



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**PATOLOGIA DE LA MUCOSA BUCAL**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**JAIME CESAR GALEANA ESCUDERO**

**MEXICO, D. F.**

**1984**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# C A P I T U L O S

## INTRODUCCION

I HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA DE LOS TEJIDOS BLANDOS

II LESIONES SUPERFICIALES DE LA MUCOSA BUCAL

III QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS

IV TUMORES BENIGNOS Y PROLIFERACIONES SEMEJANTES DE  
TEJIDOS BLANDOS

V TUMORES MALIGNOS DE TEJIDOS BLANDOS

VI LESIONES DE GLANDULAS SALIVALES

CONCLUSIONES

## INTRODUCCION

Me es grato poner a consideración del H. Jurado el presente trabajo que de una manera general pretende señalar algunas de las múltiples lesiones que se tratan dentro del campo de la patología bucal.

Hay en día en que los cambios ambientales, el estrés emocional de la vida que llevamos, la contaminación por diferentes factores así como sustancias químicas que se incluyen en nuestra diaria dieta alimenticia, pueden llegar a ocasionar alteraciones y lesiones, no solo a nivel bucal sino general.

En el transcurso de la definición de cada enfermedad me referire de manera concreta a los diversos factores que de alguna manera predisponen o son los causantes de cada una de las diversas enfermedades bucales, que no solo afectan a personas adultas o mayores, sino que también se ven afectados niños o jóvenes que indistintamente llegan a sufrir las consecuencias de las lesiones más comunes, y hasta de las más raras afecciones que se originan en cavidad bucal, de acuerdo a las distintas regiones y a los diferentes estratos sociales.

Cabe mencionar que las líneas que a continuación se redactan, están muy lejos de llegar a constituir una completa investigación, pero pienso que pudiera ser la base para motivar la investigación de aquellas personas que se interesen en profundizar en esta disciplina, para que de alguna forma los profesionistas podamos diagnosticar de forma más certera y segura, así como enfrentarnos con mayor certeza ante aquellas enfermedades que pueden llegar a poner en peligro la vida.

## CAPITULO I

## HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA DE LOS TEJIDOS BLANDOS

## MUCOSA BUCAL

La cavidad bucal desempeña una gran variedad de funciones como masticación, contiene el sentido del gusto, la saliva secretada no solo lubrica los alimentos, también contiene enzimas que inician la digestión. Dicha cavidad está revestida por una membrana mucosa.

La estructura morfológica varía en diferentes áreas de la cavidad en relación con la acción e influencia que se ejerce sobre ella; así por ejemplo en el paladar duro y alrededor de los dientes se ejerce mayor fuerza mecánica por la masticación y alimentos asperos, mientras el piso de boca está protegido por la lengua, la cual difiere mucho del piso de boca, como de mejillas y labios.

La mucosa bucal está formada por dos capas: La lámina propia y el epitelio superficial, separadas ambas del epitelio escamoso estratificado por una membrana basal. El epitelio escamoso estratificado está cornificado en algunas zonas como son las encías y el paladar duro.

La lámina propia es una lámina de tejido conjuntivo denso, sus papilas en forma de indentaciones llevan los vasos sanguíneos y nervios. Las papilas de la lámina varían en longitud y anchura en diferentes zonas, las prolongaciones epiteliales hacia adentro entre las papilas se describen como clavijas epiteliales.

La disposición de papilas aumenta la superficie de contacto entre la lámina propia y el epitelio; facilita el intercambio de material entre los vasos sanguíneos y el epitelio.

La presencia de las papilas permite hacer la subdivisión de la lamina propia en capa papilar externa y reticular más profunda.

La submucosa formada por tejido conjuntivo de espesor y densidad variable une la mucosa con las estructuras subyacentes. La unión es de tipo laxo o firme dependiendo del carácter de la submucosa.

En esta capa hay vasos sanguíneos, nervios y tejido adiposo. Aquí las arterias se subdividen en ramas más pequeñas, las que penetran en la lamina propia, en esta, se subdividen para formar una red subepitelial en las papilas. Las venas siguen el recorrido de arterias y los vasos sanguíneos van acompañados de una rica red de vasos linfáticos. Los nervios sensitivos de la mucosa atraviesan la submucosa, las fibras son meduladas pero pierden su vaina de mielina en la mucosa antes de dividirse en arborizaciones. En las papilas se encuentran terminaciones nerviosas de diferente tipo. Los vasos sanguíneos se acompañan de fibras nerviosas viscerales amielínicas que inervan músculos lisos, otras fibras viscerales inervan a las glándulas.

La cavidad bucal se puede dividir en vestibulo y cavidad bucal propia. El vestibulo es parte de la cavidad limitada por labios y mejillas en el lado externo, y por dientes y apofisis en el lado interno.

La cavidad bucal propia se encuentra dentro de los arcos dentales, los huesos y los maxilares; limitada posteriormente hacia la faringe por las fauces o arcos glosopalatinos.

#### TRANSICION ENTRE PIEL Y MUCOSA

La zona transicional entre piel que cubre la superficie externa de los labios y la mucosa verdadera que cubre la superficie interna es la zona roja o el borde bermellón del labio.

La piel del labio está cubierta por el epitelio cornificado cuyas papilas del tejido conjuntivo son escasas y cortas, se encuentran muchas glándulas sebáceas, hay glándulas sudoríparas.

La región transicional se caracteriza por numerosas papilas largas, dispuestas densamente en la lamina propia, llegan al epitelio y portan asas capilares grandes cerca de la superficie; de este modo se ve la sangre a través de las delgadas porciones de epitelio translúcido que cubre a las papilas, de ahí el color rojo a los labios.

La mucosa bucal se puede dividir en tres tipos diferentes:

**Mucosa masticatoria.**—Corresponde a la encía y al paladar duro.

**Mucosa de revestimiento.**—Es una cubierta protectora, comprende labios y mejillas del surco vestibular y las de las apofisis alveolares superior e inferior, superficie de la lengua y mucosa del paladar blando.

**Mucosa especializada.**—Representado por la cubierta de la superficie dorsal de la lengua.

### MUCOSA MASTICATORIA

**ENCIA.**—Está limitada sobre la superficie externa por una línea festoneada, la unión mucogingival, que la separa de la mucosa alveolar. Tiene color rosado, a veces con tinte grisáceo, lo que depende del espesor del estrato córneo. La mucosa alveolar es roja mostrando numerosos y pequeños vasos.

De acuerdo con la conducta de la capa superficial se pueden distinguir cuatro tipos de epitelio gingival:

1.—Epitelio completamente cornificado: Las capas superficiales están formadas de escamas corneas, planas densamente co-

locadas, las células superficiales transformadas, no hay núcleos.

2.-Paraqueratosis, las células superficiales parecen estar constiuidas por queratina, pero tienen el núcleo picnótico.

3.-Paraqueratosis incompleta, muestran la capa superficial dividida en dos zonas, la más profunda se tiñe con queratina, esta tinción se pierde en la capa superficial, probablemente por influencia de los líquidos basales sobre la queratina incompletamente diferenciada de las células con núcleos.

4.-Donde falta la queratinización, las células planas retienen sus núcleos.

El más frecuente es el paraqueratósico pues representa el 50 %, le sigue paraqueratosis incompleta 25%, el de cornificación total 15% y por último sin cornificación 10%.

La lamina propia de la encía está formada por tejido conjuntivo denso no muy vascularizado; en el tejido conjuntivo laxo perivascular de la encía normal se identifican macrófagos que tienen importante función en la defensa y reparación del cuerpo.

Las papilas del tejido conjuntivo son largas, delgadas y numerosas. La presencia de estas papilas permite la demarcación entre la mucosa alveolar y la gingival. El tejido de la lamina propia contiene unas cuantas fibras elásticas, confinadas en su mayor parte a las paredes de los vasos sanguíneos, las fibras del ligamento periodontal penetran hasta la lamina propia, uniendo firmemente a la encía con los dientes.

La encía es inmóvil y se encuentra firmemente adherida al periostio del hueso alveolar. En este sitio un tejido conjuntivo denso, constituido por haces colágenos, se extienden desde el hueso hasta la lamina propia. La submucosa bajo la mucosa alveolar está formada laxamente; los haces de fibras de la lamina propia de la mucosa alveolar son delgados y están entrelazados regularmente; la mucosa y submucosa alveolares contienen gran cantidad -



de fibras elásticas, que son delgadas en la lamina propia y más gruesas en la submucosa.

Fibras colágenas dispuestas en haces fuertes se originan a partir de la zona cervical del cemento (grupo gingival de las fibras del ligamento periodontal), las fibras gingivales están ordenadas funcionalmente en los siguientes grupos:

1.-Ligamento gingival.-Se extiende de cemento cervical hasta el espesor de la lamina propia de la encía y constituye el grupo más numeroso.

2.-Grupo alveolo gingival.-Proviene de la cresta alveolar y llegan a la lamina propia.

3.-Grupo circular.-Grupo pequeño que rodea al diente y se entrelaza con las otras.

4.-Fibras dentoalveolares.-Pueden seguirse desde el cemento hasta el periostio, y de la superficie vestibular y bucal del hueso alveolar.

#### IRRIGACION E INERVACION

La irrigación deriva de las arterias alveolares que atraviesan los tabiques interdentarios. Estas arterias atraviesan la cresta alveolar en los espacios interdentarios y terminan en la encía, irrigando la papila interdientaria y las zonas vecinas: en la encía bucal y lingual, en la superficie se anastomosan con otras ramas superficiales de arterias que irrigan la mucosa bucal y vestibular y la encía marginal como ramas de la arteria lingual, buccinador, la mentoniana y al palatina; existe una red rica de vasos linfáticos en la encía a lo largo de los vasos sanguíneos que conduce hacia los ganglios submentonianos y submaxilares.

La encía está bien inervada. Se pueden observar diferentes terminaciones nerviosas como cuerpos de Meissner, Krause e terminaciones bulbosas.

La encía se puede dividir en: encía libre, adherida y papilas interdientarias; la línea divisoria entre la encía libre y la adherida es la mucosa gingival libre. Histológicamente esta línea se observa como una escotadura en V, correspondiendo al borde epitelial grueso que divide a la encía libre de la adherida.

En algunos casos la muesca no es bien definida y entonces la división entre ambas no es clara.

La encía libre se caracteriza por papilas altas de tejido conjuntivo que elevan el epitelio, de tal modo que la superficie se ve punteada. Entre las papilas hay depresiones poco profundas que corresponden a arrugas epiteliales más grandes y presentan signos de degeneración y cornificación en su profundidad.

La encía adherida.—Ligeramente deprimida en dientes contiguos correspondiendo a la depresión sobre la apófisis alveolar entre las eminencias de los alveolos. Aquí se forman los pliegues verticales poco acentuados.

La papila interdientaria.—Es la parte de la encía que llena el espacio entre dos dientes vecinos, está limitada en su base por una línea que conecta el margen de la encía del centro de un diente con el centro del diente siguiente. Debido a su semejanza con el paso de dos picos se le llama collado. La parte interdientaria parece no tener cornificación.

#### PALADAR DURO

La mucosa está fijada firmemente al periostio, su color es rosado. El epitelio tiene carácter uniforme con una capa cornificada un poco gruesa y numerosas papilas largas.

La lamina propia es una capa de tejido conjuntivo denso, es más gruesa en las partes anteriores que en las posteriores.

Las diversas regiones del paladar duro difieren a causa de la estructura variable de la capa submucosa y se puede distinguir de las siguientes zonas:

### 1.-Región gingival vecina a los dientes.

La zona marginal muestra la misma estructura que -- otras regiones de la encía. En esta zona no puede diferenciarse -- una capa submucosa de la lamina propia o periostio; de modo semejante las capas de la lamina propia, la submucosa y el periostio no pueden distinguirse en el rafe palatino o zona media.

2.-Rafe palatino o zona media.--Se extiende a partir -- de la papila incisiva o palatina hacia atrás. En las áreas laterales del paladar, tanto en la zona adiposa como glandular la lamina propia está fijada al periostio por bandas de tejido conjuntivo fibroso denso dispuestas en ángulo recto en relación a la superficie, dividen a la submucosa en espacios de forma irregular.

La distancia entre la lamina propia y el periostio es menor en las partes anteriores que en las posteriores; en la zona anterior los espacios contienen grasa y en la posterior contienen glándulas mucosas.

3.-Área anterolateral o zona adiposa entre el rafe y la encía.--En el surco que separa a la apófisis alveolar y el paladar duro los vasos y nervios palatinos anteriores están rodeados de tejido conjuntivo laxo.

4.-Zona posterolateral o glandular entre rafe y encía.--La capa glandular del paladar duro se continúa hacia atrás con la del paladar blando.

### PAPILA INCISIVA

Está formada por tejido conjuntivo denso, contiene las percepciones bucales de los vestigios de los conductos nasopalatinos que son conductos epiteliales ciegos, limitados por el epitelio -- cilíndrico simple o pseudoestratificado, rico en células caliciformes.

### RUGOSIDADES PALATINAS

Son salientes de la mucosa que se extienden lateralmente a partir de la papila incisiva y de la parte anterior del rafe. Su base es un tejido conjuntivo denso con fibras finas entrelazadas.

### PERLAS EPITELIALES

En la línea media, especialmente en la región de la papila incisiva, se pueden encontrar perlas epiteliales, consisten en células concéntricas epiteliales frecuentemente cornificadas.

Son residuos del epitelio en la línea de fusión entre los procesos palatinos.

### MUCOSA DE REVESTIMIENTO

Todas las zonas de esta mucosa se caracterizan por epitelio relativamente grueso no cornificado y por la delgadez de la lamina propia, difieren una de otra en la estructura de su submucosa. La submucosa tiene textura laxa y en las regiones donde cubre músculos, como labios y mejillas y la capa inferior de la lengua, es delgada y está fijada al epimisio e fascia del músculo respectivo. En estas zonas la mucosa es también muy elástica.

### LABIO Y MEJILLA

El epitelio sobre estas zonas es estratificado no cornificado. La lamina propia de ambos consiste en tejido conjuntivo denso, que envía papilas cortas e irregulares al espesor del epitelio. La capa submucosa conecta la lamina propia a la fascia delgada de los músculos y está formada por bandas de fibras colágenas. Entre ellas hay tejido conjuntivo laxo que contiene grasa y pequeñas glándulas mixtas. Las glándulas mixtas de los labios están situadas en la submucosa, mientras que las glándulas mayores

se encuentran entre los haces del musculo buccinador y a veces — sobre la superficie externa.

#### SURCO VESTIBULAR Y MUCOSA ALVEOLAR

En el surco vestibular de la mucosa de los labios y — la mejilla se refleja hacia la mucosa que cubre el hueso. En el — surco la mucosa está conectada laxamente a las estructuras subya — centes; la mucosa que cubre las superficie externa de la apófisis alveolar está unida al periostio en la zona cercana al surco. Los frenillos labial y lateral son pliegues de la mucosa que contie — nen tejido conjuntivo laxo, no se encuentran fibras musculares en ellos. La mucosa alveolar está unida laxamente al periostio por — medio de una capa submucosa de tejido conjuntivo laxo. El epitelio es delgado no cornificado y las salientes epiteliales y las papi — las son bajas y a menudo faltan totalmente.

#### MUCOSA DE LA SUPERFICIE INFERIOR DE LA LENGUA Y DEL PISO DE BOCA

La mucosa del piso de boca es delgada, unida laxamente a estructuras subyacentes. El epitelio no cornificado y las papi — las de la lamina propia son bajas. La submucosa contiene tejido — adiposo y las glandulas salivales se encuentran cerca de la mucosa en el pliegue sublingual. La mucosa sublingual se une a la en — gía lingual a nivel de una linea que corresponde a la mucogingi — val. En el borde interno del surco sublingual en forma de herradu — ra se refleja hacia la superficie inferior de la lengua y se con — tinúa con la mucosa lingual ventral.

La mucosa de la superficie inferior de la lengua es li — sa, relativamente delgada, su epitelio no es cornificado. Las papi — las del tejido conjuntivo son numerosas pero cortas; aquí la sub — mucosa no puede identificarse como una capa separada y una inti —

mamente la mucosa al tejido conjuntivo que rodea los haces de los músculos de la lengua.

#### PALADAR BLANDO

La mucosa está muy vascularizada y tiene color rojizo. Las papilas del tejido conjuntivo son escasas y ciertas. El epitelio escamoso estratificado no es cornificado. La lamina propia muestra una capa de fibras elásticas que la separan de la submucosa la última es relativamente laxa y contiene una capa casi continúa de glándulas mucosas. La mucosa bucal típica se continúa alrededor del borde libre del paladar blando por distancia variable y después es substituida por mucosa nasal con su epitelio pseudoestratificado cilíndrico y ciliado.

#### MUCOSA ESPECIALIZADA

##### MUCOSA LINGUAL DORSAL

La superficie superior de la lengua es aspera e irregular. Una línea en V la divide en una parte anterior o cuerpo y una posterior o base. Los dos tercios anteriores de la lengua están inervados por el nervio trigémino por su rama lingual, y el tercio posterior por el glosofaríngeo.

La parte anterior de la mucosa lingual dorsal se puede denominar porción papilar y la posterior linfática. Sobre la anterior se encuentran numerosas papilas cónicas de punta fina.

Estas proyecciones en forma de hilo consisten de un centro de tejido conjuntivo dotado de papilas secundarias. El epitelio que las cubre es cornificado y forma en la punta de las papilas borlas como pelos sobre las papilas secundarias de tejido conjuntivo. Entre las papilas filiformes están intercaladas las papilas aisladas en forma de hongo o fungiformes que son promin

cias rojizas y redondas, su color se debe a la rica red capilar - visible a través del epitelio relativamente delgado. Contiene escasos corpusculos gustativos.

Frente al círculo divisorio terminal en V, entre el cuerpo y la base se encuentran las papilas circunvaladas en número de 8 a 10, están limitadas por surco circular profundo, su superficie libre muestra numerosas papilas secundarias cubiertas por epitelio delgado y liso. Sobre la superficie lateral de estas papilas y ocasionalmente sobre las paredes que las rodean, contiene numerosos corpusculos gustativos. En el ángulo del surco terminal en V, está situado el agujero ciego residual del conducto tiroglosa.

Los conductos de las glándulas mucosas linguales posteriores pequeñas, se abren hacia las criptas y forman la amígdala lingual junto con los folículos linguales.

### CORPUSCULOS GUSTATIVOS

Son órganos intraepiteliales en forma de barril, pequeñas, ovoideas de aproximadamente 30 $\mu$  de altura por 40 $\mu$  de espesor.

La punta está cubierta por unas cuantas células epiteliales planas que rodean una abertura pequeña, el poro gustativo, que conduce hacia un espacio estrecho entre las extremidades de las células de sostén del corpusculo gustativo. Debajo de los corpusculos se encuentra un plexo rico en nervios.

Los corpusculos gustativos son numerosos en la pared interna del foso que rodea a las papilas circunvaladas, en los pliegues de las papilas filiformes, sobre la superficie superior de la epiglótis, y en algunas papilas fungiformes de la punta y de los bordes laterales de la lengua.

### GLÁNDULAS SALIVALES

Existen tres pares de glándulas salivales que se cla-

sifican como mayores o própias y son: las parótidas y las submaxilares y las sublinguales. Además hay numerosas y pequeñas glandulas distribuidas en la mucosa que se denominan glandulas salivales menores como: las labiales, bucales menores, glosopalatinas, palatinas y de la lengua. De acuerdo con la naturaleza de la sustancia que elaboran en: mucosas, serosas y mixtas; las células secretoras de glandulas mucosas contienen secreción mucosa que contiene mucina. Las serosas contienen una solución acuosa que contiene proteínas, son llamadas tambien albuminosas. Y las mixtas formadas por ambos tipos de células.

#### ELEMENTOS ESTRUCTURALES

1.-Tejido Conjuntivo; Forma una capsula que se prolonga como tabiques o bandas a la glandula propia dividiendola en lobulillos y su vez en lobulillos. Estos conductos llevan vasos sanguíneos, linfáticos y nerviosos.

2.-Conductos; En los tejidos conjuntivos se dividen los conductos en calibre progresivamente menor, formando un sistema complejo y sus porciones terminales se encuentran unidas con las porciones secretoras terminales de las glandulas .

3.-Células Secretoras.-Localizadas en porciones terminales que a su vez se encuentran dentro de los lobulillos.

4.-Porciones Terminales(acínes y tubules); Constituido por una capa de células secretoras y se apoyan sobre una membrana basal que las separa de la red capilar subyacente.

#### CELULAS MUCOSAS

En fresco se ve que tienen muchas gotitas o gránulos de mucígeno(sustancia antecesor de mucina)este hace menos visibles a otros elementos, se han observado unos cuantos gránulos probablemente de mitocondrias pero sus núcleos no son visibles. Con los teñidores las gotitas de mucígeno son destruidas y adquiere l



el cuerpo celular su aspecto clásico claro. Los espacios no se tiñen y las trabeculas son ligeramente visibles, formadas por citoplasma y mucígeno precipitado. Con otros métodos las trabeculas se tiñen y el núcleo se tiñe intensamente, es anguloso y situado en la base de las células rodeado por pequeño cúmulo de citoplasma.

#### CELULA SEROSA

En fresco contienen gran número de gránulos de cimo-geno, cuando se utilizan fijadores apropiados pueden teñirse con muchos métodos y así se observan los núcleos redondos localizados en el tercio basal de las células. Las mitocondrias se encuentran localizadas en el citoplasma de la porción basal de la célula, el aparato de Golgi arriba del núcleo. Estas células son piramidales, revisten una cavidad pequeña.

#### CELULAS DE GLANDULAS MIXTAS

En las porciones terminales mixtas de las células mucosas y serosas ocupan una posición diferente, las serosas localizadas en el fondo de saco de la porción terminal mientras que las mucosas situadas cerca del conducto excretorio.

En glandulas mixtas predominan las células mucosas y las serosas están dispuestas en pequeños grupos.

#### CONDUCTOS

Se denominan en relación a la arquitectura macroscópica de la glandula y pueden distinguirse conductos intralebulillares, interlebulillares, lebulares y primarios.

#### CONDUCTOS INTERCALARES

Son tubos delgados ramificados de longitud variable,-

unen las porciones terminales de los conductos estriados. Cubiertos por una sola capa de células epiteliales cuboideas bajas de citoplasma escaso, el núcleo se localiza en el centro de la célula.

#### CONDUCTO ESTRIADO

Límitados por una sola capa de células epiteliales cilíndricas, núcleos grandes y esféricos situados frecuentemente en el centro de la célula. El citoplasma es abundante, teñido apropiadamente se observa una estriación en la porción basal de la célula, debida a la presencia de mitocondrias dispuestas en forma radial.

#### CELULAS MIOEPITELIALES

Forman un sincitio de células ramificadas, se encuentran entre la membrana basal y epitelio glandular e de los conductos. Se cree que son contractiles y facilitan la secreción con el movimiento.

#### ONCOCITOS

Células grandes de núcleo pequeño central, citoplasma abundante frecuentemente en peétida y glándulas submaxilares en individuos de mayor edad.

#### TEJIDO CONJUNTIVO INTERSTICIAL. IRRIGACION SANGUINEA, LINFATICA E INERVACION

El tejido conjuntivo puede formar una capsula alrededor de la glándula para extenderse a la glándula propia, la divide en lobulos y lobulillos. El tejido conjuntivo celágeno es continuo con el reticular de los lobulillos y la membrana basal, sobre la cual se apoyan las células secretorias y los elementos de los conductos.

Poseen rica irrigación, las arterias más grandes siguen el surco de conductos excretores, dando ramas que acompañan a las divisiones hasta los lobulillos. Los vasos venosos y linfáticos siguen a las arterias en forma inversa para drenar a la glándula.

Las ramas de glándulas que van a los nervios siguen también el curso de los vasos dividiéndose en plexos terminales en el tejido conjuntivo.

#### GLANDULAS MAYORES

**PAROTIDA.**—Es la más grande, su porción superficial se encuentra frente al oído externo mientras la parte profunda llena la parte retromaxilar. El conducto excretor principal (Stensen) se abre hacia la cavidad bucal sobre la mucosa de la mejilla frente al segundo molar superior.

Esta glándula es tubuleacinesa ramificada, en el adulto es de tipo seroso puro y pueden encontrarse acinos mucosos, en el recién nacido es con mayor frecuencia. Los conductos intercalares son largos y ramificados, y los estriados son notables; los tabiques de tejido conjuntivo contienen frecuentemente células adiposas que aumentan con la edad.

**GLANDULA SUBMAXILAR.**—Está encerrada en una capsula bien definida, la mayor parte se localiza en el triángulo submaxilar por detrás y debajo del borde libre del músculo milohioideo, una extensión como la lengüeta de la glándula se encuentra por arriba del mismo músculo. El conducto excretor principal (Wharton) se abre en un orificio estrecho sobre la punta de una papila pequeña de la curuncula sublingual al lado del frenillo lingual; la glándula es tubuleacinesa compuesta de tipo mixto con predominio seroso.

Los conductos intercalares son cortos, los estriados son semejante a los de la parótida pero más largos. Está envuelta

por una capsula bien definida.

**GLANDULAS SUBLINGUALES.**—Localizadas en el piso de boca en el pliegue sublingual, compuesta por una glandula grande y varias pequeñas. El conducto secreter principal (Bartholin) se abre en la cavidad bucal cerca del conducto submaxilar pero independiente a este. Los conductos de las mas pequeñas son de 8 a 20 y se abren independientemente hacia la boca en el pliegue sublingual. La glandula mayor es tubuloscinososa de tipo mixto, predominan elementos mucosos. Los conductos estriados e intercalares particularmente los últimos son escasos o no existen; los tabiques que separan los lobulos e lobulillos son más pronunciados. Las glandulas más pequeñas son de caracter mucoso.

#### GLANDULAS SALIVALES MENORES.

**GLANDULAS LABIALES.**—Se encuentran cerca de la superficie interna de la boca, de tipo mixto, tamaño variable, dispuestas intimamente en la submucosa, no son encapsuladas. Las células tienen caracter mucosalbuminoso. Los conductos intercalares son ciertos.

**GLANDULAS BUCALES MENORES.**—Son continuación de las labiales de la mejilla, se encuentran inmediatas a la desembocadura del conducto parótideo y se encuentran frecuentemente en la superficie externa del musculo buccinador, estas drenan hacia tercer molar a menudo designadas glandulas molares.

**GLANDULAS GLOSOPALATINAS.**—Son de tipo mucoso puro localizadas en el istmo, son continuación de las sublinguales menores, ascienden del pliegue glosopalatino. Circunscritas al pilar interior de las fauces, pueden extenderse al paladar blando y fusionarse con las glandulas palatinas, pueden verse en el lado lingual de la zona retromolar del maxilar inferior.

**GLANDULAS PALATINAS.**—Ocupan el techo de la cavidad -

bucal, pueden dividirse en las del paladar blando y duro y la uvula.

Compuesto de conglomerado glandulares en número de -- 250 en paladar duro y 100 en blando y 12 en la uvula. Las glandulas palatinas son de tipo mucoso y los conductos intercalares -- ciertos.

GLANDULAS DE LA LENGUA.--Se dividen en linguales posteriores y -- linguales anteriores. Las anteriores (de Blandin Nulin) localizadas en el interior de la musculatura de la cara inferior de la -- lengua, junto a la línea media, cerca de la punta, se abren cinco -- pequeños conductos en la superficie inferior de la lengua cerca del frenillo lingual. La parte anterior es de tipo mucoso, las glandulas linguales posteriores situadas en la base o raíz de la lengua y en la vecindad de las papilas circunvaladas, son de variedad mucosa. Las glandulas de las papilas circunvaladas (Von Ebner) -- son serosas.

#### DESARROLLO Y CRECIMIENTO

Durante la vida fetal cada glandula salival se forma -- en una localización específica en la cavidad bucal, por medio del crecimiento de una yema de epitelio bucal hacia el tejido conjun -- tivo subyacente. Los esbozos de las glandulas salivales menores -- aparecen despues. La yema epitelial crece formando un sistema ex -- tesamente ramificado de cordones celulares que al principio son -- sólidos, pero las porciones más antiguas paulatinamente desarro -- llan una luz y se transforman en conductos. Las porciones secre -- torias se desarrollan despues del sistema de conductos y provienen -- de las terminaciones de los conductos más finos, por ejemplo; en -- la glandula parótida humana los acinos no aparecen hasta el cuar -- to mes de la vida intrauterina. Su formación se completa a los -- seis semanas y la glandula está desarrollada por completo aproxi -- madamente cuatro meses despues del nacimiento.

## CAPITULO II

## LESIONES SUPERFICIALES DE LA MUCOSA BUCAL

## LESIONES BLANCAS

**GINGIVITIS DESCAMATIVA.**—Se presenta como una lesión blanca en la encía, desaparece fácilmente cuando se le frota, se cree que la etiología es en su mayor parte somática. Clínicamente puede semejar un líquén plano erosivo e las manifestaciones bucales del pénfigo y el eritema multiforme, se le puede distinguir de estas porque las lesiones se limitan a la encía. Hay molestia aumentada por los ácidos, cítricos, comidas picantes y disminuida por los líquidos frescos e templados. Esta gingivitis ha sido atribuida a disminución de estrógenos que acompaña a la menopausia, — mujeres cercanas a esta presentan zonas de encía que descaman — fácilmente dejando placas hemorrágicas, la lesión puede comenzar como vesícula y dejar superficies llagadas.

El tratamiento consiste en mejorar la higiene y terapéutica sintomática, cuando el dolor es intenso pueden ser de valer las aplicaciones tópicas de anestésicos antes de las comidas.

**HIPERQUERATOSIS BENIGNA (PACHYDERMA ORIS, PACHYDERMA ORALIS, QUERATOSIS FOCAL).**—Es la lesión blanca más común de la cavidad bucal, comprende el 72% de todas las lesiones blancas, es dos veces más común en el hombre que en la mujer. Las lesiones se presentan en la quinta y sexta década de vida siendo un promedio a los 48 años. Puede presentarse en cualquier localización de la boca, con tamaños y formas diferentes. Se presenta como placas grisáceas e blanco-grisáceas, lisas, adherentes cuya superficie suele ser lisa con pocas e ninguna rugosidad queratósicas, los bordes mal limitados se confunde de forma gradual con mucosa normal centigua.

pleta de la lesión.

**LEUCOPLASIA VERRUGOSA.**--Es una lesión verrugosa (papilar) de la mucosa bucal, se localiza en el labio, cresta alveolar, piso de boca o paladar, posee todas las características de la leucoplasia excepto a su aspecto papilar. Es una lesión premaligna y requiere una escisión amplia y completa.

**CARCINOMA IN SITU (ERITROPLASIA DE QUEYRAT, ENFERMEDAD DE BOWEN).**--El término carcinoma in situ se aplica a lesiones de la boca que se parecen a la leucoplasia, es un carcinoma superficial cuyas características neoplásicas quedan limitadas al epitelio escamoso; es una neoplasia intraepitelial sin características invasivas, puede decirse que no es un carcinoma ya que no se le puede demostrar infiltración, característica de las neoplasias malignas.

El tratamiento habitual es la extirpación quirúrgica completa para evitar la posible transformación en un carcinoma infiltrativo.

**NEVUS BLANCO ESPONJOSO (NAEVUS ESPONGIOSIS, ALBUS MUCOSAE, LEUCOQUERATOSIS CONGENITA, GINGIVOESTOMATITIS BLANCA PLEGADA)** Se cree que es de origen hereditario, los caracteres clínicos suelen ser característicos pero pueden parecerse a los de la hiperqueratosis, leucoplasia y leucoedema intenso. Esta anomalía puede parecerse o ser indistinguible de la disqueratosis intraepitelial hereditaria benigna, excepto en las lesiones oculares que invariablemente acompañan a esta última.

Las lesiones suelen ser difusas y generalizadas, afectando mucosa bucal únicamente o cualquier otro tejido blando de la boca. Las mucosas están algo engrosadas de color gris o blanco grisáceo y de consistencia blanda, esponjosa. Durante la infancia

los tejidos son lisos y planos, y en la adolescencia forman pliegues y arrugas, adquieren blancura más opalescente.

Las lesiones pueden ser asintomáticas pero puede haber hiperestesia o dolor. Las lesiones en otros tejidos mucosos pueden acompañar a las de boca por lo que pueden presentarse lesiones similares a las de boca en tejidos vaginales, anales, rectales y nasales. No está indicado ningún tratamiento ya que parece que la alteración no es de carácter patológico.

**DISQUERATOSIS INTRAEPITELIAL BENIGNA.**—Es una enfermedad de origen genético que se transmite por herencia, se limita a tres grupos de razas: caucásico, indio y negro, el síndrome afecta a los tejidos bucales y conjuntiva.

En la boca las lesiones son de color blanquecino o blanco, ligeramente elevadas, difusas o limitadas de consistencia esponjosa, blanda. En el ojo las lesiones se presentan de pequeño o gran tamaño, prominentes espumosas y gelatinosas sobre una conjuntiva hiperémica. No está indicado ningún tratamiento.

**LIQUEN PLANO.**—De origen desconocido. Su duración es de 45 meses, aparece de los 20 a los 80 años. Comprende el 9% de las lesiones orales, se observa en la mucosa bucal, lengua, encías y labios. Las lesiones bucales se presentan como un fino encaje de papulas hiperqueratósicas, reticulares blancas (estrias de Wickman) y lesiones grises anulares o en forma de placa. Las lesiones se originan en la parte posterior y se extienden hacia adelante, son asintomáticas aunque es frecuente un gusto metálico o un ligero malestar. Pueden verse erosiones superficiales, lesiones ampollares y úlceraciones dolorosas profundas y crónicas; puede haber una ligera predilección por el sexo femenino, además de la forma habitual, la ampolla se observa en el borde lateral de la lengua



• superficie ventral. La erosiva en mejilla y lengua. La atrófia - en superficie de lengua y su característica es la desaparición de papilas linguales. La hipertrófia se acompaña de placas gruesas y blancas que suelen observarse en lengua y zona retromolar.

El tratamiento es sintomático, las lesiones pueden desaparecer espontáneamente y se cree que las que aparecen rápidamente desaparecen pronto.

**ESTOMATITIS NICOTINICA.** - Es una lesión que se presenta en tejidos blandos del paladar, se origina por el exceso en el fumar. Las lesiones comienzan con enrojecimiento ligero y difuso - pero no se reconocen hasta un estado queratósico posterior del paladar blando y duro también. La lesión se compone de amplia placa queratósica, relativamente plana y lisa, de color gris, presenta prominencias redondas que varían entre 1' y 5 mm.. Estas prominencias o nódulos son también grises. Los orificios de glándulas mucosas accesorias están inflamados y dilatados, en muchos la lesión destaca por la presencia de líneas deprimidas de color rojo pálido o por irritaciones que discurren en forma irregular a través de la queratosis difusa. Muchas veces estas líneas se unen dando a la lesión aspecto replegado.

El tratamiento consiste en suprimir el tabaco, suprimiendo la causa, desaparece.

**LENGUA VELLOSA BLANCA (LINGUA VILLOSA ALBA).** - Se cree - se origina por una causa micótica o alérgica, es posible que los factores causales sean deshidratación, higiene bucal precaria y xerostenia fisiológica de la vejez.

Caracterizada por elongación de papilas filiformes y aspecto blanco veloso del dorso de la lengua. Los restos de comida se acumulan entre las vellosidades resultando una inflama-

ción secundaria, es asintomática, en ocasiones las vellosidades se tornan pardas e negras, esto puede ser por un pigmento exógeno de alimentos e medicamentos (lengua vellosa negra). La lesión es benigna y no requiere tratamiento, el cepillado e raspado diario de la lengua es curativo.

**CANDIDIASIS (MONILIASIS, MUGUET).**—La candidiasis afecta cavidad bucal, también tracto gastrointestinal y vagina. Se presenta en los dos extremos de la vida, infanci y vejez, e pacientes debilitados como alcoholismo, leucemia, diabetes e individuos sometidos a tratamientos prolongados de antibióticos e corticoesteroides.

Es originada por el hongo *Candida (Monilia) Albicans*, puede ser difusa e localizada como una queilosis angular, una estomatitis moniliasica superficial, una estomatitis dentaria e una candidiasis granulomatosa profunda. Las lesiones de la mucosa bucal se llaman muguet.

**La queilosis angular.**—Se caracteriza por lesiones en ángulos bucales.

**Estomatitis moniliasica superficial.**—Varía desde eritema con depósitos fines blancuzcos, hasta la boca blanca difusa e inflamada.

**Estomatitis dentaria.**—Hay hipersensibilidad, tumefacción, dolor de la mucosa bucal en puntos de contacto de la dentadura y no es raro enfermedades predisponentes como diabetes mellitus, anemia, mal nutrición e trastornos digestivos.

**Candidiasis granulomatosa profunda.**—Produce invasión por germen moniliasico con formación de granulomas tuberculoides, comienza en cavidad de recién nacidos y niños durante los primeros años, posteriormente se extiende hacia la cara, por la cabeza originando placas infiltradas y costrosas provocando reacciones granulomatosas.

Clinicamente se observa en cualquier lugar de la mucosa bucal con aspecto de placas blancas o blanco-grisáceas, que se mejan leche cuajada. El muguet puede removerse con una gasa y dejar unas zonas dólorosas y sangrantes.

El tratamiento requiere una identificación, así puede ser necesario una mejor dieta, administrar suplementos vitamínicos, modificar un tratamiento antibiótico o esteroide, mala higiene bucal o dentaduras irritantes.

ENFERMEDAD DE FORDYCE.—Anomalia del desarrollo, se caracteriza por la presencia de múltiples granulos blanco amarillentos. Su localización es a nivel del plano oclusal, labio y región retromolar. La frecuencia de la enfermedad aumenta con la edad.

Los cortes manifiestan glándulas sebáceas normales en lamina propia y submucosa de la mucosa. En los últimos años por el uso de anticonceptivos se ha observado en mujeres un aumento en la frecuencia. Es un estado inofensivo y no requiere tratamiento.

PERLAS DE EPSTEIN (NODULOS DE BOHN).—Se ven en crestas alveolares de los recién nacidos y paladar. Se ven lesiones blancas o blanco-grisáceas de consistencia firme, múltiples o aisladas, no aumentan de tamaño; los cortes revelan cortes superficiales llenos de queratina y revestidos de epitelio escamoso estratificado.

Se desprende espontaneamente en pocas semanas.

QUEMADURAS QUIMICAS.—Ciertos productos usados en la automedicación producen quemaduras, pueden aparecer como lesiones blancas. Un caso es el de las aspirinas que se aplica en forma local en comprimidos contra un diente adolorido o una pericoronitis, la consecuencia es una placa blanca de coagulación del tejido; debido al interrogatorio es fácil distinguirla de otras lesiones.

Los crtes revelan zonas de necrosis.

### LESIONES VESICULARES

ULCERA AFTOSA.—Anteriormente se creyó que eran manifestaciones del virus del herpes simple, actualmente se considera que el organismo causal es una forma L del estreptococo hemolítico  $\alpha$ . Se supone que en los conductos de las glándulas mucosas bajo ciertas circunstancias la forma L se transforma en una forma madura.

La enfermedad se caracteriza por episodios de úlceraciones superficiales, ovaladas o redondas, en la túnica interna del labio, mejilla, lengua, piso de boca, paladar y encía. Las lesiones son de 2 a 20 mm. de diámetro dolorosas, comienza como zonas blancas pequeñas o papulas rojas elevadas que aumentan de tamaño y experimentan necrosis central con formación de úlceras.

Tiene tendencia familiar y máxima prevalencia durante invierno y primavera. En pacientes fumadores se cree que brinda protección la queratinización; se presenta en mujeres en período premenstrual, con stress físico y emocional. Su evolución es autolimitante y curan en una o dos semanas. Son comunes las recidivas y más frecuente en caso de lesión herpética.

El tratamiento de las aftas recurrentes es sintomático, en casos de úlceras dolorosas y persistentes, ha resultado benéfica la Tetraciclina (250 mg en 5 ml de agua, se enjuaga la boca y luego se traga, tres o cuatro veces al día). Los celuterics de Benadril (Difenhidramina) y Kaopectate por partes iguales contribuyen a mitigar el dolor.

ERITEMA MULTIFORME.—Es una enfermedad de crecimiento autolimitado de la piel y túnica mucosa. Se desconoce su causa — pero se ha pensado en un origen viral o alérgico. En muchos casos la enfermedad ha demostrado respuesta alérgica a alimentos, agen

tes infecciosas o drogas como sulfonamidas, penicilina y salicilatos.

Las lesiones pueden presentarse en cualquier lugar de la piel, mucosa bucal, conjuntiva o mucosa genital. Los pacientes suelen ser adultos jóvenes, las lesiones consisten en maculas rojas (eritema) que se transforma en (vesículas, ampollas y úlceras (multiforme), desaparece en pocos días o semanas; puede recurrir.

El tratamiento es paliativo, mantener aporte de líquidos y nutrición adecuada. En infección secundaria son necesarios los antibióticos, la administración de corticosteroides producen remisiones pero no la curación. Como las lesiones pueden presentar combinaciones se presenta a continuación sus variantes:

SINDROME	LESIONES BUCALES	LESIONES OCULARES	LESIONES GENITALES	LESIONES CUTANEAS
SINDROME DE BEHCET	X	X		
SINDROME DE STEVEN -JOHNSON	X	X		X
ECTODERMOSIS EROSI- VA PLURIOFICIALIS	X	X	X	X

**SINDROME DE REITER.**—Complejo sintomático de etiología desconocida, se presenta en varones de 20 a 30 años; se caracteriza por uretritis, arteritis, conjuntivitis y lesiones de piel y túnica mucosa. Las lesiones cutáneas consisten en papulas queratinizadas en palma y plantas, las membranas de la boca y el pene muestran vesículas y úlceras con bordes blancos.

Las lesiones de lengua se parecen a las de la glositis migratoria, se ha vinculado con una etiología viral, alergia o por micoplasma. Puede haber recidivas. El tratamiento es sintomático.

**PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA (ENFERMEDAD DE SUTTON; ÚLCERA DE MIKULICZ).**—Al igual que las aftas, es causada por la forma L del estreptococo hemolítico alfa, se presenta en mucosa bucal, mucosa laríngea, donde existen glándulas salivales, se considera una forma severa de la úlcera aftosa.

Comienza con pequeñas placas o nódulos color rojo, lisos y dolorosos, pronto se úlceran. Las úlceras crateriformes son más grandes y profundas, curan más lentamente que las herpéticas.

La curación se lleva a cabo de tres a seis semanas dejando cicatrices; mientras una lesión cura aparece otra en otra zona de la mucosa bucal.

El tratamiento es el mismo que para las lesiones herpéticas.

**GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA.**—Causada por el virus herpes simple se llama primaria porque representa el primer contacto con el virus. La frecuencia más alta es entre el primer y tercer año de vida. Hay cefalea, dolor y llagas en la boca, acompañada de irritabilidad, sialorrea y rechazo de la comida. Las lesiones bucales están precedidas por agrandamiento de ganglios cervicales y elevación de la temperatura.

Los síntomas bucales son enrojecimiento de la mucosa seguida de la aparición de numerosas vesículas que se abren e infectan apareciendo un anillo rojo alrededor de la úlcera, estas son dolorosas, la curación se inicia en tres días, aproximadamente y de siete a catorce curan sin dejar cicatriz. En forma menos severa puede pasar inadvertida.

**LESIONES HERPÉTICAS SECUNDARIAS.**—Después de la infección primaria, es posible que el virus permanezca latente en las células; posteriormente puede manifestarse por una diseminación en la resistencia de los tejidos y aparecen unas cuantas vesículas -

herpéticas, estas se originan en regiones fijas de la mucosa (encía adherente y paladar duro) e labio (en el borde rojo e cerca del mismo) este último se conoce como herpes labialis e de llagas frías; las lesiones pueden aparecer a continuación de una fiebre (vesícula febril), de una infección respiratoria, traumatismo, stress, visitas al dentista, menstruación. Comienza como una zona de arder y forma una sola vesícula e un racimo de ellas.

En el labio las vesículas forman cestra en cuatro e cinco días y curan en siete e diez días. La aplicación de Idoxuridina es efectiva en infecciones por herpes simple. La infección de la mano y uñas puede producirse en dentistas al tratar a un paciente afectado. Las lesiones ungueales son más persistentes y tardan más en sanar.

**HERPES ZOSTER (GULEBRILLAS).**—Es causado por un virus idéntico al de la varicela, ataca las neuronas sensitivas. Por lo general resultan afectadas las células nerviosas del ganglio de la raíz dorsal, por lo que las manifestaciones se presentan a lo largo de las trayectorias de los nervios espinales. Los síntomas clínicos son: fiebre, dolor, malestar, aparición de vesículas en región cutánea inervada por el nervio sensitivo afectado. Las vesículas abren, dejan úlceras, forman cestras y curan. La enfermedad puede incluir neuronas en el ganglio del nervio trigémino. Por lo cual pueden formarse vesículas en la cavidad bucal precedidas por dos e tres días de odontalgias e dolor en la región.

Las recidivas se abren dejando úlceras dolorosas, curan en pocos días sin dejar cicatriz. Las lesiones suelen verse en mejillas, paladar blando, mucosa bucal e lengua. Pacientes con edad avanzada puede extenderse a partir de una distribución segmentaria y hacerse generalizada lo que implica la existencia de un linfoma maligno e tumor metastizante de algún órgano interno.

**PENFIGO.**—Es una enfermedad de etiología desconocida, afecta piel y mucosas, adopta las siguientes formas: vulgar, vegetante, foliáceo y eritematoso.

**VULGAR.**—Muestra predilección por pueblos judíos y mediterráneos, aparece entre 40 y 70 años. La lesión se caracteriza por una ampolla (vesícula grande); las ampollas cubren zonas externas de la mucosa y piel, en ambas el revestimiento epitelial puede eliminarse mediante la fricción con el pulgar o los dedos --- (signo de Nikelsky), en un 33% las lesiones bucales pueden preceder a las cutáneas y en un 20% las lesiones bucales pueden ser la única manifestación. Las ampollas de cavidad bucal se abren pronto y dejan úlceras superficiales grandes y dolorosas, en más del 50% de los pacientes la enfermedad es fatal a corto plazo.

No se conoce ningún tratamiento curativo, aunque la administración de cortisona por vía local y sistémica es de valor temporario.

**VEGETANTE.**—Se parece al vulgar en todos los aspectos salvo que después de la ruptura de la ampolla se produce una hiperplasia papilomatosa del epitelio.

**FOLIACEO Y ERITEMATOSO.**—Son formas raras y se asocian con un marcado eritema. El último es una forma leve del primero, las lesiones bucales son raras.

**PENFIGO BENIGNO DE LA MUCOSA (PENFIGOIDE O CONJUNTIVAL)**  
Es una enfermedad de la mucosa bucal, se caracteriza por lesiones ampelosas de boca y conjuntiva que acompaña al proceso, las cicatrificaciones son frecuentes y puede provocar ceguera. Pueden estar implicados piel, mucosa de nariz, laringe, esófago, pene y vulva.



Ataca a personas que oscilan alrededor de los 60 años; la enfermedad es crónica pero no fatal.

**SARAMPION Y RUBEOLA.**—El sarampión es una enfermedad viral de piel pero radica mayor importancia por las manifestaciones orales dos o cuatro días antes de los síntomas generales. Las lesiones orales llamadas manchas de Koplik, no son vesículas. Estas consisten en papulas puntiformes aisladas de color blanco o en racimos blanco-amarillentos, disueltas en un fondo rojo e inflamado de la mucosa bucal.

En la rubéola las lesiones cuando se hallan presentes consisten en eritemas de la mucosa, o en unas pocas maculas en la región de la boca.

**VIRUELA Y VARICELA.**—Infecciones virales de la piel, — pueden acompañarse de lesiones bucales. Estas consisten en vesículas que se transforman en úlceras. Como las lesiones cutáneas — representan la parte predominante, las lesiones bucales carecen — de significación diagnóstica y no constituyen un problema terapéutico serio.

**HERPANGINA.**—Enfermedad de la niñez presente en los meses de verano, causada por el virus Coxsackie (descubierta en el condado de Coxsackie, New York). La incubación es de tres a siete días, se caracteriza con fiebre, malestar, disfagia (dificultad para tragar), anorexia (falta de apetito) y vesículas en paladar blando, farínge, amígdalas y uvula; que se convierten en úlceras.

El tratamiento es sintomático, las lesiones son autolimitadas y curan espontáneamente.

**EPIDERMOLISIS AMPOLLAR.**—Enfermedad hereditaria primer

dialmente de pies; se presenta en tres formas: simple, distrófica y letal. Todas se caracterizan por vesículas y ampollas en la zona de presión de la piel que abren y dejan úlceras deléreas.

En la simple no hay cicatrización, el paciente se desarrolla normalmente llegando a la pubertad se resuelve sola.

En la distrófica se acompaña de retardo mental y del crecimiento, y displasia ectodérmica, las lesiones cutáneas con formación de cicatriz, el paciente puede morir durante la niñez.

En la forma letal la mayoría fallece antes de los tres meses de edad.

Las lesiones bucales en la forma simple son raras, pero comunes en la distrófica y letal; consisten en múltiples ampollas en zonas sujetas al traumatismo, las ampollas pueden estar precedidas por placas blancas que abren y dejan úlceras. Las lesiones bucales pueden convertirse en carcinomas de células escamosas, no existe ningún tratamiento.

**REACCIONES ALÉRGICAS (ESTOMATITIS VENEATA, ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA).**— Pueden aparecer vesículas e ampollas en la mucosa bucal como consecuencia de la aplicación o la ingestión de sustancias extrañas. Si la reacción se presenta luego de un contacto local se habla de una "estomatitis venenata"; y si aparece después de la administración sistémica se le llama "estomatitis medicamentosa".

En ambas las lesiones son variadas que consisten en placas eritematosas, vesículas y posteriormente úlceras. El comienzo es repentino y es posible relacionarlo con el agente causal.

Las drogas que producen que producen estomatitis medicamentosa con frecuencia son: Aminopirina, Arsfenamina, Asperina, Barbitúricos, Bromuros, Cloramfenicol, Clor-Tetraciclina, Dilantina, Oro, Yoduros, Penicilina, Penicilina, Quinina, Estreptomina, Sulfamidas, Tiouracilo.

Puede producirse reacción alérgica retardada por la aplicación de anestésicos y aparecer vesículas o úlceras a nivel del sitio de la inyección.

Las sustancias que pueden producir estomatitis venenata son: Dentríficos, lápices labiales, pastillas colutorios, dulces, gomas de mascar, alcohol, antibióticos, cloroformo yoduros, fenol, precaina; el tratamiento es suprimir el agente causal.

### LESIONES PIGMENTADAS

TATUAJE POR AMALGAMA.—La aplicación accidental de una de una amalgama de plata o cobre en la mucosa bucal o el contacto prolongado con está, pueden producir zonas pigmentadas que van del color pardo al negro. No requiere tratamiento.

ENFERMEDAD DE ADDISON.—Producida por insuficiencia crónica de la corteza suprarrenal puede ser causa de otras afecciones como amiloidosis o infecciones parasitarias de las glándulas suprarrenales. Enfermedad del adulto, sus síntomas son, debilidad, descenso de presión sanguínea, pigmentación de piel, náuseas y vómitos. Las lesiones bucales presentan pigmentación de la mucosa que va del pardo al negro en labios, mucosa bucal, encía y lengua.

Los cortes revelan cantidad excesiva de melanina en capas basales del epitelio. Las pigmentaciones bucales persisten aunque las cutáneas es probable que desaparezcan ya que se utilizan con éxito los corticoesteroides.

SINDROME DE PEUTZ-JEGUER.—Se caracteriza por la asociación de polipos gastrointestinales hereditarios y manchas melanóticas intrabucales y/o peribucales.

Las pigmentaciones aparecen a temprana edad durante

la primera década de vida, pueden localizarse en cualquier parte de la mucosa, siendo más frecuente en mucosa de mejillas, encías y paladar duro, blando y lengua. Son de forma regular o irregular formando placas de 1 a 10 mm de diámetro; se encuentran pigmentaciones alrededor de la boca, nariz y ojos, posteriormente en extremidades y toda la región cutánea. Puede no haber presencia de bolinos y pueden presentarse bolinos sin pigmentaciones; los bolinos pueden presentar obstrucción intestinal, dolores abdominales y melenas por las hemorragias. Las pigmentaciones cutáneas pueden desaparecer en la pubertad, no así las de boca que persisten toda la vida.

Las lesiones bucales son inofensivas y no requieren tratamiento.

**EPHELIDES.**—Es una peca, puede aparecer en mucosa bucal además de la piel. Se presenta como manchitas pardas no elevadas, son de larga duración y no aumentan de tamaño; contiene melanina y no requiere tratamiento.

**NEVOS.**—Son lesiones de piel, aparecen ocasionalmente en mucosa bucal. La palabra nevus significa marca de nacimiento; existen cuatro tipos de nevus pigmentados: Dermoeipidémico (de unión), compuesto intradérmico y azul; son lesiones ligeramente elevadas e circunscritas de larga duración.

El paladar constituye el lugar de localización más común, aunque también en encías, mejillas, labios y otras partes, es menor de 1cm y puede carecer de pigmento. La célula de nevo es pequeña, forma redonda o poliedrica y se distingue sobre la base de su localización.

**Dermoeipidémico.**—Se limita a capas inferiores del epitelio mucoso con largas crestas epiteliales.

**Intradérmico.**—Sus células se encuentran en tejido conectivo de la túnica mucosa, el epitelio que lo cubre es normal.

**Compuesto.**—Se encuentran sus células tanto en tejido conectivo como en capas inferiores del epitelio mucoso.

Se ha sugerido aunque no demostrado que los nevos envejecen, no así el dermoepidérmico que se transforma en compuesto y este en intradérmico. Los nevos activos (dermoepidérmico y compuesto) requieren una escisión cuidadosa y amplia. El aumento de tamaño e la intensidad de la pigmentación y aparición de su borde inflamatorio son signos de peligro y exigen inmediata atención.

**NEVO AZUL.**—Lesión rara, se presenta como una zona aislada lisa, sólida, redonda u ovalada, negroazulada o azul, de menos de 1 cm de diámetro. La mayoría ha sido observado en paladar, puede llegar a experimentar transformación maligna aunque con pronóstico mejor que el melanoma.

Hay una variante llamada nevo celular azul compuesta por grandes melaneoplastos, puede dar metástasis a un ganglio linfático e inducir a un diagnóstico equivocado de melanoma. No obstante es benigno.

**PIGMENTACIONES.**—La mucosa bucal puede presentar pigmentaciones de gris hasta negra en encías libres así como cualquier lugar de la mucosa, sobre todo en envenenamiento por plata, por exposición a metales pesados o uso de drogas. Hay pigmentación de piel (argiria) y salivación excesiva.

**LENGUA GEOGRÁFICA (RASH MIGRATORIO, GLOSITIS MIGRANS, GLOSITIS MIGRATORIA, GLOSITIS AREATA EXFOLIATIVA).**—De etiología desconocida, caracterizada por una o varias zonas irregulares de descamación (manchas peladas) en la lengua. En esas zonas faltan

las papilas filiformes pero no las fungiformes; las regiones desmadas curan pero aparecen en otra parte, lo que justifica la denominación de rash migratorio.

Las lesiones no responden al tratamiento pero desaparecen espontaneamente, las recurrencias no son raras; no es necesario ningún tratamiento pero muchas veces se administra complejo "B".

LENGUA HENDIDA.-La presencia de una hendidura en la línea media de la lengua es extremadamente rara; no requiere ningún tratamiento salvo una buena higiene.

LENGUA FISURADA (ESCROTAL).-Fisuras profundas en la lengua pueden tener origen en un trastorno del desarrollo, es asintomática, aunque puede haber inflamación por acumulo de alimentos.

La lengua fisurada ataca a ambos sexos, no requiere tratamiento, a veces las fisuras de lengua se acompañan con parálisis facial y agrandamiento de labios a lo que se denomina síndrome de Melkerssen-Rosenthal.

GLOSITIS ROMBICA MEDIA.-Presenta zona nodular, lisa, plana, deprimida o elevada, anterior a las papilas caliciformes. De color rojo o blanco, con centro rómbico o irregular semejante al diamante, la región carece de papilas.

Se creyó de origen congénito pero no se ha observado en niños y su origen se ha puesto en duda. Es común en el varón.

Cuando la zona está deprimida pueden acumularse desechos lo que produce inflamación; si la lesión es elevada dificulta la función, debe ser escindida lo mismo que cuando está deprimida.

## CAPITULO III

## QUISTES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

**QUISTE MUCOSO.**—Con acumulación de substancia mucosa, rara lesión quística, se presenta en labios, mejillas, lengua, paladar e piso de boca. Varía de tamaño de 1 a 2 mm hasta un cm o más de diámetro; los quistes mucosos profundos se presentan como un tumor discreto, redondo de superficie lisa, una masa dura y móvil por lo que puede confundirse con una neoplasia benigna como un fibroma.

Se diferencia del mucoceles porque su causa no es debida a ruptura de un conducto excretor y no está asociado a glándulas salivales; el tratamiento consiste en una escisión quirúrgica.

**QUISTE GINGIVAL.**—Lesión circunscrita, elevada, a veces móvil, no ulcerada de encía adherible y mucosa alveolar, dos veces más frecuente en mandíbula que en maxilar; es más frecuente en encía vestibular entre incisivo lateral y premolar. En niños se conciben como perlas de Epstein o nódulos de Behn; en el 50% de los casos la tabla cortical es erosionada desde el lecho periéctico, radiográficamente muestra zona radiolúcida circunscrita que puede confundirse con un agujero mentoniano, quiste periodontico lateral o radicular lateral; los dientes de la zona son vitales lo que permite un acertado diagnóstico. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica excepto en los niños donde no se necesita ningún tratamiento.

**QUISTE NASOALVEOLAR.**—Es un quiste fisural y es el único que afecta a los tejidos blandos; se observa en la raza negra, se localiza en la base de una de las narinas, ocasiona tumefacción

que puede palpase y verse debajo del labio superior, así como en piso nasal. Los dientes de la región sen vitales, radiográficamente no hay alteración ósea, salvo en caso de que por una resorción ósea por presión del lado del perióstio; los cortes revelan epitelio columnar ciliado, escamoso estratificado o pseudoestratificado, la cavidad contiene queratina e líquido.

El tratamiento consiste en enucleación quirúrgica.

**QUISTE EPIDERMÓIDE.**—Contiene células epiteliales que se atrapan al cerrar las capas de tejido blando. Se presenta como masa bien circunscrita, móvil, en piso de boca e mejilla. Es pastosa al tacto; en piso de boca puede elevar la lengua y dificultar el habla y la masticación.

El quiste dermíco, epidermíco y dermóide constituyen variantes de éste. Los cortes revelan material caseoso e líquido, en la pared del tejido conectivo del quiste puede haber foliculos pilosos, glandulas sebaceas y sudoríparas. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica.

**QUISTE DERMÓIDE.**—El término dermóide constituye un tumor benigno del grupo teratomas compuesto por múltiples de tejidos extraños a la región donde surgen, ha sido empleado para denotar de manera general quistes revestidos de estructuras dermicas.

Generalmente aparece en ovario aunque puede estar afectado el piso de boca. Los cortes muestran quistes que contienen pelos y dientes revestidos de tejido escamoso estratificado e ciliado; la pared quística muestra toda clase de tejido (nervioso, tejido conectivo, salival, óseo, cartilaginoso, muscular, etc.). La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección.

**QUISTES BRANQUIALES.**—Se creían originados por restos



del arco branquial, pero se ha demostrado que se originan por inclusiones epiteliales glandulares en ganglios linfáticos que empiezan a proliferar despues de la pubertad debido a al madurez sexual que se está alcanzando.

Aparece a un lado del cuello y son tumefacciones circunscritas y movibles, así tambien se observan en el ángulo mandibular y en raras ocasiones en piso de boca; los cortes revelan que el quiste está revestido de epitelio escamoso estratificado rodeado de tejido linfóide.

El tratamiento de elección es la escisión ya que despues de la aspiración o drenaje recidivan

**QUISTE LINFOEPITELIAL.**—Tiene un tamaño que oscila entre 3 mm por 3 mm hasta 1.5 cm por 1.5 cm, es una lesión desplazable y no úlcera que puede durar pocos meses o muchos años. Más frecuente en hombre y aparece entre los 15 y 65 años, y en promedio a los 36.

Se presenta en piso de boca, superficie ventral y lateral de la lengua, es raro en paladar blando e zona palatoglosa. Es revestido por epitelio escamoso estratificado y rodeado por densa zona de linfocitos, la lesión está cubierta por mucosa oral; el tratamiento consiste en su enucleación.

Se cree se origina en una formación de la mucosa bucal llamada amígdala bucal, que consiste en estructuras nodulares de 1 a 3 mm en paladar blando, superficie ventral de lengua y piso de boca; están compuestas por cripta revestida de epitelio y circundada de tejido linfóide denso.

**QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.**—Es un conducto embrionario recubierto de epitelio, se extiende desde el agujero ciego, desde la lengua hasta la glandula tiroidea. Se forma de restos —

epiteliales del conducto, puede presentarse en cualquier punto del conducto, base de la lengua, aunque es más frecuente en la parte anterior del cuello.

En base de lengua se presenta como una masa de la línea media, produce gran malestar y disfagia, en cuello se presenta en la línea media e ligeramente a un lado, mas de superficie lisa con protrusión blanda e dura de varios milímetros e centímetros de diametro, es móvil y circunscrito. El quiste da lugar a veces a una fístula con exudado seroso; el quiste está cubierto por tejido escamoso columnar ciliado e de transición, en las paredes del quiste se encuentra tejido linfático, glandulas mucosas e incluso tejido tiroideo aberrante.

El tratamiento consiste en extirpación del quiste para evitar recidivas.

## CAPITULO IV

TUMORES BENIGNOS Y PROLIFERACIONES SEMEJANTES A  
 TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS  
 TUMORES EPITELIALES

**VERRUGA VULGAR.**—El aspecto clínico es parecido al del papiloma solo que de menor tamaño (1-2 mm), es sesil, blanda en forma de coliflor; se presenta en mucosa labial y mucosa bucal vecina. Es causada por un virus y su incubación es de seis semanas — hasta un año constituye primordialmente una lesión cutánea, muestra hiperqueratosis y paraqueratosis.

Las lesiones pueden desaparecer espontáneamente; se pueden tratar con Nitrógeno líquido o con escisión quirúrgica.

**PAPILOMA.**—Es un neoplasma epitelial benigno, puede aparecer en cualquier lugar de la cavidad bucal, pero su localización es en labios, paladar, lengua y úvula, los pacientes son de cualquier edad, raza y sexo. El papiloma de cavidad bucal es de crecimiento pedunculado, su superficie verrugosa, rugosa o en forma de coliflor, de consistencia blanda en tanto que el labio es aspero y escamoso.

El tratamiento consiste en escisión quirúrgica incluyen de la base de la mucosa donde se encuentra incluido el pedículo para evitar recidivas. No manifiesta transformación maligna.

**CONDILOMA ACUMINADO.**—Lesión verrugosa de base amplia causada por virus idéntico al de la verruga vulgar, se presenta en región anogenital (condiloma venéreo, verruga acuminada, verruga húngara, verruga venérea); actualmente puede asentarse en cavidad bucal, las lesiones pueden ser múltiples y se extienden por auto-

limitación.

El tratamiento consiste en escisión quirúrgica, es probable que recidive. También se ha usado la pelifilina tónica.

**HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL (ENFERMEDAD DE HECK).**—Lesiones blandas, múltiples y desiguales de mucosa bucal, se presenta en labio inferior pero puede aparecer en cualquier lugar de la boca; afecta a niños indígenas de América del Sur y Norte, aunque también otras razas. Su tamaño es como la cabeza de un alfiler — hasta 0.5 cm; los cortes revelan acúmulo de epitelio normal. Su etiología se desconoce aunque puede ser viral; las lesiones pueden retrogradar y no requiere tratamiento.

**HIPERPLASIA SEUDOEPITELIOMATOSA.**—Proliferación del epitelio semejante a un tumor, aunque benigno, por presencia de afecciones como úlceras crónicas, infecciones micóticas, sequestros óseos y presentarse sin causa aparente. Puede ser primaria (idiopática) o secundaria (resultado de una causa conocida) la lesión puede ser clínicamente una úlcera, nódulo o placa.

Se localiza en labios, lengua y crestas alveolares. Los cortes revelan proliferación acentuada de epitelio e invasión aparente en tejidos subyacentes, las proliferaciones superficialmente parecen un carcinoma de células escamosas, aunque las células son normales sin disqueratosis lo que es el único criterio para diferenciarlos.

La lesión no produce metástasis pero puede ocasionar infiltración local y el tratamiento consiste en escisión quirúrgica.

**QUERATOACANTOMA (MOLLUSCUM SEBACEUM, CARCINOMA AUTOCURATIVO, VERRUCOMA).**—Este término se aplica a una lesión cuya carac-

terística es una hiperplasia seudoepitelomatosa exuberante; constituye lesión de piel, aparece también en labios, lengua y cresta alveolar, afecta a los caucásicos en la tercera década de vida.

Se presenta como lesión crateriforme, contiene una masa de queratina de 0.5 a 2 cm. Los cortes revelan lesión con depósito central de queratina, con proliferación acentuada de epitelio alrededor de ella. No hay disqueratosis.

**HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA (PAPILOMATOSIS PALATINA).**—Consiste en crecimiento verrugoso o papilares del paladar, en raras ocasiones puede presentarse en crestas alveolares de maxilar y mandíbula, se asocia a prótesis completas mal adaptadas e higiene bucal precaria como coadyuvante, aunque puede presentarse sin causa aparente. Los cortes revelan crecimientos papilares cubiertos de epitelio escamoso estratificado, hiperplásico sin queratinización, no hay disqueratosis.

En casos extremadamente raros puede presentar transformación maligna. El tratamiento consiste en retirar la prótesis durante la noche para la confección de otra que adapte bien y en la escisión de lesión. Se ha empleado la electrocauterización, Nitrógeno líquido, la crioterapia y la escisión, el mejor tratamiento — consiste en la eliminación de la lesión con una cureta grande — seguida de tapenamiento periodéntico.

#### TUMORES MESENQUIMATOSOS

**FIBROMA POR IRRITACION.**—Resultado de una irritación local: succión del carrillo a través de espacio interdentario o periodéntico, morderse el labio, empuje de la lengua en un diastema. Se presenta como lesión elevada, profunda, sessil, con color normal de mucosa o más pálida; de tamaño que oscila entre pocos milímetros u algunos centímetros, puede presentarse en cualquier lugar pero más frecuente en lengua, mucosa bucal y labios; es más frecuente —

en hombres en cuarta y quinta década de vida. Se compone de colágeno denso con hialinización y escasos de vasos sanguíneos, mínimo de células inflamatorias, la lesión es cubierta de epitelio escamoso estratificado, puede presentar paraqueratosis o hiperqueratosis.

El tratamiento es la escisión, pero si la causa persistente vuelve a aparecer.

**FIBROMA PERIFÉRICO Y FIBROMA PERIFÉRICO CON CALCIFICACION.**—El fibroma periférico. Ambas lesiones son de consistencia firme, sólidas y profundas, de color rojo al pálido; se origina en papila interdental, la mayoría ocurren en mujeres que oscilan alrededor de los 34 años. El promedio de duración es de 18 meses; maxilar más afectado que mandíbula, y parte anterior preferentemente, puede haber migración dentaria y su tamaño varía de 0.5 a 0.8 cm, pueden estar ulcerados.

Los cortes revelan tumor compuesto de fibroblastos, fibras colágenas, más celular que el producido por irritación, está cubierto por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado, el 50% contiene material calcificado. El tratamiento de elección es la escisión.

**EPULIS FISURAL.**—Crecimiento semejante a un tumor, por bordes de prótesis mal adaptadas, se observa en vestibulo de maxilar superior e inferior. Es un crecimiento tisular de consistencia blanda, delérese, flácido, sangra con facilidad; se extiende desde la parte inferior del borde causante, los afectados son personas mayores. Los cortes revelan grandes cantidades de tejido conectivo fibroso, infiltrado por linfocitos y plasmocitos, puede haber ulceración, está cubierto de epitelio escamoso estratificado.

El tratamiento consiste en corrección de la prótesis

y extracción del tejido excesivo.

**EPULIS GRANULOMATOSO.**—Crecimiento semejante a un tumor en heridas de extracción o nequeños secuestrados. El alveolo está lleno de tejido granuloso exuberante, rojo, sangra con facilidad.

Los cortes tejido de granulación (tejido edematoso joven) con infiltrado de linfocitos, plasmocitos y neutrofilos; número vasos capilares, revestido epitelio escamoso estratificado.

El tratamiento consiste en el raspado cuando el tejido es muy exuberante.

**GRANULOMA GIGANTOCELULAR PERIFERICO (GRANULOMA REPARATIVO GIGANTOCELULAR PERIFERICO, EPULIS MIELOIDE, EPULIS GIGANTOCELULAR).**—Tumor pedunculado o de base ancha, a veces lobulado, de superficie lisa, color azul rojizo que sangra fácilmente, aparece en encía o tejido blando de bordes edentados, existen antecedentes de traumatismo y extracción dentaria, más comunes en mandíbula.

Aparece después de los 20 años en cuarta y quinta década de vida, la lesión se presenta en ambos sexos, con duración de algunas semanas hasta algunos meses. Los cortes revelan fibroblastos, vasos sanguíneos jóvenes, células gigantes multinucleadas, está cubierta por epitelio escamoso estratificado, puede estar ulcerado.

El tratamiento es la escisión quirúrgica con el cuidado de eliminar toda la base de la lesión.

**GRANULOMA CENTRAL REPARATIVO DE CELULAS GIGANTES.**—Se presenta en niños, adultos jóvenes y más frecuente en mujeres; se cree una lesión que representa una reacción inflamatoria abundante poco frecuente a la lesión o irritación. Es asintomática, puede descubrirse accidentalmente en un estudio radiográfico habitual o de maxilares; en lesiones grandes hay agrandamiento óseo duro o

una inclinación del maxilar. Hay cierto malestar debido a la expansión de las corticales; abultamiento, aflojamiento y migración de dientes en la zona afectada, la más afectada es la mandíbula.

El tratamiento es el cureteado o extirpación quirúrgica, las lesiones así tratadas se rellenan de hueso nuevo y curan sin dificultad.

**GRANULOMA PIOGENICO.**—Es más frecuente en mujeres; afecta encía siguiendo en orden mejilla, labios, lengua, paladar, pliegue mucobucal y frenillo, son más frecuentes en mandíbula y mucosa bucal que lingual. Es un crecimiento elevado blando y pedunculado, con base ancha y superficie roja que sangra fácilmente y úlcerado con aspecto de frambuesa. Dura de semanas a meses. Las lesiones están parcialmente o totalmente cubiertas de epitelio escamoso estratificado, el 65% úlcera parcial o totalmente. Se compone de gran cantidad de capilares dispuestos en islotes o lobulillos — con tejido conectivo edematoso, infiltración leve de leucocitos polimorfonucleares y plasmocitos.

Su causa se desconoce aunque se cree que por el tejido de granulación que contiene sea una respuesta exagerada de algún traumatismo local.

El tratamiento es la escisión aunque recidiva después de la misma.

**TUMOR DEL EMBARAZO (GRANULOMA GRAVIDARUM).**—Un número de mujeres reducido con gingivitis del embarazo presentan crecimiento semejantes a tumores de las encías parecidos a granuloma piógeno. Aparecen al tercer mes y algunas veces involucionan después del parto, en embarazos posteriores puede haber recidivas en el mismo lugar.

Las lesiones son benignas, la escisión después del parto es el tratamiento de elección.



**HEMANGIOMA CAPILAR Y CAVERNOSO.**—Se observan a cualquier edad en ambos sexos. Son congénitos y se manifiestan a distinta edad. Son elevados, parcialmente elevados o sumergidos, circunscritos e difusos de color rojizo o azulado, superficie lisa y tamaño variable, son blandos y renitentes a la palpación, pueden blanquearse a la presión. De crecimiento lento. Se presenta en lengua y mejillas puede presentarse en cualquier otra zona. Dificultan la masticación.

Debido a la hemorragia interna pueden presentar fibrosis y la regresión espontánea.

El capilar consiste en gran cantidad de capilares revestidos de endotelio y llenos de sangre, pueden infiltrar difusamente la mucosa y pueden presentar numerosos racimos.

El cavernoso comprende pequeños e grandes espacios amplios de paredes delgadas llenos de sangre y revestidos de células endoteliales planas. El epitelio que las cubre está intacto.

Las lesiones superficiales pueden eliminarse quirúrgicamente e inducir fibrosis con soluciones esclerosantes (Tetrade sulfato de sodio, nieve de dióxido de carbono, inyecciones de agua hirviente, crioterapia, electrocauterización, es posible la regresión espontánea. La radioterapia está contraindicada.

**HEMANGIOMA JUVENIL.**—Es un tumor de la infancia (menores de tres años) aparece en glándulas parótidas, submaxilares y labios. El lugar afectado presenta agrandamiento difuso como una masa sólida de color de la mucosa normal, crece lentamente. Los cortes revelan gran cantidad de pequeños vasos que infiltran la región. Los lobulillos de las glándulas pueden estar reemplazados por vasos. La musculatura labial se halla sustituida e infiltrada por pequeños vasos y brotes endoteliales.

El tratamiento es el mismo que para los hemangiomas

capilares y cavernosos.

**LINFANGIOMA.**—Son crecimientos parecidos a tumores en cualquier lugar de la piel y tunica mucosa lugar más común, se encuentran con mayor frecuencia en lengua.

Cuando son superficiales se presentan como racimo de excrecencias, blandas e indoleras, de paredes delgadas en mucosa.

Los profundos producen agrandamiento difuso de la lengua ocasionando berramiento de las características de su superficie, apareciendo lisa y carente de papilas. Los cortes revelan espacios grandes de paredes delgadas llenos de linfa. No manifiesta transformación maligna, no responden a la radiación, ni a sustancias esclerosantes. Si fuese posible la escisión es tratamiento de elección.

**HIGROMA QUISTICO (HIGROMA CYSTICUM COLLI, LINFANGIOMA QUISTICO).**—Mal formación en la que grandes espacios llenos de linfa se desarrollan en cuello. Es una lesión de la infancia y la niñez, puede ser uni o bilateral, puede extenderse hacia arriba y agrandar la glándula parótida, piso de boca mejilla y lengua.

Los cortes revelan un quiste o múltiples llenos de linfa revestidos de endotelio delgado y plano con cantidades variables de colágeno en sus paredes. La lesión no está y su eliminación es casi imposible, la escisión quirúrgica es el único tratamiento

**NEUROMA (NEUROMA TRAUMATICO O NEUROMA DE AMPUTACION).**—Es la proliferación localizada y excesiva de la terminación de un nervio lesionado. Pueden localizarse en cualquier tejido traumatizado.

En cavidad bucal son frecuentes en zona del agujero mentoniano, labios, lengua y a veces interior de un maxilar. La le-

sión se presenta como nódulos móviles, la mucosa puede estar dolerida, en consecuencia con la diseción de un nervio que trata de regenerarse por la proliferación continuada del nervio, dando lugar a una formación de masa hística. El neuroma puede localizarse en cualquier extracción dental y fermarse a lo alrge del nervio mandibular dando dólor referido a la cabeza e cara. Los cortes de muestran una masa de neurofibrillas y células de Schwan en una matriz de tejido conjuntivo. El tratamiento consiste en la escisión.

**NEUROFIBROMA Y SCHWANOMA (NEURILEMOMA, NEURINOMA).**—Son dos entidades dietintas y debido a sus numerosas similitudes se-  
ran considerades juntas.

El neurofibroma y Schwannoma son tumores benignos originados en vainas nerviosas, se observan en labios, lengua, paladar, mejillas; se presentan como crecimientos pequeños sésiles, de superficie lisa en la mucosa bucal.

Los Schwannomas son de crecimiento lento, indoleros salvo que presionen nervios adyacentes sobre el de origen. Los cortes revelan dos clases de tejidos A y B de Antoni (el A se compone de células con núcleos alargados e fusiformes dispuestos en forma de empalizada, y las fibras intracelulares se disponen en paralelo entre las hileras de núcleos, dan la impresión de disponerse en remelines e espirales. El B presenta una disposición desordenada de células y fibras con zonas que aparecen como líquidas de edema, y formación de microquistes. También hay presencia de cuerpos de Verocay (pequeñas estructuras hialinas). El Schwannoma no experimenta transformación maligna, casi todos son encapsulados.

El tratamiento consiste en extirpación quirúrgica que de dejarse una porción de tumor en caso de que no sea factible - su total eliminación sin peligro de recidiva.

El neurofibroma no es encapsulado, está formado por tejido Antoni tipo B, crece de cuerpos de Verocay y tejido tipo B, contiene cilindros (fibras nerviosas).

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica.

**NEUROFIBROMATOSIS (ENFERMEDAD DE RECKLINGHAUSEN).**—Es una enfermedad hereditaria con malformaciones, Las más espectaculares son las deformaciones de nervios periféricos; existen numerosos fibromas en piel, cavidad bucal, tracto gastrointestinal, huesos y manchas de pigmento melánico (café con leche) en piel. En huesos — puede presentar deformidad acentuada por tumores neurógenos en — médula, además se puede observar lipomas, adenomas, fibromas y exceso de pelo. En cavidad hay lesiones en tejidos blandos con mayor frecuencia en lengua y puede haber macroglosia por neurofibromas profundos, lengua escrotal si son superficiales; puede haber tumores en encías, paladar, surgir dentro de la membrana periodontica y haber migración de dientes. Las lesiones internas en maxilar aparecen como radiolucencias y constituir un problema diagnóstico.

Las características microscópicas son las mismas que las descritas para los neurofibromas solitarios. Las lesiones de la neurofibromatosis aparecen en la niñez y su crecimiento puede cesar en cualquier momento.

No hay tratamiento satisfactorio, las lesiones pueden eliminarse quirúrgicamente, pero debido a su gran número impide todo intento, salvo las lesiones solitarias.

**LIPOMA.**—Es raro en cavidad bucal, se presenta en encía, pliegues mucobucuales, lengua y mejillas. Forma una masa blanca o amarilla pálida bien definida, puede ser pedunculada o sumergida de consistencia blanda o semisólida. Los cortes revelan células adiposas normales dispuestas en lobulillos, las recurrencias son ra-

ras después de la extirpación.

**MIOBLASTOMA DE CELULA GRANULOSA.**—Se desconoce su naturaleza exacta, aunque se atribuye a células musculares, fibroblastos e histiocitos; estudios recientes han demostrado que procede de las células de Schwann de la vaina nerviosa.

Es un tumor benigno, aparece en cualquier lugar de piel, tunica mucosa y tracto gastrointestinal; la cavidad bucal es una de los lugares más afectados, aparece en superficie lateral y dorsal de la lengua. Se presenta como una excrecencia pequeña ligeramente elevada de superficie lisa y no ulcerada; el epitelio que lo cubre muestra hiperplasia pseudopiteliomatosa que puede inducir a diagnósticos equivocados de carcinoma de células escamosas. Es encapsulado, puede estar circunscrito, consiste en células granulosas grandes con núcleos pequeños y redondos, frecuentemente se asocian con fibras musculares y vainas nerviosas.

El tratamiento es la escisión y es curativa.

**EPULIS CONGENITO DEL RECIEN NACIDO.**—Tumor benigno solo en recién nacidos, es una excrecencia, pedunculada, de superficie lisa del tejido blando; surge de mucosa alveolar, las lesiones son de cuatro a una en maxilar que en mandíbula, más común en sexo femenino.

Consiste en células granulosas grandes dispuestas en hojas, parecidas al mioblastoma, entre estas hojas es posible encontrar algunas células fusiformes semejantes a fibroblastos; no presenta hiperplasia pseudopiteliomatosa, el epitelio que lo cubre es atrófico. El tratamiento consiste en la escisión y no hay recidivas.

**NEVO XANTOENDOTELIO (XANTOGRANULOMA JUVENIL O XANTOGRANULOMA).**—Es una lesión de la infancia o niñez, aparece espontáneamente; se presenta en cabeza y cara, en cavidad bucal es rara y afecta la lengua frecuentemente que cualquier otro lugar; experimenta regresión sin tratamiento. La lesión revela predominio de histiocitos poligonales y fusiformes, cantidad variable de células gigantes de Teuton, histiocitos adiposos e infiltrado de linfocitos y eosinófilos. Puede confundirse con granuloma eosinófilo o alguna forma de neoplasma mesenquimatoso maligno; pero las células inflamatorias, células gigantes de Teuton e histiocitos adiposos establece el diagnóstico correcto; son lesiones benignas y pueden mejorar espontáneamente, después de la escisión no hay recidivas.

**PLASMOCITOMA DE TEJIDO BLANDO (PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR).**—Es un tumor que se da sin que haya lesión ósea primaria evidente, se presenta después de los 40 años y es más común en varón; los sitios afectados son mucosa nasal, faringea y bucal, en esta última pueden estar implicados paladar blando, mucosa maxilar, seno maxilar y amígdalas. Se presenta como una masa tumoral o lesión granulomatosa; está compuesto de plasmocitos típicos y atípicos.

Algunas de esas lesiones son benignas y la escisión es curativa; no obstante otras representan etapas tempranas del mieloma múltiple, por lo que los pacientes con plasmocitoma deben ser tratados con intervalos frecuentes.

**GRANULOMA DE CELULAS PLASMATICAS.**—Es una masa de tejidos blandos, sobresaliente, redondeada, de color intenso rojo púrpura, de consistencia blanda o semidura y con fácil tendencia a la hemorragia. Se presenta en encía, piso de boca, mucosas o lengua; es un tumor benigno raro. Microscópicamente la lesión está cubierta

de epitelio escamoso estratificado, se compone de plasmocitos normales y pocos linfocitos dispuestos en una masa densa o en lobulillos.

Su tratamiento es conservador. La infiltración a tejidos blandos vecinos, destrucción de huesos y recidivas después de la extirpación pueden indicar un plasmocitoma.

**LEIOMIOMA.**—tumor benigno originado de células de músculo liso, se encuentra en piel, tejido subcutáneo y cavidad bucal (extremadamente raro); se presenta en paladar, carrillos, piso de boca encía y labios. Es indoloro, de crecimiento lento, superficial y pedunculado; se compone de haces entrelazados de músculo liso con cantidades diversas de tejido conectivo.

La escisión es curativa.

**HAMARTOMA Y CRISTOMA.**—A una masa semejante a un tumor que resulta del crecimiento excesivo de tejido normal en su localización habitual se denomina Hamartoma.

Si se localiza en un sitio anormal recibe el nombre de Cristoma. Comprende el 7% de tumores bucales en niños, se sitúan en dorso de lengua y labio. Son masas circunscritas de crecimiento lento; consisten en tejidos de glándulas salivales, cartilago, hueso, músculo estriado, nervios y tejido adiposo.

La escisión es curativa.

## CAPITULO V

## TUMORES MALIGNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS

## TUMORES EPITELIALES

## CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS (CARCINOMA EPIDERMÓIDE)

Es el tumor maligno más común en cavidad bucal representa el 90% de crecimiento maligno en boca, es más frecuente en el hombre que en la mujer en proporción de 8 o 9 a 1, se presenta a cualquier edad con mayor incidencia a los 40 años. Aparece más frecuente en labio que en el interior de la boca.

Cuando se detecta a nivel de su sitio de origen, la supervivencia a los cinco años es del 75% y del 25% cuando hay compromiso de los ganglios regionales. El 95% de carcinomas labiales afecta labio inferior en regionales que en la media. Se descubre tempranamente. De aspecto de verruga, llaga, úlcera, o escamas, frecuente en razas de piel clara, en pequeño porcentaje muestra metastasis de ganglios linfáticos. El de labio superior produce metastasis seis veces más que el inferior. La supervivencia al cabo de diez años es de 82% en superior y 92% en inferior.

Los carcinomas intrabucales aparecen en lengua 50%, piso de boca 16%, el restante 34% aparece en mucosa alveolar, paladar y mejillas por partes iguales. El 60% se presenta como úlceras, 30% como excrecencias y 10% como lesiones blancas u otras anomalías en la mucosa. La lesión está indurada y las de mayor tamaño son las de paladar, encía y lengua.

En la lengua se originan en los dos tercios posteriores, bordes laterales y raras ocasiones tercio anterior de su superficie dorsal. Produce metastasis en ganglios linfáticos regionales, 25% afecta órganos distales, el 75% de las metastasis se producen del lado del tumor, 20% bilaterales y 34 del lado opuesto.



La malignidad se relaciona con su localización, mientras más atrás se encuentre mayor es su malignidad. La tercera parte de los pacientes con cancer lingual viven dos años y una quinta parte más de cinco años. Se cree que el alcoholismo y la glositis sífilítica constituyen factores predisponentes.

El de piso de boca también produce metastasis y el — pronostico es desfavorable.

El cancer de mejilla no es común pero el 40% de ello produce metastasis distantes.

La causa del cancer en la boca de células escamosas — es desconocida, pero se cree que son factores para su desarrollo la mala adaptación de aparatos protéicos, irradiación actínica, ta báco, glositis sífilítica y alcoholismo. Los que fuman se considera constituye factor para un segundo tumor después que el primero ha curado. El carcinoma, sus células epiteliales muestran todas las ca racterísticas de la disqueratosis, es decir pleomorfismo, mitosis normales y anormales, pérdida de polaridad, hiperromatismo, disrup ción de la relación núcleo-citoplasma, queratinización de células individuales. Además hay invasión de tejido subyacente. Es posible observar islotes, hileras, cordones y racimos de células tumorales entre las células musculares, glandulas salivales menores, en teji do conectivo o en otros tejidos que pueden estar presentes en la región. La infiltración depende de la duración del tumor y el gra do de diferenciación. El epitelio forma estructuras arremolinados llamados perlas epiteliales cuando hay queratinización se llama perla queratina. Se cree que el grado de malignidad depende del — grado de diferenciación, es decir, cuanto más se parezca un tumor a los tejidos donde se origina tanto menor es su malignidad.

Cualquier cancer puede ser clasificado en los grados I a IV de BRODERS.

Grado I el 75% de las células o más está normalmente

diferenciados.

Grado II 50% a 75% de las células o más está normalmente diferenciados.

Grado III 25% a 50% de las células o más está normalmente diferenciados.

Grado IV 0% a 25% de las células o más está normalmente diferenciados.

El tratamiento para el cancer es la escisión quirúrgica, en tumores labiales produce un elevado porcentaje de curación.

La radiación en carcinoma bucal no se recomienda salvo que la escisión no sea factible. En tumores grandes ha dado resultados buenos, la radiación acompañada de intervención quirúrgica.

**CARCINOMA DE CELULAS FUSIFORMES.**—Es una variante del anterior, aparecen habitualmente en labio y a veces en otras zonas intrabucales, también diversas partes del organismo, aparato respiratorio superior y piel de cara. Posee el mismo aspecto que el de células escamosas; microscópicamente se caracteriza por la presencia de células fusiformes, puede confundirse con un fibrosarcoma.

Sobreviene después de una irradiación o traumatismo. Su pronóstico es grave.

**ADENOCARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS.**—Es un tumor de piel, es variante del carcinoma de células escamosas, se presenta en varones de raza blanca y edad avanzada. Afecta los labios inferiores con mayor frecuencia que el superior. Aparece como una úlcera o verruga lesión queratínica cerca de un centímetro de diámetro. Los cortes revelan carcinoma de células escamosas cuyo aspecto profundo revelan disposición de tipo canalicular y glandular. Puede producir metastasis y debe ser ampliamente extirpado.

**CARCINOMA VERRUGOSO.**—Se trata de un tumor verrugoso o aspecto de coliflor, se observa después de los 50 años, se presenta en borde alveolar o encía, nunca vestibular, a veces paladar y piso de boca. Su pronóstico es más favorable que para el epidermoide bucal. Posee aspecto papilar, tallo ancho o angosto, las células muestran todas las características de malignidad.

El tratamiento consiste en escisión quirúrgica.

**CARCINOMA DE CELULA TRANSICIONAL.**—Se presenta en hombres y se observa en base de lengua y orofaringe como lesión roja aframbuesada o aterciopelada. Puede presentar erosión pero falta la úlcera profunda del carcinoma epidermoide. En gran número de pacientes la lesión primaria es insignificante y un ganglio cervical palpable constituye el signo temprano de la enfermedad. Se compone de hojas e islotes de células epiteliales agrupadas con núcleos crómicos y escaso citoplasma; cortes teñidos con hematoxilina y eosina muestran acentuada basofilia, algunos islotes muestran zonas centrales de necrosis, existen numerosas mitosis; las células carecen de procesos espinosos, queratinización y formación de perlas.

Este carcinoma muestra metástasis tempranas, es radiosensible; se utiliza la escisión quirúrgica así como la radiación como tratamiento pero su pronóstico es desfavorable.

**LINFOPITELIOMA.**—Clínicamente se parece al carcinoma de células transicionales se presenta como una úlcera pequeña o excrecencia insignificante que puede pasar inadvertida y se observa cuando el paciente desarrolla agrandamiento metastásico de uno de los ganglios linfáticos cervicales, los enfermos son más jóvenes (30 años) que los que padecen cáncer de células transicionales. Aparece en nasofaringe o región de amígdalas. El tumor consis-

te en islotes de células poliedricas grandes, pueden mostrar mitosis y núcleos hipercromaticos, los islotes yacen en un mar de linfocitos, es radiosensible pero no radiocurable y su pronostico es malo.

**MELANOMA.**—Tumor altamente maligno, afecta piel, mucosa y ojo, puede originarse a partir de un nevus dermoepidermico o compuesto, o sin precursor; pocas veces se presenta antes de la pubertad.

El melanoma es raro en cavidad bucal, 1.5% afecta a — hombres, con más frecuencia aparece alrededor de los 50 años. En cavidad se localiza en paladar duro, cresta alveolar del maxilar superior, también labio superior, cresta alveolar inferior y mucosa bucal.

Se inicia como zona pigmentada o no, indolora, de pocas semanas a algunos años de uno a cinco años de duración, posteriormente úlcera y sangra, su borde es rojo y de pigmentación aumentada del pardo claro al azul oscuro o negro, aunque una forma carece de este pigmento. Las metastasis son comunes primero en ganglios linfaticos regionales y después en sectores distantes (hígado, pulmón, piel).

El aspecto microscopico es variado, algunos tumores parecen carcinomas de células escamosas con grandes células carentes de cohesión, otros compuestos, por células fusiformes similares a los de los sarcomas. Ciertos tumores se disponen en formación alveolar y asemejan a las células de nevo, cuando las células contienen pigmento, el diagnostico es fácil, los no pigmentados (melanomas amelanoticos) pueden presentar problemas en su diagnostico — por lo que se usan colorantes como la dopa que ponen en relieve las células formadas por melanina.

El pronostico desfavorable en forma extrema y la —

muerte en el termino de 5 años sobreviene.

**TUMORES MESENQUIMATOSOS.**—Los tumores mesenquimatosos malignos de tejido blando son raras y en cavidad bucal son más raras; por lo que no se cuenta con información precisa acerca de su comportamiento en esa localización.

**FIBROSARCOMA.**—Tumor raro, puede aparecer en cualquier lugar. Las localizaciones orales son en periestios de maxilar y mandíbula, labio, lengua, mejilla, encía, paladar. Las lesiones consisten en una masa sólida, no dolorosa y no ulcerada, mal definida, recubierta por mucosa rosada normal. La lesión parece no es característica y puede confundirse con una neoplasia benigna, crecen lentas o rápidas con intervalos de inactividad. Los tumores consisten en fibroblastos y fibrilcelágenas, dan impresión de seguir en una trayectoria. En fibrosarcomas bien diferenciados los fibroblastos y sus núcleos son fusiformes, muestran poca mitosis, parecen células normales, las fibras celágenas pueden ser delgadas y delicadas o gruesas y duras. Los menos diferenciados son más celulares, muestran numerosas mitosis y fibroblastos hipercrómicos de forma caprichosa. La mayoría de los fibrosarcomas producen infiltración local son persistentes pero no dan metastasis, su pronostico es favorable

Los menos comunes y pobremente diferenciados producen metastasis amplias y el resultado es fatal. El tratamiento consiste en una buena escisión.

**FASCITIS.**—Excrecencia parecida a un tumor frecuentemente confundida con fibrosarcoma. Aparece en tejidos subcutaneos y en boca aparece en mejilla. Crece rapidamente y es sensible. Se presenta entre los 30 y 40 años. La lesión consiste en fibroblastos jóvenes, númeroses capilares, hemorragia intersticial, estroma

edematoso o mucoedematoso y algunos linfocitos. Muchos fibroblastos y células endoteliales de los capilares, a menudo muestran mitosis.

La lesión es benigna, puede experimentar regresión espontánea.

**RABDOMIOSARCOMA.**—Es raro en boca y es la lengua el sitio de localización; pueden aparecer rabdomiosarcomas congénitos de la lengua. Se trata de una masa de crecimiento muy rápido, se acompaña de induración, hemorragia y linfadenopatía cervical; puede dividirse en tres subtipos diferentes histológicos con distintos caracteres clínicos.

**El Adulto Pleomorfo.**—Se presenta en extremidades inferiores entre 50 y 60 años; en boca tiene aspecto de un tumor sólido, voluminoso muy infiltrativo, no es doloroso a menos que afecte el nervio lingual y el hueso. Hay úlcera cuando la lesión es muy grande, con interferencia al habla y al deglución.

**La Variedad Alveolar.**—Se presenta en personas jóvenes, se ha descrito en órbita y maxilar pero no en cavidad oral. La observación microscópica pone de manifiesto la presencia de células de forma fantásticas, que se parecen a renacuajos y raquetas o en forma de correa, núcleos dispuestos en fila y células gigantes con variaciones amplias en el número de núcleos y cantidad de citoplasma, este, puede mostrar estrias transversales como los músculos voluntarios.

El tumor es altamente maligno, pronóstico malo y se requiere una excisión quirúrgica amplia. El rabdomiosarcoma de metastasis precoces a pulmones y suele ocurrir la muerte en el plazo de dos años.

**Rabdomiosarcoma Embriionario.**—Tumor raro, se presenta en

niños con frecuencia en zonas de cabeza y cuello y tracto urogenital; la mayor parte aparece en la primera decada de vida, las lesiones bucales se presentan alrededor del conducto de Stensen, paladar blando y orofaringe en donde aparece como masas polipoideas blandas como úvas, o como submucosa única; la mucosa que lo cubre puede estar hiperémica pero pocas veces ulceradas. La lesión en su fase primaria parece una hiperplasia papilar; los cortes muestran tumor mesenquimatoso altamente indiferenciado, el cual puede observar células pequeñas parecidas a linfocitos con citoplasma eosinófilo, células fusiformes y células estriadas.

Es sumamente maligno e invariablemente fatal.

**PLASMOCITOMA DE TEJIDO BLANDO.**—(Describe en el capítulo anterior) Algunos presentan manifestaciones tempranas del mieloma múltiple.

**LINFOMA MALIGNO.**—Los linfomas de este tipo son tumores malignos de tejido linfóide; habitualmente se originan en órganos linfoides como ganglios linfáticos, bazo, tejido linfóide difuso del organismo como amígdalas linguales y faringenas, y tejido linfóide del tracto gastrointestinal, algunos pueden surgir de tejido no linfóide como encía.

Son de cuatro tipos: Linfosarcoma, Sarcoma De Células Reticulares, Enfermedad De Hodgkin y Linfoma Folicular Gigante. Los dos primeros son los únicos que se encuentran en cavidad bucal.

**LINFOSARCOMA.**—Las lesiones pueden aparecer en amígdalas, mucosa bucal, piso de boca, encía, paladar blando y en otras zonas de la nasofaringe. Se presenta en personas adultas pero pueden surgir en cualquier edad; más común en el hombre.

La lesión aparece como una hiperplasia gingival o masa

tumorales de crecimiento rápido, es común la úlcera, necrosis y aliento fétido; los cortes muestran tumor compuesto de hojas y masas de células redondas parecidas a linfocitos maduros o inmaduros, hay mitosis variables. Las células tumorales se extienden a cualquier espacio disponible; en lesiones no ulceradas el tumor está separado del revestimiento epitelial por una zona de tejido conectivo no tumoral, tales lesiones pueden ser confundidas con lesiones inflamatorias, pero estas presentan más de un tipo de infiltrado celular (linfocitos, plasmocitos, neutrofilos) y presentan una gradación de la intensidad de infiltrado celular en la periferia de la lesión.

**SARCOMA DE CELULAS RETICULARES.**—Deriva de células reticulares idénticas a histiocitos y a grandes macrófagos mononucleados errantes. Puede presentarse en cualquier parte del organismo, predomina en hombres más que en mujeres en relación 2 a 1, aparece después de los 50 años y en algunos casos hasta niños pequeños; puede surgir en tejidos blandos o en el interior de los maxilares.

Se han comunicado casos que se presentan como lesiones ulceradas, con frecuencia fueron confundidas con la afección de Vincent. En los maxilares la mucosa que cubre al hueso afectado raras veces está ulcerada, puede presentar alteraciones de textura y color, y a veces inflamación difusa; suelen aflojarse dientes debido a la destrucción ósea. En maxilar superior puede haber expansión ósea, obstrucción nasal además de molestia local; también es radiosensible pero recidiva.

**LEUCEMIA.**—Es el término que se aplica a tumores malignos de glóbulos blancos que se extienden por corriente sanguínea.

Las leucemias pueden ser linfocítica (aguda y crónica)



afecta la serie linfocitaria. Mielóide (aguda y crónica) afecta la serie granulocítica. Y monocítica (aguda y crónica) afecta la serie monocítica.

Las leucemias agudas empiezan como infecciones generalizadas (con fiebre escalofríos y malestar) con posterior agrandamiento de bazo y ganglios linfáticos. Se observa en niños y adultos jóvenes y en pocas semanas siguen su curso fatal; los enfermos experimentan anemia, hemorragias de mucosa y petequias.

Las lesiones bucales constituyen hallazgo común y constante en leucemia aguda. Hay agrandamiento, hemorragia y necrosis de encía, pérdida de sangre, exudado en derredor de dientes; la mucosa bucal puede mostrar equimosis y necrosis, las extracciones provocan hemorragias profusas.

En esta forma de leucemia la sangre periférica revela un incremento marcado de la célula respectiva (de 15 000 a 50 000 por milímetro).

Las leucemias crónicas se presentan en adultos o pacientes de edad avanzada; siguen un curso prolongado hasta de muchos años, pueden ocurrir exacerbaciones agudas y la muerte en cualquier momento. Su comienzo es insidioso, el agrandamiento de bazo y ganglios pueden ser los primeros síntomas y los pacientes pueden quejarse de debilidad.

Las manifestaciones bucales están presentes y consisten en hiperplasia de encía, palidez de tejidos blandos en mayor o menor intensidad. La sangre periférica revela un número mayor de células leucémicas (50 000 a 500 000 por milímetro).

Las manifestaciones bucales se observan en todo tipo de leucemia, sin embargo representa un signo temprano de la forma monocítica; los cortes a partir de tejidos bucales revelan una infiltración densa del tejido conectivo e por células inmaduras.

En la leucemia linfocítica consiste en células que se

parecen a linfocitos o poseen núcleos hiper cromáticos redondos - algo mayores.

La mielógena las células tienen núcleos lobulados y - cantidad variable de granúlos citoplasmicos por lo que parecen - mieloblastos y mielocitos.

En la monocítica las células infiltrantes se asemejan a monocitos atípicos o histiocitos.

No hay tratamiento curativo para la leucemia pero ha habido progresos en la prolongación de la vida por medios químicoterapéuticos.

Las lesiones bucales su tratamiento es conservador se recomiendan concentraciones ligeras de lavados bucales, antisépticos y cuidadosas exfoliaciones y raspados. Contraindicadas las extracciones y otras intervenciones bucales importantes.

**GRANULOMA LETAL DE LA LINEA MEDIA.**-Es una lesión maligna de etiología obscura; afecta cavidad nasal y el maxilar. Comienza con una úlcera que no es específica y no responde a ningún - tratamiento. Destruye progresivamente tejidos duros y blandos de paladar y nariz, el paciente termina por morir por agotamiento, hemorragia y desnutrición; la afección puede durar de algunos meses hasta cinco años.

Los cortes microscópicos revelan inflamación no específica compuesta de linfocitos, histiocitos y plasmocitos inmaduros atípicos y necrosis del tejido; el pronóstico es grave; aunque la enfermedad es mortal el tratamiento con corticoesteroides resulta benéfico en algunos casos aunado con antibióticos para combatir la infección.

**GRANULOMATOSIS DE WEGENER.**-Es una lesión que a veces se considera idéntica al anterior; hay rinitis, sinusitis, otitis y

sintomas oculares, hay tórax y hemoptisis, fiebre, dolores articulares. Los sitios afectados son laringe, traquea, riñón y pulmones.

Las lesiones bucales raras veces con la primera manifestación; la lesión de la encía es la más común y consiste en tumores doléresos sangrantes de papila interdientaria.

Pueden predicirse otras lesiones por extensiones desde la nariz como ulceraciones en el paladar, destrucción de tejido nasal. Hay ulceraciones semejantes a aftas, estomatitis ulcerativa difusa, exfoliación espontánea de dientes y ausencia de cicatrización de alveolos después de las extracciones. Los cortes gingivales muestran necrosis, inflamación de vasos y células inflamatorias.

La mayor parte de los casos son mortales aunque el tratamiento con corticosteroides ha sido benéfico.

## CAPITULO VI

## LESIONES DE GLANDULAS SALIVALES

## AGRANDAMIENTOS NO NEOPLASICOS

**PAPERAS(PAROTIDITIS INFECCIOSA).**--Enfermedad viral altamente contagiosa, se transmite por la saliva del paciente; se presenta en niños aunque también en adultos, por lo general afecta: -glandulas parótidas, otras glandulas salivales, gónadas, pancreas o mamas así como próstata y corazón que son complicaciones en adúltes.

Tiene un periodo de incubación de dos a tres semanas, comienza con fiebre, malestar y dolor de la región parótida; las parótidas se vuelven tumefactas, hay sabor desagradable en boca y falta de apetite. La enfermedad experimenta regresión en siete días; en el adulto puede haber esterilidad.

Los cortes muestran cambios degenerativos en epitelio de los conductos, infiltración intersticial de lobulosa glandular por linfocitos y células mononucleadas, zonas de atrofia acínica y leucocitos polimerfocitares en caso de infección secundaria-

El tratamiento es sintomatico, cura sin complicaciones y no deja secuelas. Un solo contacto otorga inmunidad para toda la vida.

**ENFERMEDAD POR RASGUÑO DE GATO(FIEBRE POR ARAÑAZO DE GATO, LINFORRETICULOSIS BENIGNA).**--Enfermedad producida por microorganismos del grupo *Bartonella* (parásitos intracelulares con características intermedias entre rickettsias y virus), afecta los ganglios linfáticos. Es una enfermedad inflamatoria asociada con rasguño de gato, con incubación de una a tres semanas. Los ganglios -

## CAPITULO VI

## LESIONES DE GLANDULAS SALIVALES

## AGRANDAMIENTOS NO NEOPLASICOS

**PAPERAS (PAROTIDITIS INFECCIOSA).**—Enfermedad viral altamente contagiosa, se transmite por la saliva del paciente; se presenta en niños aunque también en adultos, por lo general afecta a glandulas parótidas, otras glandulas salivales, gónadas, pancreas o mamas así como próstata y corazón que son complicaciones en adultos.

Tiene un periodo de incubación de dos a tres semanas, comienza con fiebre, malestar y dolor de la región parótida; las parótidas se vuelven tumefactas, hay saber desagradable en boca y falta de apetite. La enfermedad experimenta regresión en siete días; en el adulto puede haber esterilidad.

Los cortes muestran cambios degenerativos en epitelio de los conductos, infiltración intersticial de lobulos glandulares por linfocitos y células mononucleadas, zonas de atrofia acinosa y leucocitos polimeronucleares en caso de infección secundaria.

El tratamiento es sintomatico, cura sin complicaciones y no deja secuelas. Un solo contacto otorga inmunidad para toda la vida.

**ENFERMEDAD POR RASGUÑO DE GATO (FIEBRE POR ARAÑAZO DE GATO, LINFORRETICULOSIS BENIGNA).**—Enfermedad producida por microorganismos del grupo Bedsonia (parásitos intracélulares con características intermedias entre rickettsias y virus), afecta los ganglios linfáticos. Es una enfermedad inflamatoria asociada con rasguño de gato, con incubación de una a tres semanas. Los ganglios —

se inflaman y se vuelven dolorosos, los pacientes se quejan de malestar, fiebre, náuseas, escalofríos y dolor de cabeza. Es autolimitada y casos no tratados muestran regresión en seis semanas, la linfadenopatía puede persistir hasta seis meses; la afección es común en Invierno.

El diagnóstico se efectúa mediante una prueba de sensibilidad cutánea llamada de Hanger-Pass, se efectúa con antígeno - obtenido de la lesión producida por el rasguño. Los cortes muestran ganglios linfáticos hiperplásicos con abscesos múltiples, estos -- consisten en un área central con necrosis circundada por acumulación densa de neutrófilos alrededor de lo cual se observa una zona de histiocitos.

Cuando la puerta de entrada es la conjuntiva, se asocia con agrandamiento de un ganglio linfático paratímico denominado - Síndrome Acuoglandular De Parinaud.

**SARCOIDOSIS (ENFERMEDAD DE BERNIER-BOECK-SCHAUMANN).** - Es una enfermedad granulomatosa crónica, se supone asociada a la tuberculosis; se presenta en adultos jóvenes, afecta pulmones, bazo, ganglios linfáticos, piel, parótidas y hueso de mano. Las lesiones pueden ser asintomáticas y descubrirse por casualidad; los pacientes pueden quejarse de fiebre, malestar y síntomas respiratorios.

En las lesiones bucales resultan afectadas las parótidas o la mucosa como paladar con lesiones ampelosas con contenido amarillento o como nódulos sólidos, las lesiones labiales semejan lesiones herpéticas, en el 50% es unilateral y en el otro 50% es bilateral, que puede constituir la primera manifestación clínica de la enfermedad.

Puede haber parálisis facial; las lesiones se presentan con el aspecto de zonas granulomatosas o masas granulomatosas múltiples; una prueba diagnóstica de sensibilidad cutánea llamada --

prueba de Kviem (Nickerson-Kviem) es positiva en 85% de los casos activos de sarcoidosis. Los cortes de la parótida revelan cantidad escasa o numerosa de pequeños granulomas que substituyen el parénquima glandular, que consiste en una o más células gigantes y de histiocitos que se parecen superficialmente a un epitelio por lo que se denominan, células epiteliales. Las células gigantes pueden contener cuerpos basófilos (Schwanna) o asteroides, no hay necrosis. En la periferia de los granulomas muestra escasa infiltración linfocitaria.

El aspecto microscópico de lesiones bucales es idéntico al que se acaba de describir de la parótida. No existe ningún tratamiento local para la sarcoidosis de parótida y mucosa alveolar.

**FIEBRE UVBOPAROTIDEA (UVBOPAROTIDITIS, SINDROME DE HERFORD).**—Recibe este nombre una sarcoidosis y un agrandamiento de la glándula parótida (generalmente bilateral) acompañado de inflamación de los tractos uveales (el trayecto uveal consiste en el iris, coroides y cuerpo ciliar) y lesión del nervio craneano.

El paciente se queja de fatiga, malestar general, trastornos gastrointestinales vagos hasta náuseas y vómitos; puede haber malestar y parálisis facial, las lesiones oculares son uveítis, entre otras conjuntivitis, queratitis. La enfermedad por lo general experimenta una regresión espontánea.

Los cortes de la glándula agrandada revelan sarcoidosis.

**ENFERMEDAD DE NIKULICZ (LESION LINFOPITELIAL BENIGNA)**

Tiene una historia larga y un tanto misteriosa. Consiste en una afección bilateral, unilateral o múltiple de las glándulas salivales, en el 90% están afectadas una o ambas parótidas y en el restante las submaxilares. En algunas circunstancias el agrandamiento parotídeo se acompaña de aumento de volumen de glándulas

salivales menores (como las de la lengua y paladar) y de las glándulas lagrimales. Las lesiones pueden presentarse como tumefacciones asintomáticas cuyo tamaño varía de tiempo en tiempo, con duración de meses hasta muchos años. Las tumefacciones pueden ser difusas e implicar la mayor parte de la glándula, presentarse con aspecto de nódulos simples o múltiples.

Aparece entre los 20 y 60 años, frecuentemente en hombres que en mujeres en relación 2 a 1; en algunos pacientes hay antecedentes de lesiones inflamatorias locales como infecciones de vías respiratorias superiores, infección bucal, extracción dental, etc.

Puede aparecer de dos formas: Difusa o Nódular.

En la difusa los lobulillos glandulares son reemplazados por linfocitos, se observan islotes de epitelio escamoso; los acinos del lobulillo afectado desaparecen, algunos conductos se agrandan formando microquistes.

En la nódular, los cortes muestran glándula salival normal, pueden verse ganglios linfáticos nítidamente demarcados pero hipoplásicos.

**SINDROME DE MIKULICZ.**—Consiste en el agrandamiento de las parótidas u otras glándulas salivales por causa de infiltración leucémica, linfosarcoma o tuberculosis.

**SINDROME DE SJOGREN (XERODERMOSTHOSIS).**—Consiste en agrandamiento de glándulas salivales, boca seca (xerostomía), sequedad de conjuntivas y de mucosas faríngeas, nasal y laríngea (conjuntivitis, rinitis y faringolaringitis seca) y artritis.

Frecuente en mujeres de edad media y avanzada, causa no establecida, probablemente sea un fenómeno autoinmune. Hay infección secundaria debido a la sequedad de las mucosas; la glándula afectada muestra infiltración linfocitaria y atrofia de aci—



nos.

El tratamiento es empírico y consiste en la administración de hormonas, vitaminas o antibióticos.

**INFILTRACION ADIPOSA.**—De etiología desconocida; pero — puede observarse en diversos estados como la deficiencia protéica, alcoholismo, cirrosis hepática, tuberculosis, embarazo, lactancia y menopausia. Es rara y es un agrandamiento uni o bilateral de las glándulas salivales, particularmente la parótida.

Es una enfermedad de gente indigente en países pobres.

**HIPERTROFIA.**—Es un agrandamiento difuso de una glándula mayor, aunque raro la parótida puede estar afectada; se asocia a las mismas condiciones de la infiltración adiposa, en glándulas salivales menores es más común.

El agrandamiento se presenta como pequeña elevación sessil de la mucosa bucal o lengua. El examen de la lesión revela superabundante cantidad de tejido glandular salival normal (mucoso); algunas veces hay agrandamiento difuso de una región de mucosa bucal como el labio, como consecuencia de una hipertrofia.

La lesión es benigna e inofensiva; suele practicarse — la escisión.

**SIALADENITIS.**—Se clasifica en bacteriana y obstructiva.

**BACTERIANA:**—Se presenta en niños o ancianos, produce — agrandamiento doloroso, agudo y recurrente de la glándula afectada; la piel suprayacente puede estar y a la compresión de la glándula puede haber una descarga de purulenta por el orificio del conducto.

Las lesiones en niños han sido asociadas al estreptococo Viridans y en los ancianos con el estreptococo aureus.

El sabor y tumefacción no se relaciona con la ingestión de comidas; los pacientes de edad avanzada suelen tener otra alteración sistémica (desnutrición, cáncer, deshidratación). Raras veces la sialadenitis bacteriana suele seguir la vía hematogena.

El tratamiento consiste en aplicación de calor, administración de drogas analgésicas y antibióticos. En los ancianos además de los antibióticos, hidratación y eliminación de la causa — asociada. Los cortes revelan edema e infiltración de los conductos y lobulillos por polimorfonúcleos.

**OBSTRUCTIVA.**—Se asocia con la formación de cálculos (sialolitiasis) o tapones mucosos. El conducto se halla inflamado (sialodiquitis); aparece en personas de edad mediana y hombres — más a menudo.

Las glándulas afectadas por orden son: submaxilares, parótidas y las sublinguales mayores. La glándula experimenta agrandamiento y es causa de dolor, este es más prominente antes, durante y poco después de las comidas. Casos de larga duración la glándula se vuelve firme e indolora, su agrandamiento es permanente.

A la palpación se puede revelar la presencia de un cálculo en el conducto excretor. Pocas veces puede ser resultado de la constricción o estenosis del conducto por cicatrices u otra — patología (tumores). Las radiografías ponen de manifiesto cálculo salival en el conducto mayor o menor.

Radiografías obtenidas después de una sustancia radiopaca en el sistema de conductos de la glándula, muestra una estructura irregular de este sistema; así como dilataciones pequeñas y numerosas de los conductos.

Los cortes revelan cálculos salivales con aspecto de cuerpos compuestos de capas concéntricas resacas y anulos. Los — conductos mayores están dilatados. En tejido intersticial de lobulillos glandulares es posible observar edema e infiltración de pliegos

mocitos, linfocitos y neutrofilos; hay cierta atrofia de acinos y el grado de esta está en relación con la duración. En una enfermedad de larga data, el grado de fibrosis y atrofia es considerable hasta el punto en que la glandula puede ser reemplazada por tejido, en el cual no se ven más que los conductos de la glandula original.

El tratamiento difiere según las circunstancias; calcu los cerca del orificio del conducto pueden ser eliminados a mano, en obstrucción profunda se emplean sialogogos.

En la sialadenitis aguda no obstructiva los antibi<sup>o</sup>cos curan. En enfermedad obstructiva crónica de larga duración es necesaria la escisión quirurgica; en algunos casos la ligadura del conducto con la atrofia total de la glandula.

**MUCOCELE (QUISTE POR RETENCION DE MUCUS, FENOMENO DE RETENCION).**—Es un quiste que contiene mucus, aparece en regiones de glandulas salivales y de mucosa bucal. Se presenta como lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, elevada, translúcida y azulada.

Si se ~~Estabiliza~~ profundamente pone de manifiesto una formación circunscrita que se desplaza con facilidad; el labio y la lengua son los sitios preferidos.

Las lesiones superficiales abren y descargan una substancia mucosa viscosa, apenas parece haber curado y recidiva. Esta secuencia de rupturas, descarga y recurrencias puede durar meses.

Microscopicamente consiste en cavidad quística con mucus, pueden observarse células redondas tumefactas, el revestimiento del quiste está formado por tejido de granulación y en raras circunstancias por epitelio.

La glandula salival y tejido conectivo en su vecindad muestran infiltración de neutrofilos, linfocitos y plasmocitos.

Los mucocelos se forman como consecuencia de ruptura

traumática del conducto excretor de una glándula salival.

El tratamiento consiste en eliminación del quiste junto con la glándula asociada mediante extirpación, con lo que se lleva a cabo la curación (porque las glándulas menores encuentran superficialmente).

**RANULA.**—Tumefacción grande en piso de boca de consistencia blanda y llena de mucus.

Microscópicamente ~~es~~ idéntica al mucocele salvo que está asociada con glándulas de mayor tamaño.

Se produce como consecuencia de un defecto del conducto de Wharton (glándula submaxilar) o en el de Bartholin (sublingual mayor).

El tratamiento consiste en la escisión del quiste y glándula, pero es mejor recurrir a un procedimiento que establece conexión con la superficie para el conducto afectado (marsupialización).

**QUISTE LINFOPITELIAL.**—Lesión relativamente rara, se presenta en glándula parótida produciendo agrandamiento clínicamente discernible; se desplaza con facilidad, es indolora y asintomática.

Es consecuencia de un cambio quístico en las inclusiones epiteliales que se observan en ganglios linfáticos parotídeos.

Es idéntico al quiste branquial y similar al linfoepitelial de tejidos bucales blandos. Los cortes revelan una cavidad quística revestida de epitelio y rodeada de tejido linfoide.

Como imitan a tumores se les escinde quirúrgicamente y no recidivan.

**ENFERMEDAD DE INCLUSIÓN CITOMÉGALICA.**—El epitelio de los conductos de glándulas salivales de niños, alberga un virus,

que en ocasiones puede producir un serio compromiso generalizado de muchos organos vitales (bazo, hígado, medula ósea, pulmones).

Este virus produce agrandamiento marcado de las células en las cuales se desarrolla y se le denomina citomegalovirus.

Las glandulas salivales sirven como habitat par el virus y su presencia en este organo no siempre es indice de manifestación de la enfermedad.

**QUEILITIS GLANDULAR APOSTEMATOSA.**—Se caracteriza por agrandamiento crónico y eversion del labio inferior. El labio está endurecido y su superficie mucosa expuesta, esta cubierta de númerosas aberturas rojas que exudan un mucus viscoso, por lo que los labios pueden pegarse entre si.

Se presenta en hombres de raza blanca por lo general, su causa es desconocida pero ha sido asociada a la herencia, exposición al viento, sol, polvo y tabáco; los cortes revelan hiperplasia de glandulas mucosas con infiltración de plasmocitos y linfocitos.

El tratamiento consiste en aplicación de pomadas o ungüentos protectores de los labios.

### TUMORES EPITELIALES BENIGNOS

**TUMORES BENIGNOS.**—Crecen lentamente, son de larga duración (años), se presentan como nódulos aislados que no estan fijos en piel o mucosas, pueden ser multinódulares las lesiones recurrentes. A diferencia de las lesiones inflamatorias no varían de tamaño, no producen aflojamiento de dientes, ni imagenes radiolucidas difusas.

**ADENOMA.**—Tumor raro de glandulas salivales, por lo general de glandulas menores, puede aparecer en varios sitios de boca.

pero los más frecuentes son tejido labial y bucal; es el más pequeño y menos agresivo de los tumores de glándulas salivales.

Se presenta como nódulo pequeño y circunscrito que puede desplazarse con facilidad, por lo general después de los 30 años. Los cortes revelan lesión encapsulada compuesta de una sucesión monotonía de conductos revestidos de epitelio cúbico o cilíndrico es raro que consistan en células mucosa y serosas.

El tratamiento consiste en escisión quirúrgica y las recurrencias son infrecuentes.

**ONCOCITOMA (ADENOMA OXIFILO, ADENOMA ACIDOFILO).**—Tumor raro de la vejez, aparece después de los 55 años, afecta más a mujeres y suele observarse más en parótida y en raras ocasiones en boca. Clínicamente es igual a la descripción para tumores benignos en general.

Los cortes revelan tumor encapsulado que contiene un tipo único de células, el oncocito (de oncos grande), célula eosinofila de gran tamaño, nítidamente delineada, con núcleo oscuro y pequeño de localización central dispuestos en hojas y columnas.

Recientemente se ha descrito una variante maligna pero no es extremadamente raro. El tratamiento consiste en la escisión.

**ADENOMA PLEOMORFO (TUMOR MIXTO).**—Ha habido muchas teorías acerca de su etiología pero actualmente los investigadores opinan que este tumor se origina por transformación neoplásica del epitelio glandular adulto, más probablemente el epitelio del conducto. Además de las características clínicas ya descritas para tumores benignos, se presenta en un 90% en parótida, 9% en submaxilar y 1% en sublingual.

En glándulas menores su orden de frecuencia es paladar, labios, lengua, mejillas y piso de boca. Se presenta después de los

los 30 años, más frecuente en mujeres.

El aspecto microscópico del tumor es el de una masa - encapsulada sólida, mucóide de color amarillo.

El tumor constituye una variada imagen microscópica - (pleomorfica), muestra zonas que asemejan cartilago hialino (matriz basofila homogénea en la que se observan numerosas células), en realidad es material mucóide, e incluye células tumorales. También hay zonas mixomatosas con células epiteliales dispersas superabundante cantidad de sustancia intercelular, conductos, islotes, cordones y racimos de epitelio cubico cilíndrico y escamoso, y zonas aisladas de hueso y queratina.

Los tumores mixtos son los más persistentes de las neoplasias benignas de las glándulas salivales; su recurrencia es del 5 al 30% y debida a estas las lesiones recurrentes son múltiples nodulares y difíciles de erradicar, se recomienda una escisión quirúrgica amplia para evitarlas.

El tumor no produce metastasis pero en raras ocasiones puede terminar como tumor mixto maligno, que se comporta como el adenocarcinoma. Por ello es un tumor mixto de crecimiento lento, - un brote repentino en el ritmo de crecimiento constituye un signo de mal presagio.

**CISTADENOMA LINFOMATOSO PAPILAR (TUMOR DE WARTHIN).** - Aparece con mayor frecuencia entre los 50 y 60 años, las lesiones afectan al parótida pero el tumor puede surgir también en glándula submaxilar o cuello; más frecuente en hombres.

Las características clínicas son las mismas a las descritas para los tumores benignos en general. Los investigadores opinan que este tumor se origina en tejido heterotópico de glándulas salivales atrapadas o incluido en los ganglios linfáticos durante la embriogénesis.

## TUMORES MESENQUIMATOSOS BENIGNOS

**HEMANGIOMA JUVENIL.**—Es el tumor más común en la infancia, suele presentarse en parótida, a veces pueden estar afectadas glandulas submaxilares, labios o glandulas sublinguales.

El tumor se presenta como masa difusa que se agranda progresivamente. Los cortes revelan infiltración y reemplazo de lobulos glandulares por gran número de pequeños vasos sanguíneos revestidos de endotelio.

El tumor es benigno y puede tratarse por escisión, algunas lesiones experimentan regresión. Esta contraindicada la radiación.

**LINFANGIOMA, SCHWANOMA Y XANTOMA.**—Los linfangiomas pueden extenderse y afectar parótida u otras glandulas salivales mayores. Reemplazan al tejido glandular clinica y microscopicamente son identicos a los observados en otras zonas de la cavidad bucal.

Los Schwanomomas y Xantomomas de glandulas salivales son tumores raros, clinica y microscopicamente presentan una imagen a los localizados en otros puntos de la cavidad bucal.

## TUMORES EPITELIALES MALIGNOS

**TUMORES MALIGNOS.**—Son de menor duración que los benignos (semanas hasta meses). Crecen con rápidos o antecedentes de — crecimiento lento con un periodo repentino de rápida actividad; — fijos en tejidos circundantes y la piel y mucosa suprayacente — puede estar úlcerada o inflamada, hay dolor local temprano.

En tumores de parótida se asocia una parálisis del — nervio facial u otros sintomas neuralgicos, es posible observar — agrandamiento de ganglios linfaticos regionales. Los tumores de — paladar y glandulas retromolares producen en ocasiones aflojamiento



to de dientes, imágenes radiolúcidas difusas e infiltración temprana del hueso suprayacente.

**TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE.**—La mayoría de estos tumores aparece en parótida, pero también en paladar, glándula submaxilar, mejilla, labios, piso de boca y región retromolar. Los tumores de glándulas mayores son más grandes que los de las menores; más común en hombres con duración de dos años.

Más de la mitad de los tumores se presenta entre 20 y 40 años, el resto antes y después de estas edades; clínicamente algunos parecen lesiones benignas y otros poseen características malignas; la superficie cortada de los tumores presenta un aspecto viscoso, semitranslúcido, sólido o quístico.

Están compuestos por tres tipos de células entre: mucosa epidermoide y clara.

Las células mucosas son las iguales a las observadas en glándulas mucosas (grandes de coloración clara, vacuoladas y contienen mucina).

Las epidermoides tienen contorno variado y distintas formas, se parecen a células en las diferentes capas de epitelio.

Las claras son grandes y su citoplasma parece vacío.

Los tres tipos se observan en proporciones varias y a disposiciones morfológicas diversas. Es posible observar quistes rodeados de esas células que contienen mucus y pueden disponerse también en hojas; es frecuente la presencia de grandes o pequeñas cantidades de mucus en el estroma del tumor.

Algunos autores consideran a estos tumores malignos, se trata de un concepto equivocado; existen formas benignas y malignas.

La forma maligna produce metástasis en ganglios linfáticos, pulmones, huesos o encefalo, además de que tiene ausencia total de características mucoides, anaplasia, hiperchromatismo, etc. .

La forma benigna no da metastasis, si la escisión no es amplia las recurrencias son frecuentes. Las escisiones locales -- amplias constituye el tratamiento de elección y ofrece un 92% de curación por un periodo de cinco años.

**CARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS.** -- tumor raro de glandulas salivales, clinicamente se parece a un tumor benigno; se limita a la parótida y aparece entre los 30 años, más común en el hombre -- con un promedio de duración de 3 años.

Microscopicamente consiste en un tipo celular único; se trata de una célula grande con núcleo redondo y obscuro, citoplasma granular acétuadamente basófilo; las células se parecen a las células acinosas de glandulas serosas dispuestas en hojas anchas

Es de bajo grado de malignidad, puede producir metastasis en ganglios regionales, las metastasis distantes son raras.

El tratamiento consiste en la escisión, si es amplia el pronóstico es bueno.

**CARCINOMA EPIDERMÓIDE.** -- Suele presentarse en glandulas principales, en particular parótida y submaxilar, puede darse en glandulas accesorias; no se ha demostrado el sitio exacto en que nacen aunque es probable que se originen en el conducto, ya que este puede experimentar metaplasia escamosa.

La metaplasia escamosa de los conductos puede ser resultado de una sialadenitis crónica o un fenómeno de obstrucción del conducto. Esto puede presentarse como pequeña masa nódular por lo común en paladar, pero tambien en otros sectores y puede ser mal diagnosticado desde el punto de vista histológico como carcinoma epidermoide.

Es probable que la radiación y la cirugía sea de mayor beneficio, como la metastasis regional a ganglios linfáticos

se suele realizar, se procede a una disección radical de cuello - toda vez que la lesión primaria está controlada.

**GARCINOMA ADENOQUISTICO (CLINDROMA, TUMOR MIXTO BASALOIDE).** - Aparece entre los 50 y 60 años, afecta ambos sexos; las glándulas afectadas en frecuencia son parótida, palatinas y submaxilares.

En glándulas mayores puede presentar características clínicas de tumores benignos o puede haber dolor, síntomas neurálgicos y fijación a tejidos circundantes. Las lesiones del paladar se asocian con odontalgias, aflojamiento de dientes y radiolucencias, en caso de extracción el alveolo no cura. Este tumor es de crecimiento relativamente lento.

Los cortes muestran células epiteliales pequeñas de coloración oscuras que se parecen a las basales de la mucosa, por eso se le denomina mixto o basaloide. Las células epiteliales se disponen en tubos, islotes, columnas y acinos; los tubos y acinos - están vacíos o poseen material homogéneo basófilo o eosinófilo, - donde están estos tubos y espacios vacíos el aspecto es parecido a un queso gruyere.

El tumor no está encapsulado e infiltra a las estructuras circundantes; con frecuencia se observa células tumorales en linfáticos perineurales. Las metastasis que da se producen en periodos tardíos a ganglios linfáticos regionales, pulmones, huesos y otras vísceras.

Es localmente agresivo y puede causar la muerte por la extensión local (por ejemplo tumores del paladar que se extienden a la base del cerebro).

**ADENOCARCINOMA.** - Existen numerosas variedades de adenocarcinomas que han podido ser distinguidos entre sí por su morfología.

gia (anaplasico, transicional, de células escamosas, trabecular, papilar sólido, mixto maligno, etc.). Con excepción de sus características microscópicas se parecen entre sí.

Además de las características clínicas de tumores malignos, muestran los siguientes rasgos: son los que crecen más rápidamente, se presenta a una edad más avanzada que los otros tipos de tumores de glándulas salivales, son frecuente la úlcera, la fijación, síntomas neuralgicos, metastasis a ganglios linfáticos y regiones distantes.

Las imágenes de los cortes varían en los distintos tipos. El carcinoma de células escamosas de glándulas salivales es similar o idéntico al observado en otras partes; algunos tumores muestran cordones, tubos, islotes y acinos de epitelio glandular - anaplasico (adenocarcinoma). En otras células anaplasicas hiper cromáticas de formas diversas, constituyen hojas grandes o trabeculas sin indicios de formación glandular (adenocarcinoma trabecular).

Existen tumores malignos con anchas hojas de células de bordes mal definidos y ausencia de formación glandular; su imagen microscopica es casi idéntica al carcinoma de células transicionales y así se denominan.

En los adenocarcinomas papilares o quísticos papilares, el tumor es quístico, proyecciones papilares de células tumorales se extienden como dedos al interior de la cavidad quística.

La intervención quirúrgica radical es el único tratamiento, en casos inoperables se recurre a la radioterapia. como paliativo, el pronóstico es grave.

## CONCLUSIONES

Es ya sabido desde tiempos inmemorables de la preocupación del ser humano por conservar la salud, así, poco a poco ha ido descubriendo los factores que contribuyen al desarrollo de las enfermedades, sitios donde se empieza a originar dichas enfermedades así como su sintomatología.

Día a día se dedican mayores esfuerzos a la investigación para encontrar nuevas técnicas, métodos y terapias, para lograr una pronta recuperación de la salud en los diferentes campos de la medicina estomatológica.

La importancia que tiene la patología bucal dentro de la integridad física del hombre es innegable, puesto que sin el adecuado funcionamiento de su aparato masticatorio, se ve en constantes alteraciones metabólicas y nutricionales debido al gran número de afecciones que se implantan en el mismo. Ya que al través del orificio bucal, pueden detectarse un sin fin de alteraciones orgánicas que van desde las más sencillas a las más complejas, de las más simples a las más graves.

En este trabajo que se presenta se ha detallado de manera simple y general las causas, características, sintomatología y tratamiento de algunas de las afecciones bucales, que sería el más indicado.

Es importante que el odontólogo debe estar conciente de la actualización de sus conocimientos para tratar adecuadamente las lesiones que se originan en cavidad oral, para darle una terapéutica eficiente si esta al alcance de sus posibilidades, o bien si las lesiones requieren un estudio y diferenciación más profunda, saber encaminar a sus pacientes con las personas más —

especializadas.

Es por ello que hago referencia a las enfermedades orales de forma general, ya que en alguna ocasión de nuestra practica díaria podríamos llegar a vernos frente a este tipo de situaciones-

Espero que esta recopilación de datos puedan llegar a servir de alguna forma, a aquellas personas que se interesen por conocer características y sintomatologías más comunes, par lograr la recuperación de las personas que llegaran a verse afectadas e por alguna de las tantas afecciones con las que a díario de muetra practica dental llegamos a ver algún día y estar mejor preparados para saber resolverlas.

**B I B L I O G R A F I A**

**HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCODENTAL**

**Orban Halint**

**Traducida De La Sexta Edición En Ingles**

**Por El Dr. Tomás Velazquez**

**La Prensa Medica Mexicana**

**1978**

**PATOLOGIA BUCAL**

**Dr. William G. Shafer**

**Traducida Al Español Por La**

**Dra. Marina G. De Grandi**

**Editorial Interamericana**

**1977**

**ENFERMEDADES DE LA BOCA**

**Profr. David Grinspan**

**Primera Edición**

**Editorial Mundt**

**PATOLOGIA ORAL**

**Robert J. Gorlin**

**Henry W. Goldman**

**Salvat Editores**

**1973**

**PATOLOGIA BUCAL**

**S. N. Bhaskar**

**Segunda Edición**

**Editorial El Ateneo**

**1977**

**DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL**

**Edward V. Zegarelli**

**Austin H. Kutscher**

**George A. Hyman**

**Primera Edición**

**Salvat Editores**

**1974**

**ENFERMEDADES QUIRURGICAS DE LA BOCA, DIENTES  
Y MAXILARES**

**La Escuela Odontologica Alemana**

**Traducida por El Dr. Ignacio Bfill**

**Cuarta Edición**

**Editorial Labor**

**TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES**

**Joseph L. Bernier**

**Traducción De La Segunda Edición**

**Dr. Horacio Martínez**

**Bibliografica Omeba S.A.**

**1962**