la cerado o suturado directamente sobre un defecto de hueso.

#### 4.- Tratamiento Posoperatorio:

Las posibles complicaciones de enucleación o marsupialización de quistes congénitos y embriológicos incluyen tumefacción, infección, formación de hematomas, traumatismo de nervios-motores y sensitivos, fistula bucal, hemorragia primaria o secundaria, fractura de huesos y obstrucción de vías respiratorias.

El traumatismo de nervios motores y la obstrucción de vías respiratorias ocurren principalmente al extirpar lesiones que exigen disección en cuello y región submandibular.

La mejor manera de evitar complicaciones es prevenirlas por un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica adecuada y correcta; sin embargo, las complicaciones ocurren y conviene conocerlas para tratarlas cuando se presentan.

El edema es normal y fisiológico después de procedimientos quirúrgicos en maxilares y mandíbula. La mayor parte de estas operaciones son traumáticas y la retracción prolongada de los tejidos contribuye a obstaculizar el drenaje linfático de la región.

Esto, aunado con la reacción inflamatoria, produce edema y tumefacción. Debe advertirse esto al paciente, y que espere el máximo de hinchazón alrededor del segundo día posoperatorio; de-

saparecerá gradualmente si no hay infección secundaria ni formación de hematomas. La aplicación inmediata de frío es de poco beneficio, pero puede utilizarse en las primeras ocho a diez horas que siguen a la operación. Los agentes antiinflamatorios como -- fármacos corticosteroides y enzimas de plantas y animales pueden en ciertos casos, ser útiles para controlar el edema posoperatorio.

Estos agentes deben administrarse con un conocimiento -- completo de sus posibles efectos secundarios y sus contraindicaciones.

La posibilidad de infección puede ser mínima usando antibióticos y una buena técnica quirúrgica, y siguiendo estrictamente las reglas de asepsia. Cualquier infección aguda que se presente en estas lesiones debe dominarse perfectamente antes de hacer cualquier intervención quirúrgica. Deben elegirse cuidadosamente los antibióticos y se administrarán en dosis terapéuticas, ya sea empíricamente o por pruebas de sensibilidad.

El hematoma puede evitarse cohibiendo la hemorragia inicial y por el uso adicional de apósito y presión. Los vasos de - grueso calibre deben ser ligados, pero la hemorragia suele provenir de regiones inaccesibles a la ligadura y se cohibe por la -- presión. Los colgajos de tejido blando deben suturarse bien y se aplicará presión externa adecuada en la herida durante las prime

ras horas del posoperatorio.

Un hematoma persistente fácilmente accesible, debe ser aspirado y drenado. De otra manera, ocurrirán disgregación del cóagulo y drenaje séptico. En periodo incipiente de la formación del hematoma, puede ser útil la terapéutica enzimática, con hialuronidasa, por ejemplo, pero debe evitarse si hay peligro de infección secundaria. Las enzimas inyectadas en los tejidos abren los espacios intersticiales y facilitan la absorción y difusión-rápidas de líquidos desde la región enferma.

Los troncos nerviosos sensitivos generalmente están desplazados por las lesiones quísticas, y muchas veces puede separarse la pared del quiste del nervio, por disección cuidadosa.

Cuando se descubre un nervio sensitivo en una cavidad suele ocurrir parestesia. La duración del trastorno no puede predecirse porque la velocidad de regeneración del nervio considerablemente no se cortan durante procedimientos quirúrgicos cuidadosos, y suele recuperarse la sensibilidad.

Los pequeños nervios que se sacrifican en estas regiones quirúrgicas de ordinario tienen invasión cruzada de manera que el efecto inmediato no es notado por el paciente. Debe advertirse al paciente de esta sensación. Debe explicarse cuidadosamente que un traumatismo posible del quinto par afecta solamente la

ensibilidad y no la función motora, de manera que no ocurrirán cambios patentes en la cara. Sin embargo, para hacer la disección de tejidos blandos, debe conocerse perfectamente la anatomía del nervio facial, pues la lesión de este nervio motor originará parálisis.

La hemorragia primaria debe cohibirse durante la operación. La secundaria generalmente ocurre cuando se ha traumatizado un vaso de grueso calibre al operar. También puede ocurrir por trauma inesperado de vasos neoformados, al quitar los apósitos quirúrgicos. Esta complicación suele cohibirse por la presión. Deben extirparse los grandes coágulos y se buscará el origen de la hemorragia antes de aplicar la presión de una manera adecuada. Algunas veces el vaso puede identificarse y ligarse.

Las fístulas buconasales o bucoantrales a veces resultan de haber elegido mal los procedimientos quirúrgicos o de error en la técnica.

También puede ser resultado de una relación anatómica normal de alguna enfermedad con las estructuras existentes. Esta complicación puede evitarse por una disección cuidadosa; la pared quística frecuentemente puede despegarse de otras membranas sin penetrar en cavidades nasal o antral. El método de Par-tsch, cuando se puede aplicar, evitará esta complicación. Si ocurren estas pequeñas aberturas, suele lograrse la curación ade

cuada por sutura cuidadosa y las instrucciones detalladas al paciente. El cuidado posoperatorio es de gran importancia en muchos casos para evitar la formación de una fístula permanente -- que necesita cierre secundario. Debe evitarse la infección secundaria. Se aconsejará al paciente mantener la boca abierta al estornudar o toser, para igualar la presión en los senos paranasales y evitar la fuerza excesiva en la región donde la herida comunica con la cavidad bucal.

El hueso se debilita por la presencia de un quiste; la magnitud del debilitamiento depende del tamaño y la extensión de la lesión.

La posibilidad de fractura durante la cirugía suele ser remota, a menos que se produzca traumatismo excesivo sobre el hueso o que ambas tablas corticales sean muy delgadas. El traumatismo al hacer un movimiento de torsión es más capaz de fracturar el hueso que la presión directa. Por la naturaleza del quiste, que se expande primariamente en una sola dirección, es probable que esté intacta una tabla cortical que preserva la continuidad del hueso. La profilaxia es la mejor terapéutica; debe utilizarse una técnica quirúrgica cuidadosa, particularmente en los quistes que contienen dientes que no han hecho erupción, y que son difíciles de extraer. Si ocurre fractura, debe continuarse la enucleación del quiste y después se empaqua bien la cavidad --

con apósitos de gasa o partículas de hueso, para mantener la posición de los fragmentos y evitar su desplazamiento. La mandíbula también debe inmovilizarse. Cuando hay quistes maxilares voluminosos, debe aconsejarse al paciente que evite los traumatismos, tanto antes de la operación como después de ella, ya que un golpe puede causar más fácilmente fractura en un hueso debilitado que en uno normal.

La obstrucción posoperatoria de vías aéreas puede ser -- consecuencia de intervenciones quirúrgicas en maxilares, lengua y cuello. Los factores contribuyentes son edema masivo, formación de hematoma e infección

Si existen signos de respiración difícil y de intercambio respiratorio inadecuado, debe hacerse traqueotomía. Esta debe ser, en la medida de lo posible, un procedimiento de elección y no de urgencia.

La asistencia posoperatoria adecuada es tan importante -- para el bien estar del paciente como el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.



## CONCLUSIONES

El odontólogo, es el que tiene la oportunidad de examinar sistemáticamente a los pacientes en busca de cualquier aspecto de la cavidad bucal, y éste deberá siempre ser precavido con respecto a cualquier cambio encontrado por muy pequeño que sea éste en la mucosa de la cavidad oral.

Debera y tendra la obligación de poder reconocer los cambios malignos tempranos en los tejidos a examinar, y entre más tiempo se ejerza la profesión se debera mejorar la capacidad para así emitir una diagnóstico cada vez mejor; ya que un diagnóstico cuidadoso es la base del éxito y así mismo y por lo general el diagnóstico nos indica el método del tratamiento a seguir.

Es muy importante el tener la capacidad para poder distinguir que tipo de padecimiento es el que presenta el paciente, por lo tanto son necesarios el conocimiento pleno de la anatomía de las estructuras que forman la cavidad bucal así como sus relaciones con las estructuras vecinas, realizar un examen clínico adecuado, una historia clínica completa, y además sencilla para poder interpretarla de una manera rápida y eficaz, se deben contar también con radiografías diagnósticas; así como los procedimientos de laboratorio nos pueden ser de gran utilidad, pues la biopsia es el único método seguro de hacer un diagnóstico categó

rico cuando una lesión maligna no puede descartarse por otros me  
dios.

## BIBLIOGRAFIA

### ATLAS DE TECNICAS EN CIRUGIA

Madden John L.

Ed. Interamericana S.A.

2a. Edición 1967.

### CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Archer W.H.

Philadelphia W. B. Saunders Co.

5a. Edición 1975.

### CIRUGIA DENTAL

Archer William Harry

Editorial Mundi S.A.

2a. Edición 1968.

### TRATADO DE CIRUGIA ORAL

Guralnik Walter C.

Editorial Salvat

Barcelona España 1971

**CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA**

**Guillermo Ries Centeno**

**Editorial El Ateneo**

**7a. Edición 1978.**

**CIRUGIA BUCAL**

**Emmett R. Costich**

**Raymond P. White Jr.**

**Editorial Interamericana S.A.**

**1a Edición 1974.**

**TRATADO DE CIRUGIA BUCAL**

**Gustav O. Kruger**

**Editorial Interamericana S.A.**

**4a. Edición 1978.**