

19.684
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

**HEMANGIOMAS EN LA CAVIDAD
ORAL.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

VIRGINIA ALICIA MONTER VILLANUEVA

MEXICO, D. F.

15062

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

CAPITULO I.

INTRODUCCION

I N D I C E

	Pág.
I.- INTRODUCCION	2
II.- DEFINICION	5
III.- GENERALIDADES	8
IV.- ETIOLOGIA	15
V.- CLASIFICACION DE HEMANGIOMAS EN CAVIDAD ORAL:	17
1.- Hemangiomas Capilares	18
2.- Hemangiomas Hipertróficos	21
3.- Hemangiomas Cavernosos	25
4.- Nevos	31
5.- Hemangioma Osseo	35
6.- Hemangioma Adquirido	42
7.- Hemangioma Traumático	43
8.- Hemangioma Racemoso	44
9.- Hemangioameloblastoma	45
10.- Angioqueratoma	47
11.- Hemangioendotelioma	48
12.- Hemangioma Escirroso	50
13.- Hemangioma Plexiforme	51
14.- Hemangioma Esclerosante	52
15.- Hemangioma Fibroso	53
16.- Hemangioma Juvenil	54
17.- Hemangiopericitoma	55
VI.- HISTOPATOLOGIA	60
VII.- ESTUDIO RADIOLOGICO	75
VIII.- LESIONES DE APARIENCIA TUMORAL	78
1.- Generales:	

	Pág.
A) Enfermedad de Osier-Weber	84
B) Enfermedad de Sturges-Weber	87
C) Síndrome de Mafucci	88
D) Púrpura de Majocchi	89
E) Síndrome de Klippel Trenaunay	90
F) Angioqueratoma Corporal Difuso de Fabry	94
II.- LOCALES	94
A) Tumor del Embarazo	94
B) Granuloma Piogeno Reparativo	99
IX.- TRATAMIENTO:	106
1.- Materiales	
2.- Métodos	
X.- CONCLUSION	148
BIBLIOGRAFIA	150

CAPITULO I
I N T R O D U C C I O N

Son en realidad, pocos los grupos tumorales y sólo algunos de estos grupos pueden competir con la diversidad de tumores en tejido vascular, pues se pueden presentar como tumores malignos, benignos, únicos, múltiples, congénitos, del desarrollo, involutivos, mixtos, inducidos por radiaciones, relacionados con síndromes o complejos sintomáticos y existen además procesos inflamatorios y postinflamatorios tales como hemangioma, aneurisma arteriovenoso, várices, etc., con los cuales se pueda confundir.

Entre los tumores de origen vascular el "Hemangioma" es el que se presenta más frecuentemente en la práctica diaria.- Siendo este tumor altamente benigno, que no tiene cambios frecuentes y teniendo un tamaño determinado la mayoría de las veces, ocasiona deficiente masticación y mala fonación.

Encontramos distintos tipos de hemangiomas, según la localización de vasos afectados pudiendo ser capilares, superficiales y profundos, son importantes debido al peligro de una-

hemorragia seria, que en algunos casos puede ser fatal, es por eso que el dentista debe aprender a valorar y a conocer las características de las condiciones tumorales de la cavidad oral y así obtener un mejor diagnóstico y tratamiento clínico.

Por lo tanto, en esta tesis, se exponen los diversos tipos de tumores vasculares, sus generalidades, etiología, clasificaciones, histopatología y su tratamiento más indicado.

CAPITULO 11.

DEFINICION

CAPITULO II

DEFINICION

Los hemangiomas son descritos por algunos autores como neoplasias de tipo cavernoso, benignas, dependientes de defectos congénitos, pudiendo ser únicos o múltiples.

Estas lesiones de relativa frecuencia, están formadas -- por grupos de vasos sanguíneos neoformados, dilatados y con en tre cruzamiento de arterias y capilares de amplio calibre, se -- van a observar en numerosos órganos y especialmente en la piel, mucosas cercanas a la piel y con dicha frecuencia en el órgano de la lengua.

Los hemangiomas se forman de rudimentos endoteliales o -- del endotelio de los vasos sanguíneos. Estos vasos ocupan una posición dependiente de la fisiología de los órganos, subordinador a posiciones y formaciones más especializadas al poseer -- menos autonomía natural, pueden desarrollar propiedades neoplá -- sicas marcadas. De este modo los vasos sanguíneos prácticamen -- te normales sostienen tejidos neoplásicos potencialmente malignos.

La mayoría de las veces se observan en recién nacidos, -- pudiendo presentarse muy pequeños hasta no notarse y por lo -- tanto se les ha considerado como Hamartomas, y van creciendo --

con el desarrollo corporal.

Estas lesiones pueden presentarse espontáneamente como neoplasias verdaderas en niños o adultos y en cualquier sexo.

El nevo vascular o Hemangioma es el más común de los nevos vasculares; siendo un tumor perfectamente demarcado, eritematoso y prominente que puede apreciarse al nacer o durante el primer mes de vida. El primer signo que nosotros podemos apreciar es una zona blanquecina en la piel, que precede al nevo vascular. Enseguida podemos apreciar que van apareciendo ectasias pequeñas, vasculares, se va elevando y así se va viendo el desarrollo de un hemangioma.

Durante los primeros meses vamos a observar una proliferación de células endoteliales y una proliferación capilar, pero cuando el crecimiento cesa, la fibrosis reemplaza a los capilares y se produce un encogimiento del tumor. Su crecimiento durante su desarrollo va a ser en forma variable. Los tumores suelen desaparecer espontáneamente.

CAPITULO III

GENERALIDADES

CAPITULO III

GENERALIDADES

Los hemangiomas están considerados dentro de los tumores vasculares, benignos de los tejidos bucales blandos. Estos tumores suelen ser de naturaleza congénita y de relativa frecuencia.

Como ya habíamos dicho, el hemangioma está compuesto de numerosos conductos vasculares que varían desde el capilar -- hasta el cavernoso. Difiere de la simple hiperplasia de la inflamación en que los vasos tienen una disposición espiculosa, sin relación funcional con el aporte vascular a esa zona o parte.

El desplazamiento o la distorsión del tejido vascular, -- durante el desarrollo pueden persistir como hemangioma hamartomatoso.

Los hemangiomas suelen presentarse en la piel, tejidos subcutáneos, mucosas de la boca y labios; en ocasiones se presentan en órganos internos como: hígado, bazo y riñón. Suelen ser pequeñas lesiones cuyo diámetro varía de milímetros a varios centímetros, de color rojo vivo ó azul que se encuentran superficialmente o poco elevados, encontrándose en ocasiones lesiones pedunculadas, el epitelio suele estar intacto.

to, pero en sitios expuestos, la ulceración traumática del epitelio puede originar hemorragias significantes.

En ciertos casos, los hemangiomas capilares se presentan como manchas extensas, planas, semejantes a mapas de color rojo, azul llamadas nevus flameus ó manchas de vino de oporto - mal llamadas nevos en vino de oporto.

En la boca se encuentran con frecuencia los tumores vasculares: los labios, carrillos y lengua son sus localizaciones preferidas. No con poca frecuencia el hemangioma es infiltrativo, en especial en los tejidos profundos de las extremidades, y puede ser difícil de eliminar.

El tamaño y la relación del tumor con los tejidos adyacentes son bastante variables. Los pequeños pueden ser de unos de un centímetro de diámetro y los grandes pueden tener el tamaño de una ciruela. Cualquiera que sea su tamaño, pueden estar nitidamente delimitados del tejido adyacente o, por otra parte pueden confundirse con él en grado notable. Su color depende de la cantidad, tamaño y tipo de los casos. Cuando son grandes, numerosos y están ubicados cerca de la superficie, el color es de un rojo brillante. Cuando son menores, más profundos y en una mezcla de conductos arteriales y venosos, el color tiende más a ser púrpura o azul.

Son lesiones benignas, pero están sometidas en boca a los traumatismos, que determinan una marcada hemorragia y ulceración.

La superficie puede ser lisa y reluciente o lobulada. A veces se observan pulsaciones en los ubicados cerca de la superficie. Las lesiones linguales tienden a ser mayores que las otras zonas orales.

Los hemangiomas centrales observados ocasionalmente en el seno de los maxilares, son difíciles de diferenciar de algunos quistes odontógenos en las radiografías. Las lesiones superficiales varían desde un color púrpura oscuro hasta el rojo, según el carácter de la vascularización.

Pese a la tendencia invasora de algunos hemangiomas y del carácter muy celular de otros, no dan metástasis y deben ser considerados benignos. Este tumor suele ser radiosensible. Hay un tumor maligno llamado el "Sarcoma Hemorrágico de Kaposi" que da metástasis y es siempre fatal, presumiblemente de sustrato vascular.

Se han propuesto varias clasificaciones para establecer categorías entre las diferentes formas de hemangiomas, pero como el grupo intrabucal es limitado, no todas las diversas formas serán consideradas en detalle. Watson y Mc. Carthy proponen una clasificación simple basada sobre 1308 tumores vasculares. Es la siguiente:

- 1) Hemangioma capilar
- 2) Hemangioma cavernoso
- 3) Angioblastoma o hipertrófico
- 4) Hemangioma racemoso

- 5) Hemangioma sistemático difuso
- 6) Hemangioma metastatizante
- 7) Nevo vinoso o mancha vinosa y
- 8) Talengectasia hemorrágica hereditaria

Por otra parte, la determinación del alcance de los procesos neoplásicos que afectan los vasos sanguíneos, presentan dificultades insólitas.

La vascularización de un tejido u órgano, varía mucho, tanto en los estados normales como en los patológicos. Debido a no estar compuestos de un tejido simple los tumores de los vasos deben de ser de carácter organoide. La proliferación vascular viene influida por el elemento mecánico de la presión circulatoria lo cual falta en otros tumores.

Según Ewing, la nutrición de los vasos, en especial de los que están expuestos a la proliferación tumoral, se realiza en forma distinta de la de otros tejidos. De este modo la fisiología vascular necesita tipos especiales para la interpretación del proceso tumoral, particularidad que ha dado lugar a grandes diferencias interpretativas en cuanto a la definición del angioma.

Las malformaciones y tumores vasculares comprenden una amplia gama de alteraciones que se extienden desde las dilataciones simples, hasta las formaciones tumorales, circunscritas, únicas o múltiples que pueden o no estar, según Zavaleta, en comunicación con el aparato circulatorio.

Según Meyer y varios autores, las modificaciones no exigen en el momento del nacimiento, pero se desarrollan en los primeros días o en las primeras semanas de vida y por su crecimiento rápido e ilimitado pueden simular malignidad. Más raramente se presentan como manifestación primaria en la pubertad o crecimiento o durante el embarazo. Su desarrollo puede ser lento, proporcional con el crecimiento general o rápido, de -- tal forma que resulte intranquilizador.

Los tumores que se originan en el sector vascular poseen caracteres estructurales que acreditan su benignidad, pero causan graves hemorragias difíciles de cohibir que ponen en peligro la vida del enfermo.

Los hemangiomas esternos se presentan con más insistencia en el sexo femenino que en el masculino, siendo afectado con más frecuencia el lado izquierdo que el derecho. Y la raza blanca es donde asienta su preferencia este tipo de neoplasias. Las partes del cuerpo humano más frecuentemente afectadas son la cabeza y el cuello.

Desde el punto de vista estomatológico y quirúrgico, -- las regiones más sensibles para este tipo de tumores son, Tejido profundo y superficial de los labios, lengua, mucosa vestibular, paladar, piso de la boca y encías.

La evolución que puede presentar un hemangioma es imprevisible pero se han estudiado con detenimiento y la Prensa Médica

dica Argentina, distingue tres tipos.

- 1.- Hemangiomas Estáticos que sólo crecen proporcionalmente a la superficie del enfermo.
- 2.- Hemangiomas Progresivos cuya superficie relativa -- aumenta.
- 3.- Los Hemangiomas Regresivos.

Los hemangiomas, en las zonas que se implantan con más frecuencia, están sometidos a los traumatismos inevitables de la masticación que originan una marcada hemorragia, ulceración e infección secundaria.

En lo referente a la relación del tumor con los tejidos adyacentes son bastante variables. Cualquiera que sea su tamaño no pueden estar nitidamente delimitados del tejido adyacente o por otra parte, puede confundirse con los tejidos vecinos en grado notable. Los tejidos anexos están surcados por vasos neoformados y dilatados sin que ésto suponga un carácter infiltrativo o expansivo del tumor.

Sin embargo, a pesar de la tendencia de invasión de algunos hemangiomas y del carácter muy celular de otros, no dan metástasis y deben de ser considerados benignos.

La extensión en el tejido blando y en el hueso se produce a lo largo de los vasos sanguíneos que pasan del tumor, al lecho en que se asientan.

CAPITULO IV

ETIOLOGIA

CAPITULO IV

ETIOLOGIA

La etiología del hemangioma, según Schuchardt y Kruger afirman que es de origen congénito. Han sido atribuidos a restos embrionarios aberrantes de tejido sanguíneo y linfático en los cuales aparecen.

Por lo general, son de evolución benigna, aunque no invariablemente.

Como habíamos dicho, el hemangioma, es un tumor de origen vascular y va a estar formado por rudimentos endoteliales o del endotelio de los vasos sanguíneos.

Sin embargo, en lo referente a las causas predisponentes a la formación de estas neoplasias, nos son desconocidas en la actualidad, más sin embargo para la Odontología Clínica de Norteamérica, son debidas a una de estas causas:

- 1.- Originadas por perturbaciones del desarrollo prenatal o malformaciones.
- 2.- A una irritación o a un agente infeccioso o sea una respuesta Histica anormal.
- 3.- Un verdadero tumor.

CAPITULO V

**CLASIFICACION DE HEMANGIOMAS
EN CAVIDAD ORAL**

CAPITULO V

CLASIFICACION DE HEMANGIOMAS EN LA CAVIDAD ORAL

En la cavidad oral, se presentan diferentes tipos de tumores vasculares, que son conocidos con el nombre de Hemangiomas, presentándose de diferentes formas y diferente localización, lo que nos va a dar la siguiente clasificación dentro de la cavidad bucal:

- Hemangioma Capilar
- Hemangioma Hipertrófico
- Hemangioma Cavernoso
- Nevos
- Hemangioma Oseo
- Hemangioma Adquirido
- Hemangioma Traumático
- Hemangioma Racemoso
- Hemangiomameloblastoma
- Angioqueratoma
- Hemangi endothelioma
- Hemangioma Escirroso
- Hemangioma Plexiforme
- Hemangioma Esclerosante
- Hemangioma Fibroso
- Hemangioma Juvenil
- Hemangiopericitoma

Aunque se presentan otras enfermedades también de apariencia tumoral vascular, las cuales en capítulos siguientes las describiremos ampliamente.

HEMANGIOMAS CAPILARES

Los Hemangiomas Capilares son también conocidos como Hemangiomas Simples, Manchas de Vino de Oporto, Hemangiomas Planos, etc.

El Hemangioma Capilar presenta sus espacios ocupados -- por sangre y revestidos de endotelio, son pequeños.

El Hemangioma Capilar, existe al nacer o aparece en los primeros meses de vida; después experimenta crecimientos moderados rápidos durante 1 ó 2 meses, ocasionalmente 18, con frecuencia aumenta varias veces de volumen y después de un período inactivo breve, y frecuentemente sin tratamiento, principia la regresión espontánea. Los hemangiomas capilares pueden observarse a cualquier edad y en ambos sexos.

En lo que se refiere a la ubicuidad de las lesiones periféricas, pueden aparecer en cualquier parte de la cabeza y el cuello, presentándose con más frecuencia en labios y lengua.

Los Hemangiomas Capilares son unas manchas cutáneas o mucosas que no presentan un relieve especial; se reconocen por su coloración roja, violácea, azul. Ya que está formada por numerosos conductillos recubiertos de endotelio; masas endote-

liales no canalizadas pueden experimentar una canalización y la lesión presentará un súbito engrosamiento.

Los Hemangiomas Capilares, están constituidos por una delicada y muy tupida red de capilares más o menos dilatados, cuyo conjunto presenta una disposición lobulada. Cada lóbulo suena un territorio vascular distinto, alimentado por su arteriolo y su vénula.

El Hemangioma Capilar es una lesión vascular congénita, de contornos irregulares, clínicamente se observan lesiones -- completamente maculares o ligeramente elevadas, pudiendo desarrollarse nódulos queratinizados y estar o no asociados fundamentalmente con elementos varicosos cavernosos.

El Hemangioma de que tratamos se inclina a presentarse en forma múltiple o sistematizada. Ya que como dijimos anteriormente son una gran cantidad de capilares revestidos de endotelio y llenos de sangre, que se pueden infiltrar difusamente por la mucosa o presentarse en numerosos racimos.

Su tamaño varía de unos cuantos milímetros a varios centímetros, especialmente los de la piel, comprenden grandes -- áreas y son en ocasiones desfigurantes. Su color depende del número, tamaño y tipo de los espacios vasculares. Cuando estos espacios son grandes, numerosos y colocados cerca de la superficie su color es rojo brillante. Si por el contrario son pequeños, profundos y formados por una mezcla de conductos ar-

teriales y venosos, el color que se observa es púrpura, violeta o azul.

Estas lesiones palidecen cuando se ejerce presión sobre ellas, forzando así la sangre a salir de los espacios vasculares. En ocasiones es visible una pulsación debida a la unión arteriovenosa o puede palparse si la lesión está cerca de la superficie.

Estas neoplasias tienen muy poca o ninguna tendencia a la regresión espontánea, sin embargo las lesiones no crecen en extensión excepto en la parte del cuerpo afectada.

Con esfuerzos como el llanto, las lesiones pueden volver a ser prominentes y subir de color. Presentando la característica de los angiomas que, a la presión las lesiones desaparecen o disminuyen de volumen, sólo que en ocasiones esto no sucede así, debido a que en la piel existe un pigmento rojizo.

Al observar una lesión puede tratarse de una simple mancha de coloración azulada más raramente rojiza, con ligera elevación de la mucosa; éste es el hemangioma plano, que se observa a menudo en niños de corta edad. Suele ser poco extenso, circunscrito y tienen desde el nacimiento una dimensión más o menos definitiva. La superficie es lisa o granular, y a menudo se extiende tomando un importante territorio de la cara o según reporta Maurel su topografía se sistematiza en el territorio del Nervio Maxilar Superior.

HEMANGIOMA HIPERTROFICO

Conocido comúnmente con el nombre de Mancha de Fresa. Es una proliferación vascular superficial de los vasos sanguíneos de superficie irregular ligeramente elevados, de color rojo -- obscuro o rojo brillante de márgenes bien limitados que son fácilmente comprimibles y suelen exprimirse la sangre de los vasos por diascopia. Cuyo tamaño varía de una lesión apenas perceptible a un diámetro de varios centímetros. Se presentan en cualquier parte del organismo, pero con más frecuencia en cuello y cabeza.

Suelen existir en el nacimiento o aparecer poco después y con frecuencia aumenta rápidamente de tamaño durante los primeros meses que siguen a su aparición. Su desarrollo se hace bien en proporción con el crecimiento del niño.

La piel que lo cubre es delgada, no contiene pigmentos y a la palpación es blanda y comprimible, durante los esfuerzos muestra un aumento de tamaño temporal.

Estas lesiones generalmente están expuestas a traumatismos que son causas de complicaciones como la ulceración, infección y hemorragias difíciles de cohibir y de consideración.

La regresión espontánea es muy común en este tipo de Hemangiomas. En ocasiones el Hemangioma Hipertrofico se observa en combinación con el Hemangioma Cavernoso, en este caso la -- mancha de fresa constituye el centro del tumor, cuya exten

sión viene indicada por la coloración azulada, o puede determinarse solamente por la palpación.

El Hemangioma Hipertrófico de la dermis según Zingler, es una forma celular de los angiomas capilares, que se presentan generalmente en la piel.

Está constituido por gran número de pequeños vasos tapizados por endotelio hipertrófico y neoplásico.

En general la luz de los vasos es estrecha pero la proliferación endotelial puede llegar a obliterarla y producir espesos grupos celulares.

En el hemangioma hipertrófico su calibre apenas está aumentado, pero su pared está engrosada por capas concéntricas de tejido laminar. Cuando simultáneamente el endotelio engrosado forma una eminencia más pronunciada en su luz, los lóbulos tumorales, vistos a pequeños aumentos, ofrecen algún parecido con los del adenoma.

En esta forma el tumor es virtualmente un endotelio y tanto en ésta como en las formas de transición puede designarse como Hemangioendotelio.

También pueden sobrevenir la distensión de los vasos celulares, y da origen a una variedad tumoral cavernosa.

En muchos hemangiomas simples; especialmente en los rebordes proliferativos y en los lóbulos adiposos la estructura

es la del Hemangioma Hipertrófico.

De ordinario los tumores puros de este tipo son progresivos y cuando son muy celulares pueden presentar malignidad local.

Ribbet ha estudiado el origen y crecimiento del angiosarcoma simple con detalle, mediante inyección intersticial; ha observado que los vasos tienen poca o ninguna anastomosis laterales, mientras que la masa inyectada pasa libremente al arteria aferente y a las venas aferentes, pero no al tejido que rodea al tumor, este hecho demuestra que el proceso tumoral reside en un segmento aislado de las paredes vasculares y produce elongación y varicosidades en un territorio más o menos cerrado sin participación gradual de los vasos periféricos. Ahí donde el tumor forma un nuevo lóbulo o invade el tejido adiposo u otros, no lo hace por extensión del proceso tumoral, o a los vasos sanos de la nueva zona, sino, por la proyección de los vasos neoformados, los cuales crecen a partir del tumor, a la vez que los vasos de la parte invadida son comprimidos y ocluidos. La estructura microscópica muestra que el proceso afecta tanto a las paredes como al tejido de sostén. En los lóbulos adiposos invadidos Ribbet, observa vasos tumorales aislados unidos por largos cordones al tumor principal, entre las células endotelianas que más tarde se engrusan y se canalizan.

Estas formaciones nuevas no parecen tener relación alguna con los vasos normales del tejido invadido.

Thoma atribuye la mayor parte de las proliferaciones del angioma a factores mecánicos. El aumento de la presión sanguínea y la pérdida de sostén de las paredes vasculares a consecuencia de alteraciones de los tejidos periféricos tienden a estimular la neoformación vascular a la vez que el aumento de la corriente favorece el alargamiento y la dilatación parietal.

Algunos autores como Borst creen que muchos de los llamados angiomas simples representan una hipertrofia de los segmentos vasculares sin proliferación neoplásica. Individualmente estos factores son de gran importancia para determinar el curso de los angiomas pero no pueden explicar su origen, el cual debe atribuirse a anomalías de desarrollo de la estructura de ciertos segmentos vasculares que no se adaptan al sistema circulatorio y conservan características embrionarias. El origen congénito de la mayoría de los angiomas habla en favor de una predisposición tisular como factor principal en su génesis.

Virchow creía que los angiomas se deben a una irritación local sobre vasos imperfectamente formados como los de las fisuras embrionarias.

En cambio Unna llegó a creer que los nevos venosos apare

cen principalmente, en las regiones que han estado expuestas a compresión durante la vida fetal.

La relación con los troncos nerviosos ha hecho pensar a muchos autores en una teoría Neurogénica.

HEMANGIOMA CAVERNOSO

Es el tipo de Hemangioma que según el Dr. Salerno se presenta con más frecuencia. Cuando los conductos vasculares están muy dilatados y plenos de sangre y los tabiques de los tejidos conectivos son tenues y dispuestos en forma de malla, con grandes espacios irregulares recubiertos por una capa de endotelio. El epitelio que cubre las lesiones suele estar intacto; el angioma se denomina cavernoso. Los angiomas cavernosos están constituidos por una armazón de trabéculas fibrosas, tapizadas por una capa endotelial que limita los espacios por los que circula la sangre. Siendo originados las más de las veces posibles por trastornos del desarrollo.

Este proceso es frecuente en muchos puntos y en casi todos los tejidos y órganos del cuerpo humano.

Los Hemangiomas cavernosos son los que causan los problemas, son tumores suaves, comprensibles y consisten en senos grandes de paredes delgadas con una cantidad limitada de tejido conectivo, para formar el estroma del tumor.

En la forma cavernosa los vasos pueden ser amplios, noto

ricos y plenos de sangre, a menudo de forma irregular y tortuosos, resulta difícil, en ocasiones, la identificación del endotelio. Los núcleos, cuando existen, son, a menudo pequeños e hiperocrómicos. No es raro que cuando los espacios vasculares afectan la mucosa oral, ocupen una posición inmediata, subepitelial. Si su situación es más profunda, los hemangiomas consisten en canales vasculares arracimados que circulan a través del tejido o forma la estroma, el cual está compuesto, además, de tejido conjuntivo fibroso, escaso y edematizado o bien es notablemente colágeno.

Son frecuentes en la cavidad oral y mientras unos son pequeños asintomáticos, otros crecen mucho produciendo verdaderas deformidades. Pueden asentarse en el tejido blando o en el hueso y en algunos casos el mismo tumor puede radicar en ambas estructuras. Los tumores que se asientan en el tejido blando, son fáciles de diagnosticar. Cuando son superficiales tienen un color azul púrpura característico, su contorno es irregular y la posibilidad de comprimir la sangre del tumor es un signo patognomónico.

Generalmente no existen más síntomas funcionales que los provocados por el sitio o el tamaño del tumor; sin embargo, en algunos casos se notan dolores, debidos sin duda a la compresión de los filamentos nerviosos. El conjunto de caracteres: tinta especial de la piel o de la mucosa, reductibilidad, - -

erectilidad, consistencia esponjosa, permite hacer el diagnóstico.

Los Hemangiomas Profundos presentan problemas de diagnóstico, siendo los signos principales el agrandamiento del tumor cuando se coloca la cabeza en una posición determinada y, también la posibilidad de sacar la sangre del tumor o sea el ordeñado de la lesión por medio de la compresión, la cual regresa rápidamente cuando se retira la presión. Ocasionalmente por medio de la auscultación puede oírse un ruido y a la palpación puede sentirse una especie de palpitación.

En la piel los hemangiomas cavernosos producen lesiones circunscritas o difusas planas o lobulares, que afectan la dermis y el tejido subcutáneo.

La piel supraadyacente puede presentarse normal; pero por lo regular tiene un tinte azulado y está sumamente adelgazada por la presión que ejerce la lesión. Si están cubiertos por una epidermis rugosa engrosada, se hacen verrugoso. Las alteraciones circulatorias afectan el tamaño y color de las lesiones. Muchas de ellas son eréctiles y pulsátiles y en los senos dilatados se producen trombosis y flebolitos. En general los tumores pequeños son encapsulados y estacionarios, pero se dan muchos casos de angiomas cavernosos, difusos sin límite, en el que no existe cápsula y los límites del proceso se extienden gradualmente durante muchos años.

El Hemangioma cavernoso aparece primero como tumor circunscrito que se desarrolla al principio sobre la base de un nevo congénito y tiende a crecer muy lento, regularmente durante un período de unos cuantos años. Puede observarse en el momento del parto, siendo entonces de tamaño diminuto observándose sólo un punto rojo, o aparece en cualquier edad.

Cuando puede progresar alcanza grandes dimensiones e invade sucesivamente los tejidos vecinos y órganos. Aunque a menudo el tumor puede quedar estacionario o tener regresión espontánea lo cual ocurre muy de vez en cuando.

Los angiomas subcutáneos pueden invadir gradualmente la piel y las fascias profundas, algunos que aparecen primero en tejido subcutáneo se originan, en tejidos mucho más profundos o establecen amplias comunicaciones con los troncos venosos de la profundidad.

Puede adquirir considerable volumen pero habitualmente es más reducido pero en caso o situaciones especiales como son la Menstruación y el Embarazo pueden aumentar de volumen.

En algunos casos la multiplicidad del angioma cavernoso constituye una notable característica, presentándose también en ocasiones único. Es evidente que en el crecimiento del angioma cavernoso existen factores esenciales distintos de la dilatación mecánica de los vasos, y es más razonable considerar esos factores como pertenecientes al orden neoplásico.

La coloración depende de condiciones fisiológicas y no anatómicas, considerando sólo la velocidad con la cual la sangre circula por los vasos en cuestión, es decir, que cuando la velocidad circulatoria se retarda, la sangre se sobrecarga de ácido carbónico, dando al hemangioma cavernoso una coloración azulosa, sin que por ello sea el predominio de vasos venosos; por el contrario cuando el flujo sanguíneo es más rápido la coloración es roja sin que por eso deduzcamos que esté formado por vasos arteriales.

La extensión de los angiomas tuberosos es muy variable - pues se observan desde los que tienen solamente un tamaño puntiforme, hasta aquellos que con cierta rapidez rechanan los tejidos, penetran en los huesos en los órganos vecinos, en las cavidades, abren vasos, la ulceración y las hemorragias - no son raras pudiendo ser su evolución fatal para los enfermos que lo padecen. Ocasionalmente este tumor tiene o adquiere por lesiones, comunicaciones arteriales, especialmente el cuello o cuero cabelludo, presentando pulsaciones y complicaciones que hacen el tratamiento peligroso y difícil.

Las formas clínicas del hemangioma cavernoso; se distribuyen en diversos grupos bastante definidos.

Los Tumores Cutáneos forman el grupo más numeroso, se localizan en la dermis o en el tejido subcutáneo principalmente en la región de la piel laxa. Si bien, ninguna parte del -

cuerpo se libra de ellos, los más afectados son la cara y el cuello.

La influencia de las fisuras embrionarias en cuanto a la frecuencia del Hemangioma simple, se ha observado también en el cavernoso.

Los Hemangiomas Cavernosos Submucosos, aparecen principalmente en la región bucal. La encía es asiento de un tumor cavernoso común, que puede ser consecutivo a la extracción -- violenta de un molar. De ordinarios es de dimensiones moderadas, aunque muchos de ellos progresan gradualmente hasta invadir una gran porción de los tejidos alveolares y establecen conexiones con grandes venas. En esta fase su extirpación es difícil y ha producido hemorragias fatales.

En la lengua, el Hemangioma Cavernoso suele implantar y originarse en la punta de este órgano y puede progresar hasta producir un tumor eréctil de grandes dimensiones.

Los labios son frecuentemente invadidos por nevos congénitos y angiomas cavernosos.

Como se ha manifestado anteriormente en varias ocasiones, la hemorragia constituye la complicación más grave, en apariencia es espontánea pero lo más frecuente es que se presente como resultado de traumatismos fisiológicos tales como la masticación. Revisten cierta gravedad y se les observa sobre todo en las lesiones de los bordes de la lengua.

Los Hemangiomas Cavernosos, difieren de las lesiones de color de fresa, principalmente por su situación más profunda. Están formados de conglomerados de capilares y vasos sanguíneos mayores, pero además incluyen grandes senos vasculares. Pero los Hemangiomas Cavernosos se observan a menudo en combinación con la forma hipertrófica, en este caso la mancha de fresa constituye el centro del tumor.

Aunque los hemangiomas cavernosos también pueden desaparecer espontáneamente, la involución suele ser incompleta y deja una bolsa blanda y colgante de piel redundante, debajo de la cual pueden advertirse y palparse restos de los elementos vasculares del hemangioma, con tejido fibroso y adiposo.

La desfiguración remanente según la Clínica Mayo es muy variable. En el Hemangioma Cavernoso, a medida que pasa la edad, presenta depósitos parecidos a Flebolitos (de capas concéntricas) que con frecuencia puede comprobarse su presencia por medio Roentgenológico.

NEVOS.

La palabra "Nevo" significa sencillamente señal, marca y, de hecho, no es un término específico. La designación de estas lesiones por el nombre de "Lunares" es, quizás, más adecuado si bien el lenguaje moderno ha tendido a igualar ambos términos.

Nevo; es el término que se aplica a cualquier formación de la piel de origen congénito ya sea vascular o avascular. Muchos autores consideran al nevo vascular como una forma de hamartoma. Es esencialmente similar, histológicamente, al hemangioma, pero sus características superficiales y su aspecto clínico pueden apartarlo en cierto grado.

El nevo es considerado como una anomalía del desarrollo más que una auténtica tumoración.

Los nevus, se forman por proliferación de vasos subcutáneos, se conocen como nevus vasculares, que varían de apelativo según dominen, arterias, venas o capilares o bien vasos linfáticos. Lo cual confiere distinto color a la mancha, que puede ser rojiza, violácea, azulada y rosada. Y cuando estas formaciones se levantan sobre la superficie general se les llaman Hemangiomas.

Todas estas formaciones son en realidad, algunas actitudes, la mayoría potenciales, que con el tiempo pueden desaparecer.

En todos los casos se observan zonas circunscritas de piel, de diferente extensión con caracteres distintos de la piel vecina, según el elemento que domine su constitución (pigmento, pelo, vasos).

Los nevus vasculares aumentan de color y de tamaño con el llanto, grito o esfuerzo; de ellos conviene calcar el contorno

para posteriormente decir si han crecido.

En general, la mayoría de los recién nacidos muestran según Castañeda al nacer, manchas telangiectásicas o sean manchas congestivas rojas o rosadas que se encuentran en las distintas zonas en fusionarse embriológicamente durante la vida intrauterina.

El nevo vascular o nevo materno se encuentra en la vecindad de las fisuras embrionarias y por eso se cree que es debido a desplazamientos congénitos, que con frecuencia son hereditarios. Generalmente se forman en las mujeres en el labio superior, donde se presenta el labio leporino, en el surco nasolabial, en los labios se observan a menudo, nevos limítrofes, intradérmicos y compuestos; en la mitad de la frente o en otras partes del cuerpo.

Nevo Venoso, presenta un color púrpura oscuro y está cubierto de piel nodular áspera. En ocasiones afecta grandes partes de la cara pero nunca cruza la línea media. No es un verdadero Hemangioma sino una Telangiectasia que contiene cantidades variables de pigmento.

Está constituido por una dilatación circunscrita o difusa y una neoformación de capilares superficiales y de vénulas dérmicas sobre las cuales se extiende una epidermis fina y delicada. Los capilares dilatados, yacen inmediatamente bajo la epidermis de manera que el color de la sangre se comunica-

a la piel. No son raras las alteraciones inflamatorias secundarias, en particular si la lesión fue traumatizada. Sangran con facilidad y profusamente si se los irrita.

De ordinario, son congénitos y la cara, es la región - - principalmente afectada. Un proceso similar invade el tejido subcutáneo y la grasa, en donde no produce la decoloración cutánea.

Según Unna, el nevo venoso debe distinguirse de los angiomas verdaderos de la piel, ya que está formado por una simple telangiectasia de los capilares venosos y no progresa después del parto. No obstante esto, el nevo congénito más profundo ha sido a menudo la fuente de extensos angiomas cavernosos y plisiformes.

NEVO FLAMMEUS.

Es llamado también Mancha de vino de Oporto y es el falso Hemangioma Plano.

El nevo flammeus; representa una manifestación parcial de un trastorno del desarrollo que generalmente se encuentra localizado, de un modo regular en las partes blandas y en los huesos correspondientes, en el sentido de una hiperplasia.

Los nevos flammeus son hiperemias capilares. Deben distinguirse de los hemangiomas cavernosos tumorales, semejantes a ellos morfológicamente, pero en realidad muy distintos, es-

pecialmente sus formas planas.

Es una lesión vascular congénita que se estudia por separado, porque sólo abarca los capilares superficiales. En comparación a los Hemangiomas son siempre congénitos y sólo raramente hereditarios, crecen siempre de acuerdo con la medida exacta del crecimiento general, no presenta ninguna involución espontánea y son casi refractarios al tratamiento por irradiación.

Los nevos flammeus, están ordenados preferentemente en sentido segmental (pero sólo en parte fisuralmente), especialmente según Meyer en la zona correspondiente a la segunda rama del Trigémino.

Con frecuencia se observa una participación de la mucosa bucal y precisamente en lo que respecta a su localización en estrecha relación con la manifestación cutánea.

Así en la piel de la mejilla del maxilar superior en la piel, corresponde la mucosa del paladar duro y blando; en la localización del labio superior o del inferior, la piel de la región alveolar del maxilar superior o inferior, con displaceración de la parte ósea y de la encía. La mayoría de las veces existe una asimetría facial. Con frecuencia, se observa un prognatismo simple o doble, boca torcida, y falta de correspondencia de la arcada dentaria superior con la inferior.

Asimismo se observa dilatación de los vasos de la conjuntiva, del cerebro con ataques epileptiformes, etc. Y más tarde de la formación de aneurismas que conducen según Meyer, a la enfermedad de Sturges-Weber.

Manifestaciones clínicas; aún cuando se observa principalmente como una lesión de la piel, plana o solo ligeramente elevada y de forma irregular y difusa, de color violeta, en ocasiones puede abarcar mucosa bucal donde toma un color rojo brillante. Debido como mencioné anteriormente a que la sangre corre con bastante rapidez a través del tumor.

Estas lesiones varían de tamaño, algunos, especialmente las de la piel, comprenden áreas completas y son desfigurantes.

Va que estas lesiones son dilataciones de los capilares en las regiones mucosas y submucosas, y no son verdaderos tumores; por tanto rara vez está indicado el tratamiento según Tiecks.

La lesión abarca una región anatómica y su tamaño no aumenta, excepto, cuando crece la región en donde está situada la lesión.

La principal complicación es la hemorragia ocasionada -- por traumatismos lo cual es grave en algunos casos.

NEVOS ARACNEIFORMES.

Los Nevos Aracneiformes se van a caracterizar por:

- A.- Por su prominencia semejante a un angioma (arterial) de coloración roja clara, central y de un tamaño de pocos milímetros.
- B.- Por prolongaciones variables en número y longitud, - que parten de la primera, en forma radiada o de patas de araña, dirigidas periféricamente.
- C.- Por presentar una aureola eritematosa que rodea la parte central y que alcanza una porción de las prolongaciones.
- D.- Y en algunos casos, también por un anillo anémico -- unido a ella.
- E.- Por la pulsación que se comprueba con frecuencia.

Después de la muerte, desaparecen completamente los nevos aracneiformes. Su localización preferida, es la parte su perior del cuerpo, especialmente la cara y no raramente los alrededores de la boca, del borde labial, y de la cavidad bucal, paladar, encía, etc.

Los niños, son atacados en la edad escolar, más lo son preferentemente las niñas.

En las afecciones hepáticas, se observan abundantes ne--

vos aracneiformes (especialmente en la cirrosis del mal pronóstico) en la zona de influencia de la vena cava superior.

Los nevos aracneiformes pueden presentarse también durante el curso del Embarazo. En estos casos parece que la mucosa bucal queda siempre libre. A causa de numerosas enfermedades, especialmente postinfecciosas, pueden presentarse este tipo de lesiones.

Los nevos aracneiformes; no son propensos a la hemorragia, puede también involucionar de un modo espontáneo.

NEVO HIPERTROFICO.

Otra forma, es el Nevo Hipertrofico, es un nevo más celular. El crecimiento prolífico de las células endoteliales, puede borrar la luz de los vasos sanguíneos.

Como es menos vascular, el color es azul pálido o gris. Es menos comprensible que el tipo vascular. Ambos tipos se observan frecuentemente al nacimiento o poco después y entonces son muy pequeños; pero pueden alcanzar gran tamaño y considerable en poco tiempo.

HEMANGIOMA OSEO

A través de los años, la exactitud de los estudios clínicos y radiográficos de lesiones de los huesos maxilares, ha -

sido gratificadora. Hay sin embargo, evidencias radiográficas de las lesiones patológicas que también desconciertan a los más astutos diagnosticadores. De ellos, ninguno según S. M. - Mosse presenta un potencial tan alto como los angiomas centrales.

Los Hemangiomas Intraóseos de la cara son lesiones muy peligrosas, pues se han reportado varios casos de muerte por hemorragias consecutivas a la extracción de un diente. Es por lo tanto, importante, su diagnóstico ante cualquier acto quirúrgico, pues la hemorragia es tan profusa que muchas veces, es imposible controlarla.

Deben tomarse grandes precauciones cuando sea necesario extraer alguna pieza dentaria, en áreas en las que se sospeche la existencia de una de estas lesiones. Durante la extracción de un diente, la hemorragia es incontrolable, pudiendo ser necesarios la ligadura de las carótidas externas, el taponamiento y, finalmente, la resección del maxilar.

El diagnóstico es difícil, porque las diferentes clases de tumores, producen el mismo síntoma de aflojamiento de las piezas dentarias del área afectada. En estos casos de Hemangioma los dientes están ligeramente desplazados, en una dirección vertical, pero ellos pueden ser colocados en su posición normal, con sólo aplicar una ligera presión. Esta movilidad puede producir hemorragias espontáneas en la cavidad oral.

las cuales, son frecuentemente de noche y generalmente se detienen sin ningún tratamiento.

Dos tipos de angiomas se encuentran en el hueso:

El Hemangioma Periférico, que se forma de los vasos del periostio, e invade la superficie exterior del hueso, causando reabsorción de la lámina cortical y del hueso esponjoso, e invasión del tejido diploe.

El otro tipo, o sea el Hemangioma Central se forma de -- los vasos sanguíneos de la médula, o en el hueso esponjoso, a expensas de un vaso sanguíneo o de sus ramas, pueden estar -- formados por vasos arteriales o venosos.

El Hemangioma Central de los maxilares es extremadamente raro y extremadamente peligroso. En un informe sobre manos de cuarenta casos, la mandíbula se vió afectada con una frecuencia dos veces mayor que el maxilar superior.

En el Hemangioma Central la mayor frecuencia clínica es en la segunda década de la vida y hay una predilección para el sexo femenino. La duración de los síntomas antes de la -- consulta varía mucho, desde algunas semanas hasta muchos -- años. El signo más frecuente es una hinchazón lenta, progresiva y no sensible que puede provocar una asimetría facial. -- Aunque en ocasiones existe dolor.

El hemangioma central de los maxilares se acompaña de he

hemorragias alrededor de las hendiduras de los dientes de la región correspondiente, hemorragia intensa después de la extracción, movilidad de los dientes, o pulsación.

En general; un hemangioma del maxilar no presenta caracteres clínicos notables, cuando es pequeño. Se produce en -- cualquier edad, como el angioma central de cualquier otro hueso del esqueleto; crece lentamente y es de carácter benigno, -- asintomático, o puede crecer rápidamente, dilatar la tabla -- cortical y conducir al aflojamiento de los dientes. El dolor de la región, con frecuencia es un síntoma siendo de carácter pulsátil.

Las lesiones pueden ser pequeñas e imitar radiográfica-- mente a un granuloma apical o bastante grande y entonces simula un ameloblastoma, son difíciles de distinguir de otras lesiones radiolúcidas en las radiografías.

Los roentgenogramas demuestran una lesión osteolítica, -- no bien definida y de un contorno sumamente irregular, observándose en ocasiones una red de fibrillas a través de la le-- sión, dentro de las áreas quísticas multiloculares que dan un aspecto de panal a la lesión, en cierto modo ayuda al diagnóstico de estos tumores. Los cortes microscópicos muestran numerosos espacios o vasos, llenos de sangre, en la médula ósea.

Si se compara con la radiografía lateral, se verá mayoraumento de las áreas, debido al aumento de la cantidad de san

gre, estos son los únicos medios que tenemos para sospechar - este tipo de Neoplasias.

Los hemangiomas centrales de los maxilares son bastante-comunes. El Tumor en esa localización es una lesión destructora del hueso que puede variar de tamaño y aspecto, pero que a menudo sugiere un quiste.

La aparición superficial de Teleangiectasias extra o intra-oral, y con o sin asimetría del hueso, de los tejidos - blandos de la cara o de los maxilares, conducirían inmediatamente a sospechar la existencia de un angioma central.

Estos tipos de angiomas que se encuentran en los huesos-maxilares han sido clasificados por el Registro del Sarcoma - Oseo del Colegio Americano de Cirujanos como tumores no osteógenos. Los hemangiomas óseos pertenecen generalmente al tipo cavernoso aunque pueden ser en ocasiones de origen capilar.

HEMANGIOMA ADQUIRIDO.

Es llamado también Hemangioma Senil, siendo ésta una denominación errónea porque, no tan sólo se encuentran en la vejez, sino también en la juventud o en la madurez y de ahí la preferencia de llamarlo Hemangioma Adquirido o senil.

Los Hemangiomas Adquiridos son pequeñas pápulas, ligeramente elevadas hasta un diámetro de varios centímetros. Son-

por lo común blandos o semisólidos y muchas veces sólo ligeramente comprimibles.

Son formaciones que aparecen especialmente después de los cincuenta años y se localizan en las cercanías de la boca.

Según Goltron, se trata sólo de Telangiectasias debidas al descenso del tono vasoconstrictor, que tiene lugar con la edad.

HEMANGIOMA TRAUMATICO

No son Hemangiomas verdaderos, pero representan un estado producido por un traumatismo que ocasiona rotura de los vasos sanguíneos.

Al producirse la cicatrización una arteria pequeña o una gran vena, comunican con un conducto venoso y se invierte el flujo normal de la sangre a causa del aumento de presión en el sistema, los vasos se dilatan y semejan un hemangioma cavernoso, estos vasos pueden seguir agrandándose y abarcar otros espacios vasculares.

Se presenta como un área azulosa que se extiende como una red de ramificaciones vasculares, siendo los vasos periféricos más pequeños que los que se encuentran en la mucosa bucal, carrillo y lengua.

HEMANGIOMA RACEMOSO

El Hemangioma Cirsoideo, o también llamado Hemangioma Ra cemoso; va a consistir en vasos de paredes gruesas de gran ca libre, que están dilatados y se presentan en forma sinuosa y-
varicosa.

Los músculos accesorios de la pared vascular alcanzan un grosor considerable, pero raramente muestran la disposición - ordenada y típica de las arterias o de las venas.

Por eso, es difícil la diferenciación en angiomas arte-
riales y venosos. Alteraciones muy semejantes se originan --
cuando por ejemplo; mediante una fistula traumática arteriove-
nosa, corre la sangre directamente en la vena bajo presión ar-
terial.

También en este caso experimentan las paredes delgadas -
de las venas, en su origen, un fortalecimiento de la muscula-
tura de la pared, ondulación y dilatación.

Mucho se habla en favor de que el angioma cirsoideo ten-
ga un origen semejante.

Sus vasos serían en realidad venas, a pesar del estreme-
cimiento calórico y de la palpación observados clínicamente.

Los angiomas cirsoideos se presentan en la corteza cere-
bral, meninges, piel de la cara y masas musculares. Se limi-
tan, a la zona de extensión de una gran arteria, y en determi

nadas circunstancias, se extienden por toda una extremidad; - pero, también según Meyer en las partes blandas de la cavidad bucal o lengua.

HEMANGIOAMELOBLASTOMA.

Es descrito por algunos autores como un tumor singular; - se sabe de la existencia de pocos casos. Como entidad específica es muy discutido. Se pretende que se trata de un tumor compuesto. Consiste en la asociación de un Hemangioma, con - un ameloblastoma, que se originan en forma coincidente.

En algunos casos, los elementos hemangiomasos se encuentran en la zona comúnmente ocupada por el retículo estrellado en el ameloblastoma corriente.

Oesterreich y Aisenberg han referido que el componente vascular no es necesariamente de origen odontógeno, el tumor ha sido clasificado como tumor odontógeno mixto.

Es concebible que un tumor presente un efecto inductivo sobre células que causan la formación de otro tipo de tumor, - pero también es razonable pensar que el hemangioma ameloblástico constituye simplemente un tumor de tipo antagónico en el cual dos neoplasias separadas, que proliferan en la misma zona general, se encuentran y los elementos tumores se entremezclan.

Los pocos casos que han sido comunicados, muestran espacios relativamente amplios, tapizados por endotelio y ocupados por eritrocitos, pero es cuestión de controversia que dichos espacios deban ser interpretados como representantes de un Hemangioma, de estructura plexiforme, de paredes endoteliales bien desarrolladas y llenas de sangre. No existe discusión con respecto a la porción Ameloblástica de la lesión. Esta supuesta entidad, según Thiecke, puede no ser más que un ameloblastoma bien vascularizado.

El patrón del desarrollo epitelial era sólido, con masas en espirales con reminiscencias de las vistas en el adenameloblastoma. Los vasos sanguíneos eran grandes y numerosos, con paredes bien desarrolladas. La mayoría de ellos eran bien visibles y estaban llenos de eritrocitos.

Muchos capilares se encuentran rodeando el epitelio del esmalte externo para dar riego sanguíneo al órgano que produce esmalte, no parece probable que en la formación del tumor esté estimulada la irrigación sanguínea, y por ello la formación de los vasos sanguíneos se convierte en parte del proceso tumoral.

Kuhn, dice que está rodeado de una cápsula fibrosa, parecido a un quiste y con aspecto granulomatoso.

ANGIOQUERATOMA

Esta lesión es conocida por una variedad de nombres, tales como "Verruga Teleangiectásica, Hiperqueratosis con nevo-vascular, Angioqueratoma Senil, Queratoangioma, etc.

Quizá sea mejor considerarla una asociación de acantosis y queratosis con una vascularización notable, que puede desarrollarse mediante varias circunstancias.

Ha de recordarse que el papiloma es una lesión sumamente vascularizada, y que es una exageración de ese rasgo con queratosis superficial; que podría justificar al término de angioqueratoma.

Del mismo modo, puede ocasionarse la verruga vulgar a una lesión vascular de ese tipo. También puede una Telangiectasia local y primaria, producir un tumor clínico con subsiguiente queratosis que asimismo justifique el término angioqueratoma.

No hay una etiología específica. Con no poca frecuencia se aplica el término a las lesiones de la cavidad bucal, pero la reacción es más común en la piel. A causa de la notable vascularización, muchos creen que sea de la naturaleza de un hamartoma (exageración de los tejidos normalmente presentes en la zona); pero como este término según muchos autores sería demasiado amplio para ser útil, es probable que sea mejor

evitar su utilización cuando se cuenta con un término más descriptivo.

Manifestaciones clínicas, son las de parecerse a una verruga o a un papiloma, se proyecta parcialmente por encima de los tejidos vecinos y es un poco más oscura que éstos, cuando se ulcera provoca dolor.

HEMANGIOENDOTELIOMA

El hemangiendotelioma, es también denominado angiosarcoma; de origen mesenquimatoso, de naturaleza angiomatosa y derivada de células endoteliales.

Estas lesiones vasculares son más graves que el simple hemangioma y deben ser manejadas con mucha precaución. Este tumor representa una exageración de la proliferación de células endoteliales vasculares, lo bastante severa como para causar dobleces u oclusiones parciales en los vasos sanguíneos existentes, las células endoteliales asumen una parte importante en la formación de la masa tumoral.

Se propuso que esta lesión es simplemente un estadio menos maduro del desarrollo del hemangioma capilar y que, con el tiempo, es previsible que se transforme en el hemangioma común.

Esta neoplasia puede originarse en cualquier zona del or

ganismo, pero es más común encontrarla en la piel y los tejidos subcutáneos. Las lesiones primarias de la cavidad bucal, si bien poco comunes, fueron registradas en diversas localizaciones, incluidos labios, paladar, encías, lengua y zonas centrales del maxilar y mandíbula.

Las localizaciones comunes son similares a las mencionadas para el hemangioma; aunque es raro en labios.

El hemangioendoteliooma se presenta a cualquier edad y se observó hasta en el momento del nacimiento, de manera muy similar a su contraparte benigna, el hemangioma. Este hemangioendoteliooma infantil o juvenil es una forma benigna del hemangioendoteliooma maligno. No es clínicamente fácil de reconocer, bien que se asemeja a otras lesiones vasculares.

Ya que se forman por proliferación de las células endoteliales en la luz de los vasos o en el estroma, en la armazón de soporte, de tejido conjuntivo, estas lesiones no se decoloran por la presión, ni tienen pulsaciones, con frecuencia son más pálidos que el Hemangioma; pueden crecer y volverse destructivos y aún cuando sean considerados como benignos, algunos clínicos, entre los cuales Thiecke, creen que son potencialmente malignos.

El hemangioendoteliooma crece por infiltración del tejido que lo rodea y no sólo tiene propiedades distintivas locales sino también, forma Metástasis por vía hemática, cuando exis-

te durante mucho tiempo o cuando es constantemente irritado, y es localmente destructor.

El desarrollo exagerado de células endoteliales en forma de hojas y cordones dentro del estroma de tejido conjuntivo o en la luz de los vasos.

No es inusitado ver estas lesiones en lactantes, en los que las estructuras histológicas es bastante atípica, su aspecto a tal edad no está de acuerdo con su conducta clínica.

Pueden encontrarse involucrados todos los tejidos orales y el tamaño de la lesión es variable.

El Hemangioendoteliooma puede estar a un mismo nivel con los tejidos circundantes o pueden elevarse sobre ellos o ser planos, es de tamaño variable, redondeado u ovalado, firme y puede presentar un color rojo azulado del hemangioma; rara vez se manifiesta dolor, ulcerada a veces y con tendencia a sangrar.

Así, cuando un tumor aislado forma espacios capilares en zonas significativas, y además, se demuestra la existencia de un componente celular bordeado por una membrana de reticulina se utiliza el término hemangioendoteliooma.

HEMANGIOMA ESCIRROSO

En los otros casos de hemangiomas hay abundancia de teji

do fibroso. Probablemente por atrofia o desaparición de muchos de los vasos del tumor, fibrillas colágenas, se depositan entre las células endoteliales.

No es rara la formación de trombos en la luz de los espacios sanguíneos. Los trombos se organizan y forman un tejido de carácter cicatrizal.

Esto hace que en periodos avanzados el tumor está constituido enteramente de fibroblastos rodeados por fibrillas de colágeno.

ANGIOMA PLEXIFORME

El Angioma Plexiforme; está constituido por una neoformación de capilares dilatados, en los cuales la longitud está aumentada, si bien el número de células nuevas no es muy grande se afectan las pequeñas venas o arteriolas. Este proceso ocasiona engrosamiento y tumoración del tejido subcutáneo, con prominencias planas o verrugosas de la piel. Tumores circunscritos de esta clase aparecen en la piel de la cara, especialmente en los párpados de los niños.

En unos cuantos casos se han presentado tumores múltiples y difusos con extensa neoformación del tejido conectivo principalmente en los brazos y cara de niños y adultos, habiéndose descritas como Elefancia Hemangiomatosa, o Nevus Vascular Mollusciformes.

El Angioma Plexiforme o Nevo Profundo, se localiza en la dermis, tejido subcutáneo o tejido adiposo y de ordinario se extiende de uno a otro. Puede invadir los músculos y los huesos, afectando grandes zonas o gran parte de un miembro.

Se presenta en las fisuras embrionarias, en la cara, mejilla, labio y cuello y ha sido denominado angioma fisural.

A menudo el angioma comienza en los vasos de alrededor de las glándulas sudoríparas, las cuales se atrofian y se fibrosan.

Puede observarse una imperfecta formación lobular en relación con las glándulas cutáneas, o bien a partir de los tabiques anatómicos naturales del tejido adiposo. Los vasos modificados poseen las características de las arteriolas más bien que las vénulas, pero un mismo tumor puede darse en numerosos tamaños y tipos de vasos.

HEMANGIOMA ESCLEROSANTE

Se conocen dos tipos de Hemangioma Esclerosante, ambos se parecen al Hemangioma Simple por lo que respecta a su etiología y a las manifestaciones clínicas.

Sin embargo, Thiecke, asegura que no son tan blandas y su color es más pálido; y no siempre se aprecian las pulsaciones y la decoloración a la presión.

HEMANGIOFIBROMA.

El Hemangiofibroma nasofaríngeo juvenil (llamado también angiofibroma nasofaríngeo, fibroma nasofaríngeo juvenil y tumor fibroso juvenil), un tumor benigno pero potencialmente peligroso de la nasofaringe, sólo aparece raras veces como una lesión oral; afecta también a las regiones esfenocetmoidales y antral. Ash y colaboradores observaron su histiogénesis especulativa a partir del "...tejido fibrocartilaginoso de las vértebras cervicales superiores o la fascia basal de la faringe.

Consideran su patogenia como esencialmente vascular. Además su presencia de elementos vasculares, existe también un notable componente fibroblástico.

Clinicamente, la aparición de tales masas tiene lugar casi exclusivamente en los varones.

El Hemangiofibroma nasofaríngeo aparece casi siempre en la pubertad o cerca de ella y, en alguna ocasión, los enfermos presentan diversos grados de "subdesarrollo sexual". Estas circunstancias han favorecido la especulación acerca de una base endocrina de la enfermedad. Los síntomas observados con mayor frecuencia son la epistaxis y la obstrucción nasal, seguidos de la sinusitis maxilar y abultamiento de la cara y del paladar duro.

Los Hemangiofibromas nasofaríngeos pueden sangrar con profusión al practicar biopsias o tras episodios traumáticos- revistiendo peligro a causa del gran tamaño que pueden alcanzar en localizaciones estratégicas.

Estas tumoraciones presentan un aspecto fibroso y no encapsulado y contienen pequeñas cantidades de espacios como si se tratara de una esponja de orificios finos.

Microscópicamente, la vascularización clínica de la lesión puede ser relacionada con el gran número de espacios -- vasculares existentes en su interior. Estos espacios acostumbran a estar revestidos por una capa única de endotelio.

Los vasos, de tamaño variable, a veces de disposición cavarnosa, están distribuidos a través de un tejido conjuntivo-fibroso, colágeno, celular y bien diferenciado. La tendencia manifiesta por las lesiones antiguas a disminuir su vascularización aumentando el colágeno ha inducido a algunos autores a posponer la extirpación quirúrgica electiva hasta que los pacientes no tengan de 20 a 30 años de edad.

HEMANGIOMA JUVENIL.

El Hemangioma Juvenil es un tumor de la infancia que, en las regiones bucales, aparece con mayor frecuencia en las - - glándulas parótidas y submaxilares, los labios o las glándu-- las sublinguales.

El Hemangioma Juvenil es un tumor, mesenquimatoso, apareciendo con más frecuencia en las glándulas parótidas.

Por lo general los pacientes tienen menos de 3 años, y muchos cuentan tan sólo unos meses. El lugar afectado presenta un agrandamiento difuso, y el tumor, que no es rojo ni azul, aparece como una masa sólida con el color de la mucosa normal. Las lesiones crecen lentamente. Las niñas son afectadas casi tres veces más que los varones. El tumor se presenta como una masa difusa que se agranda progresivamente.

Las características microscópicas consisten en gran cantidad de pequeños vasos, muchos de los cuales todavía no canalizados que infiltran difusamente la región. Los islotes de las glándulas salivales pueden estar reemplazadas completamente por vasos, de modo que sólo la presencia de unos pocos conductos permite identificar al tejido como perteneciente a una glándula salival. De una manera similar, la musculatura labial se halla sustituida e infiltrada por pequeños vasos sanguíneos y brotes endoteliales.

HEMANGIOPERICITOMA

Los tumores que poseen pericitos como supuestas células de origen, siguen siendo interesantes más bien para el anatomopatólogo que para el clínico.

El Hemangiopericitoma es una neoplasia vascular que se -

caracteriza por la proliferación de capilares rodeados por masas de células redondas o fusiformes.

Por otra parte, la quijotesca relación entre los hemangiopericitomas y el tumor glómico, el escasamente precisado punto de separación entre las variedades benignas y malignas y, por encima de todo, la rareza de observación de los casos de localización oral, hacen que resulte difícil llegar a generalizaciones.

Se asemeja al tumor glómico, pero carece de su estructura organoide, su encapsulación y su manifestación clínica dolorosa. Stout y Murray sugirieron en 1942 el término "hemangiopericitoma" luego de haber demostrado Murray, mediante cultivo de tejidos del tumor glómico que la célula característica era probablemente el "pericito" de Zimmerman, célula con propiedades contráctiles, pero sin microfibrillas, aunque se le ha supuesto relacionada con las células musculares lisas.

Con ulterioridad, Stout estudió un grupo indefinido de tumores, observó la semejanza de las células neoplásicas con las del tumor glómico que habían sido identificados como pericitos y su grupo de neoplasias lo denominó hemangiopericitomas.

El Hemangiopericitoma es un tumor raro, del que se ha comprobado una vasta distribución anatómica, incluida la cavidad bucal.

Se han descrito casos localizados en la región oral, así como en la cabeza y el cuello. En la mayor parte de los casos orales publicados, no se ha consignado la evolución de los mismos. Stout, observó 11 casos de ejemplos orales de este tumor, siendo la lengua uno de los lugares frecuentes en los casos de afectación oral.

No tiene predilección de sexo y las edades extremas de los pacientes van del nacimiento a la edad avanzada; la mayoría de los casos se producen antes de los 50 años de edad.

Las lesiones son firmes, aparentemente circunscritas y con frecuencia nodulares, y pueden o no presentar enfriamiento indicador de su naturaleza vascular. Aunque el tumor sea encapsulado al operarlo, esto no suele ser confirmado microscópicamente.

La mayoría de los tumores crecen con rapidez y son, por lo tanto, de corta duración, si bien se conocen tumores con muchos años de evolución. A veces, se originan hemangiopericitomas centrales de hueso.

La lesión se caracteriza por la proliferación profusa de capilares ocultos. Cada vaso, a su vez, está rodeado por una vaina de tejido conectivo, por fuera de la cual se encuentran masas de células tumorales.

Las células tumorales del hemangiopericitoma varían de -

modo considerable en su forma y tamaño; son grandes o pequeñas, redondas o fusiformes. Es frecuente que estas células manifiesten una tendencia característica a disponer en capas concéntricas alrededor de los capilares.

CAPITULO VI

HISTOPATOLOGIA

CAPITULO VI HISTOPATOLOGIA

En el examen Histopatológico; sabemos que es el que nos va a dar el diagnóstico definitivo de una lesión, nos indica su carácter de benignidad o de malignidad y su evolución. Para la toma se prefiere elegir una zona profunda limitrofe entre el tejido sano y la lesión donde la actividad de crecimiento es de más probable observación. El material del centro de la lesión; suele ser de escaso valor, ya que por lo general ha sufrido alteraciones secundarias. En las lesiones múltiples deben obtenerse muestras, de distintos lugares porque pueden mostrar diferentes fases del crecimiento o una continuación entre dos tipos de neoplasias. Sin embargo, la biopsia previa, en general, no se hace en virtud de que la sintomatología clínica es muy clara.

Encontramos, que histológicamente, existen en la dermis inferior y en el tejido subcutáneo grandes espacios vasculares irregulares llenos de sangre. En la variedad mixta se observan alteraciones histológicas tanto del tipo de nevo vascular, así como de hemangioma cavernoso, como del nevo capilar. Estos tumores también tienden a regresar sin tratamiento, pe-

ro tienen más probabilidades que el nevo vascular de involu-
cionar incompletamente; en los tumores en los que existe un -
shunt arteriovenoso, no se produce la involución. En raros -
casos un hemangioma cavernoso o mixto puede sufrir un aumento
tan considerable de tamaño, que llega a producir alteraciones
funcionales. Un aumento en el volumen de sangre en el inte-
rior del tumor puede producir una grave anemia o trombocitopa-
nia debida al secuestro de los plaquetas.

Las células endoteliales del Hemangioma forman vasos san-
guíneos que constituyen la mayor parte del tumor, mientras --
que el estroma, es escamoso y compuesto de tejido conectivo.-
La exageración es frecuente en cuanto a vasos, con sus pare-
des dotadas de células endoteliales plenas y activas, pero no
en número excesivo para el tamaño de espacio.

El Hemangioma, es un tumor demarcado, eritematoso y pro-
minente, su primer signo puede consistir en una zona blanquea-
da en la piel que aparece antes que el nevo vascular. Luego
aparecen pequeñas ectasias vasculares en el interior de la zo-
na pálida, elevadas y finalmente se desarrolla el típico as-
pecto del Hemangioma que es una zona blanqueada alrededor de
la pequeña pápula eritematosa o un tumor vascular de mayor ta-
maño, constituye un signo pronóstico útil, ya que a menudo --
marca los límites del crecimiento futuro. Durante los prime-
ros meses de aparición, hay una proliferación de células endo

teliales y proliferación capilar, cuando el crecimiento cesa, la fibrosis reemplaza a los capilares y se produce un encogimiento del tumor. Estos tumores suelen desaparecer espontáneamente, pero el patrón de crecimiento durante los primeros 6 u 8 meses es variable.

El epitelio suprayacente puede estar estirado y atrófico, por la presión, o puede mostrar grados variables de acantosis. La melanina, si presenta, suele estar localizada en el borde externo de los acúmulos celulares o en la capa basal. Entre los acúmulos o columnas de estas células, el estroma fibroso puede mostrar signos de degeneración precoz.

El hemangioma habitualmente está compuesto, por muchos capilares pequeños, tapados por una capa única de células endoteliales, grandes y claras, sustentadas por un estroma de tejido conjuntivo, con una densidad variable. Se asemeja al tejido de granulación joven y es casi idéntico a algunos casos de granuloma piógeno. Algunos presentan una notable proliferación celular endotelial.

El hemangioma capilar, se compone principalmente de pequeños espacios de paredes delgadas, recubiertas de endotelio sostenido por un armazón de tejido conjuntivo fibroso. Estos vasos no presentan distribución regular y con frecuencia no tienen relación funcional con la irrigación del área. Varían notablemente en tamaño y forma.

El endotelio por lo común, no está tan aplanado como en los capilares normales, sino que, está algo más elevado y hasta puede tener una forma cúbica, redonda con citoplasma de tinción ligera, núcleos redondo u oval y con frecuencia hipercrónicos, del endotelio hacia afuera, sigue una capa celular indiferente que contiene núcleos y después el tejido conectivo.

Generalmente se cree que la cantidad de pigmento no guarda relación con su malignidad. El melanoblasto o célula formadora del pigmento es ahusado o irregular, de contorno difícil de determinar si el pigmento es más fácilmente reconocible, es estrechado y está más intensamente pigmentado. En muchas de las lesiones cutáneas puede haber una hiperplasia con comitante de los folículos pilosos y las glándulas sebáceas.

En preparación de la zona reseca, una parte de los vasos está siempre desprovista de sangre, y colapsada y hacen la impresión de proliferación sólida.

Las mitosis aisladas en los núcleos, por lo demás bastante uniformes; ovales y hasta en forma de huso, significan todavía la existencia de crecimiento, pero no pueden interpretarse como signos de malignidad. Especialmente en los hemangiomas proliferantes de los niños pequeños, se encuentra entre los capilares bien formados, un tejido libre de fibras colágenas reticular y rico en células.

Según la opinión de varios autores referidos por Meyer - se trata de un tejido de formación vascular todavía indiferenciado, semejante al tejido conjuntivo reticular y en cuyas mallas, se desarrollan los vasos. Esto significa que, la formación vascular se produce en hemangiomas según las muestras embrionarias, y no, por brotes, como en el tejido de granulación. Tal significación del tejido intermedio, rico en células, como mesenquima embrionario, explica sin esfuerzo la neoformación de células sanguíneas observadas en ocasiones en los hemangiomas inmaduros. En la piel, se extienden las proliferaciones vasculares, especialmente en el tejido conjuntivo laxo alrededor de la formación.

La clasificación Histológica es muy amplia y según el tamaño de los vasos y la cantidad de estroma se consideran tipos como: el capilar, el cavernoso, plexiforme, esclerosante, venoso, arteriovenoso, y según el tipo de crecimiento de las células neoplásicas, como el: hemangioendoteloma y hemangio-pericitoma.

ANGIOMAS CAPILARES

Son conocidos también como Telangiectasis, estos angiomas representan una red compleja de vasos muy finos, la mayor parte de ellos colapsados en las preparaciones, de modo, que no-

se distingue la luz.

Aún cuando el colapso de los vasos sea completo, llaman la atención los núcleos doblados en forma de media luna y que corresponden a las células endoteliales del revestimiento capilar.

Entre estas células endoteliales hay siempre considerable cantidad de elementos mesenquimatosos muy poco diferenciados, que contribuyen a dificultar el reconocimiento de los límites vasculares.

ANGIOMA PLEXIFORME.

En el Angioma Plexiforme, la hiperplasia celular es constante en las paredes vasculares. El endotelio está muy aumentado y se presenta en una o más capas. En ocasiones se encuentra exfoliado o degenerado y los vasos dilatados pueden estar tapizados por células gigantes. En el Angioma Plexiforme es escasa o a veces falta la elastina como también es muy escaso al tejido muscular.

HEMANGIOMA CAVERNOSO.

En el aspecto Histopatológico, los angiomas cavernosos son semejantes pero los espacios vasculares son más grandes y

su número es menor.

Encierra grandes senos o espacios sanguíneos dilatados, irregulares, de paredes finas y cada uno, con un tapizado endotelial. Los espacios sinusoides, suelen estar plenos de sangre, aunque en algunas oportunidades se produce una mezcla con vasos linfáticos y hemáticos, habiendo predominio de los vasos hemáticos.

La estructura del angioma cavernoso presenta principalmente, una serie de conductos vasculares anastomóticos, incluidos en finos tabiques. En un corte, su aspecto puede compararse burdamente al de una esponja. Sin embargo, en los casos menos avanzados es posible reconocer formaciones esféricas simples y dilataciones tubulares, comunicando con un vaso aferente principal y otro eferente.

Las paredes presentan, la estructura de las vénulas y con menos frecuencia de las arteriolas. La hiperplasia celular, puede provocar la neoformación nodular de tejido, que se proyecta, dentro de la luz vascular. Muchos autores, han descrito el mamelonamiento de vasos nuevos sobre los bordes de crecimiento de un angioma cavernoso. En los casos progresivos, ciertas zonas del tumor pueden presentar los numerosos vasos celulares del angioma simple o plexiforme, de modo que no siempre es posible diferenciar el angioma cavernoso del simple.

Von Recklinghausen y otros, encuentran las primeras fases del angiooma cavernoso en las paredes de las venas, mientras que otros como Bors creen que los capilares son los primeros afectados. Y aún otros piensan que tanto las venas como los capilares pueden afectarse en distintos casos.

HISTOGENESIS.

En el desarrollo del cavernoma Borst, da gran importancia a una proliferación fibrocelular intra y peri-parietal de los capilares. La retracción de este tejido neoformado, tiende a acortar el vaso, resultando dilataciones por efecto de la presión mecánica. La misma relación entre la proliferación del tejido conectivo y la dilatación vascular se observa en los fibromas cavernosos, de modo que el Cavernoma ha sido comparado con un fibroma de gran desarrollo vascular. La pérdida de tejido muscular y elástico en los vasos nuevos, debe favorecer también en gran manera la dilatación. En los casos regresivos se forma una cápsula fibrosa o aparecen zonas fibrosas intramusculares, y las paredes de los senos se engruesan y se retraen, sólo quedando en ocasiones tejido cicatricial.

La cuestión de la naturaleza neoplásica del angiooma cavernoso, ha sido muy debatida. Cuando examinamos un cavernoma

ma estacionario de hígado, es difícil reconocer cualquier signo tumoral verdadero, algunos autores, han supuesto que éstas, y una proporción considerable de otras dilataciones vasculares localizadas, deberían distinguirse de los angiomas y atribuirse a factores mecánicos.

No existe duda alguna de las vórices simples que puedan simular la estructura de los angiomas cavernosos, y a menudo han sido encasilladas junto con una neoplasia.

La disección de ciertos angiomas sugiere que las simples dilataciones saculares y tubulares de venas preexistentes, -- puedan explicar su origen. En general, las vórices locales, -- puedan distinguirse del angioma en el mismo tejido. Es evidente que en el crecimiento del angioma cavernoso, existen -- factores esenciales según Ewing, distintos de la dilatación -- mecánica de los vasos y es más razonable considerar esos factores como pertenecientes al orden neoplásicos. El origen -- congénito que se acepta como un neoplasma.

En la boca, donde un tumor está expuesto a lesiones e infecciones, se observan comúnmente infiltraciones inflamatorias del estroma. Se produce inflamación de carácter agudo, -- que tal vez se hace crónica. Se ven figuras mitóticas, pues -- alguno de estos tumores crecen rápidamente, infiltran el tejido vecino y aún el hueso, teniendo la predisposición de reproducirse después de su extirpación.

Este tipo de tumor contiene cierta cantidad de tejido -
conjuntivo semejante a los cuerpos cavernosos. Si la prolifera-
ción del tejido es abundante las lesiones toman el nombre--
de Fibroangioma o Angiofibroma según el tejido predominante.

NEVUS FLAMMEUS.

El Nevo Flammeus; histológicamente presenta hasta la -
edad de 10 años, un aspecto vascular casi normal, con venitas
aisladas, casi abiertas. Sólo después se desarrollan; prime-
ro, en la parte superior del corion; y después en sus partes -
más profundas y en el subcutis, unos vasos dilatados, en for-
ma ondulada con sinuosidades y ectasias. Se observan también
vasos en hilera dobles, observándose un endotelio y adventi-
cia separación por una ancha zona colágena. Parece que no --
existe aumento vascular auténtico.

NEVOS ARACNEIFORMES.

Son también Telengectasias de construcción muy complica-
da, están formados por una arteria aracnoidea central, y arte-
rias cutáneas, que se dilatan subepidérmicamente, en forma de
ampollas como ramas estrelladas que constituyen las patas de-
araña. No se trata, en estos casos de una anastomosis arte--

riovenosa. No pertenecen a esta formación células epiteliales.

HEMANGIOMA OSSEO.

Estos hemangiomas son raros, pero existen y en este tipo de lesiones, se observan grandes espacios sanguíneos cavernosos que dominan el campo; están revestidos de endotelio y contienen numerosos eritrocitos. Suele existir sólo una pequeña cantidad de tejido conectivo separando los senos sanguíneos y pueden llenar los espacios medulares completamente. Los espacios cavernosos, se ensanchan y forman grandes cavidades revestidas de endotelio y plenas de sangre.

La lesión puede ser pequeña e íntima, radiográficamente a un granuloma dental, bastante grande y entonces simula un ameloblastoma. Las lesiones estudiadas por varios autores han demostrado todas, rasgos de la forma cavernosa, con vasos grandes, generalmente distendidos.

HEMANGIOMA ADQUIRIDO SENIL.

Este hemangioma en el examen microscópico revela, que la lesión consta de vasos sanguíneos proliferados y dilatados. En comparación con los tipos prenatales; el angioma adquirido

comprende histológicamente al hemangioma hipertrófico.

HEMANGIOMA ESCLEROSANTE.

La histopatología de estas lesiones, es diferente e interesante; uno de los tipos se denomina Hemangioma Esclerosante, debido a una proliferación de las células endoteliales -- dentro de la luz de los vasos capilares, esta proliferación -- puede producir una obliteración casi completa de dicha luz. -- El otro tipo de Hemangioma Esclerosante, es aquel, en que un traumatismo en la lesión ha producido inflamación y cicatrización con hipertrofia del tejido conjuntivo fibroso, que comprime los capilares y por lo tanto la histopatología es principalmente la del tejido conjuntivo fibroso con unos cuantos capilares.

O puede ser causada por los angiomas que muestran cambios regresivos como fibrosis, acumulación de fagocitos lipoides y depósitos de hemosiderina. Esta fibrosis tiende a aislar sectores de conductos capilares, de modo que el cuadro -- conjunto es el de una esclerosis; y tal lesión es conocida como Hemangioma Esclerosante.

HEMANGIOMA TRAUMÁTICO.

La Histopatología del Hemangioma Traumático, es principalmente la de espacios vasculares dilatados, que pueden o no contener focos calcificados.

ANGIOQUERATOMA.

La lesión como ya se explicó, es muy semejante al papiloma; pero, lo diferencia su notable vascularización. Los capilares pueden ser grandes pero no del tipo cavernoso, la queratosis es marcada y debido a la irritación continua, abarca la totalidad de la lesión.

HEMANGIOENDOTELIOMA.

Los vasos, que se encuentran dilatados y grandes, originan tiras de endotelio, en varias capas, desconectados del torrente sanguíneo que contienen su proliferación. Excediendo mucho el número requerido para dar forma al conducto vascular. El endotelio proliferante no forma vasos, sino que se junta en hileras, grupos o masas concéntricas en el estroma. Esto puede ser tan acentuado que llega a obliterar los vasos y el tejido conjuntivo fibroso pudiendo parecer como un endotelioma.

Los tumores que forman espacios capilares o cavernosos - con material hialino, son más benignos, que las lesiones celulares propensas a formar metástasis. Existen figuras mitóticas y hay evidencias, de atipismo celular. A veces se generan pequeños espacios vasculares en lo que se observan unos - pocos eritrocitos. En realidad se trata de rupturas o separaciones en las masas de células endoteliales que de verdaderos vasos.

CAPITULO VII

ESTUDIO RADIOLOGICO

CAPITULO VII
ESTUDIO RADIOLOGICO DEL HEMANGIOMA

La mayoría de los autores están de acuerdo, en que la radiografía es un medio incierto de diagnóstico.

En la radiografía los hemangiomas localizados en hueso, presentan una red fibrilar, fina, que da una imagen quística de radiotransparencia dentro de la cual se pueden observar -- formaciones radiopacas que semejan trabéculas grandes y gruesas. Mostrando áreas multioculadas que dialatan el hueso hag ta el espesor de un papel como lo hacen los tumores de las cé lulas grandes o gigantes.

Esta dibujo dentro de la zona de radiotransparencia pro duce una imagen que se parece algo a un panal de miel.

En el estudio radiográfico de los hemangiomas óseos perí féricos es de poca utilidad, pues sólo se podrán observar zo nas de reabsorción cuando el hueso vecino esté invadido.

El hemangioma óseo central presenta apariencia trabecula da semejante a celdillas de abejas o a pompas de jabón, con zonas multiquísticas de reabsorción y con corticales óseos ex pandidas y adelgazadas. En ocasiones pueden verse solamente zonas indefinidas de reabsorción.

La radiografía de angioma central de maxilares, muestra áreas osteolíticas redondas, diseminadas en el hueso ocupado por el tumor. La lesión osteolítica que muestra una radiografía puede parecerse a varios otros tipos de lesiones neoplásicas.

Si hay dientes éstos pueden ser desplazados y no es raro encontrar en las raíces evidencias de reabsorción.

En ambos casos la punción aspiradora es de gran utilidad ya que nos permite establecer un diagnóstico correcto.

Los hemangiomas de los tejidos blandos no presentan hallazgos radiográficos significativos. Sin embargo, estos tumores contienen muchas veces flebolitos, que aparecen, como masas calcificadas más o menos esféricas y de diverso tamaño.

Al explorar hemangiomas de tejidos blandos, es indispensable efectuar estudios radiográficos de la zona pues a veces se presenta conexión con cavernas óseas.

Pero, si el hemangioma se forma en el borde alveolar de los maxilares, probablemente se hallará osteolisis, en señal que ha invadido el hueso.

CAPITULO VIII

LESIONES DE APARIENCIA TUMORAL

GENERALES:

ENFERMEDAD DE OSLER-WEBER
ENFERMEDAD DE STURGER-WEBER
SINDROME DE MAFUCCI
PURPURA DE MAJOCCHI
SINDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY
ANGIOQUERATOMA CORPORAL DIFUSO DE FABRY.

LOCALES:

TUMOR DEL EMBARAZO
GRANULOMA REPARATIVO PIGENO

CAPITULO VIII
LESIONES DE APARIENCIA TUMORAL

LESIONES DE APARIENCIA TUMORAL

Existen otros tumores y procesos de tipo tumoral que creemos apropiado incluirlos en este apartado de los tumores de origen vascular.

TUMOR GLOMICO:

Este tumor suele ser una neoformación solitaria, dolorosa, benigna y hamartomatosa del cuerpo glómico. Posee una histología característica, puede ser múltiple y ser, entonces, heredado como un rasgo autosómico dominante pudiendo, en algún caso, resultar hormonalmente influido. La localización en la cabeza y cuello es poco frecuente y los ejemplos publicados al respecto son menos que convincentes.

Griffin describió un caso de tumor glómico del menisco -- temporomaxilar. La asociación del hemangioma maxilar y "Síndrome de Hippel-Lindau parece ser accidental.

PLEBECTASIA MULTIPLE:

La limitación de estudios sobre el proceso denominado PLE

ECTASIA MULTIPLE (o Síndrome del Nevo Azul en Burbuja de Goma), no nos permite más que mencionar que puede afectar a la mucosa oral.

Las lesiones de apariencia tumoral vascular más importantes y frecuentes son las que mencionaremos más ampliamente en el transcurso de este octavo capítulo.

TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA ENFERMEDAD DE OSLER-WEBER.

La enfermedad de Osler-Weber, fue descrita inicialmente por Osler, y recibe frecuentemente el nombre de síndrome de Osler-Rendu-Weber. Se trata de un estado patológico bastante característico, poco común, congénito, hereditario, transmitido como un rasgo autosómico dominante. La enfermedad de Osler-Weber es una disrupción generalizada de la continuidad de los capilares y venas; caracterizado por abundantes zonas telangiectásicas o en forma de varicosidades minúsculas o grandes en la piel y mucosas y en ocasiones en órganos.

Originan hemorragias profusas espontáneas o después de traumatismos. Se caracteriza por hemorragias de las mucosas en especial de la nariz y telangiectasia en la piel y mucosa. La enfermedad se presenta igualmente en ambos sexos y por igual a niños y adultos. A menudo, las lesiones no resultan apreciables hasta la tercera década, o más adelante. En la mayoría de los casos, el trauma inicia la hemorragia. No se acompaña de -

alteración en los tiempos de coagulación, en los tiempos de hemorragia, ni, en la retracción del coágulo o en el número de plaquetas.

En esta alteración vascular difusa, están atacados principalmente, según Forgue la cara y parte superior del Tórax. La mucosa nasal, lengua, paladar, labios, uniones cutáneomucosas, encías y otros órganos se afectan en el orden señalado.-- Las zonas cutáneas de localización son mejillas, orificios nasales y orejas.

Los angiomas aparecen como pequeñas manchas rojas o púrpuras, a veces de aspecto estrellado (en araña), que pueden ser maculosas o papulosas, y cuyo tamaño varía de 1 a 3 mm. de diámetro. Se producen similares lesiones labiales en el síndrome CRST (calcinosis, fenómeno de Raynaud, esclerodactilia y telangiectasia). Cuando se comprimen desaparecen las manchas y vuelven a presentarse al cesar la presión.

La hemorragia intensa, es signo clínico típico. La hemorragia, se produce siempre en la superficie, nunca es intersticial. Pueden presentarse o producirse sin lesión ni irritación alguna, sangrando en abundancia y repetidamente. Algunos enfermos presentan durante semanas seguidas, graves hemorragias bucales varias veces al día. Puedo haber hemorragias intensas a partir de la mucosa del tubo digestivo, trastorno difícil de combatir por el gran número de guntos sangrantes y la dificultad que hay en localizarlo.

La patogenia de la hemorragia es oscura. También puede presentarse hipertonia. La importancia de la hemorragia por rhexis se estima de un modo exagerado. Con la edad aumenta -- la predisposición a la hemorragia.

De ordinario la sangre es normal, excepto la anemia resultante. Los pacientes pueden tener cifras muy bajas de Hemoglobina. La anemia ferropénica es una consecuencia frecuente. Se ha comunicado la presencia de un aneurisma arteriovenoso de pulmón en cierto número de pacientes con telangiectasia hemorrágica hereditaria.

La enfermedad, puede diagnosticarse basándose en los antecedentes familiares y por la presencia de un gran número de angiomas cutáneos que tienden a producir hemorragias profundas-recurrentes. Por presión con un vidrio transparente, suele poderse demostrar pulsación en la zona telangiectásica.

Esta enfermedad es importante para el odontólogo en lo que se refiere a la localización de las correspondientes telangiectasias, parte media de la cara, final de los dedos, mucosa bucal, labios y las hemorragias que producen. Es importante, porque las hemorragias pueden amenazar la vida, localizadas en otro lugar y primeramente no aclaradas, pueden explicarse, mediante el diagnóstico exacto de la enfermedad de Osler.

Manifestaciones características y dominantes en la piel y en las mucosas visibles, son los síntomas clásicos de la enfermedad de Osler. Sin comparación, el síntoma más frecuente-

es la epistaxis, que se observa en casi todos los pacientes. - La hematuria, la hematemesis y la hemoptisis son manifestaciones menos corrientes.

Las telangiectasias pueden ofrecer como cuadros distintos muy polimorfos, como prolongaciones venosas, arteriales, - semejantes a hemangiomas como dendritas, a hemangiomas puntiformes de coloración púrpura o rojo azulada hasta azul oscuro.

Ni después de la muerte desaparecen, la mayor parte de - las veces. Los cuadros, intensamente marcados, pueden ser muy típicos, pero, las formas abortivas son de difícil diagnóstico.

La enfermedad de Rendu-Osler-Weber no es una auténtica - púrpura porque la hemorragia se hace por traumatismos y rotura - del vaso alterado.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Esta enfermedad se debe principalmente a los pequeños va - sos sanguíneos de la piel y mucosas, las que con paredes anor - malmente delgadas, deficientes en fibras elásticas permiten la dilatación vascular. Los vasos en sí se encuentran muy próxi - mos a la superficie. Su estructura muestra unas finas dilata - ciones capilares en la dermis, tejido submucoso y parenquimas - orgánicos que a veces afectan la misma capa endotelial.

Las lesiones biopsiadas procedentes de la mucosa oral -- muestran obliteración del estrato reticular y reemplazo de los

tejidos normales del corión por numerosos vasos sanguíneos dilatados revestidos por una capa única de células endoteliales.

O se puede decir que es un defecto intrínseco primario de las células endoteliales que permiten su desunión, o un defecto del lecho tisular de sostén perivascular que debilita a los vasos y no la falta de fibras elásticas como se pensó en una época.

Los vasos se extienden desde muy adentro de la submucosa. La tinción diferencial no muestra ningún tejido muscular o elástico en las paredes de estos vasos. A causa de su íntima proximidad con la superficie, los vasos de paredes delgadas se lesionan y rompen fácilmente en las paredes vasculares y una ausencia de elementos contráctiles en las paredes vasculares da origen a una prolongada hemorragia.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la enfermedad es variado, según sea su gravedad. Las hemorragias espontáneas se cohiben con taponamiento a presión, en particular las nasales. A veces, las zonas angiomatosas o telangiectásicas se cauterizan, se tratan mediante la irradiación con rayos X o se elimina por cirugía.

Raras veces la enfermedad es tan grave que ponga en peligro la vida. Sin embargo, se han registrado numerosas muertes por causa de hemorragias intensas.

ENFERMEDAD DE STURGER-WEBER.

El síndrome de Sturger-Weber es llamada también Angiomatosis Encefalotrigeminal. Es una afección congénita bastante rara, que se caracteriza por la combinación de un angioma venoso de las leptomeninges de la corteza cerebral con lesiones angiomatosas ipsolaterales de la cara, y a veces, del cráneo, maxilares y tejidos bucales. Así, este trastorno puede ser clasificado como una variante del hemangioma.

La malformación originada en el primitivo período embrionario, o sea la enfermedad de Sturger-Weber, cuya herencia no ha sido demostrada, y que a ambos sexos afecta por igual se caracteriza fundamentalmente, con una gran variedad en su tipo, por un angioma capilarenoso dérmico o nevo flamígero o Mancha de vino de Oporto sistematizado de la cara, asociado a determinadas zonas nerviosas, especialmente a lo largo de las ramas del nervio trigémino, del cerebro y de los ojos. Con las consecuencias correspondientes, especialmente en los dos últimos (Calcificaciones giriformes, glaucoma, etc.), así como malformaciones en otros órganos y nevos.

Estos nevos están presentes al nacer el individuo y se confinan casi exclusivamente a la zona de piel inervada por el nervio trigémino.

La mucosa bucal participa en más de un tercio de los casos publicados. Pueden estar afectadas todas las partes de la cavidad bucal unilateralmente por un nevo flammeus, combinado-

con dislaceración de las partes blandas y óseas.

En algunas ocasiones, las lesiones angiomasas también atacan la encía y la mucosa bucal. Por lo general no hay dificultad en el diagnóstico debido a la presencia de las lesiones faciales.

Las modificaciones cerebrales pueden presentar, convulsiones del lado opuesto, hemangiomas meníngeos y calcificaciones homolaterales circunvoluntarias intracraneanas típicas discernibles en radiografías de cráneo, que pueden conducir a la epilepsia Jacksoniana y ataque ocular; pudiendo provocar la pérdida del órgano. Deficiencia intelectual y hemiparesia, del lado opuesto al del nso facial. Pero casi el 50% de los pacientes que sufren estas lesiones pueden llevar una vida normal, gracias al tratamiento anticonvulsivo, oftalmológico o neuroquirúrgico.

Los rasgos anatomopatológicos notables son angiomatosis y calcificación de piamadre y destrucción secundaria del cerebro.

Aquí sólo podemos llamar la atención sobre la enfermedad de Hipper-Lindau, de Klippel-Trenaunay, de Parkes-Weber, la denominada Angiomatosis trigéminocerebral y las modificaciones de la cavidad bucal pertenecientes a ella.

Es posible que se trate, con estas últimas manifestaciones de una sola enfermedad en el sentido de un "Síndrome Angio osteo-hipertrófico". Esto puede aplicarse según Meyer para el

nevo flammeus.

Aunque esté histológicamente relacionada con las neoformaciones de los vasos sanguíneos, la mayoría de los autores consideran que esta angiomasia facial y del sistema nervioso central es más bien hamartomatosa que neoplásica.

Por otra parte, la frecuente complicación oral del aumento de tamaño de las encías puede atribuirse a un aumento del componente vascular y a las consecuencias del tratamiento con Dilantín sódico. El incremento angiomasioso de los tejidos gingivales del mismo lado de la boca que el nevo facial, se observa sin que existan antecedentes de medicación sistémica, pudiendo ser la proliferación tan pronunciada que llegue a recubrir incluso las superficies de las piezas dentarias dificultando la masticación.

Se ha sugerido que las muestras histicas procedentes de enfermos con hipertrofia gingival y angiomasia encefalotrigeminal son histológicamente características; estas muestras suelen evidenciar un notable componente capilar.

La alteración de la vascularización maxilar es un hecho que debe producirse puesto que se han descrito erupciones dentarias alteradas, ipsolaterales; ello suele traducirse por una erupción precoz de las piezas dentarias permanentes.

La importancia de las anomalías vasculares en los huesos de los pacientes afectos del síndrome de Sturgen-Weber pueden inducir a la confusión, por lo que cuando existe un crecimiento

Caso unilateral, hay que tomar en consideración la angioosteohipertrofia. No sólo la angiomasia encefalofacial y la angioosteohipertrofia (síndrome de Klippel-Trenaunay) están relacionadas entre sí, sino que se han descrito casos de aparición conjunta.

SINDROME DE MAFUCCI.

Este síndrome (Encondromatosis múltiple y hemangiomas múltiples; Discondroplasia con hemangiomas) aunque poco frecuente y menos todavía la afección oral creemos que debe ser mencionado en este capítulo a causa de su interesante asociación de encondromas y hemangiomas múltiples.

Los hemangiomas de una extremidad pueden acompañarse de lesiones óseas subyacentes. Osea discondroplasia.

En esta enfermedad, los hemangiomas orales han sido descritos sólo en contadas ocasiones por Torri, Strang y Rannie y Sukurane y colaboradores. La última de estas publicaciones resulta particularmente interesante por la asociación con flebetasia y una lesión hipofaríngea. Por lo general, los hemangiomas están profundamente situados cerca de los endocondrosarcomas. Las fracturas, deformidades y los condrosarcomas de los huesos afectados constituyen las complicaciones clínicas más importantes.

PURPURA DE MAJOCCHI.

Púrpura, se define como una coloración violácea anormal de piel y mucosas debido a la extravasación espontánea de sangre, y en sí, es un síntoma y no una entidad patológica. Hay muchas causas de púrpura, y las manifestaciones clínicas son muy diversas.

Las plaquetas sanguíneas desempeñan un papel muy importante y complejo en la hemostasia. Son esenciales para la aglutinación, promueven la coagulación, facilitan la retracción del coágulo y liberan sustancias que producen vasoconstricción.

Las plaquetas sanguíneas que son importantes en el mecanismo de la coagulación, si son escasas o defectuosas, puede originarse la púrpura.

Como púrpura con angiodermatitis y ectasia vascular citaremos la púrpura anular telangiectásica de Majocchi, caracterizada por varios elementos representados por manchas purpúricas de disposición anular con la parte central hipercrómica y atrófica, dilataciones vasculares en su periferia, de extensión centrifuga y con tendencia a desaparecer en meses. Pueden adoptar disposiciones arciformes (Touraine). Se la ha descrito en la boca.

Localizada ocasionalmente en la mucosa bucal cursa con una manifestación y una patogenia en tres periodos:

1.- El Telangiectásico.

2.- El Hemorrágico.

3.- El Pigmentoso.

En raros casos se produce hipertrofia.

Tienen importancia patogénica, los trastornos funcionales de las vías sanguíneas terminales, especialmente en el hipertono lábil.

En lo que se refiere a las hemorragias submucosas, septicemia, endocarditis lenta, en la periarteritis nudosa, en la diabetes Mellitus, en la macroglobulinemia, etc.

SINDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY.

Suele descubrirse en una etapa temprana de la vida, por la presencia de un nevo grande, estrictamente unilateral, en el tronco o en un miembro. Cuando el paciente ha llegado a edad adulta aparece completamente la triada que incluye:

- 1.- Hipertrofia de un brazo, una pierna e incluso todo un lado.
- 2.- Angioma extenso plano, liso, del tipo de mancha de vino de Oporto.
- 3.- Venas varicosas.

La enfermedad puede atacar ambos sexos. La hipertrofia invariablemente de los huesos causa gran alargamiento de la ex

tremidad, ésta y otros sitios suelen presentar varices varicosas, tortuosas y gruesas. Por métodos angiográficos pueden descubrirse anastomosis arteriovenosas.

El nevo puede adaptar la distribución de los nervios raquídeos.

Su superficie puede ser lisa e irregular, por las venas varicosas subyacentes. El contorno no es siempre definido, y el color de la zona angiomatosa puede variar. Lo que más trastorna a los pacientes, es la desigual longitud de las piernas. En temperaturas altas pueden quejarse de molestias en las zonas afectadas.

En ocasiones se han observado úlceras de la extremidad, en lugar de hipertrofia.

ANGIOQUERATOMA CORPORAL DIFUSO O ENFERMEDAD DE FABRY.

El Angioqueratoma Corporal Difuso o Enfermedad de Fabry, es una alteración congénita del metabolismo de esfingolípidos o lipidosis glucolípida. El comienzo de esta enfermedad raras veces es poco notable, en etapa temprana de la vida. La erupción -- plenamente desarrollada cubre tronco y extremidades. Cara y mucosas rara vez están atacadas.

Se manifiesta a menudo en los varones jóvenes como un dolor intenso y casi indescriptible de las palmas de las manos y plantas de los pies, junto con una fiebre inexplicable, ha si-

do atribuida recientemente a un defecto catabólico de los glucolípidos, del trihexósido que origina una deposición de sustancia lipídica (ceramida trihexósida) en las fibras musculares lisas de las paredes de los vasos sanguíneos debido a la inactividad de la ceramida trihexósida. En estos pacientes, se observa además la presencia de células de tipo frambuesa en la orina y macrófagos cargados de grasa en la médula ósea.

La erupción consiste en máculas monomorfas, discretas, del tamaño de la cabeza de un alfiler, o pápulas ligeramente elevadas de color púrpura a negro, que no palidecen por diascopía. El cuadro general de esta erupción permanece igual toda la vida.

Hasta hoy, sólo se ha visto en varones, se conocen casos aislados y familiares. La enfermedad es hereditaria y se transmite como un carácter recesivo ligado al sexo.

Los pacientes sufren espasmos y dolor en manos y pies, edema persistente de piernas (que no dependía de insuficiencia cardiorenal), aumento moderado de presión sanguínea, cardiomegalia y albuminuria crónica, hipohidrosis, fiebre intermitente, opacidades corneales y trastornos del sistema nervioso central. Las lesiones cutáneas aparecen en la infancia o la pubertad. Aunque pueden encontrarse en la mucosa bucal, suelen ocupar de preferencia la piel de las partes declives del organismo; pene, escroto, nalgas, caderas y muslos. No es raro que sobrevenga la muerte entre los 20 y 40 años.

En la piel, y a menudo en la mucosa oral, se observan "angiectasias" o pequeñas cavidades llenas de sangre. Estas cavidades, que pueden o no estar revestidas por endotelio, son superficiales tanto en la piel como en la mucosa oral. Los labios (fundamentalmente el inferior) se afectan cerca de la unión mucosa-piel. También la mucosa palatina, cerca de la unión con el paladar blando, es otro de los sitios preferidos, mientras que la mucosa bucal, las encías u otras localizaciones orales sólo se afectan en contadas ocasiones. La lengua no presenta estas vascularizaciones. Por último, diremos que las lesiones orales, según las publicaciones al respecto, son de menor tamaño que las de la piel.

Diversas biopsias y autopsias, han comprobado que esta anomalía es una enfermedad generalizada que ataca los músculos lisos, especialmente los de la capa media de los vasos sanguíneos de la piel y de muchos órganos internos y consiste en depósitos de lípido fosfátido.

A consecuencia de las alteraciones vasculares diseminadas, es lógico que los síntomas clínicos, además de los descritos puedan ser muy variables.

Se reconocen casos de lesiones óseas, alteraciones retinianas, y muerte por lesión cardíaca.

El Angioqueratoma Corporal Difuso de Fabry no debe confundirse con el angioqueratoma neviforme, que sólo ataca una o varias regiones y consiste en varicosidades y angiomas caverno

son múltiples grandes y superficiales, que aparecen y desaparecen lentamente.

Más importante es el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Rendu-Osler. En esta última alteración vascular difusa, están atacadas principalmente cara y parte superior -- del Torax.

Pueden ocurrir hemorragias graves de lesiones de nariz y boca.

Las lesiones cutáneas son más polimorfas que en el Angio queratoma Corporal Difuso, y fluctúan desde Telangiectasias lineales y puntiformes hasta arañas vasculares y angiomas pequeños.

El cuadro microscópico revela una variable dilatación de la mucosa superficial y de los vasos sanguíneos cutáneos. Aunque los lípidos son fácilmente evidentes en las paredes de los vasos sanguíneos viscerales, son sólo ocasionalmente demostrables en las lesiones cutáneas u orales.

LOCALES

TUMOR DEL EMBARAZO

A menudo, en la menstruación, el embarazo y la menopausia se producen proliferaciones nodulares localizadas o generalizadas. Aparte del período en que se desarrollan, su conducta clínica es la misma y se caracteriza por un máximo de actividad de crecimiento que declina a medida que el desequilibrio hormonal cede. Esta reacción es más común durante el embarazo, por cuya razón se le ha conocido como "TUMOR DEL EMBARAZO" cuando aislada o "GINGIVITIS DEL EMBARAZO" cuando generalizada. La regresión espontánea de esta reacción después del parto es bien conocida, al igual que la tendencia a los nódulos a aparecer, en los sucesivos embarazos, en la misma ubicación.

La creencia que el desequilibrio hormonal del embarazo no afecta a la encía con tumefacciones a menos que haya manifestaciones clínicas preexistentes de inflamación es en la actualidad insostenible. Han sido vistos casos en los cuales la reacción era espontánea y se producía en bocas en otros sentidos completamente normales.

La proliferación del tejido conectivo se refleja clínicamente en la hipertrofia gingival generalizada, sobre todo -

en los espacios interdentarios. Las papilas son bulbosas si mulando ocasionalmente una discreta masa de tipo tumoral.

Estas zonas interdentarias pueden en realidad continuar avanzando de tamaño, produciendo así el típico tumor del emba razo, formado por tejido conectivo y fibroso proliferado, cé- lulas epiteliales y capilares, y pueda ser descrito como un - Epulis Angiofibromatoso; con áreas de proliferación angiomato sa y degeneración epitelial.

Los nódulos aislados (tumores del embarazo) varían en - tamaño desde algunos milímetros hasta varias pulgadas. Las - lesiones pequeñas son lisas, a menudo pediculadas y de color- rojo. Las mayores tienden a la forma de hongo o coliflor con numerosas porciones superficiales de ulceración. A menudo to das las mucosas gingival puede mostrarse de color rojo bri- llante, una evidencia de infección secundaria masiva. Cual- quier zona de la encía puede estar afectada, pero la frecuen- cia mayor corresponde a las interproximales. Los tumores ma- yores pueden ser rojo azulados a causa de la gran concentra- ción de vasos sanguíneos.

La reacción difusa puede ser mínima en la encía clínica me nta sana o marcada cuando la higiene bucal es pobre. A me- nudo hay molestias hemorrágicas y el dolor llega a ser seve- ro. El tejido gingival es blando, esponjoso y de color purpú

rao. Puede haber necrosis cuando la reacción se complica por la acción del espirilo de Vincent y del Bacillus fusiformis.- El grado de tumefacción generalizada varía muchísimo y en algunas ocasiones puede ser tan severa que las masas de tejido interfieren seriamente en la masticación.

El tumor del embarazo es causado por ciertas hormonas que durante el embarazo son un factor condicionante que agrava las alteraciones inflamatorias existentes. Zinskin y - - Nease dicen que es por la mengua en la utilización de estrógenos o por una modificación del metabolismo de los estrógenos.

El tumor del embarazo, aparece generalmente entre el --tercero y quinto mes del embarazo, aumentando de tamaño mientras avanza la gestación. Puede remitir algo y hasta desaparecer después del parto, pero generalmente la lesión persiste. Y aún a veces continúa durante la lactancia; con frecuencia - acompañado de estomatitis o gingivitis hipertrófica.

En ocasiones puede hacerse muy grande, y separar y aflojar los dientes produciendo también reabsorción ósea. Traumatizarse fácilmente y sangrar a la menor provocación. El borde de la encía se hipertrofia, la mucosa púrpura casi llegando a tumores en las papilas.

Corresponde su extirpación completa. Los tumores del -

embarazo deben de ser tratados; cuando son pequeños, conserva-
do la lesión, eliminando cualquier factor irritante como cál-
culos, trauma, etc., e instituyendo un buen cepillado.

Si los tumores continúan creciendo, se ulceran, sangran
e interfieren con la masticación, entonces deben de ser eli-
minados. Su extirpación debe hacerse en masas y con profundi-
dad hasta el periostio o la membrana periodontal.

Los tumores son cuerpos esféricos de color rojo intenso,
generalmente adheridos por un pedículo a la papila gingival.-
Generalmente son varios y pueden crecer hasta cubrir varios -
dientes completamente. Se presentan en el lado lingual como-
del lado externo del arco dental y sangran con facilidad. Es
probable que estos tumores se reproduzcan después de la extir-
pación, aunque a veces desaparecen espontáneamente después --
del parto.

La reacción es en esencia una respuesta fibroendotelial
con la parte endotelial sobresaliente. La proliferación celu-
lar de este último se manifiesta principalmente bajo la forma
de vasos pequeños, tortuosos, pero netos.

Hay un indicio de que el desequilibrio hormonal tiene -
una acción directa sobre las células endoteliales, que actua-
ría aún en ausencia de infección local. El reemplazo casi ab

soluto del tejido conjuntivo fibroso de la encía por las células endoteliales proliferantes indica el grado en el cual la actividad de estas células supera a la proliferación fibroblástica. Durante la curación normal están más en equilibrio; en las hiperplasias la respuesta vascular oscurece ligeramente la actividad de los fibroblastos y en las reacciones hormonales domina por completo el proceso.

TRATAMIENTO:

Algunos tumores tienden a desaparecer cuando se restablece el equilibrio hormonal; pero cuando la alteración es severa no suele ocurrir esto.

Puede usarse la coagulación electroquirúrgica en la base de la lesión para controlar la salida de sangre y ayudar a prevenir la recidiva.

La anestesia local es útil en estos casos, ya que es el vasoconstrictor de la solución anestésica ayuda a controlar el sangrado.

Todo el tejido eliminado, debe ser enviado para un examen histopatológico. Pues los tumores del tipo de células gigantes periféricos pueden producirse coincidentalmente con el

embarazo, y confundirse fácilmente según S. M. Mosse con verdaderos tumores del embarazo.

GRANULOMA REPARATIVO (PIÓGENO)

El término "granuloma piógeno" ha llegado a ser aplicado en forma tan general a las respuestas hiperplásicas de la cavidad bucal, que su utilidad puede ser seriamente cuestionada. - Generalmente en relación con la infección está restringida a un fenómeno secundario consecutivo a la ulceración de la masa protruyente. Quizá sería mejor eliminar el término y aplicar la denominación de Stout, de "Hemangioma capilar de tipo granulomatoso". A aquellos nódulos que se generan en la mucosa bucal, por causa desconocida y que semejan al tejido de granulación.

Los granulomas piógenos o biotriomicomas o su equivalente en la localización gingival, los ápulis, dan con frecuencia hemorragias, especialmente, cuando son muy vascularizados.

Su etiología fué antes calificada por Poncet, Dor y otros como, infección botriomicótica, pero ahora, se reconoce en general que no tiene ese carácter.

En relación con su patogenia han sido estudiados los estreptococos, estafilococos y otras bacterias.

El traumatismo tiene una importancia considerable y qui-

rá desempeña un papel mayor que los gérmenes hallados en la reacción. Es bien sabido, que el tejido de granulación se forma como respuesta a las injurias, y que en algunas ocasiones su cantidad es excesiva comparada con lo habitual.

La persistencia de una masa tal, ha sugerido ciertos factores condicionantes, tales como la hipertensión, pero ello no ha sido satisfactoriamente sustanciado.

El granuloma piógeno es un crecimiento vascular único vinculado a traumatismos locales por espículas óseas filosas o restos radiculares con supuración; también se produce en la proximidad de dientes con periodontitis.

Karr, afirma que el granuloma piógeno es una respuesta a un tipo particular de injuria con producción de una pequeña úlcera que, debido a la irritación y a la infección no cura. El abundante tejido de granulación producido por la tentativa de cura produce la lesión característica. La respuesta es tan uniforme que otorga a la reacción el carácter de una entidad nosológica que puede ser producida o influenciada por algún factor intrínseco.

La aparición de dos lesiones simultáneas en dedo y labio en un paciente, apoya la sugerencia de un factor intrínseco. En su informe no existe explicación alguna de la naturaleza de ese factor intrínseco o general. Parecería que el término granuloma piógeno debe reservarse para las formaciones redundantes del tejido de granulación constituidos como respuesta al -

trauma, diferenciadas por su tamaño y persistencia. Su aplicación a todas las masas granulantes localizadas, es demasiado amplia; con lo que resulta una falta de utilidad de la denominación.

Las características Clínicas del Granuloma Piógeno, es de una lesión protruyente, pequeña y netamente delimitada; compuesta por vasos sanguíneos, y complicada por un exudado inflamatorio agudo. Se suele ver en personas jóvenes y es menos común en la boca que en otras partes del organismo. Es una entidad clínica y su color es rojo o morado, indicio de su vascularidad, en ocasiones es difícil diferenciarlo del tumor del embarazo, en particular cuando se presenta en encías de mujeres jóvenes.

El granuloma piógeno es rojo, lobulado, siendo hemorrágico e indoloro.

El cuadro Histológico es esencialmente similar al del Hemangioma ulcerado, del nevo vascular o del tumor del embarazo.

Es a veces refractario al tratamiento ordinario, pero responde bien a la irradiación.

Kerr, comunicó una incidencia casi igual para ambos sexos, con tendencia al predominio en el femenino, siendo los jóvenes los mayormente afectados. Una tendencia más o menos igual para presentarse en piel o mucosas. Sugiere también que la iniciación de la lesión es incidiosa, y que las lesiones alcanzan su tamaño máximo en corto tiempo y permanecen invariable-

bles por periodos indefinidos.

Esta masa tumoral puede tener sólo unos pocos milímetros de diámetro o puede asumir grandes proporciones. El paciente suele no tener noción de sus etapas iniciales. Por lo general se lo nota primero como una masa indolora, fácilmente traumatizada y sangrante. Pronto se ulcera y se infecta secundariamente. Está compuesta por una enorme cantidad de capilares hemáticos proliferantes entremezclados con fibroblastos y algunas células inflamatorias.

HISTOPATOLOGIA:

Inicialmente, el granuloma piógeno, durante su etapa proliferativa activa, consiste en un tejido de granulación fulminante compuesto por muchos conductos vasculares entremezclados en un estroma fibroblástico. Los vasos son de tipo capilar y están tapizados por células endoteliales llenas y activas, las que no suelen exceder el número necesario para tapizar el espacio. De las paredes de los vasos grandes, surgen muchos brotes de células endoteliales, como se ve normalmente en el tejido de granulación. Estos, empero, proliferan a un ritmo que excede el requerido para la vascularización de la zona y produce un amontonamiento de estos puentes vasculares. Desde temprano es notable la actividad fibroblástica, pero no alcanza a compararse con la que se encuentra en la respuesta normal del tejido de granulación. Difiere en que su actividad está relacionada con una proliferación acentuada de los fibroblastos --

existentes, al parecer para proporcionar una matriz a las masas endoteliales en rápida formación. A medida que la lesión envejece, esas masas vasculares van siendo comprimidas en lóbulos, divididos por masas de tejido conjuntivo fibroso colágeno, que con el tiempo se hacen cada vez más densas.

La exuberancia de esta reacción da por resultado una proyección de la masa por sobre la superficie, por lo que es fácil traumatizarla. Cuando el trauma desencadenante inicial -- suscita una inflamación, ésta, pronto pasa a un estado crónico. En ausencia de infección secundaria, sólo quedan dispersos linfocitos, plasmocitos y macrófagos. La infección secundaria es muy común, sin embargo, siempre existe una ulceración superficial, con una membrana costrosa, pútrida, de leucocitos y fibrina. Hay leucocitos granulares esparcidos por toda la masa, cada vez con menor intensidad al llegar a las zonas profundas.

El epitelio de recubrimiento es a menudo, marcadamente hiperplásico en el borde de la ulceración, pero no suele mostrar la marcada actividad celular y el atipismo celular vistos en las úlceras superficiales simples.

La extensión hacia el exterior de la masa tumoral da la impresión de estiramiento del epitelio de modo que aparece -- atrófico en las zonas.

Puesto que las lesiones intraorales no son tan notables por su tamaño, está indicada la remoción quirúrgica con cuidado de excidir por debajo de la base de la reacción.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica simple, aunque más bien profunda. La eliminación incompleta suele dar por resultado su nueva formación.

La coacción por lo general se produce sin inconvenientes. El hecho de que, el granuloma piógeno no esté encapsulado da a menudo, por resultado una remoción incompleta con la posibilidad de una recidiva. Los tumores recidivantes crecen con rapidez, hasta alcanzar su tamaño máximo, al igual que las lesiones primarias, y entonces entran en una etapa retardada. La transformación maligna no es un factor por considerar, ni siquiera en las lesiones recidivantes. Cuando son grandes y extremadamente vasculares, puede estar indicada la endoterapia -- previa o la remoción quirúrgica.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO

CAPITULO IX

TRATAMIENTO

Desde el punto de vista curativo, toda deformación anormal debe tratarse desde un principio, de manera que al hacer terapéutica racional, se aleja la posibilidad de la evolución peligrosa. Para el Odontólogo cabe el diagnóstico precoz de las neoplasias, y es, en la consulta diaria donde se observan en numerosas oportunidades, lesiones de apariencia tumoral banal que al sufrir constantes irritaciones, se convierten en cánceres potenciales.

El objeto del tratamiento en nuestro caso, es eliminar los vasos dilatados, ésto puede lograrse por medio de varios métodos, según el tipo, tamaño y situación de las lesiones dividiremos su tratamiento en Terapéutico y Quirúrgico.

En el terapéutico entran las técnicas a base de Radioterapia (irradiación externa o con radio, rayos X, Torio X, Rayos Ultravioletas. Por medio de Crioterapia (Dióxido de carbono) y la inyección de Substancias esclerosantes.

En el quirúrgico, todo lo referente a la electrocirugía y con bisturí.

El tratamiento depende de cada caso en particular. Lesiones asintomáticas no necesitan tratamiento. Lesiones pequeñas sintomáticas pueden ser quitadas con muy poco peligro, pero las lesiones grandes y difusas presentan problemas muy serios. La excéresis quirúrgica total de estas lesiones, puede complicarse por hemorragias profusas y es a veces necesario -- quitar tanto tejido que dejan efectos antiestéticos, muy notables, por lo tanto, este procedimiento está contraindicado en muchos de estos tumores, pero pueden tratarse satisfactoriamente por otros medios, ya sea usando uno solo o por combinación de varios.

El temor de la hemorragia debe estar presente siempre en el espíritu del especialista que instituye el tratamiento, -- quien deberá tomar todas las precauciones para evitarla.

Es importante iniciar el tratamiento antes de la pubertad, pues entonces el tejido neoplásico se presta mejor a cualquier tratamiento.

REGRESION ESPONTANEA

Se ha visto que muchos hemangiomas congénitos, experimentan una curación espontánea relativamente temprana. Para Falk, y muchos autores americanos, la evolución normal es la regresión espontánea por esclerosis, en algunos años, de la mayor parte de los angiomas. Muchos de los angiomas tuberosos, extendidos y algunos planos, pueden de esta manera curar espontá

neamente. Estos autores son partidarios de la no intervención.

Lister, afirma que ciertas dilataciones vasculares aparecidas congénitamente, desde el punto de vista histológico, pueden responder a dicho diagnóstico y sin embargo, clínicamente no ser obligado a que un desarrollo no tenga carácter progresivo y pueden permanecer estacionarios cierto tiempo después para involucionar. No olvidemos que los vasos en esta modalidad de angiomas están sumergidos en un estroma conjuntivo más o menos fibroso, y por lo tanto, su predominio cada vez más acusado de este estroma. Puede muy bien motivar la oclusión o ahogamiento del sistema vascular y con ello, la desaparición de aquellos tumores.

El hecho de que haya gran tendencia a la involución espontánea, en la mayor parte de los hemangiomas color de fresa y cavernoso, es la causa principal de la controversia actual sobre el tratamiento de estos tumores.

Los partidarios de tratar a todos los pacientes con hemangioma, de este tipo, sostienen, que no cabe predecir la evolución de un hemangioma; por lo tanto todas las lesiones deben tratarse mientras son aún pequeñas, para prevenir su crecimiento futuro.

Los adversarios de la terapéutica señalan que la mayor parte de estos tumores no sufren esta regresión espontánea.

Para tratar adecuadamente los tumores vasculares, el dentista debe conocer su evolución natural, las complicaciones --

que pueden ocurrir, las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento, y los métodos que tienen más probabilidades de ser eficaces y, al propio tiempo, menos perjudiciales, debe estar constantemente sobre aviso para advertir la aparición rara de trastornos graves acompañantes y estar preparado para buscar consejo siempre que sea necesario.

Hay muchos métodos, para tratar los hemangiomas, cada uno de los cuales, tiene méritos y limitaciones. En un hemangioma la elección de determinada terapéutica, depende de muchos factores como tipo y características de la lesión, tamaño, profundidad, situación, rapidez de crecimiento, etc.

Los hemangiomas capilares se trataban con crioterapia, inyección de agentes esclerosantes, extirpación quirúrgica y tratamiento con rayos X o radio. La mayoría de estos métodos han producido resultados estéticos definitivamente inferiores a los de la involución natural. Los hemangiomas capilares no complicados que no trastornan la función ni producen problemas hemorrágicos frecuentes, se deben vigilar de manera considerada.

La mayoría sufrirán involución con resultados finales superiores. Si el hemangioma sigue creciendo de manera alarmante, se puede estimular a menudo la involución de manera espectacular mediante la administración bucal de "Prednisolona; endosis altas (40 mg. cada 2 días, durante diez días), en pequeños por lo demás sanos no hay contraindicaciones para esta forma de tratamiento.

Muchos hemangiomas pequeños, en lactantes experimentan regresión y desaparecen. Los pediatras comprueban esta afirmación. La regresión depende de fibrosis, posiblemente desencadenada por traumatismos. Estas lesiones a menudo se llaman Hemangiomas Esclerosantes, en ellos los capilares se obliteran - parcial o completamente.

Los casos de hemangiomas que no ceden a la regresión espontánea o que se generan en personas mayores han sido tratados habitualmente de muy diversas maneras.

De éstas, he aquí, las técnicas usuales:

- 1.- Procedimientos quirúrgicos.
- 2.- Agentes esclerosantes.
- 3.- Irradiación.
- 4.- Crioterapia.
- 5.- Preparados cosméticos.
- 6.- Tatuaje.

Cada una de estas formas de tratamiento, tiene sus ventajas y desventajas, así como sus defensores y opositores pero - en manos capacitadas, cada una tiene su lugar apropiado.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.

El tratamiento quirúrgico, constituye el más rápido y - satisfactorio medio en el tratamiento de este tipo de lesiones.

En el caso que se deba practicar la intervención quirúrgica, o bien sea con fines estéticos o para afrontar la dificultad que el tumor ofrezca al comer y hablar o por trastornos secundarios de los labios o lengua, dicha intervención se ejecutará con el bisturí o el termocauterío y deberá llevarse a cabo por un buen cirujano competente.

La extirpación quirúrgica de los angiomas debe seguir cierto número de principios. Los puntos esenciales son los siguientes:

- 1.- Los cuidados preoperatorios. Y buen estado general del paciente.
- 2.- Anestesia local o general, según lo amerite el caso.
- 3.- El plan técnico buscará, reducir la pérdida de tejido al mínimo, y si no es así, recurrir a los injertos libres de piel, o Dermoeplástico.

Cuando se deja alguna porción del tumor es frecuente que reincida.

4.- Por eso la extirpación del tumor debe ser completa.

5.- Las dificultades del cierre de la incisión son variables, usando el cierre directo para los pequeños, en Z, en L, etc., según el caso.

El tratamiento de lesiones pequeñas puede hacerse por excéresis quirúrgica o por el bisturí eléctrico.

Se hacen incisiones elípticas dejando entre ellos un espacio ancho y se profundiza a través de los tejidos normales que rodean al tumor. Este se eleva por medio de una pinza de Allis, y se separa bien de los tejidos profundos por medio de disección. El proceso debe hacerse cuidadosamente para localizar los vasos sanguíneos y que lleguen al tumor, los cuales, son ligados y cortados, después de lo cual se completa la remoción total. Los tejidos profundos se suturan con material absorbible y la masa se sutura con seda.

La ligadura de los grandes vasos durante su extirpación puede estar indicada para impedir una hemorragia excesiva; esta ligadura se hace de las carótidas externas o de la arteria principal de la región que se trate; el taponamiento o la electrocoagulación son de gran utilidad.

En el Hemangioma Cavernoso, y en el tumor del embarazo, es conveniente la intervención quirúrgica, después de su tratamiento, por inyecciones de solución esclerosante y en el primer caso también por radiaciones.

Dentro de la Electrocirugía, hay quien preferirá, el uso del escapelo.

Los hemangiomas intraóseos, son mucho más difíciles de tratarse. Si son asintomáticos, no requieren tratamiento, pero si sucede lo contrario, deben ser tratados por radiaciones o por Excéresis Quirúrgica. Esta técnica o método de tratamiento obliga a la resección del hueso atacado y por lo tanto, tiene grandes riesgos y deja deformidades notables.

Cuando estos tumores no presentan demasiada extensión, puede extirparse por resección cuneiforme; pero debido a la gran extensión que adquieren algunas veces o por la posibilidad de las hemorragias peligrosas para la vida del paciente, no es posible practicar la operación quirúrgica y en tales casos se ha intentado intervenir por procedimientos incruentes que tratan de obtener la coagulación de la sangre contenida en las cavidades del cavernoma, para provocar por este medio la destrucción del tumor. A este fin se ha empleado con buen resultado el mechado con Flechas de Magnesio de Payr.

ELECTROCIRUGIA.

Después de numerosos ensayos, se encontró según Isola - dentro de las oscilaciones ultracortas una longitud de onda muy gobernable tanto para la ondulación como para la Electrocirugía y Derivados. Con un Generador de Circuito Armstrong- de una potencia de 180 watts. La regulación de energía oscilante nos ha permitido efectuar todas las maniobras quirúrgicas y termoondulantes sin ninguna dificultad.

En electrocirugía existe una gama útil dentro de los 12 18 m, es una onda ajustable a nuestra terapéutica. Con el -- circuito mencionado obtenemos Electrocirugía.

- A) Diatermocoagulación
- B) Electrodíéresis
- C) Fulguración

Para los tumores quirúrgicos, la electrocirugía adquiere un valor inusitado, dadas las características de sus grandes posibilidades como el bisturí eléctrico, la diatermocoagulación y la electrodiscasección.

Cada lesión sea benigna o maligna, requiere un plan previo de intervención. La naturaleza, profundidad, volumen, -- asiento, relaciones de vecindad con órganos nobles y el estado general del paciente, lleva a un acto quirúrgico, que ata-

ne a un cirujano especialista. La excéresis de los tejidos - blandos las secuelas postoperatorias, no tienen mayormente importancia siempre que las amputaciones de los órganos vasculares no sean muy extensas.

Ventajas que se obtienen usando este método.

- 1.- Operación en blanco
- 2.- Esterilización del campo
- 3.- Fácil Hemostasia
- 4.- Instrumental y técnica accesible
- 5.- Destrucción de los tejidos termosensibles
- 6.- Imposibilidad de metástasis quirúrgicas
- 7.- Menos shock operatorio y postoperatorio
- 8.- Cicatrización acelerada por la naturaleza ondulante de la corriente.

El modo de la operación varía según la lesión y el tejido donde se asienta, así la mucosa gingival, labios y lengua, paladar, suelo de la boca, músculos, huesos, impiden dar re--glas generales, pero en esencia, las acciones cruentas con --diatermocoagulación, diéresis, electrocoria, etc., que consti--tuyen algunos tiempos de la intervención quirúrgica. Estas -

razones nos obligan a ser breves, pues son partes de una especialidad dentro de la misma cirugía.

Cuando son hemangiomas de pequeño volumen, son fácilmente abordables, en cualquier localización. El método es bioactivo con intensidad de 150 a 200 NA., durante 1 ó 2 segundos con anestesia local previa, por infiltración, distante, luego se introducen los puntos profundamente, se hace pasar la corriente hasta que la cocción del tejido indica coloración - blanco mate; y ha concluido la intervención.

Los hemangiomas cavernosos de la cavidad oral; se tratan también por medio de la Electrocoagulación, para asegurar la completa destrucción de la lesión controlando la hemorragia. Un electrodo aislado y de punta aguda, se inserta a través de la mucosa de la masa tumoral, haciendo ésto, en diferentes partes del tumor, hasta que la coagulación intensa total se consigue.

Si se interviene con mayores intensidades, se corre el peligro de la carbonización, la que ocasiona brotes hemorrágicos.

La evolución postoperatoria es buena, una parte de la escara se reabsorbe, otra se elimina; la cicatriz es poco visible. Algunas veces son necesarios, ligeros toques con electrodos en-

bola sobre las zonas que no han sido termolizadas. Como precaución, es conveniente poseer distintos electrodos que impiden -- pérdidas de tiempo, cuando las adherencias del tejido coagulado se convierten en dieléctrico.

LA PUNTURA DIATERMICA.

Por los procedimientos de Kulenkompff y Seidel, la em-- plean en Hemangiomas grandes, pero recomiendan prudencia. Se practican punturas cada 2 ó 3 semanas con aguja eléctrica, en varios puntos, y la corriente se deja pasar sólo durante un segundo. La aguja debe estar aislada de la superficie cutánea.

La puntura diatármica es preferible en grandes deformidades.

El procedimiento del Doctor Landete consiste en colocar -- el polo negativo (una aguja de cobre) en el tumor (algunas veces será el positivo, según la marcha, etc.); una placa de plomo (polo positivo) se sujeta al brazo. Corriente de 2 a 4 milí amperios con cinco minutos de sesión. Bastan tres o cuatro sesiones cada cinco días para que el tumor retraiga y desaparezca sin necesidad de extraer dientes, de resacar el borde del alveolo, o según el caso, etc., al extremo que no se puede saber algunos meses después donde estuvo el tumor.

La Electrocoagulación es muy eficaz para cohibir las hemorragias bucales en la enfermedad de Osler.

Aunque en ciertos hemangiomas, puede estar justificada - la extirpación quirúrgica, de ordinario el resultado estético es inferior al de la evolución espontánea o la radiación conservadora.

Además, por lo general, las intervenciones de este tipo, exigen anestesia general y hospitalización, que deben evitarse sobre todo, en lactantes a menos que ésto sea indispensable.

Por otra parte, los cirujanos han advertido, que los Hemangiomas pueden reaparecer alrededor del sitio de extirpación.

La electrodisecación prácticamente se ha abandonado, para tratar los Hemangiomas de color fresco o cavernosos, por la ulceración y el mal resultado estético que puede seguir.

SUSTANCIAS ESCLEROSANTES.

Las sustancias esclerosantes se emplean también para el tratamiento de algunos Hemangiomas, ya sea empleando este método solo o en combinación con otros métodos terapéuticos.

Su técnica es inyectar determinada solución esclerosante en las lesiones vasculares siendo de gran valor en la actualidad. Con ellas se obtienen óptimos resultados ya que producen en mayor o menor grado inflamación, fibrosis, muerte celular y posteriormente esclerosamiento, con regresión de la lesión. Los resultados dependen de la solución que se use, la concentración y el número de infiltraciones.

La inyección de sustancias esclerosantes en el tumor, no sólo producen fibrosis y trombosis en los vasos, sino que también los tejidos vecinos se contraen y de la constricción resultante se forma una cicatriz.

Se utilizan varias sustancias esclerosantes para este método, como el Psiliato y Morruato de Sodio, al 5%, Agua Hirviendo, Líquido de Morestin, Clorhidrato de Quinina Ureica al 5%, Salicilato de Sodio del 10 al 15%, Solución Azucarada, Sulfato de Sodio, Tetradecilo al 1%, Tintura de Yodo, Cloruro de Zinc, etc.

Los tumores grandes deben tratarse con inyecciones de -

sustancias esclerosantes. Y así se efectúa la obliteración de los vasos sanguíneos, de manera que la extirpación va acompañada de muy poca hemorragia.

El Dr. Shira, piensa que el tratamiento habitual de elección en estas lesiones, es el empleo de inyecciones de sustancias esclerosantes buscando formar una barrera esclerosante en la periferia del tumor y escorificante en el centro del mismo, según su extensión. Se produce una fibrosis en el interior -- del tumor, contrayéndose y aún con la posibilidad de eliminar completamente los senos que lo forman.

Los hemangiomas de tamaño moderado pueden tratarse también por este medio. Se practican 7 ó 13 sesiones espaciadas por periodos de 10 a 15 días. La sustancia inyectada puede -- ser de Clorhidrato de Quinina Ureica al 5% o bien Salicilato de Sodio al 10 ó 15%. Se inyectan dosis crecientes del líquido de 0.1, 1 y 3 cm³., en el tejido intersticial del hemangioma.

Estas soluciones por ser irritantes y producir esclerosis pueden provocar en un momento dado necrosis de la región infiltrada. Estudios cuidadosos han revelado que la luz vascular de estas lesiones está comunicada con vasos sanguíneos o linfáticos adyacentes por un conducto aferente. Esto explica la trombosis de toda la lesión y en un momento dado ese trombo

puede obliterar algún vaso en región distante a la zona de le-
sión.

INYECCIONES DE SOLUCION AZUCARADA.

Demel, reporta un método que resulta eficaz en pequeños Hemangiomas subcutáneos, aún sin operación consecutiva, pero a menudo son tan dolorosas y resulta el tratamiento tan largo que los pacientes lo abandonan con frecuencia.

Pero tal, terapéutica previa por destrucción es necesario en los hemangiomas muy grandes a causa del peligro de la hemorragia durante la operación.

Demel, ha informado sobre las inyecciones de Solución -- de Glucosa al 66 2/3% como preparación para la extirpación -- quirúrgica del hemangioma de gran tamaño. Con ello se obtiene la destrucción de los espacios sanguíneos, y en la operación, no se presentará tan fácilmente fuertes hemorragias.

El hemangioma se evacúa por presión digital inmediatamente antes de la inyección y se impide que se rellenen durante 5 minutos procediendo a la compresión de los alrededores. Después de clavar un trocar no demasiado grueso. La mayoría de las veces se logra extraer algo de sangre y después de -- proceder desde varios puntos a la inyección de la 20cc., de-

solución azucarada según la extensión del hemangioma. Debido a la reacción o tumefacción pronunciadas hay que esperar 10 ó 14 días hasta la próxima inyección.

Las inyecciones se repiten hasta que el hemangioma no se deja comprimir y da la sensación al tacto de un tumor sólido.

Según las experiencias de Pichler, en los días subsiguientes a la inyección de solución azucarada especialmente si se practican bajo mucosa rígida (paladar, lengua, etc.) se presentan dolores tan pronunciados que el enfermo abandona el tratamiento.

Muchas soluciones esclerosantes pueden obtenerse en el mercado, tales como una solución de Morruato de Sodio al 5%, Oxilato de Sodio, y el Silnasol. El uso de estas soluciones es mucho más efectivo cuando pueden obtenerse y mantenerse una constricción del tumor para impedir la diseminación de la solución. Debido a la dificultad de conseguir estos requisitos es que muchas veces el uso de estas soluciones es inefectivo.

TRATAMIENTO CON SOLUCION DE MORRUATO DE SODIO AL CINCO POR CIENTO.

Para tratar las lesiones se emplean jeringas Luer-Lox de

cinco centímetros cúbicos con aguja de calibre veinticuatro - con un centímetro cúbico de una solución de Morruato de Sodio al cinco por ciento. La aguja es insertada en la mitad de la lesión y se aspira sangre dentro de la jeringa. Luego la solución es poco a poco inyectada en la lesión; y se sostuvo -- una compresa de gasa sobre el área punzada durante media hora para contener la hemorragia.

En el progreso postoperatorio, dos días después la lesión inyectada con morruato de sodio estaba dura y deshinchada. Dos semanas después, la lesión estaba menos dura. Como al mes de la operación se veía todavía un poco el área de la lesión, pero su color era normal.

Por esta razón probablemente la mejor solución esclerosante que puede emplearse para el tratamiento de los hemangiomas orales es el agua hirviendo la cual produce una rápida -- respuesta inflamatoria en las lesiones y no se disemina rápidamente, su uso ha sido recomendado por Wyeth y ha sido usada efectivamente por muchos otros autores.

En el hemangioma capilar también se ha empleado la - inyección de agua hirviendo en los vasos aferentes a la lesión.

AGUA HIRVIENDO

Cuando se va a utilizar Agua Hirviendo, debe hacerse bajo anestesia general debido al intenso dolor que se produce. El agua debe ser inyectada hirviendo, y por lo tanto las jeringas deben de estar calientes para evitar el enfriamiento del agua; cuando el campo operatorio está preparado, el agua hirviendo se coloca en una jeringa de 10 ó 12 cc., la cual debe de forrarse para impedir que se quemé las manos el operador.

El agua se inyecta directamente en el tumor utilizando -- una aguja calibre 22, depositando la solución en varios puntos del tumor, aproximadamente 5 c.c., en cada uno de ellos.

Muy poca hemorragia se produce, pero el paciente debe de tener un cuidado especial en el post-operatorio, generalmente se produce una intensa reacción inflamatoria, en las horas subsiguientes, lo cual se acompaña de edema, celulitis y puede -- causar trastornos respiratorios.

Conforme la reacción inflamatoria decrece, se inicia la - fibrosis produciendo una constricción gradual que lleva a la - obliteración de los senos del tumor.

Una fibrosis completa no se obtiene siempre con una sola aplicación de la solución esclerosante. El Agua Hirviendo al ser inyectada en el tumor se diluye y se enfría en la sangre, y puede producir la cantidad de fibrosis deseada. Cuando ésto ocurra, debe repetirse el procedimiento según el Dr. Shira a - los tres meses.

TRATAMIENTO POR IRRADIACIONES

Sergent, nos dice que la Radioterapia es aquí el tratamiento de elección; un tratamiento bien conducido produce una regresión lenta, progresiva; el tumor se aplana al mismo tiempo que se decolora, y el resultado es tal que con frecuencia es casi imposible, con el tiempo, reconocer el punto donde asentaba la lesión.

Indudablemente, la electrólisis, como la crioterapia, pueden emplearse también cuando se traten de lesiones muy pequeñas, pero únicamente la radioterapia es capaz de dar resultados estéticos perfectos en los casos de hemangiomas un poco voluminosos. Presenta además, sobre los otros métodos de tratamiento, la gran ventaja de ser completamente indolente, casi esencial cuando se trata de niños, habiendo sus inconvenientes.

El modo de acción de la irradiación sobre el crecimiento activo del neoplasma consiste en la muerte inmediata o tardía de las células del tumor y en la supresión de su reproducción.

Aunque estos agentes tienen un efecto selectivo sobre los tejidos neoplásicos activos, el tejido normal debe ser protegido. Suelen emplearse tres métodos para aplicar la irradiación:

- 1.- Las emanaciones se aplican al área del tumor a distancia.
- 2.- Los agentes radioactivos se implantan dentro del tumor.

3.- Una combinación de ambos métodos, con o sin cirugía.

La radioterapia, administrada por un radioterapeuta competente ha dado muy buenos resultados, ya que la radiación es acumulativa y sus peligros van en aumento. Se emplea en aquellos pacientes en los cuales están contraindicados otros métodos, por lo tanto, esto limita el número de pacientes en los que se emplea la radiación como método de elección.

Cuando se considera necesario el tratamiento generalmente preconizamos la radiación ionizante, o coincidimos con quienes aconsejan dosis mínimas suficientes, para comenzar la involución del hemangioma. La elección del método de radioterapia y del plan de clasificación, desde luego debe individualizarse considerando sitio, espesor y tamaño de la lesión; tratamiento previo, etc.

A nuestro juicio las dosis individuales serán menores, - de una de eritema cutáneo, sea cual sea el tipo de radiación - empleado. Deben de administrarse con intervalos bastante prolongados para permitir la involución muy lenta de la lesión y siempre que sea posible que la lesión reaccione a la dosis previamente administrada. Esto debe hacerse, porque en ocasiones basta una sola exposición para que comience la regresión del hemangioma, que continuará sin tratamiento adicional.

Nunca se justifica administrar dosis excesivamente grandes para causar secuelas graves de radiación. Si las radiaciones son excesivas, causan daño a los tejidos suaves y detienen

el desarrollo tanto de los huesos como de los dientes; por lo tanto el radioterapeuta debe aplicar suficiente radiación para producir la fibrosis, causando el mínimo daño a las otras estructuras.

Las radiaciones externas generalmente pueden aplicarse cumpliendo estos requisitos y es mejor administrarlos en dosis pequeñas en un largo período de tiempo.

Las aplicaciones de radio y Rayos X no se emplean preferentemente en niños, para evitar hasta donde se es posible lesionar los dientes y maxilares en desarrollo.

Creemos que en el tratamiento de los angiomias debe preferirse casi siempre el Radio a los Rayos X por las siguientes razones: mientras que las indicaciones de la Curioterapia son muy extensas, los casos en que se pueden emplear los rayos X con alguna probabilidad de éxito son limitados, y Barjon, que obtiene resultados muy brillantes en el recién nacido, observan que son mucho más aleatorios a partir de los dos o tres años de edad, y que son nulos en el adulto.

Los resultados de la Curioterapia son más constantes. Finalmente, es muy fácil conseguir que un niño tolere un pequeño aparato radifero colocado sobre la lesión y, en cambio, es muy difícil lograr la inmovilidad completa bajo la ampolla de rayos X.

METODOS FISIOTERAPEUTICOS.

LOS RAYOS X.

Los rayos X, suelen emplearse para esterilizar el tumor desde una distancia fuera de la cavidad bucal. Pueden emplearse filtros de aluminio y cobre para proteger los tejidos. Se han diseñado conos intraorales para aumentar la dosis para el tumor y reducir la exposición de los tejidos sanos. El aumento de kilovoltaje del equipo de rayos X, se emplea en la actualidad para reducir efectos secundarios de la irradiación.

EL RADIO.

El radio puede ser aplicado por medio de una bomba extraoral; no siempre es práctico debido al costo de las grandes cantidades de radio que se necesitan en este método.

Preferentemente se emplean "Agujas de Radio o Semillas de Radón. Estas se encierran en oro o platino para reducir la necrosis inmediata a los tejidos y lograr la distribución homogénea de las emanaciones. Es imprescindible un plan cuidadoso de tratamiento por irradiación para obtener una distribución adecuada de los agentes radioactivos y esterilizar el tumor. Deben tenerse en cuenta los tejidos normales vecinos pues reciben parte de las emanaciones. Las áreas irradiadas presentan eritema y la función normal de los tejidos se altera. La tolerancia de la piel a la radiación debe terminarse para evitar -

una lesión grave.

La necrosis del hueso también se presenta después de un tratamiento intenso. La osteoradionecrosis puede complicar la terapéutica por irradiación debida a la interferencia con la nutrición del hueso normal por medio de los agentes radioactivos en presencia de infección. La necrosis progresiva puede abarcar toda la mandíbula, haciendo necesaria la extirpación del sequestro o la resección. Los dientes en el área irradiada deben extirparse antes de iniciarla, para evitar este proceso retrógrado.

Las agujas de Radio, permiten la curipuntura del tejido angiomatoso; se introducen, conteniendo radium o cobalto radioactivo, en la periferia o en el centro del angioma. En total se necesitan 4 ó 5 aplicaciones espaciadas por 2 ó 3 meses. La desaparición del angioma es muy lenta, y continúa largo tiempo después de las aplicaciones.

Muller Roland aprueba la irradiación por contacto con el radium.

El Hemangioma Hipertrófico, por contener vasos más embrionarios la radioterapia es el método de elección pues no hay interrupción en la continuidad de la piel.

Las dosis de las terapias por radiación son aproximadamente de dosis total 900r en 99 días en una superficie de 6 -- por 6 cm., en tres dosis individuales de 300r con intervalos -- después de la primera aplicación de 31 días y de la segunda de 68 días.

La aparente facilidad técnica de los procederes radium --
terápicos, ha puesto de manifiesto, una serie de accidentes y
complicaciones que se refieren a:

- 1.- Lesiones con pérdida de sustancia, que interesa la -
piel y tejidos blandos subyacentes, aparecidas tiem-
po después de las aplicaciones.
- 2.- Lesiones del Sistema Oseo. Detenciones de crecimien
to, depresiones óseas o una osteo-radionecrosis.
- 3.- Las radiolesiones pueden afectar también el Sistema-
Nervioso Central.

En efecto, podríamos asegurar, sin temor a equivocarnos,
que casi todos los accidentes han sido producidos por una inco
rrrecta técnica radiumterápicos. Es verdad que, aún en el no
mento actual, existen diferentes criterios respecto a la forma
más conveniente de aplicar el Radium. Laborde, emplea placas-
esmaltadas de contenido y tamaño variables en angiomias superfi
ciales y agujas para los voluminosos. Mallet y Proux; utili-
zan tubos de gas radium colocados sobre soportes de cera para
los profundos, no emplean las agujas con radium porque dicen -
que presentan el inconveniente, desde el punto de vista físico
de aplicarse con ello dosis locales extremadamente elevadas y-
poco homogéneas comparadas con las que proporcionan los apar-
tos de superficie, para los mismos puntos intratumorales. Ade-
más pueden producir o favorecer la presentación de graves hemo-
rragias.

Para el tratamiento de un hemangioma cavernoso, el radio es eficaz y valioso.

Se efectúa la aplicación superficial con dispositivos - que contienen de 64 a 192 mg. de radio, en 2 ó 4 tubos dispuestos lado a lado en triángulo o cuadrado. La longitud activa, de estos tubos es de 1.6 cm. El filtro, consiste en 0.5 ó 1 mm. de platino, o su equivalente, para proporcionar radiación - gamma a distancia de la piel entre 4.5 y 8.5 mm. según la dosis de profundidad deseada; se administran 800r por intervalos mayores de 2 meses hasta un máximo de 3 sesiones. Ocasionalmente puede darse un 4o. tratamiento, 1 año después de la última aplicación. La terapéutica se suspende tan pronto se manifiesta la resolución en los estudios mensuales de vigilancia.

ROENTGENOTERAPIA.

Se trata de la Roentgenoterapia por contacto de una irradiación a corta distancia de 2 a 4 cm., con una tensión de 50- a 60 Kv., y una infiltración mínima. Se pueden tratar así los hemangiomas de poco espesor, en los que la superficie no excede de 2 cm². Se utiliza por término medio una dosis de 300r - por sesión para una dosis total de 2000r. Logrando así conseguir el aplanamiento, después de la decoloración progresiva de la lesión, cuando se trata de un pequeño angioma de débil espesor. Cuando la lesión ofrece mayor espesor, es más ventajoso actuar con una radiación medianamente penetrante filtrada - -

con 3 milímetros de aluminio.

La roentgenoterapia medianamente penetrante, se hace con una tensión de 50 a 200 Kv. en incidencia rosante, para evitar la irradiación de las estructuras adyacentes. Se dan una o dos sesiones por semana de 100 a 150 r para un total de 700 a 900r. Puede aplicarse una segunda serie 6 meses después.

Ventajas que presenta la roentgenoterapia:

- 1.- Una localización más perfecta de la radiación, que nos permita irradiar ciertos angiomas, situados en regiones especiales, protegiendo tejidos vecinos.
- 2.- Mucho mayor rapidez de las aplicaciones, cuando se trata de niños.
- 3.- Poder administrar la dosis total de un modo fraccionado.
- 4.- Su dosificación es prácticamente perfecta.
- 5.- La irradiación se efectúa de un modo homogéneo.
- 6.- Los resultados cosméticos son más perfectos.
- 7.- No hay temor de lesionar los puntos epificiarios próximos a los hemangiomas.

Se aplican una serie de radiaciones, si el angioma no desaparece se irradia nuevamente dejando transcurrir por lo menos mes y medio o dos meses. Las sucesivas aplicaciones roentgenoterápicas se irán efectuando, por lo general 2 ó 3 co-

no máximo, para los casos de gran extensión, cuando son pequeños con una serie basta.

APLICACION DE RAYOS ULTRAVIOLETAS.

La aplicación de rayos ultravioletas bajo presión por medio de la lámpara de Kromayer enfriada por agua constituye un método terapéutico conservador que a veces tiene gran éxito.

TRATAMIENTO CON TORIO X.

El Torio es un isótopo radiactivo natural del radio. Emite principalmente rayos alfa. Se obtiene en solución alcohólica de potencia variable de 75 a 300 microcuries por cm², para métodos especiales puede obtenerse en un vehículo de pomada o iaca.

El empleo de Torio X es eficaz en enfermedades dérmicas localizadas como el nevus flammeus.

Técnica de aplicación:

- 1.- La zona que va a tratarse se limpia enérgicamente con acetona para quitar los restos superficiales y la grasa.
- 2.- En la solución alcohólica de Torio X, se humedece un palillo aplicador con un poco de algodón en la punta, y se frota sobre la piel. Se deja secar la superficie cutánea y se repite la aplicación 3 ó 4 veces.

- 3.- En los sitios donde es posible, la piel se recubre con colodión flexible que se deja puesto durante 48 horas.
- 4.- Debe observarse al paciente 1 ó 2 semanas, después de apreciar el grado de reacción, que suele consistir en un eritema moderado, seguido de pigmentación. En casos raros se ha observado reacción vesiculopustulosa.
- 5.- La concentración de la solución de Torio X, las aplicaciones por sesión terapéutica y la frecuencia de estas sesiones deben variarse para producir únicamente reacción eritematosa benigna o medrada.

PLAN DE TRATAMIENTO.

En la mancha de vino de Oporto o el navus Flammeus, cuando la lesión está en una superficie descubierta del cuerpo, -- las lesiones tratadas responden sumamente bien por lo cual, no se necesita cosmético especial para cubrirlo, especialmente en las mujeres, sólo el acostumbrado. Otras lesiones sólo siguen alguna mejoría en el color de la lesión o sea que éste disminuye. Y en otras no se consigue nada o el cambio de la lesión es casi nulo. La mancha de vino de oporto puede tratarse lo antes posible, después de que ha hecho su aparición; sin embargo, cuando responde al Torio X puede seguir siendo sensible a este isótopo en cualquier edad.

Aparte de la atrofia mínima en el paciente que ha recibido un número de sesiones terapéuticas, el método no ha producido efectos nocivos. Aplicando como explicamos en lesiones benignas.

El Torio X; por su breve semidesintegración, se aplica fácilmente sin peligro para el paciente y para el operador. El médico debe de usar guantes de hule para no contaminar la piel. La habitación debe de estar bien ventilada por las radiaciones secundarias. Los deshechos, pueden guardarse sin peligro en una lata bien tapada y después de treinta días eliminarlos sin ningún riesgo. Son candidatos a este método, los pacientes de todas las edades, aunque la reacción parece ser mejor en los de menor edad, incluso en lactantes.

La técnica de aplicación es fácil e indolora y basta algo de precaución para evitar todo peligro al paciente y operador. Consiste en aplicar una solución alcohólica de Torio X (150 microcuries por cm^3) a las zonas afectadas, con intervalos de 6 semanas aproximadamente. Por desgracia no hay datos en los cuales fundar el pronóstico en cuanto al grado de reacción. Si la lesión va a mejorar, debe disminuir el color después de 8 ó 10 aplicaciones. Generalmente no vale la pena continuar el tratamiento si la lesión no ha presentado mejoría -- después de 10 ó 12 sesiones.

Según la Clínica Médica de Norteamérica, para estas sesiones, el Torio X es no sólo la más sencilla e inocua, sino que no se ha informado de secuelas cuando se usa de la manera indicada.

CRIOTERAPIA

El hemangioma simple es el menos satisfactorio desde el punto de vista terapéutico, pues sus vasos son los menos embrionarios y para producir una trombosis o destruirlos es preciso dañar la piel. Por consiguiente el empleo de Radio, Rayos X, no tienen utilidad y más bien están contraindicados. - Siendo el Dióxido de Carbono el único método conservador que ha dado resultados favorables, mientras el tumor no haya alcanzado un tamaño considerable.

El tratamiento debe comenzarse con precaución (10 segundos con presión) y se intensifica para alternar el resultado deseado. Esta técnica se utiliza en el nevus flammeus o nevo materno, es decir, sólo en pequeños hemangiomas superficiales capilares.

La crioterapia, utiliza las modificaciones de la estructura del Hemangioma determinados por un frío intenso y por la esclerosis que de él resulta.

La Flictema que resulta de esto debe ser vigilada cuidadosamente. El número de sesiones varía de 4 a 10. Esta técnica está indicada en los angiomas tuberosos poco espesos, -- pues su acción se pierde rápidamente en profundidad.

TRATAMIENTO CON DIOXIDO DE CARBONO SOLIDIFICADO.

El Dióxido de carbono o Nieve Carbónica es la forma de crioterapia útil, si la lesión es muy superficial y la aplicación se hace con cuidado para evitar la ulceración profunda.

Cuando se emplea, la barra de hielo seco no suele mantenerse puesto, más de 10 a 30 segundos, en cada tratamiento; durante este tiempo se ejerce presión ligera o moderada. Estas sesiones pueden repetirse con intervalos de 2 a 8 semanas. Es ilógico usar crioterapia para tratar Hemangiomas cavernosos pues la congelación no afecta los vasos más profundos.

PREPARADOS COSMÉTICOS

El médico especialista ha inventado diversos elementos para
Existen en el mercado, preparados cosméticos especiales,
básicamente pulverizados en la piel y tejido subcutáneo
para cubrir o por lo menos disimular defectos cutáneos, como
son, sobre los vasos que constituyen la lesión. Con un uso
por ejemplo: Maquillaja comprimido, Polvos comprimidos, locio
trazado de trabajo de agujas múltiples,
nas coloreadas en varios tonos, cosméticos especiales como el

"Cover Mark" de Lydia Q'leerly. Pueden aplicarse fácilmente
con algo de experiencia y ocultar bastante bien las lesiones,
o las secuelas de los tratamientos instituidos. Hemangioma --

con un anestésico local. Conway, quien creó la técnica, in-
El Hemangioma simple de mayor tamaño constituye un pro-
blema terapéutico difícil, cualquier método destructivo produ-
cirá un aspecto notado que desde el punto de vista estético-

es más peor que el del Hemangioma no tratado. En los he-
mangiomas extensos en el adulto, es preferible dejarlos sin -
tratamiento e instruir al paciente en el uso de estos cosméti-
cos. El desarrollo y refinamiento de las técnicas angiográfi-
cas ha estimulado la consideración de nuevas métodos de con-

El Nevo Venoso, es incurable; los esfuerzos para su eli-
minación son inútiles, y generalmente Thoma aconseja el uso
de preparados cosméticos para cubrir el defecto.
vas de filiformes, impregnadas por medio, en el conducto princi-

pal de la arteria mayor por donde son llevadas hasta las
áreas de mayor vascularización que existen al Hemangioma. Es-
ta técnica es mostrada en series de arteriogramas y fluoroscó-

PREPARADOS COSMETICOS

Existen en el mercado, preparados cosméticos especiales, para cubrir o por lo menos disimular defectos cutáneos, como por ejemplo: Maquillaje comprimido, Polvos comprimidos, lociones coloreadas en varios tonos, cosméticos especiales como el "Cover Mark" de Lydia O'Leary. Pueden aplicarse fácilmente con algo de experiencia y ocultar bastante bien las lesiones, o las secuelas de los tratamientos instituidos.

El Hemangioma simple de mayor tamaño constituye un problema terapéutico difícil, cualquier método destructivo producirá un aspecto notado que desde el punto de vista estético suele ser peor que el del Hemangioma no tratado. En los hemangiomas extensos en el adulto, es preferible dejarlos sin tratamiento e instruir al paciente en el uso de estos cosméticos.

El Nevo Venoso; es incurable; los esfuerzos para su eliminación son inútiles, y generalmente Thoma aconseja el uso de preparados cosméticos para cubrir el defecto.

TATUAJE

El método consiste en inyectar diversos pigmentos estables (insolubles) pulverizados en la piel y tejido subcutáneo, sobre los vasos que constituyen la lesión. Con un instrumento de tatuaje de agujas múltiples.

Se mezclan de antemano diversos pigmentos para tratar de igualar el color de la piel normal circundante. Los pigmentos se introducen en la piel en el sitio del Hemangioma -- con un anestésico local. Conway, quien creó la técnica, informa de buenos resultados.

TECNICAS ANGIOGRAFICAS

El desarrollo y refinamiento de las técnicas angiográficas ha estimulado la consideración de nuevos métodos de control y eliminación de esas pseudotumoraciones. Una de estas técnicas es la embolización, en la cual se colocan microesferas de silicón, impregnadas por Bario, en el conducto principal de la arteria mayor por donde son llevadas hasta las -- áreas de mayor vascularización que nutren al Hemangioma. Esta técnica es mostrada en serie de arteriogramas y fluoroscopia.

Algunos autores consideran el empleo de dos o más técnicas en un tratamiento, y como más útil el esclerosamiento y posteriormente la cirugía.

INDICACIONES TERAPEUTICAS.

Pensamos que el tratamiento debe instituirse partiendo de los procedimientos menos agresivos aunque más lentos, ya que los radicales involucran frecuentemente grandes porciones de tejidos blandos y duros creando deformaciones subsecuentes condicionadas al tipo, localización y volumen de la lesión. En nuestro concepto, sólo los hemangiomas pequeños, y accesibles quirúrgicamente y que no constituyen un riesgo cosmético postquirúrgico, deben ser intervenidos.

Las indicaciones terapéuticas son difíciles de precisar; algunos hemangiomas pueden igualmente curar por varios métodos:

1.- Los métodos Dermatológicos; reaccionan como campo de acción de los pequeños angiomas de poca profundidad. Se hace necesario un dermatólogo muy experimentado para evitar las dificultades del método, mala cicatrización de la flicte- ma de la crioterapia, la necrosis del angioma. Se le reprocha más a este método, exigir varias sesiones, y muy dolorosas, inconveniente mayor en pequeños pacientes.

2.- Para la mayoría de los angiomas es necesario pensar en las ventajas y los inconvenientes de la Fisioterapia y de la cirugía.

A).- En contra de la cirugía.

Son por una parte al riesgo anestésico y operatorio, si son pequeños no hay problema.

B).- Los inconvenientes de la Fisioterapia:

I.- Los accidentes de la fisioterapia: Todas las complicaciones deben temerse más, cuando más pequeñas son las lesiones, y cuando más rápidamente se multiplica el tejido irradiado.

II.- Todo exceso de irradiación es irremediable, la acción sobre los tejidos es definitiva y se unirá a los efectos de otros rayos recibidos, incluso mucho tiempo más tarde. Es necesario utilizar nada más las dosis mínimas, más bien quedándose por debajo de la dosis necesaria. Efectuar sólo el número restringido de irradiaciones convenientemente espaciadas, proteger cuidadosamente los tejidos vecinos.

C).- Para Bienayne, la fisioterapia presenta otros inconvenientes:

Es escalonamiento del tratamiento de 6 meses a 1 año. - La existencia quizá de cicatrices discrómicas o telangiectásicas; o la persistencia después del tratamiento de un angioma cavernoso, de un tipo de saco cutáneo antiestético que se de-

be retirar quirúrgicamente.

La radioresistencia de algunos angiomas, se observa con más frecuencia en niños que en adultos.

De esta manera, en la elección de la terapia deben considerarse numerosos factores: Localización, dimensión, profundidad del angioma, experiencia personal del Terapeuta, etc. - Para Bienayne, ciertos angiomas son del dominio de la cirugía, especialmente aquellos que asientan en las vecindades de órganos sensibles a las radiaciones.

Los angiomas de los labios se solucionan a menudo con el tratamiento quirúrgico. La elasticidad del labio permite reconstruirlo después de la extirpación de una parte importante en los angiomas subcutáneos-mucosos, que no exigen sacrificio cutáneo o mucoso, la línea de incisión puede disimularse en la línea cutáneomucosa.

Los grandes angiomas que ocupan en ocasiones una importante parte de la cara, deben tratarse por fisioterapia. El tratamiento es largo y difícil pero plásticamente superan al de las grandes extirpaciones e injertos, que son la única solución quirúrgica.

Los angiomas de la lengua; a menudo Hemolinfangiomas - difusos con macroglosia, deben tratarse con cirugía, haciendo

una resección cuneiforme del órgano. La hemostasia se hace con un grueso punto en U que atraviesa la base de este órgano, mejor y más rápido que por la ligadura de la carótida externa.

Los angiomas de la región parotídea. Es posible que invadan la glándula subyacente. La extrema dificultad de la disección del nervio facial nos hace preferir actualmente la fisioterapia.

Los angiomas anterolaterales del cuello, y del piso de la boca. Siendo también en ocasiones Hemolinfangiomas, poco sensibles a las radiaciones, es necesario siempre verificar por un examen otorrinolaringeo, el estado de la laringe y faringe y observar la repercusión respiratoria.

En conclusión, el tratamiento de los angiomas exige la colaboración del cirujano y del fisioterapeuta; gran parte corresponde a la cirugía, que recoge además, los fracasos de los otros métodos.

En investigaciones recientes hechas desde 1962 a 1976, se afirma que la terapia de los hemangiomas de mayor volumen, que no involucren zonas de riesgo, preconizan el empleo de esclerosantes, con o sin cirugía posterior, según los resultados obtenidos. Piensan que el esclerosar un hemangioma previamente tienen las siguientes ventajas: regresión más o me-

nos importante del volumen tumoral, limitación de éste y menor sangrado en el acto quirúrgico si éste se llega a realizar.

El tipo de esclerosante empleado no fue muy importante en los resultados, sin embargo éstos fueron sensiblemente mejores y más rápidos con el Clorhidrolactato de Urea y Quinina y con el Agua Salada Hirviendo.

Como se vió la forma de administración es importante; se sugiere emplear cantidades pequeñas a largo plazo, mejores que mayores cantidades a menor tiempo, por el riesgo importante de necrosis tisular subsecuente, consecutiva a la administración. Conviene recordar la importancia del bloqueo anestésico del área que se va a esclerosar, para que no provoque dolor al enfermo, así como la limitación comprensiva del área durante 3 minutos, como mínimo, para disminuir la posible dilución del esclerosante y evitar la proyección de trombos a otras regiones, arrastrados por la corriente sanguínea lo que constituye en áreas maxilofaciales un excelente procedimiento único o coadyuvante en el manejo de estas lesiones.

En lesiones muy exuberantes, los tratamientos deben de ser variados, utilizando esclerosamientos múltiples, los que deben efectuarse de zona sana a zona enferma; para evitar sangrados importantes de la lesión, ligadura de vasos aferentes;

microembolismos de las arterias que nutren el territorio an-
gimatoso afectado. Si se juzga conveniente, la radioterapia
y la crioterapia pueden ser usados.

CAPITULO X

CONCLUSION

C O N C L U S I O N

He encontrado en este estudio sobre los Hemangiomas, - que son tumores vasculares benignos, pudiendo ser congénitos o adquiridos presentándose a cualquier edad, siendo el primer caso lo más frecuente. Existen como ya vimos hemangiomas de varios tipos y aún una combinación de éstos, según los vasos y las superficies afectadas.

Respecto a su etiología no se ha aclarado aun la causa - que lo origina, siendo el dato más acercado de que son de ten dencia hereditaria, siendo atribuidos a restos embrionarios - aberrantes de tejido sanguíneo en las áreas en las cuales ap rece.

Se presenta con más frecuencia en la raza blanca que en ninguna otra, y el sexo femenino es el predilecto para que es tas lesiones se presenten. Pueden aparecer en todo el cuerpo humano, pero la cabeza y el cuello son sus localizaciones pre dilectas. Su color, varía del azul al color rojo oscuro o -- púrpura, su tamaño y extensión son muy variables. Son dilata ciones vasculares. El estudio radiográfico, es de escaso valor en este tipo de lesiones ya que se confunden con otras -- neoplasias de los tejidos blandos. Existen también lesiones de apar iencia tumoral vascular en los que estas lesiones se -

sistematizan y se complican seriamente con el Sistema Nervioso Central. Su tratamiento es muy variable según su localización, profundidad, tipo, extensión, etc., de las lesiones. El clínico debe de estudiar cuidadosamente todos los factores para así, poder administrar la técnica terapéutica más adecuada según el caso y el paciente.

Siendo el tratamiento más adecuado el investigado en recientes fechas, el tratamiento es con sustancias esclerosantes y auxiliándolo convenientemente con cirugía. Este tratamiento es el que menos riesgo presenta al paciente, aunque es un tratamiento doloroso y molesto.

Su pronóstico general es benigno en cuanto a la vida, teniendo en cuenta sus excepciones raras de las lesiones que experimentan degeneraciones malignas o aquellas en que un traumatismo provoca una hemorragia fatal. Hay que recordar, sin embargo que la piel que recubre todas las formas superficiales e hipertróficas de los angiomas cavernosos, o es aplástica, o ha sufrido atrofiás por compresión. Por ello ni la mejor terapéutica ofrece seguridad contra secuelas de forma de máculas atróficas.

V.A.M.V.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Avellanal Durante.
Diccionario Odontológico
Editorial Buenos Aires, 1955
Pag. 418.
- 2.- Aprile Humberto.
Terapéutica Clínica. Tomo VIII. Vol. I.
1a. Edición. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1958.
Pág. 22.
- 3.- Bernier Joseph L.
Tratamiento de Enfermedades Orales,
2a. Edición, Edit. Bibliográfica Omega.
Pag. 421, 426 a 429, 431, 559, 721, 725 a 728, 758,
765, 768 a 770, 772, 773, 786, 795.
- 4.- Bhaskar, S.N.
Patología Bucal.
2a. Edición. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1974.
Pág. 34, 202, 214 a 216, 290 a 292, 313, 324 a 328,
339, 393, 394.
- 5.- Bienayne Jean.
Tratamiento de los Angiomas Cutáneos en los Niños.
941, No. 23. Edit. Prensa Médica Argentina, 51.
Pág. 941 a 944.
- 6.- Bulletin de la Societe Francaise de Dermatologie et
de Syphilografia. Tomo 71, No. 5, Sept.-Oct.1964. Pa
ris. Pág. 648.
- 7.- Burket, Lester W.
Medicina Bucal. Diagnóstico y Tratamiento.
6a. Edición, Edit. Interamericana
Pág. 119 a 121.
- 8.- C. Alcayaga.
Patología Bucal. Patología, Anatomía y Fisiología.
4a. Edición.
Pág. 779. Capítulo XXXI.

- 9.- Cardenall.
Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas.
3a. Edición, 1950. Edit. Salvat.
Pag. 74, 584.
- 10.- Castañeda Velazco Hermilio.
Pacimientos Congénitos Infantiles.
1a. Edición, 1951. Edit. Interamericana
Pág. 160.
- 11.- Clínicas Médicas de Norteamérica
Enfermedades de la Piel
Edit. Interamericana, 1959.
Pág. 694, 696, 697, 709, 712, 732 a 737.
- 12.- Colyer, J.F.
Patología y Clínicas Odontológicas
1a. Edición, 1930. Edit. Pubul.
Pag. 876, 877.
- 13.- Conn Howard D.P. M.D.
Current Therapy. La Test Approved Methods of Treat-
ment for the Practicing Physician.
1a. Edición, 1978. Edit. W. B. Saunders Company
Pág. 623.
- 14.- Costero Isaac
Manual Didáctico de Anatomía Patológica
Edit. El Libro Perfecto, 1949.
Pag. 746, 748.
- 15.- Davis-Christopher
Tratado de Patología Quirúrgica. Sabiston, Tomo II
10a. Edición. Edit. Interamericana.
Pag. 1190 a 1192, 1199, 1344, 1397 a 1400, 1741.
- 16.- Ewing James
Oncología
1a. Edición, 1948. Salvat. Editores
Pag. 269 a 278, 282.
- 17.- Forgue E.
Manual de Patología Externa, Tomo I
Edit. Espasa Calpe, S.A. 1952
Pag. 490.
- 18.- Gaillard - Nogue
Tratado de Estomatología. Enfermedades Quirúrgicas
de la Boca y de los Maxilares. Vol. VIII.

- Edit. Pubul. Morales Editores.
Pag. 27 a 29, 66, 67, 447, 448.
- 19.- Geschiekter C.H.F. y Copeland M.
Tumores de Huesos.
Edit. Berrenechea, Buenos Aires, 1953
Pag. 416.
- 20.- Grinspan David.
Enfermedades de la Boca. Semiología, Patología, Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal. Tomo I, II,
Edit. Mundi.
Pag. 252, 337, 380, 817, 959, 1007.
- 21.- Harrison y Wintrobe
Medicina Interna
4a. Edición, 1976. Edit. La Prensa Médica Mexicana
Pag. 1449, 1842, 2224, 2225.
- 22.- Herrmann y Morel, C.H.
Tratado de Anatomía Patológica
3a. Edición, 1942. Salvat Editores
Pag. 134 a 137, 170, 171
- 23.- Hoops Howard C.
Patología
1a. Edición. Edit. Interamericana
Pag. 224, 226.
- 24.- Hutchinson A.C.W.
Diagnóstico Radiológico Dental y Bucal
Edit. Mundi, 1954.
Pag. 423, 430.
- 25.- Isola Marcolo B.
Contribución al Estudio de las Ondas Ultracortas en
Odonto-Estomatología.
Edit. Buenos Aires, 1951.
Pag. 82, 83, 89, 401 a 407, 628 a 630, 771, 772.
- 26.- Kranz Peter Paul
Estomatología Clínica
Edit. Pubul, Barcelona 1948
Pag. 339 a 405, 422 a 425
- 27.- Kruger Gustavo
Tratado de Cirugía Bucal
1a. Edición. Edit. Interamericana
Pag. 491, 492, 499.

- 28.- La Escuela Odontológica Alemana
Enfermedades Quirúrgicas de la Boca, Dientes y Maxilares.
Tomo I. Edit. Labor, S.A.
Pág. 504 a 507, 614, 615.
- 29.- Maurel Gerard.
Clínica y Cirugía Maxilo Facial. Tomo II
3a. Edición, 1959. Edit. Alfa, Buenos Aires.
Pág. 776, 777.
- 30.- Mead Sterling V.
Enfermedades de la Boca. Tomo I.
1a. Edición. Edit. Pubul.
Pág. 301, 340.
- 31.- Meyer Wilhelm.
Tratado General de Odonto-Estomatología Clínica.
1a. Edición, 1958. Edit. Alhambra, S.A.
Pág. Tomo I: 353, 361. Tomo II: 730, 741, 748, 750,
759, 760.
- 32.- Miller Samuel Charles.
Diagnóstico y Tratamiento Bucal.
Edit. La Médica, S.A.
Pág. 163 a 165.
- 33.- Mindlin Estela.
Tratado de Radiología y Fisioterapia Bucodental.
2a. Edición, 1945. Edit. Buenos Aires.
Pág. 151, 163, 261 a 263.
- 34.- Mosse, S.A.
Odontología Clínica de Norteamérica. Emergencias de
la Práctica Dental. Serie I. Vol. 2.
Edit. Mundí.
Pág. 242 a 247.
- 35.- Nelson.- Vaughan. Mc Kay.
Tratado de Pediatría. Tomo II
6a. Edición, 1971. Edit. Salvat.
Pág. 763, 1421, 1424, 1478, 1479, 1481, 1489

- 36.- Odontoiatría.
Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca.
Madrid, España. Vol. XVII, 1960, 3194 (2). Dr. -
Larru.
Tratamiento de los Angiomas Tuberosos y Cavernosos.
Pág. 93 a 99.
- 37.- Odontología Clínica de Norteamérica.
Hamilton B.C. Robinson.
Tumores de Regiones Bucales. Serie I. Vol. 3.
Edit. Mundi.
Pág. 39, 40, 42, 51, 52, 63, 64, 78, 79, 88, 89, -
103, 119.
- 38.- Orban Balint. J. y Wentz Frank.
Atlas de Patología Clínica de la Mucosa Bucal
Edit. Mundi, 1957.
Pág. 88, 89.
- 39.- Palacios G. Alberto
Técnicas Quirúrgicas de Cabeza y Cuello
Edit. Interamericana, 1957.
Pág. 93.
- 40.- Pérez Tamayo Ruy. Correa. Arias Stella. Carbonell.
Texto de Patología.
2a. Edición, 1975. Edit. La Prensa Medica Mexicana.
Pág. 665, 668, 842, 860.
- 41.- Pichler Hans. Trauner R.
Cirugía Bucal de los Maxilares. Tomo II.
3a. Edición, 1953. Edit. Labor.
Pág. 222 a 225.
- 42.- Pindborg V.V.
Enfermedades de la Mucosa Oral.
Edit. Salvat, 1874.
Pág. 95, 97.
- 43.- Quiroz Fernando.
Patología Médica Quirúrgica
Imprenta Universitaria, 1973
Pág. 419 a 425.

- 44.- Quiroz Fernando
Patología Bucal
2a. Edición, 1959. Edit. Porrúa, S.A.
Pág. 292, 293.
- 45.- Robins Stanley L.
Tratado de Patología.
3a. Edición, 1968. Edit. Interamericana
Pág. 549, 550, 750.
- 46.- Salermo V. Pedro.
Órgano Oficial del Colegio de Odontología de Venezuela. Venezuela Odontológica. Vol. XXI, Jul. 1957, No. 4. Caso de Hemangioma Capilar del Maxilar Inferior.
Pág. 19, 20, 21, 23 a 26.
- 47.- Salermo V. Pedro.
Revista Odontológica del Circuito de Odontólogos de Paraguay. Asunción. Vol. II, No. 1 y 2, Ene-Ag. 1965. Un Caso de Angioma de la Mejilla.
Pág. 191 a 196.
- 48.- Sánchez Torres and Viñas.
Central Mandibular Hemangioma. Oral Surg. Oral Med. Oral Path. Vol. 37, No. 4, April, 1974.
Pág. 509, 513.
- 49.- Saul Amado.
Lecciones de Dermatología
6a. Edición, 1976. Edit. Francisco Méndez Cervantes
Pág. 258, 259, 261, 262.
- 50.- Schuchardt Karl.
Tratado General de Odonto-Estomatología. Tomo II. - Vol. 3.
Edit. Alhambra, S.A.
Pág. 917 a 923.
- 51.- Schuchardt Karl
Tratado de Estomatología
Edit. Alhambra, S.A. Madrid, España, 1962.
Pág. 217.

- 52.- Sergent Ribadeu.
Tratado de Patología Médica y Terapéutica.
Radiología II.
2a. Edición. Edit. Pubul.
Pág. 3 a 22, 203 a 226, 284 a 291
- 53.- Shafer William G. Hinf Maynard K.
Tratado de Patología Bucal
3a. Edición. Edit. Interamericana
Pág. 85 a 88, 107 a 109, 142 a 146, 160 a 162, -
178, 292 a 296, 589, 642, 693.
- 54.- Shira Robert
Boletín del Colegio de Estomatología de Guatemala
Agosto-Sept. 1968. Año IX, No. 23.
Tratamiento de las Lesiones Benignas de los Tejidos
Blandos de la Cavidad Bucal.
Pág. 29 a 32
- 55.- Stafne Edward C.
Roentgenodiagnóstico Estomatológico
Edit. Labor, S.A.
Pág. 129, 130, 162 a 167, 193, 194.
- 56.- Tenenbaum Leon.
Patología Clínica Periodontológica. Vol. I.
Edit. Mundi.
Pág. 100 a 102.
- 57.- Thoma Kurt H.
Patología Bucal. Tomo II.
2a. Edición. Edit. Hispano-Americana. Unión Topográfica.
Pág. 1007, 1485 a 1487, 1489 a 1492, 1548, 1576, -
1577.
- 58.- THOMA
Patología Oral
Gorlin Robert J. y Goldman Henry M.
Edit. Salvat.
Pág. 616, 753, 754, 758, 931, 932, 934, 959, 960, -
970 a 974.

- 59.- Tiecke Richard W. Stuteville Orion H. y Calandra J.
Pisiopatología Bucal.
1a. Edición. Edit. Interamericana
Pág. 189 a 195, 330.
- 60.- Wuehrmann Arthur H. Manson Hing y Lincoln R.
Radiología Dental.
2a. Edición. Edit. Salvat.
Pág. 388, 391, 396.
- 61.- Zavaleta Diego.
La Prensa Médica Argentina. Vol. 51. 4 Dic. 1954.
No. 23
Pág. 1349 a 1357.