



10/59
Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Iztacala, U. N. A. M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

GRANULOMA INFLAMATORIO
(Caso Clínico)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Enrique Carrillo Moreno

Clínica Acatlán



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.

INDICE.

Págs.

GRANULOMA INFLAMATORIO.

(caso clínico).

CAPITULO I.

GENERALIDADES.

1.- Definición de tumores inflamatorios...	1
2.- Clasificación de tumores inflamatorios.	4
3.- Nomenclatura.....	7
4.- Etiología.....	10
5.- Características clínicas.....	12
6.- Características histológicas.....	15
7.- Patogenia.....	18
8.- Diagnósticos.....	20
9.- Pronóstico.....	24
10.-Plan de tratamiento.....	25
11.-Evolución.....	28

CAPITULO II.

GRANULOMA INFLAMATORIO DE ORIGEN-
INFECCIOSO.

1.- Definición.....	29
2.- Etiología.....	32
3.- Características clínicas.....	34
4.- Patogenia.....	36
5.- Características histológicas.....	38
6.- Diagnóstico.....	40
7.- Procedimiento utilizado en el diagnós- tico (Biopsia).....	41
8.- Plan de tratamiento.....	44
9.- Evolución.....	46

CAPITULO III.

CASO CLINICO DE GRANULOMA INFLAMA
TORIO.

1.- Historia clínica	47
2.- Exámenes de laboratorio.....	61

	Fágs.
3.- Diagnóstico.....	64
4.- Plan de tratamiento.....	65
5.- Intervención quirúrgica.....	66
6.- Medicación postoperatoria.....	74
7.- Evolución.....	77

CAPITULO IV.

ANTECEDENTES DE LESIONES SIMILARES

1.- Historia 2.- Estadística.....	79
-----------------------------------	----

CAPITULO V.

INTERRELACIÓN DE LOS GRANULOMAS - CON LA SALUD GENERAL A NIVEL ESTO- MATOLOGICO.

1.- Repercusiones de la patosis en la salud- general.....	83
--	----

CAPITULO VI

CONCLUSIONES.

1.- Conclusiones generales.....	87
2.- Bibliografía.....	91

INTRODUCCION.

Resulta imprescindible subrayar, la importancia del estudio integral de la cavidad oral, para lograr el diagnóstico precoz de cualquier patología.

Hemos de señalar que el CIRUJANO DENTISTA posee la capacidad de aplicar una terapéutica adecuada ante cualquier tipo de patología oral. Lo que nos lleva a erradicar los temores infundados que abordan al Odontólogo ante la presencia de una neoplasia.

La Patología oral, es una rama de la Odontología sumamente amplia que nos enseña las numerosas y diversas enfermedades que afectan a la boca, en tiéndase tejidos blandos, y a los maxilares, procesos óseos. En esta tesis abordaremos una patología en caso clínico una neoplasia benigna, como lo es el granuloma inflamatorio de origen infeccioso.

Dentro de la clasificación de los tumores de la boca y de los maxilares, uno de los primeros puntos es para los tumores inflamatorios. Entraremos a las generalidades abarcando los diversos aspectos que este tipo de lesiones nos ofrecen. Estableceremos la importancia de la historia clínica para llegar a un diagnóstico de presunción, que posteriormente y por métodos de laboratorio nos darán el diagnóstico definitivo. Enfocaremos pues el tercio del trabajo, a obtener una semblante del caso clínico a estudiar.

Posteriormente y hablando propiamente del granuloma inflamatorio de origen infeccioso que nos ocupa, estudiaremos desde su definición hasta su plan-

de tratamiento con detenimiento. Tocamos los exámenes de laboratorio en forma amplia y detallada por considerarlo uno de los aspectos más importantes en la patología oral.

La casuística será abordada desde un punto de vista clínico en primer término, apoyada por serie-fotográfica, lo que nos dará la secuencia sencilla y práctica ante el caso clínico. (Cabe aquí de antemano ofrecer disculpas por la mala calidad de las fotografías.) Así pues el segundo tercio nos lleva a un conocimiento práctico del caso clínico y su consiguiente evolución.

Para terminar en el último tercio del Trabajo establecemos las repercusiones de la patosis en la salud general, su historia, su estadística y nuestras conclusiones.

GRANULOMA INFLAMATORIO (caso clínico)

CAPITULO I. GENERALIDADES.

1.- DEFINICION.

El granuloma es la forma mas común de tumor inflamatorio dentro de la cavidad oral, exceptuando la exostosis y el torus, hecho por el que algunos autores designan indistintamente los términos, tumor inflamatorio y granuloma. Estas lesiones van a estar asociados generalmente a factores físicos como las irritaciones crónicas y a muchos otros factores. Los granulomas han sido estudiados desde hace mucho tiempo, lo que nos ha dado clasificaciones diversas según cada autor, ya que sus características son muy variadas en cuanto a etiología, localización, aspectos macroscópicos y microscópicos, radiográficos, etc. Posteriormente una sola clasificación será abordada en esta tesis para evitar mayores confusiones.

Histológicamente los granulomas presentan elementos celulares que en distinta proporción para cada caso son a saber:

1.- Elementos angioblásticos. Una gran vascularización con numerosos capilares.

2.- Células inflamatorias. Una acumulación intensa de estas células generalmente de tipo crónico.

3.- Elementos fibroblásticos. Los fibroblastos son característicos de los tumores inflamatorios, pero su número varía cada caso.

Así pues, después de dar una semblanza de algunos de los aspectos más importantes de los granulomas, concluimos en una definición sencilla, que si bien no abarca todos los aspectos que incluyen los granulomas en sus diferentes formas, es con mucho la definición más acertada.

GRANULOMA O TUMOR INFLAMATORIO, ES UNA MASA GRANULOMATOSA COMPUESTA ESENCIALMENTE POR ELEMENTOS INFLAMATORIOS. EL TUMOR PROCEDE DE UNA REACCIÓN INFLAMATORIA LOCALIZADA, ABUNDANTE Y PRODUCTIVA. (1)

Algunos otros autores refieren a este tipo de lesiones como proliferaciones semejantes a tumores de los tejidos blandos y los engloban como tumores benignos de la cavidad oral los cuales comprenden aproximadamente el 20 % de todas las biopsias bucales solicitadas por el facultativo. (2)

Por otro lado se dice que la inflamación granulomatosa es un cuadro morfológico peculiar de reacción inflamatoria que se encuentra en el mecanismo histológico y en el desarrollo del cuadro inflamación-reparación, que puede afectar a cualquier tejido del organismo y en donde se observan algunas variaciones en el cuadro según la etiología. (3)

Otros autores mencionan que la mayoría de las variedades histológicas de tumores que se presentan en otras zonas del organismo y también en la cavidad oral, adoptan un carácter multifactorial.

Algunos de los tumores de la boca no son verdaderos neoplasias, sino pseudoneoplasias o también se les llama hiperplasias localizadas de la encía y de las mucosas.

En ocasiones, una hiperplasia de larga duración, puede perder su carácter de inflamatorio, esto - debido a la disminución gradual de estos elementos y - aunado a la aparición o mejor dicho al aumento de fibras de la colágena pudiendo confundirse en un momento dado con otro tipo de patología como lo sería un fibroma por ejemplo. (4)

2.- CLASIFICACION DE TUMORES INFLAMATORIOS

El objetivo principal que se busca al clasificar cualquier tipo de enfermedad, tanto si la clasificación es debida a deficiencias vitamínicas, enfermedades hormonales, hipoplasias dentales, tumores de la boca, etc., es a saber:

a).- Facilitar una mejor comprensión de las enfermedades consideradas, es decir, comprenderlas someramente mediante la clasificación a que tipo de enfermedad nos enfrentamos, en algunos casos podemos conocer el agente etiológico general para ese tipo de enfermedad, etc.

b).- Subrayar los distintos caracteres de las entidades patológicas, ya que cada una y a beneficio para el diagnóstico presentan como ya se mencionó caracteres distintos y que será base principal para un tratamiento adecuado, y sobre todo:

c).- Simplificar el diagnóstico. Si una clasificación no reúne estos objetivos, el esfuerzo realizado en la memorización se considera realmente mal empleado, por lo que, sería mejor evitar por completo cualquier clasificación.

Por todo lo anterior se dice que una clasificación eficaz debe ser simple, lógica, práctica y fácilmente recordable.

A continuación se transcribe una clasificación que aborda el punto en cuestión y que intenta cumplir con los objetivos señalados:

TUMORES DE LA BOCA Y DE LOS MAXILARES:

1.- Granulomas o Tumores Inflamatorios:

- granuloma gingival -
- épulis fissuratum -
- hiperplasia palatina -
- (seudopapilomatosis) -
- granuloma cavitario -
- pulpoma o pulpa po -
- lipofde
- granuloma periapical -
- hemangiogranuloma -
- gran. reparativo de -
- células gigantes. -
- (épulis)
- granuloma piógeno
- tumor del embarazo.

2.- Fibromatosis gingivales:

- Bolsas de las tuberosida -
- des
- fibrogranulomas múltiples
- fibromatosis químicas (di -
- lantín)
- fibromatosis gingival here -
- ditaria.

3.- Neoplasias benignas:

- Fibroma y fibroma osificante
- papiloma
- hemangioma
- mioblastoma
- condroma
- míxoma.

- 4.- Queratosis: Hiperqueratosis
leucoplasia
líquen plano, etc.
- 5.- Neoplasias malignas: primarias y metastásicas
carcinoma de células escamo-
sas
carcinoma de células basales
leucemia
linfoma
melanoma y otras
- 6.- Neoplasias mixtas: ameloblastoma
tumores mixtos
y otras
- 7.- Enfermedades quísticas de la boca:
quistes radiculares -
del desarrollo.
quistes de retención
y del desarrollo de-
los tejidos blandos.
- 8.- Enfermedades del tejido fibroso:
cementoma
displasia fibrosa
enfermedad fibrosa de -
los maxilares.
enfermedad de Paget -
ósea.

Esta clasificación no es, ni con mucho, la -
mejor ni la mas completa, sin embargo, para los fi -
nes que se persiguen en esta tesis resulta adecuada -
por su simplicidad ya que será mas fácil recordable -
que si se incluye una clasificación mas amplia. (5).

3.- NOMENCLATURA .

El granuloma o tumor inflamatorio como ya se ha mencionado podemos localizarlo en cualquier región del estoma (boca) incluidos por supuesto los dientes y los maxilares así como los tejidos blandos. Refiriéndose en este punto a la terminología empleada para este tipo de lesiones que poseen diversos aspectos, se encuentra gran problema, ya que, cada autor ha tomado su propia iniciativa y por lo tanto, encontramos multitud de nombres o denominaciones que en la mayoría de los casos van relacionados con su localización, razón por la cual se presenta aquí una nomenclatura que abarca varios aspectos. Antes es importante mencionar que otros autores se basan principalmente para la denominación de un granuloma en su contenido histológico, por ejemplo: Un granuloma con alto contenido en tejido fibroso lo llaman fibrogranuloma., o para subrayar su gran vascularización lo llaman hemangiogramuloma sin importar mucho su localización.

Toda esta divergencia en opiniones la encontramos desde la parte mas fundamental el nombre general, algunos le llaman tumores inflamatorios; granulomas inflamatorios; pseudoneoplasias; hiperplasias; épu-lis; neoplasias benignas, etc.

A continuación se transcribe una lista de los nombres mas frecuentes en relación con las distintas localizaciones de los granulomas:

1.- Tejidos de la mucosa. (mucosa bucal, - suelo de la boca, lengua, labios, etc.)

a).- Hiperplasia inflamatoria

b).- Granuloma piógeno

2.- Tejidos gingivales (enca adherente)

a).- Epulis

b).- Hiperplasia alveolar inflamatoria

c).- Granuloma de células gigantes

3.- Tejidos mucobucuales

a).- Tejido redundante

b).- Epulis fissuratum

4.- Tejidos del paladar

a).- Pseudopapilomatosis

b).- Estomatitis de la dentadura

c).- Hiperplasia inflamatoria de la dentadura.

5.- Dientes

a).- En la corona del diente

1. a.) Pulpoma

2. a.) Pulpa Polipoide

3. a.) Granuloma pulpal

b).- En el canal de la pulpa

1. b.) Resorción interna

c).- En el ápice del diente

1. c.) Granuloma periapical.

6.- Alveolo del diente

- a).- Granuloma carnosos
- b).- Granuloma del alveolo
- c).- Epulis granulomatoso

7.- Mandíbula o maxilar

- a).- Granuloma de células gigantes.

Además de esta nomenclatura existen también otras denominaciones como: Hiperplasia fibroepitelial, fibrogranuloma, hemangiogranuloma, etc. Aunque la variada cantidad de nombres señala diferencias específicas ya sea en el aspecto clínico, en la estructura histológica o en la etiología, es de suponerse que produce una gran confusión y frustración en el practicante. (5)

4.- ETIOLOGIA.

La etiología para este tipo de lesiones es -- considerada por la mayoría de los autores como multifactorial, siendo la irritación de tipo crónico el factor esencial, cabe mencionar que este factor se divide en agudo y crónico, este último es prolongado y persistente y peculiarmente dan lugar a la formación de un granuloma dependiendo íntimamente de la naturaleza del agente causal.

La mayor parte de las irritaciones son de naturaleza física, pero en otros casos tendremos a los irritantes bacterianos ó tóxicos como los que se asocian con los dientes infectados, también se mencionan las irritaciones de naturaleza química como ciertos medicamentos utilizados en la terapia de conductos. Por otra parte la presencia de un cuerpo extraño, tales como suturas, esponjas, u otros materiales, aunque no constituyen enfermedades sistémicas podrían ser factores etiológicos desencadenantes de una inflamación granulomatosa crónica y en específico como el autor lo refiere como granuloma por cuerpo extraño.

Se mencionan a los traumatismos como factores coadyudantes, aunque no es la acción traumática aguda la que dará lugar a la formación de un granuloma propiamente, sino que mas bien influirá la acción irritativa del mismo, de pequeño grado generalmente -- para dar lugar a la reacción del organismo.

Ante períodos fisiológicos no patológicos, como el embarazo se ha encontrado que la presencia de los granulomas (gravidarum) es, si nó frecuente lo suficientemente consecutivos para que algunos autores lo ligen específicamente al período, aunado a una in --

inflamación local por infección secundaria, esto no es determinante ya que también se atribuye una etiología ideopática, en muchos casos en que los factores mencionados anteriormente no se hallan presentes.

A continuación se señalan ejemplos relacionados a irritantes en general:

Cálculos

Impactaciones alimenticias

Cámaras de succión de las dentaduras

Rebordes de las dentaduras o prótesis

Cuerpos extraños

Espículas óseas

Oclusión traumática.

(1), (2), (4).

5.- CARACTERISTICAS CLINICAS.

Como anteriormente se mencionó los granulos o tumores inflamatorios son muy variados en cuanto a forma, localización, tamaño, estructura, etc., dependiendo principalmente del agente causal, del lugar que invadan, de su naturaleza histológica, en fin tocáremos en este punto los hallazgos clínicos mas comunes para este tipo de lesiones.

Por su naturaleza inflamatoria son masas tumorales bien circunscritas y generalmente con amplia vascularización principalmente en sus primeros estadios, aunque sus colores son variables, así mismo una característica de enfermedad localizada puede ser la consistencia para estas lesiones puede ser: blanda, firme, semiduro, duro.

El granuloma generalmente es fácilmente observable ya que hace prominencia y la podremos localizar en cualquier región de la boca. En general son de crecimiento lento, en donde se reconocen fácilmente células típicas porque han tenido tiempo de diferenciarse perfectamente, a diferencia de los tumores malignos que suelen dar dificultades en el diagnóstico, otra característica importante es que no son infiltrativos a los tejidos adyacentes, es decir, no producen metástasis, aunque tienden a recidivar cuando su tratamiento no ha sido el adecuado.

Suelen cursar toda su evolución asintomáticos, excepción hecha cuando interfieren con la función o bien tienen infecciones superpuestas o reciben traumatismos, otra característica es que sangran fácilmente cuando se les explora y la hemorragia puede conti-

nuar durante mucho tiempo, en ocasiones esta es la causa de la visita al médico. Por otro lado la superficie de estos tumores es muy variada, muchos son redondeados lisos y sin interrupciones, otros cubiertos con una capa queratinizada adherente de color blanquecina o gris, otros presentan ulceraciones con signos concomitantes de infección y de necrosis hística, otros suelen tener fisuras, grietas o ranuras debido a las estructuras adyacentes como los dientes los rebordes de las dentaduras etc.,.

Ya que la actividad fibroblástica es un componente histológico esencial de todos los granulomas, es de esperar, que el aspecto clínico de estas lesiones dependerá del grado de actividad fibroblástica y de la proporción relativa de inflamación por ejemplo el granuloma reciente suele ser de consistencia blanda, muy rojo o azul rojizo y sangra fácilmente esto se explica por su intensa infiltración inflamatoria, por la rica vascularización y por la escases de tejido fibroso, sin embargo cuando el último aumenta o disminuye la inflamación debido al paso del tiempo, eliminación de la causa etc, el tumor se hace semifirme o duro adquiriendo un color rojo pálido o rosado y la tendencia a la hemorragia disminuye o desaparece.

Radiográficamente hay poco que decir ya que generalmente no se observan, solo cuando poseen elementos calcificados o su actividad fibroblástica es muy intensa, sin embargo siempre está indicado el estudio radiográfico.

Dependiendo de la estructura hística subyacente podemos encontrar lesiones móviles y otras menos móviles o adheridas como serían las que encontramos en el paladar por ejemplo.

Su base puede ser sésil o pediculada dependiendo generalmente de su localización, etiología, etc.

Es importante hacer notar que los hallazgos clínicos de los granulomas de la periferia de los tejidos blandos de la boca varían según cada enfermo, sin embargo, la mayoría mantienen las características generales que se han mencionado.

(1), (4).

6.- CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Como ya se mencionó en el primer punto de este capítulo es frecuente que los componentes histológicos de los granulomas sean diferentes tanto calitativa como cuantitativamente, ello depende de ciertos factores como la etiología, la localización, la superposición de irritaciones e infecciones secundarias y sin lugar a duda de la respuesta diferente de cada organismo, sin embargo estas variaciones histológicas son mas aparentes que importantes, ya que la gran mayoría de los tumores inflamatorios presentan en distinta proporción los siguientes elementos:

A).- Elementos angioblásticos: Una gran vascularización con numerosos capilares, esto es comprensible al recordar que existe un mecanismo o proceso que entra en función cuando el tejido viviente es afectado por un agente lesivo y se le denomina inflamación, que tiene como particularidad aumentar la circulación del lecho vascular y por donde nacen las asas capilares y las redecillas capilares, éstas en los primeros estadios de la injuria a los tejidos conducen mayor flujo sanguíneo, de donde se desprende el porque de las hemorragias frecuentes.

B).- Células inflamatorias: Una acumulación intensa de células inflamatorias crónicas, sobre todo linfocitos y monocitos pero muchas veces hay células plasmáticas o células gigantes de cuerpos extraños e incluso células polimorfonucleares. Los linfocitos son las células que proveen al organismo de sus defensas inmunológicas, por lo que acuden a la lesión para intentar la reparación dividiéndose en dos tipos, linfocitos tipo T y tipo B cuyas funciones son: por un lado -

los de tipo T actúan como células auxiliares en relación con la activación de los linfocitos B para que se conviertan en células plasmáticas y elaboren anticuerpos específicos. Por otro lado el desarrollo de células destructoras que atacarán las células extrañas por contacto directo en las reacciones mediadas por las células.

Los monocitos ante la migración de los polimorfos a través de las paredes de los vasos hacia la lesión, acuden junto con estos o un poco después desde la sangre hacia los tejidos. Los monocitos al entrar en los tejidos se vuelven macrófagos, al principio participan esta actividad con los polimorfos pero por su larga duración en cuanto a vida los hace permanecer en el cuadro porque los polimorfos tienen una vida muy breve.

C).- Elementos fibroblásticos: Los fibroblastos son característicos de los tumores inflamatorios, ya que en la fase de reparación de cualquier lesión requiere que se formen fibroblastos, que en la mayor parte de las zonas se derivan muy probablemente de las células indiferenciadas que están diseminadas a lo largo de los vasos sanguíneos más pequeños (capilares) sintetizan y elaboran colágena para reestablecer en lo más posible las sustancias intercelulares de la zona. Aparecen yemas de capilares nuevos desde los vasos preexistentes para dar el abastecimiento sanguíneo necesario y las membranas epiteliales se regeneran.

La cantidad de tejido fibroso varía para cada tipo de tumor siendo mínimo en algunos y muy grande en otros. La cantidad de tejido fibroso también se ve afectada por el estadio del tumor como ya se mencionó anteriormente.

En algunas ocasiones se han observado indicios de calcificación y focos metaplásicos que se le han atribuido a la evolución de cada lesión en particular. (5), (1).

7.- P A T O G E N I A .

Dependiendo de la etiología de la neoplasia - operará una reacción reparadora del organismo con los consiguientes cambios a nivel histológico. Esta respuesta por lo común se presenta exagerada pero de lenta - evolución, todos estos hallazgos clínicos serán diferentes para cada organismo; sin embargo a pesar de estas variantes, la mayor parte de los granulomas mantienen ciertas características de patogenia del orden - ideopático.

En sus primeros estadios la reparación será normal, pero al continuar el estímulo causal se desencadena el mecanismo ideopático de respuesta exagerada, a lo que el organismo responde por una parte como reacción inflamatoria y lanza elementos angiotóxicos y células inflamatorias principalmente que acuden al sitio para iniciar la reparación. Como ya mencionamos anteriormente en las características clínicas, debido al mecanismo de intensa reacción inflamatoria con rica vascularización y por la relativa escasez de actividad fibroblástica (tejido fibroso) el tumor será blando y rojizo y sangra fácilmente con la evolución cronológica la infiltración de elementos inflamatorios y la densa capilaridad disminuyen en la mayoría de los casos, lógicamente el aspecto clínico cambia aunque esto no es regla para todas las neoplasias de este tipo. Generalmente evolucionan a semifirmes, firmes o duros, de color rojo pálido o rosado y la tendencia a la hemorragia disminuye o desaparece excepción hecha de traumatismos, ulceraciones, infecciones, etc. En estos estadios de estabilización, el curso clínico se torna asintomático, por lo que para el paciente pasa desapercibido, a menos como se ha dicho que interfiera con la función o algún factor superpuesto, razón suficiente pa

ra que el individuo note el problema.

Es importante hacer notar que el crecimiento aunque es lento es persistente y mientras no desaparezca el estímulo causal la evolución continuará.

Algunos tumores desaparecen semanas después de cesar el estímulo causal sin tratamiento específico, es decir, algunos de estos tumores son de carácter reversible íntegramente.

En conclusión se citan brevemente los estadios más frecuentes de este tipo de patosis:

A).- Estadío inicial: Estímulo constante — Mecanismo ideopático de respuesta exagerada — Elementos angioblásticos.
Reacción inflamatoria.

B).- Estadío medio:

Iniciación de la reparación

Evolución cronológica

Cambio del aspecto clínico

Estabilización asintomática.

C).- Estadío final:

caso 1.- Eliminación del estímulo

Algunos casos reversible

caso 2.- Persistencia del estímulo

Evolución lenta continúa.

8.- D I A G N O S T I C O .

PAPEL DE CIRUJANO DENTISTA EN EL DIAGNOSTICO DEL TUMOR ORAL.

Debido a su intervención en el mantenimiento y restauración de la salud, el Cirujano Dentista asume responsabilidad tanto con sus pacientes como con su profesión. Indudablemente una de las actitudes más importantes será la detección diagnóstica precoz de cualquier patología.

Las estadísticas indican que en los Estados Unidos, mueren aproximadamente, unas 250,000 personas de cancer, de ellas cerca de 6,000 se deben al cancer oral, cifra que se reduciría considerablemente si todos los Odontólogos estuviesen familiarizados con la naturaleza de los tumores malignos y principalmente conocer y mantenerse alerta en relación a los signos clínicos que hicieran pensar en una lesión maligna.

El hecho es que muchas lesiones de la boca no se reconocen lo suficientemente precoz, ya sea por error en el diagnóstico, por falta de conocimiento clínico o simplemente por una exploración bucal incompleta o inadecuada. El diagnóstico precoz desempeña un papel importante ya que asegura un pronóstico mucho más favorable que cuando se reconocen en un estado ya evolucionado.

El Cirujano Dentista está o debería estar lo suficientemente capacitado para detectar, diagnosticar y practicar un tratamiento adecuado a las enfermedades tumorales de la boca en general, llámase cualquier agrandamiento o crecimiento anormal ya sea de natura

leza inflamatoria, quística, neoplásica benigna o maligna. Todo Odontólogo ha recibido una instrucción adecuada en las ciencias básicas: Anatomía, Histología, Patología, aunque tal vez el conocimiento en otras regiones del cuerpo no sea tan detallado como un Médico Cirujano es ciertamente mucho más detallado en lo que se refiere a cabeza y cuello, aún más el C.D. recibe preparación en temas relacionados con las ciencias orales especializadas como: Anatomía Oral, Patología Oral, Histología Oral, Radiología Oral, Neoplasias Orales etc. Otra ventaja importante en las cualidades diagnósticas del Odontólogo que se desprende de la misma naturaleza de su ocupación es que se debe mirar, palpar, trabajar sobre y dentro de los tejidos y estructuras de la boca, estos contactos frecuentes e íntimos con la boca de cada enfermo en su práctica médica-odontológica conducen invariablemente a la acumulación de conocimientos, experiencia y habilidad que difícilmente pueden conseguirse a través de otra rama de las ciencias médicas.

Dificultades en el Diagnóstico:

Existen ciertas dificultades peculiares en el diagnóstico que pueden crear problemas y desalientos como:

1.- La gran variedad de tumores: Masas inflamatorias, quistes tumorales, neoplasias benignas y malignas.

2.- Nomenclatura confusa: Las distintas terminologías ayudan a crear confusión alrededor del diagnóstico del tumor, por ejemplo:

El llamado tumor mixto se conoce también como adenoma pleomórfico, fibromixioepitelioma, mixocondroepitelioma.

3.- Aspectos clínicos variables: Un tumor oral puede presentar la infección, por ulceración, necrosis hística, o por su localización que ejerce efectos en su forma como pasar de redondeados a aplanados, - etc.

Ventajas en el Diagnóstico.

1.- Así como existen dificultades también -- hay ventajas que las consideramos mayores a las dificultades lo que compensa estas.

A).- Atención precóz a la lesión por parte del enfermo: Esto se basa en que el paciente suele notar, aunque nó en todos los casos, la presencia de algo anormal aún las más periféricas y es mas consciente de aquellas que interfieren con la función o que se han llegado a traumatizar.

B).- Visualización del tumor: Con la ayuda de una fuente luminosa y con un espejo dental el Cirujano Dentista puede examinar de forma fácil y completa todos los tejidos y repliegues de la boca. De hecho ninguna patología debe escapar a la exploración obteniendo importantes datos clínicos diagnósticos.

C).- Palpación digital: Muchos tumores son alcanzables por el dedo índice o pulgar lo que nos dará datos que contribuirán al diagnóstico. Datos como la consistencia, movilidad, crepitación, rigidez, desempeñan un importante papel.

D).- Facilidad de realización de biopsias: Es con mucho la ventaja mas valorable e informativa del Odontólogo en el diagnóstico por la facilidad de obtener muestras del tejido para realizar un estudio Histológico, ya que la biopsia proporciona en la mayoría de

los casos el diagnóstico definitivo. Es importante hacer notar que siempre estará indicada la biopsia, a pesar de la buena impresión clínica del Cirujano Dentista. -- Cuando los signos hagan pensar en la presencia de un granuloma se deberá extirpar la masa tumoral y observarse microscópicamente.

Quando el diagnóstico clínico es incierto, aunque solo lo sea un poco está indicado realizar una incisión biopsica para su estudio histopatológico. (1).

9.- P R O N O S T I C O .

Los tumores inflamatorios como ya se ha -- mencionado son de naturaleza benigna y definitivamente no poseen potencialidad precancerosa, aunque muchos - pueden fibrosarse, ulcerarse ó infectarse, no se tienen reportes bibliográficos de algún caso que se haya ma - lignizado.

En ocasiones se presentan recidivas que se - deben generalmente a una extirpación incompleta o a la presencia continua del factor etiológico.

El pronóstico se considera desde todos los - puntos de vista favorable en todos los casos de tumo - res de naturaleza inflamatoria, siempre y cuando se - elimine la causa y se lleve a cabo el tratamiento ade - cuado que comprende varios puntos y que en su oportu - nidad se menciona detalladamente. (1), (7), (8).

10.- T R A T A M I E N T O .

Indudablemente el tratamiento en general para los tumores inflamatorios debe llenar ciertos requisitos para obtener el éxito, llámese este a la restauración de las condiciones normales fisiológicas de los pacientes. Por lo tanto un plan de tratamiento deberá -- reunir las siguientes características :

1.- Historia Clínica Médica y Odontológica.- En la mayor parte de los casos, el granuloma es clínicamente visible y se identifica fácilmente por sus características específicas sin embargo, en ocasiones esta supeditado a infecciones o traumatismos superpuestos, por lo que siempre estará indicada una historia clínica general detallada para coadyubar a un diagnóstico definitivo ya que el granuloma se presenta en todas las edades, en ambos sexos, en todas las razas, etc.- Los antecedentes personales y familiares en algunos casos pueden resultar no muy importantes, pero por ejemplo un granuloma gingival interproximal que crezca durante el embarazo se identificará por sí mismo. A un antecedente de diabetes, ya que estos pacientes están predispuestos a desarrollar granulomas gingivales, etc.

2.- Estudio Radiográfico: Como el punto anterior y como auxiliar en el diagnóstico, siempre está indicado el estudio radiográfico, aunque algunos tipos de lesiones no se observaran radiográficamente muchas otras sí, por lo que nos referirá datos que a simple vista no conocemos como sería: calidad del hueso, destrucción o nó de este, dientes involucrados, etc.

3.- Modelos de estudio: Este es un punto que queda a consideración del facultativo en obtenerlos o -

nó, ya que en ocasiones por su localización, tamaño, forma, infecciones, ulceraciones, puedan ser difíciles de obtener. Pero en caso de tenerlos se podrá valorar con mayor exactitud el tamaño, zonas afectadas y planear la intervención.

4.- Exámenes de Laboratorio: Dependiendo del cuadro clínico en algunos casos estarán indicados los exámenes preoperatorios en relación con la química sanguínea, tiempo de coagulación etc. Por otro lado un examen preoperatorio que estará indicado cuando se dude, aunque solo sea un poco, del caso en cuestión es el examen histopatológico, llámese biopsia, que es un método sencillo que nos reportará un diagnóstico definitivo para afrontar con seguridad al tumor.

5.- Tratamiento propiamente: El tratamiento ideal, es decir, el que nos reportará una recuperación fisiológica funcional, psicológica y evolución satisfactoria, deberá dirigirse hacia dos objetivos:

A).- Eliminación de la causa. Es esencial la identificación por todos los medios posibles del agente etiológico, ya que en ocasiones este único tratamiento se sigue muchas veces de la desaparición rápida y total de la masa tumoral o de una considerable reducción de su tamaño.

B).- Extirpación quirúrgica. Casi siempre deberá realizarse la extirpación del granuloma con todas las medidas preventivas de asepsia, instrumental adecuado, etc. Esta intervención deberá ser completa con un buen raspaje hasta zonas sanas para evitar una posible recidiva, situación que suele presentarse al no ser completa la extirpación quirúrgica.

Algunos autores refieren la utilización de la electrocauterización en este tipo de lesiones y que nos puede brindar un mayor margen de seguridad. (1), - (4), (9).

11.- EVOLUCION.

Cuando un tumor inflamatorio ha sido tratado adecuadamente, es decir, eliminando la causa y haciendo un buen trabajo quirúrgico, sabiendo lo que se ha enfrentado y la seguridad en sí mismos, no se deberá dudar de una evolución satisfactoria corroborada por el chequeo periódico que deberá realizarse en los primeros estadios postoperatorios cuando menos una vez por semana y posteriormente las visitas serán de 1 mes 2 meses y así sucesivamente. Sin embargo en algunas ocasiones aún con todas las medidas preventivas adoptadas el tumor recidiva y será conveniente reanalizar detalladamente cual fue el error y realizar un nuevo tratamiento que nos conduzca al éxito definitivo.

Es conveniente en los chequeos periódicos incluir estudios radiográficos analizarlos con respecto a los anteriores y por supuesto la exploración clínica de la zona la cicatrización como ha evolucionado, la técnica de cepillado, el control de placa, etc.

Así en condiciones óptimas la evolución suele ser normal desapareciendo cualquier vestigio de que ahí existió una neoplasia, pseudoneoplasia, tumor benigno, hiperplasia o como guste designarle.

CAPITULO II.

GRANULOMA INFLAMATORIO DE ORIGEN INFECCIOSO.

1.- DEFINICION.

Intentando enfocar este trabajo al caso clínico que se expone posteriormente y una vez habiendo estudiado todos los aspectos generales de este tipo de lesiones, en este capítulo ahondaremos en el granuloma inflamatorio de origen infeccioso, tratando de él y desde todos sus aspectos como una entidad patológica que puede presentarse en la consulta general y que nosotros como Cirujanos Dentistas debemos saber enfrentarlo y controlarlo adecuadamente conociendo su plan de tratamiento específico.

El granuloma de origen infeccioso fundamentalmente es un tumor inflamatorio, tal como lo indica la designación de granuloma, ya que posee características clínicas e histológicas inherentes a otros granulomas, sin embargo presenta caracteres peculiares que de hecho justifican su designación.

En el caso concreto del caso clínico que posteriormente se expone se presenta primero la periodontitis apical crónica, que es una reacción a un agente nocivo leve que emana del conducto radicular que tiene pulpa enferma. Consiste en una infiltración inflamatoria que puede convertirse en un granuloma. En otros casos representa la fase final de un proceso agudo de superación que no ha sido tratado o bien lo ha sido sin éxito.

La mayor parte de los abscesos dentoalveolares son crónicos y se producen por infiltración gradual de células mononucleares, que principia en la membrana periodontal y resulta en la formación de un granuloma que variará en su forma de expresarse dependiendo de factores tales como la edad la resistencia orgánica propia de cada individuo, la infección secundaria por bacterias piógenas, etc. Si el absceso dentoalveolar crónico es la fase final de supuración aguda el paciente reportará antecedentes de inflamación y dolor, en los casos mas comunes en que no ha precedido su puración, la reacción se produce tan lentamente que los síntomas subjetivos, con raras excepciones, faltan completamente. (1), (3), (4).

Otros autores se concretan mas a describir a esta entidad patológica como tal y nó la refieren desde sus inicios se dice también (8) que el granuloma inflamatorio de origen infeccioso o granuloma piógeno es una entidad clínica característica que se origina como respuesta de los tejidos a una infección inespecífica, es común en boca y a veces tiene una evolución alarmante.

De todo lo mencionado anteriormente podemos desprender una definición que abarque todos los aspectos para esta entidad patológica.

ES UN CRECIMIENTO ANORMAL DE TEJIDO CONECTIVO DE TIPO GRANULOMATOSO SEMEJANTE A UN TUMOR, COMPUESTO ESENCIALMENTE POR ELEMENTOS INFLAMATORIOS E INFECCIOSOS DE CARACTER CRONICO, QUE PROCEDE DE LA LOCALIZACION DE UNA REACCION INFLAMATORIA ABUNDANTE Y PRODUCTIVA Y QUE PUEDE TENER UNA EVOLUCION ALARMANTE.

Es conveniente hacer notar que esta definición no fué transcrita de ningún libro, sino que es la deducción de los conceptos que al respecto fueron encontrados.

2.- ETIOLOGIA.

Para un granuloma de origen infeccioso o granuloma piógeno podemos presumir que su agente etiológico va a estar plenamente identificado, lo que nos será de gran ayuda para poder plantear una terapéutica adecuada.

Antes de adentrarnos en el granuloma propiamente debemos examinar la etiología del absceso dentoalveolar crónico que posteriormente inducirá el granuloma. La infección que se efectúa por una pulpitis o por vía sanguínea es causada generalmente por el streptococo viridans, en otros tipos de infección hay aproximadamente la misma flora en la pulpa y en el tejido periapical salvo que las bacterias saprófitas no es tan probable que invadan el área periapical como la pulpa de un diente abierto, todo esto ha sido tema de investigación por muchos autores como Fraser 1973, Broderick 1930, Burket 1938, etc. Así pues un absceso dentoalveolar crónico no tratado o tratado sin éxito va a inducir la formación, a partir de la estimulación celular de los restos epiteliales de Malasez que se encuentran en la membrana periodontal, la respuesta exagerada del organismo expresada en un granuloma, el cual, puede localizarse en la región apical del diente o bien si ya hubo destrucción ósea y fístula con frecuencia podremos encontrarlo en la porción vestibular de la encía con base en la fístula.

(CAP. XII págs. 421, 2, 3. Patología Bucal K.H. - Thoma.) (4).

Esto será un proceso lento y que continuará mientras el factor causal se halle irritando crónicamente y asintóticamente los tejidos.

Por otro lado estudios recientes han hecho pensar y se ha coincidido en que el granuloma piógeno nace como resultado de algún traumatismo pequeño de tejidos, lo que proporciona una vía de entrada a la invasión de microorganismos inespecíficos. Los tejidos responden de manera característica a estos microorganismos de baja virulencia mediante la proliferación abundante de tejido conectivo de tipo vascular. Sin embargo, algunos investigadores piensan que la penetración de los microorganismos en los tejidos no se produce o es despreciable, puesto que solo raras veces es posible comprobar la presencia de microorganismos en la profundidad de la lesión con técnicas tintoriales bacterianas apropiadas. La superficie del granuloma piógeno, en especial en zonas de ulceración abundan colonias típicas de microorganismos saprófitos. Esta reacción histológica reitera el principio biológico bien conocido de que cualquier irritante aplicado al tejido vivo puede actuar de dos maneras, como estímulo o como agente destructor y en ocasiones de las dos maneras. (8).

(CAP. 6 SECCION II págs. 325, 27 Tratado de Patología William G. Shafer.)

4.- CARACTERISTICAS CLINICAS.

Como ya se mencionó en el primer punto el granuloma de origen infeccioso o también llamado granuloma piógeno es fundamentalmente un tumor de tipo inflamatorio, por lo que se comporta como tal, presenta las características clínicas descritas en el primer capítulo inherentes a otros granulomas, sin embargo mantiene también ciertas características que lo distinguen de los demás.

Generalmente es una masa localizada en la porción vestibular de las arcadas, aparece a cualquier edad y no tiene predilección de sexo, representan el 1.8 % de todas las biopsias bucales y se dice que son ligeramente más frecuentes en el maxilar que en la mandíbula y también un poco más frecuentes en la región de dientes anteriores que en la zona de premolares y molares. Se le considera como una lesión que posee un crecimiento lento, elevado de consistencia blanda o semifirme, generalmente son pedunculados o de base ancha, por su gran vascularización principalmente en sus primeros estadios tiene una coloración roja y por esta misma situación tiende a la hemorragia con suma facilidad pudiendo presentar el aspecto de una frambuesa; La lesión está cubierta de un epitelio escamoso estratificado y es frecuente encontrar ulceraciones en parte o en la totalidad de la superficie pudiendo rezumar pequeñas cantidades de material purulento donde parece formarse una membrana piógena, por ello, el granuloma inflamatorio de origen infeccioso adquiere el nombre de granuloma piógeno, sobre todo por la presencia de una infección secundaria dada casi siempre por pequeños traumatismos o al interferir con la función, estos dos aspectos son generalmen

te los que hacen que el paciente se percate de la lesión dentro de su boca ya que, este tipo de lesiones por su carácter de cronicidad cursan asintomáticos.

La superficie de estas lesiones puede ser lisa, lobulada y en ocasiones hasta verrugosa, el granuloma piógeno como ya se ha dicho es de crecimiento lento pero en ocasiones y desconociendo la causa adquiere un crecimiento rápido alcanzando un tamaño definitivo y permanece así por un período indefinido.

Las lesiones varían mucho de tamaño según cada caso en particular y lo podemos considerar entre unos milímetros hasta varios centímetros.

Al estudio radiográfico se observa generalmente como una zona radiolúcida bien delimitada y específicamente en sus primeros estadíos, pero si la lesión ha estado presente en boca mucho tiempo persistirá con un tamaño definido ligeramente alejada del foco inicial con regeneración del trabeculado óseo por lo que el estudio radiográfico en estadíos tardíos de la lesión no nos será de mucha utilidad para el diagnóstico, aspecto que podremos constatar en el capítulo del caso clínico. (1), (3), (4), (9).

3.- P A T O G E N I A .

Todo el mecanismo de patogenicidad será - iniciado por una injuria a la pulpa dental, generalmente por caries de cuarto grado, instrumental de Endo - doncia contaminado, traumatismos, etc. Poco después - de iniciarse la infección de la pulpa dental se produce una reacción en la membrana periodontal en la salida - del conducto pulpar, esto es un esfuerzo para aislar - la infección de los tejidos periapicales, sin embargo, - las bacterias invaden gradualmente esta área produciendo el absceso; Aquí ya tendremos una infiltración densa de leucocitos en la membrana periodontal.

Cuando este proceso tiende a agudizarse, que es lo más común, ya que, la respuesta del organismo es inferior al tipo de ataque que tenemos, se producirá el edema, disolución del hueso alveolar, (proceso - que en niños se produce con mayor facilidad por su - trabeculado esponjoso) el diente estará flojo y sensible. A medida que progresa la enfermedad será invadido y destruido el hueso alveolar el proceso infeccioso se extiende a la zona de menor resistencia que es - precisamente la zona vestibular de las arcadas y produce una vía de escape la llamada fístula que no es - otra cosa que una vía de drenaje del absceso, esta fístula al drenar puede cerrarse y volver a abrirse un tiempo después para volver a drenar dejando atrás la sintomatología por lo que, el paciente lo puede soportar y hasta en ocasiones ni se percata del hecho.

Aquí el aspecto de la reacción orgánica cambia al tener un estímulo persistente es decir, crónico, y entra en acción el mecanismo de inducción de crecimiento ideopático o también llamado agente estimulante de proliferación de células, según estudios recientes -

es probable que el radical sulfhidrilo contenido en las células sea uno de los agentes estimulantes esenciales. Burrows opina que todas las células liberan una sustancia estimulante. Si hay muchas células en un volumen pequeño de tejido y hay una relativa reducción del flujo sanguíneo en la zona, como en la inflamación, la concentración de esta sustancia será elevada y se estimulará el crecimiento. Cuando se alcanza la diferenciación y la maduración, las células se separan ampliamente la concentración de la sustancia desciende y hay poco crecimiento. En el tipo de inflamación que da por resultado la formación del granuloma piógeno, la destrucción de las células del tejido es leve, pero el estímulo para la proliferación del endotelio vascular persiste y ejerce su influencia por un largo período.

Por lo tanto, se formará un tejido de granulación a expensas del hueso alveolar y los fibroblastos que proliferan derivados de la membrana periodontal forman una capsula fibrosa que protege a los espacios medulares de la infección y localiza la lesión a la inmediata vecindad del diente es decir, en ocasiones el granuloma que se ha formado por respuesta del organismo a un estímulo constante puede quedar ubicado en la zona del periápice dental o bien puede seguir proliferando este tejido pseudoneoplásico y utilizar la fístula previamente creada para seguir creciendo y expanderse hacia las mucosas o encía por un mecanismo ideopático de respuesta exagerada. En ocasiones el trabeculado óseo que se destruyó se repara aún con la lesión presente, esto sucede principalmente con lesiones de mucho tiempo de evolución. (1), (3), (4), (7), (10), (11).

5.- CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Histológicamente el granuloma piógeno presenta las características de un granuloma típico que ya se mencionaron en el primer capítulo, además de esto es conveniente hacer notar que va a poseer una gran cantidad de elementos angioblásticos, es decir, numerosos capilares de neoformación esto es generalmente en los primeros estadios del tumor, lo que le dá el aspecto de un hemangiogranuloma (Dícese de ciertos tumores de tipo inflamatorio que así se les llama para hacer notar su gran vascularidad), Estos capilares están dispuestos muy a menudo en islotes o lóbulos aglomerados con tejido conectivo edematoso interpuesto.

El epitelio que lo cubre es del tipo escamoso estratificado, este suele ser delgado y atrófico, pero puede ser hiperplásico. Si la lesión esta ulcerada presenta un exudado fibrinoso de espesor variable sobre la superficie.

Las características mas notables son la presencia de grandes cantidades de espacios vasculares tapizados de endotelio y la proliferación de fibroblastos y células epiteliales brotantes. Por lo común hay un infiltrado moderadamente intenso de células inflamatorias como los leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmocitos, pero este hallazgo variará según la presencia o ausencia de ulceración.

El estroma conectivo es típicamente delgado, aunque con frecuencia se observan fascículos de fibras colágenas que atraviezan la masa del tejido.

Si la lesión no se extirpa por cirugía tempranamente habrá una obliteración gradual de infinidad de capilares y por lo tanto adquirirá un aspecto más pálido en primera y en segunda un aspecto más fibroso con la consiguiente induración del mismo. Esta maduración de elementos del tejido conectivo se produce como manifestación de cicatrización de la lesión.

Desde el punto de vista clínico y microscópico, una lesión antigua puede asemejarse a un pólipo fibroepitelial o hasta un fibroma típico y cabe la posibilidad de que los llamados fibromas intrabucales clásicos sean granulomas piógenos cicatrizados. (1), (8), (10).

6.- D I A G N O S T I C O .

El diagnóstico en este tipo de lesiones si es bien encaminado no representará mayores dificultades, será muy importante como primer punto la elaboración de la historia clínica, donde nos interesará la historia del dolor que haya habido hace meses o incluso años - atrás por la región donde actualmente se manifiesta como un granuloma típico, es decir, indagar el tiempo de evolución de la lesión, así como el motivo de la consulta que puede ser alguna infección secundaria su - perpuesta o alteración en la función, condiciones generales de las piezas dentales.

2.- Realizar un estudio radiográfico para - - ver alguna alteración como disolución de hueso, espacios radiolúcidos, etc. y a pesar de una buena impresión del Cirujano Dentista de la lesión queda indicada la incisión bióptica para un estudio histopatológico el - cual nos corroborará el diagnóstico de presunción y - - nos llevará a un tratamiento adecuado.

7.- PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL - DIAGNOSTICO.

B I O P S I A .

La incisión biópsica es un procedimiento usado para la extirpación de un fragmento vivo de tejido a los efectos de realizar su estudio histopatológico.

Procedimiento de rutina en el diagnóstico de las enfermedades de la mucosa bucal y unicamente por excepción no se realiza. No solo nos permite asegurar el diagnóstico sino que brinda informes como: Grado de diferenciación celular, profundidad de la infiltración si esta se presentara, elementos que intervienen, etc.

En la medicina moderna no se puede prescindir del estudio microscópico óptico para dilucidar o confirmar diagnósticos clínicos y establecer histopatog^{en}ias sobre los diferentes mecanismos productores de enfermedad.

En otras épocas el diagnóstico histológico solo se realizaba para detectar lesiones cancerosas, mientras que en la actualidad dicho estudio se hace extensivo a toda la patología. De aquí que se han establecido nuevas histopatog^{en}ias y fue posible reubicar cuadros mal definidos clínicamente. Entendiendo por histopatog^{en}ia, la sucesión de imágenes histopatológicas que establecen una cinematografía del proceso.

Toda enfermedad se desarrolla primero en niveles subclínicos, metabólicos y encimáticos, los que, alterados dan origen a una serie de reacciones hísticas que modifican el modelo normal de un tejido. To

da enfermedad responde a un mecanismo que demuestra un cambio en la función y morfología de los tejidos dicha alteración se plasma en una imagen microscópica que debe ser interpretada por el histopatólogo.

METODO DE OBTENCION DEL MATERIAL PARA SU ESTUDIO HISTOPATOLOGICO.

Cualquiera que sea el método de obtención del material perseguirá los siguientes objetivos:

- Conservar la morfología celular del material extraído en la incisión.
- No traumatizar ni comprimir la muestra, es preferible comprimir el tejido que se queda ya que se regenerará y la muestra no.
- No deshidratar el tejido obtenido ya que se altera su morfología, es conveniente utilizar una gasa húmeda.
- Pinzar el tejido vecino y no la muestra para no lacerarlo.

1.- Antisepsia local con una medicación suave, como puede ser un antiséptico local o bien una solución fisiológica.

2.- Bloqueo de la zona, este deberá ser regional para no provocar una vasoconstricción en donde efectuaremos la incisión biopsica, ya que podemos incurrir en una hemorragia profusa cuando el paciente ha abandonado el consultorio.

3.- Se efectuará la incisión con cualesquiera de los siguientes implementos:

BISTURI: El corte se hará longitudinal tomando el tejido vecino a la muestra con pinzas.

FORCEP O PINZA SACABOCADO: Esta es una pinza -- que al colocarla sobre la lesión y hacerla incidir por -- sí sola nos dá la muestra a estudiar.

PUNCH ROTATORIO: Este es un nuevo instrumento -- que consiste en un cilindro pequeño afilado en el extre -- mo y que nos brinda muestras ideales en forma de ci -- lindro con un espesor adecuado.

AGUJAS DE GRUESO CALIBRE: Estas son utilizadas -- para obtener muestras de tejido profundo, generalmen -- te es de tipo óseo.

4.- La zona por extirpar puede oscilar entre 2 y 10 mm. o mas en escisiones quirúrgicas.

5.- Colocación del material extraído en una -- solución de líquido fijador que "matará" bruscamente -- al tejido, para permitir la persistencia morfológica de su último instante de vida, generalmente la solución -- empleada universalmente para este tipo de lesiones es -- FORMOL al 10 o 20 %.

6.- En este tipo de incisiones generalmente -- se presentará la hemorragia dada la gran vascularidad que presentan estas lesiones, deberemos combatirla -- primero por medio de compresión con una gasa, si no diera resultado emplearemos materiales coagulantes de tipo comercial como el SPONGOSTAN o como el GEL -- FOAN y suturar la zona siempre que sea posible ya -- que en ocasiones la misma morfología del tumor nos -- puede impedir en no pocas ocasiones el suturar, por -- lo que es aconsejable la compresión como método a pe -- sar de haber empleado elementos coagulantes. (10).

8.- TRATAMIENTO.

Una vez diagnosticado como granuloma inflamatorio de origen infeccioso el tratamiento irá encaminado hacia dos objetivos:

Primero la localización de la pieza dental -- por la que se originó todo el problema, en ocasiones -- esto resulta confuso ya que la lesión en encía vestibular abarca tres piezas dentales y no sabemos a ciencia cierta cual es la causante, o bien los rayos X no son muy convincentes en la apreciación de ápices radiculares y el paciente no nos refiere sintomatología en ninguno de los dientes. Por lo que es necesario un estudio exhaustivo de vitalidad, coloración, sonido, etc., -- para identificarlo y extraerlo ya que el dejarlo aún sin sintomatología implica casi siempre una recidiva de la lesión que en estas patosis es frecuente.

Por otro lado el segundo objetivo consiste -- en la extirpación quirúrgica de la lesión misma que debe llenar todos los requisitos de una intervención y -- considerar que la escisión deberá ser amplia y extenderse hasta zonas sanas de los dientes vecinos. Por lo tanto, al extirpar un granuloma piógeno de la encía, -- siempre se ha de tener gran cuidado en raspar el diente vecino y asegurarse de que no queden cálculos, pues -- to que estos pueden actuar como irritación productora -- de recidiva de la lesión.

El exámen microscópico detenido de esta lesión revelará, casi invariablemente fragmentos de cálculos en la superficie interna de la lesión que estaba -- adosada al diente.

A veces, la lesión recidiva porque no es encapsula y el cirujano puede tener dificultad en determinar sus límites y enuclearla en forma adecuada. Algunas lesiones recidivantes pueden ser ejemplos de un segundo episodio de irritación con reinfección del tejido.

Posteriormente será conveniente la colocación de un apósito quirúrgico del tipo del WONDER PACK, TEN PACK etc., nos inducirá una rápida y aceptable cicatrización.

9.- EVOLUCION.

Siempre que se haya cumplido con todos los requisitos de diagnóstico y plan de tratamiento no se debe tener duda de que la evolución postoperatoria de la lesión cursará normalmente y se comprobará esto con las revisiones periódicas.

La primera revisión será conveniente hacerla a los ocho días después de la intervención siempre que el paciente no nos refiera antes de esta fecha molestias o bien que el apósito quirúrgico se ha caído por lo que se procederá a renovar el apósito, acción que haremos si todo ha ido normal a los ocho días, además checar la cicatrización eliminando tejido de granulación con un isopo o bien con una gasa, se renovará el apósito que deberá permanecer ocho días mas en boca, después de estos días mas reanudar el cepillado normal y las revisiones poco a poco serán con mayor espacio, es decir, al mes dos meses etc.

Sin embargo, se reporta en la literatura que un 16 % de las lesiones recidivan por lo que es de recomendar que todos los estudios y análisis que se hacen por parte del Cirujano Dentista sean con profesionalismo para no llevar en la conciencia que por negligencia el granuloma ha recidivado.

CAPITULO III.

CASO CLINICO DE GRANULOMA INFLAMATORIO DE-
ORIGEN INFECCIOSO.1.- HISTORIA CLINICA MEDICA Y ODONTOLO-
GICA.

Se presentó a consulta el día 7 de noviembre de 1978 una señora de aproximadamente 42 años de edad de condición humilde, trayendo consigo a un pequeño que en este capítulo nos ocupa.

Paciente del sexo masculino con aproximadamente y años de edad, de condición humilde, con su aspecto general normal y con cierto temor al interrogatorio.

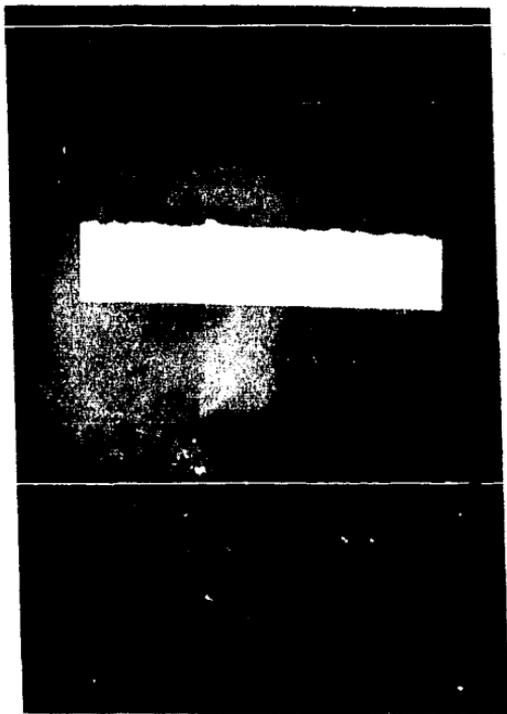
FICHA PERSONAL.

NOMBRE: J. C. P. foto No. 1
 EDAD: 8 años cumplidos
 SEXO: masculino
 FECHA DE NAC. 26 de mayo 1970
 DOMICILIO: Diagonal de San Antonio 1939 altos -
 Z.P. 12
 ESCUELA: Angel Albino Corzo 3er. grado
 PADRE: ----
 MADRE: E. C. P. OCUPACION: sir -
 viente

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

Madre de 45 años con arterioesclerosis, tiene problemas oftálmicos, cataratas en ambos ojos, muy acen -

CASO CLINICO DE GRANULOMA INFLAMATORIO DE ORIGEN -
INFECCIOSO.



Nótese en el contorno inferior de la cara del lado izquierdo del paciente el ligero, aunque notorio abultamiento que se traduce en asimetría facial, esto es debido al granuloma que se localiza en la arcada inferior-zona vestibular.

tuado en el ojo izquierdo de la que fue operada hace - año y medio con recidiva a los 8 meses por lo tanto - tiene disminuída la agudeza visual y usa lentes de alta graduación.

Abuela materna finada a los 34 años por - cáncer en el estómago. Abuelo materno con 65 años - de edad y con buena salud aparente.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Paciente del sexo masculino que presenta - grandes deficiencias higienicas y nutricionales, se ba - ña cada tercer día y en ocasiones solo una vez por se - mana; no ha tenido educación con respecto a la higie - ne oral, nunca se lava los dientes. Su dieta resulta - insuficiente en cantidad y calidad, su desayuno consis - te diariamente en una taza de café o lecho y una pie - za de pan; la comida, solo dos o tres veces a la se - mana come carne, el plato principal son frijoles y tor - tillas y la cena se remite a café o leche y en conta - das ocasiones un huevo.

Presenta gran desgano al estudiar por lo - que frecuentemente es reprendido, es sumamente distr - aído y lleva un promedio muy bajo en sus califica - ciones.

Su habitat es el cuarto número 5 de la azo - tea del edificio ubicado en la colonia Narvarte, donde su madre trabaja como sirvienta. Es un lugar que - si bien no es insalubre, sí presenta muchas deficien - cias como sería: Un solo baño de tipo comunal ya - que satisface a seis cuartos de la azotea, dormitorio y cocina en un solo cuarto, no existen conexiones - apropiadas de agua, etc.

El niño no practica deportes excepto los juegos infantiles que practica con sus vecinos de azotea.

Tiene un hermano de cuatro años de edad -- del mismo sexo, (masculino), el que presenta las mismas condiciones de habitat y también es hijo natural.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Al interrogatorio su madre nos refiere haber sido de un embarazo de nueve meses sin ningún problema y parto normal atendido el 26 de mayo de 1970 en una clínica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

El niño padeció Sarampión a los 6 meses de edad, Tosferina a los 2 años y Varicela a los 7 años. El niño ha sido atendido por el Dr. Julio Rendón con domicilio en casa grandes No. 28 Z.P. 12. El Dr. Rendón nos refirió que se trata de un paciente muy inconstante y que no acata las instrucciones dadas por él, no le han mejorado la dieta, factor importante de frecuentes infecciones estomacales. Su historia clínica nos reporta la última visita hace 4 meses por esta cuestión: Presentaba vómitos, diarrea, fiebre de 38,5 °C. Para lo que le fué administrado Cloramfenicol suspensión, una cucharadita cada 6 horas.

El niño nunca ha sido intervenido quirúrgicamente.

Su madre nos refiere haber visitado al Dentista hace aproximadamente un año porque el niño refería dolor en el cuadrante inferior izquierdo, dándose como diagnóstico un absceso en el primer molar infantil.

APARATOS Y SISTEMAS.

DIGESTIVO.

Se reportan infecciones estomacales frecuentes por mala higiene y mala calidad de la dieta. El tránsito Intestinal en condiciones normales es adecuado, defecta una vez al día y se reporta meteorismo, ningún otro dato de consideración.

CARDIOVASCULAR.

Al interrogatorio no se reporta ningún dato patológico.

RESPIRATORIO.

Respirador bucal desde corta edad, a la inspección de nariz encontramos el tabique nasal desviado que obstruye la correcta circulación del aire, al interrogatorio la madre nos reporta una caída del pequeño a los 10 meses aproximadamente en la que se golpeó la nariz y la frente con la ligera inflamación posterior, no acudió al médico.

GENITO - URINARIO.

No le fué practicada la circuncisión y aunada a la mala higiene general ha padecido infecciones en el pene, que sin ningún tratamiento han desaparecido.

Diuresis normal 2 - 3 veces al día con sus características de color y olor normales.

HEMATOPOYETICO.

Se refieren gingivorragias debido a una gingivitis ligera pero generalizada de las papilas interdentarias por la acumulación de placa bacteriana. Ningún otro problema.

NERVIOSO.

Paciente receptivo pero con cierto temor a nuestros movimientos y acciones, no obstante a la apreciación subjetiva del enfermo durante la consulta lo encontramos sereno, tranquilo sin ningún problema.

INSPECCION GENERAL.

Paciente de 8 años de edad, con 1,30 mts. de estatura y Kg. de peso, aspecto general bueno aunque se nota gordura notamos también cierta asimetría facial que la podemos adjudicar a dos factores, uno es que posee un hábito pernicioso que consiste en recargarse con la mano sobre el dorso facial, y por otro lado el padecimiento actual que consiste en un aumento de volumen de la encía vestibular izquierdo que trataremos ampliamente en su oportunidad. ver foto No. 1

HABITOS PERNICIOSOS.

Posee tres hábitos principales que son:

- A).- Respirador bucal
- B).- Morderse las uñas
- C).- Apoyo frecuente con la palma de la mano en el dorso facial de la cara del lado derecho.

EXAMEN BUCAL.

LABIOS.

Se observan labios no muy grandes, con --- buen detalle y una coloración roja normal, consistencia blanda, notamos agrietamiento debido a una hiperhidrosis a su vez provocada por la resequeadad ocasionada - por la respiración bucal, ninguna patología.

CARRILLOS.

A la inspección encontramos una coloración - rosa no pálido, de consistencia muy blanda, ligeras in - dentaciones en las zonas de dientes posteriores a nivel de los primeros molares permanentes, salida de los - conductos salivales en buenas condiciones.

ENCIA.

Este punto lo pasamos al final del exámen - bucal para enfocar ampliamente la patología.

LENGUA.

Se aprecia grande con buen detalle, presen - cia de saburra en el dorso de esta debido a la mala - higiene oral, por su región ventral existe gran vascu - larización sin ninguna patología, frenillo lingual en po - sición: media.

PISO DE LA BOCA.

Es de consistencia muy blanda, ricamente - vascularizado, salida de los conductos salivales en con - diciones normales, como ya se mencionó el frenillo es - tá en posición media sin ninguna patología existente.

GANGLIOS LINFATICOS.

A la palpación no existe dato patológico, buen volúmen, no dolorosos.

OCLUSION.

Línea media con desviación hacia la izquierda, planos terminales en posición mesial que predisponen a una clase I de angle.

ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR.

A la inspección y palpación clínica de todas las excursiones mandibulares no se aprecia ningún signo de patología.

ENCIA.

Se aprecia ligera inflamación generalizada de las papilas interdentarias con pérdida del puntilleo característico, coloración roja en esta zona y rosa fuerte en el resto de la encía, existe buena zona de encía insertada.

En el cuadrante inferior izquierdo a nivel de molares infantiles observamos un abultamiento paradontal de tipo neoplásico, de forma ovoidea, y a la inspección tienen su base pediculada, el abultamiento es de tamaño considerable ya que abarca desde el fondo de saco vestibular hasta el tercio oclusal a nivel de primero y segundo molares infantiles y el primer molar permanente, como medidas tiene aproximadamente 2 cm. en su diámetro mesio-distal por 1.5 cm. en su porción cervico-oclusal.

Tumor bien circunscrito que a la palpación - se presenta firme indurado, de coloración rosa fuerte - semejante al tejido subyacente presenta movilidad pero se refiere dolor por parte del paciente a la explora - ción se provoca hemorragia focal, pero se refiere que no sangra sin estímulo, no existen signos de ulcera - ción, pero sí se refieren antecedentes de esto, posee - una superficie anfractuosa con grietas discretas, se - torna doloroso a la palpación.

PADECIMIENTO ACTUAL.

El paciente nos reporta alteración en la fun - ción masticatoria y dolor al morder la tumoración.

Al interrogatorio se refiere lo siguiente: Ha - ce un año aproximadamente el niño presentaba dolor - en la zona descrita hecho por el cual la madre lo lle - vo con un Dentista. La madre nos dice en sus propios términos que el niño presentaba una " postemilla " que no era otra cosa que la fistulización de un proceso in - feccioso crónico en el primer molar infantil del lado - izquierdo inferior. El único tratamiento que sugirió el - Dentista fue la administración de antibiótico y analgési - cos por vía oral durante tres días.

El dolor desapareció y al creer que el pro - blema había sido resuelto no se volvió al consultorio.

Aproximadamente cuatro meses después se - empezó a desarrollar el abultamiento en la encía que - seis meses después tiene el tamaño antes descrito.

Esta tumoración durante su crecimiento cur - só totalmente asintomática, hecho por el cual la madre no se había percatado de la patología, sin embargo ha - bía notado en el último período de dos meses desgano -

al comer por dolor referido de esa zona.

Actualmente si no es movida la tumoración - no se reporta sintomatología, pero interfiere en la - - masticación causa principal del dolor cuando se lo --- muerde.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

Al paciente le fueron practicadas dos tipos - de radiografías, las periapicales y la oclusal.

Se observa un buen trabeculado óseo, se - - aprecian las dos denticiones, el primer molar infantil - del lado izquierdo e inferior aparece con una caries de cuarto grado en la porción distal de su cara oclusal y a nivel de furca observamos una zona radiolúcida. El - primer premolar está formando su primer tercio de - raíz así como el segundo premolar, el primer molar - permanente está completo ya erupcionado y sin caries - aparente. No se aprecia en ninguna zona pérdida ósea - y las tablas interdientarias se ven con buen detalle y a buena altura, existe una buena relación corona-raíz, - raíces bien definidas sin problema alguno.

Con respecto al padecimiento actual que nos - ocupa, la tumoración en sí no se aprecia, es radiopa - ca, sin embargo en su porción mas superior a nivel - de caras oclusales de molares infantiles, un poco por - arriba de estas se puede apreciar una ligera banda ra - diolúcida que sigue la trayectoria de la tumoración en - sentido mesio-distal, y nos hace sospechar de calcifi - caciones.

A la proyección radiográfica oclusal la pato - logía no es apreciada en ninguno de sus razgos. ver - foto No. 2

CASO CLINICO DE GRANULOMA INFLAMATORIO DE ORIGEN -
INFECCIOSO.

Foto No. 2



ODONTOGRAMA.

A la inspección detallada de las 23 piezas dentarias existentes en la boca del niño, encontramos un bajo índice de caries, a pesar de la mala higiene oral. Esto fué corroborado al revisar la boca de su hermanito y de su mamá, que no presentaban grandes caries e incluso la madre nos refiere nunca haber visitado al Dentista en sus 45 años de vida y no presenta ausencias dentarias ni molestias.

En el niño se encontró caries de tipo simple, que se lo adjudicamos a la elevada ingestión de carbohidratos aunado a la falta de higiene oral y en el primer molar infantil un proceso infeccioso de tipo crónico que originó el problema.

Las piezas afectadas son como sigue:

Cuadrante superior derecho: E - caries ocluso-mesial -
clase I I

D - caries ocluso-distal -
clase I I

Cuadrante superior izquierdo: 6 - caries ocluso-vestibular
clase I compuesta.

Cuadrante inferior derecho: 6 - caries oclusal clase I

E - caries oclusal clase I

D - caries oclusal clase I

Cuadrante inferior izquierdo: E - caries oclusal clase I

D - caries ocluso-distal -
cl. II

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de presunción a que se llegó después de los signos y síntomas antes descritos, fue el de una neoplasia de tipo benigno con las características de un fibroma, esto claro, a reserva de confirmarse mediante técnicas de laboratorio, que en este caso sería la Biopsia de la lesión preoperatoria.

Además se diagnóstico una gingivitis aunque muy ligera pero generalizada, debida a la acumulación de placa bacteriana y caries de tipo simple sin mayor consideración.

PRONOSTICO.

Dadas las características de la neoplasia que nos refieren benignidad desde todos los aspectos estudiados y a reserva de confirmarse como ya se ha mencionado mediante exámenes de laboratorio se considera favorable, así también para la gingivitis y las caries. Todo esto, claro está, siguiendo el plan de tratamiento que a continuación se especifica.

PLAN DE TRATAMIENTO.

- 1.- Control Personal de placa
- 2.- Técnica de cepillado
- 3.- Tratamiento quirúrgico de la tumoración
- 4.- Eliminación de caries de las piezas dentarias mencionadas.

- 5.- Corrección de hábitos
- 6.- Mantenimiento periódico de la zona intervenida.

2.- EXAMENES DE LABORATORIO.

Como ya se ha mencionado en el primer capítulo, ante una patología oral que no podemos diagnosticar con precisión y aún si así fuera, siempre estará indicada una exploración de laboratorio, que para este caso en particular será la incisión biopsica preoperatoria, con la que conseguiremos saber a que clase de patología nos enfrentamos y terminar de descartar alguna posible malignización de la patosis aunado a la Historia Clínica, Médica y Odontológica y a la observación clínica previamente realizada, para elegir el plan de tratamiento adecuado y tener completa seguridad de la evolución exitosa del caso.

Se citó al paciente el día 10 de Noviembre de 1978 para tomar la muestra por incisión biopsica descrita ampliamente en la página _____.

Se procedió a infiltrar solución anestésica (xylocaína) por bloqueo troncular regional a nivel de la espina de spick, teniendo cuidado de no infiltrar directamente en la tumoración para no causar alteraciones falsas en el tejido, como sería sencillamente una isquemia que nos haría pensar al estudio histopatológico en una fibrosis densa.

La incisión biopsica se hizo con un bisturí No. 3 y hoja 15 en tres zonas distintas de la tumoración, parte superior, parte media y la parte mas baja en el fondo de saco vestibular. Se provocó una hemorragia focal que fué controlada por presión digital con gasa.

Se obtuvieron cinco fragmentos que fueron colocados en una gasa previamente humedecida e inmediatamente después fueron pasados a un frasco que con

tenía una solución de Formol al diez por ciento que actúa como conservador de todas las estructuras existentes en el tejido al momento de su separación, lo que permite al Histopatólogo estudiar posteriormente y sin ninguna alteración cada una de las estructuras del tejido tomado como muestra.

Se remitió al laboratorio de la siguiente forma:

NOMBRE DEL LABORATORIO FECHA 10- XI-78

ASUNTO BIOPSIA DE TUMORACION EN LA ENCIA.
P R E S E N T E.

NOMBRE DEL PACIENTE: JUANITO C. P.
EDAD: 8 AÑOS

DESCRIPCION MACROSCOPICA: Se remiten cinco - - fragmentos tomados por incisión biópsica de un abultamiento paradontal localizado en el cuadrante inferior izquierdo, con un tamaño aproximado de 2.0 X 1.5 cm. - de coloración rosa fuerte, de consistencia firme, con base pediculada, bien circunscrito, móvil, con superficie anfractuosa y agrietada, para su estudio histopatológico.

A F E C T U O S A M E N T E.

ENRIQUE CARRILLO MORENO.

PATOLOGIA
QUIRURGICA

CITOLOGIA
EXFOLIATIVA

L.A.P.C.E., S. A.



83

AV. OAXACA 96

MEXICO 7, D. F.

TELS. 511-69-86, 514-36-83 Y 514-91-36

24-884-78-A
10-XI-78

Sr. Dr. Enrique Carrillo Moreno
Presente.

Resultado del estudio histopatológico del paciente
Juan Castañeda Pavón.

ANTECEDENTES: Edad 8 años

MATERIAL: Biopsia de tumoración de la encía.

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Cinco fragmentos que miden de 0.1 a 0.5 cm. son de color café claro, con hemorragia focal y de consistencia firme.

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

En las secciones estudiadas se observa un epitelio poliestratificado escamoso no córneo, que muestra un marcado adelgazamiento, con excepción de una zona marginal con acantosis y pilomatosis.

Por debajo de dicho epitelio se identifican numerosas formaciones capilares de tamaño pequeño en general uniforme. Estas últimas se encuentran limitadas por un endotelio monocaparicado.

En el estroma conjuntivo laxo hay infiltración difusa de linfocitos, plasmocitos y leucocitos polimorfonucleares neutrófilos.

RESULTADO:

- . GRANULOMA INFLAMATORIO
- . Inflamación aguda y crónica no específica
- . No hay elementos neoplásicos malignos.

Afectuosamente.

MSC/soch

DR. MIGUEL SCHULZ CONTRERAS
DR. VICTOR GAITAN G.

DR. ALFREDO MIRANDA S.
Q.B.F. MA. ESTELA SAMANO DE SIERRA

3.- D I A G N O S T I C O .

El resultado histopatológico nos reportó un diagnóstico de GRANULOMA INFLAMATORIO con inflamación crónica y aguda no específica y lo mas importante es que no se encontraron elementos neoplásicos malignos.

Este diagnóstico real de la lesión nos hizo cambiar el diagnóstico de presunción que se tenía de un Fibroma, también nos dá la confianza y seguridad de que nos encontramos frente a una pseudoneoplasia considerada así por algunos autores y principalmente podemos enfocar un plan de tratamiento que nos llevará con certeza a la evolución exitosa de este caso en particular.

Aquí podemos reiterar el porque de un buen diagnóstico empleando todos los medios a nuestro alcance nos conducirán sin duda alguna a efectuar una Odontología integral que a su vez nos reportará grandes satisfacciones al poder corroborar el éxito que se obtuvo al haber realizado las cosas y valga el dicho " como -
dios manda "

4.- PLAN DE TRATAMIENTO QUIRURGICO.

- 1.- Bloqueo troncular regional.
- 2.- Refuerzo mentoniano.
- 3.- Debridación extensa adyacente a la masa tumoral.
- 4.- Extirpación quirúrgica de la masa.
- 5.- Lavado profuso.
- 6.- Curetaje óseo hasta zonas adyacentes.
- 7.- Lavado profuso.
- 8.- Exploración transoperatoria de las zonas adyacentes.
- 9.- Preparación y colocación del apósito quirúrgico.
- 10.-Reposición del apósito ocho días después.
- 11.-Medicación postoperatoria y cuidados a seguir.

5.- INTERVENCION QUIRURGICA.

Se citó al paciente el día 28 de Noviembre - de 1978 a las 11 horas A.M. cabe hacer notar que no hubo necesidad de administrar tranquilizantes o sedativos preoperatorios dadas las condiciones totalmente - - cooperativas del niño. En algunos tipos de pacientes re - sultará imprescindible hacer uso de estos ya que el - - stress emocional por el temor a la pequeña interven - ción nos puede acarrear problemas.

Primeramente se procedió a la infiltración - de la solución anestésica por bloqueo troncular regio - nal y posterior a esta se bloqueó también el nervio - - mentoniano como refuerzo de la primera. Una vez blo - queado se realizaron pruebas de sensibilidad en toda la extensión de la tumoración así como de las zonas adya - centes obteniendo un resultado negativo.

Se aprisionó la tumoración en su porción - - céntrico-oclusal con unas pinzas Allis cuya parte acti - va consiste en dos garras una en cada brazo y de pe - queño tamaño. Una vez bien sujeto el tumor con un - - mango de bisturí del No. 3 y una hoja montada en es - te del No. 15 se empezó a debridar por las zonas ad - yacentes a la masa tumoral en dirección mesial a dis - tal, a manera de disección se extirpó toda la masa de una sola intención siendo todo el procedimiento casi in - - cruento. Ver foto No. 3 y No. 4

Una vez eliminado el abultamiento parodon - tal se eliminó por debridamiento y reincisión una por - ción tanto distal como mesial adyacente al tumor y ob - - servado como tejido sano.

CASO CLINICO DE GRANULOMA INFLAMATORIO DE ORIGEN -
INFECCIOSO.

Foto No. 3



Se observa el aprisionamiento del tumor con las pinzas de Allis en la -
porción mas inferior del abultamiento.

CASO CLINICO DE GRANULOMA INFLAMATORIO DE ORIGEN -
INFECCIOSO.

Foto No. 4



Se observa la zona ya liberada de la tumoración y nótese la poca cruentad del acto.

Se logró toda la zona que se convirtió en -- una zona cruenta de aproximadamente 5 cm. en senti -- do mesio -- distal y 1.5 cm. en sentido cérvico -- oclu -- sal, se eliminó periostio haciendo un examen transope -- ratorio de las zonas mucosas y óseas adyacentes con -- raspado y curetaje de las mismas evitando así una po -- sible recidiva.

No se descubrieron zonas afectadas como se -- ría la destrucción ósea, metástasis, elementos de ori -- gen sospechoso, etc.

Se efectuó un lavado profuso con una solu -- ción isotónica de cloruro de sodio al 5 % y no se pre -- sentó una hemorragia franca.

Se procedió a la elaboración del apósito qui -- rúrgico, para lo que utilizamos un compuesto a base -- de polvo y líquido el TENPACK. Con consistencia de -- migajón y se colocó abarcando desde el primer molar -- permanente hasta el canino infantil. ver foto No. 5

Cabe hacer notar que la cooperación por par -- te del paciente fué excelente ya que fué un tiempo ope -- ratorio de aproximadamente 35 minutos incluyendo las -- fotografías tomadas y el niño se sentía muy importan -- te.

Una vez con la tumoración en una gasa pre -- viamente humedecida se le tomó la medida exacta que -- nos reveló 2 x 1.2 cm. y fue pasada a un frasco que -- contenía una solución de Formol al diez por ciento que -- como ya mencionamos anteriormente mantiene las con -- diciones existentes en los tejidos después de haber si -- do extirpados de su origen, para que al realizar su es -- tudio histopatológico horas mas tarde se puedan perci -- bir todas las estructuras que componen el tejido. ver -- foto No. 6 y No. 7

El paciente fue despedido sin ninguna complicación ni dolor y dándole las instrucciones siguientes:

CASO CLINICO DE GRANULOMA INFLAMATORIO DE ORIGEN -
INFECCIOSO.

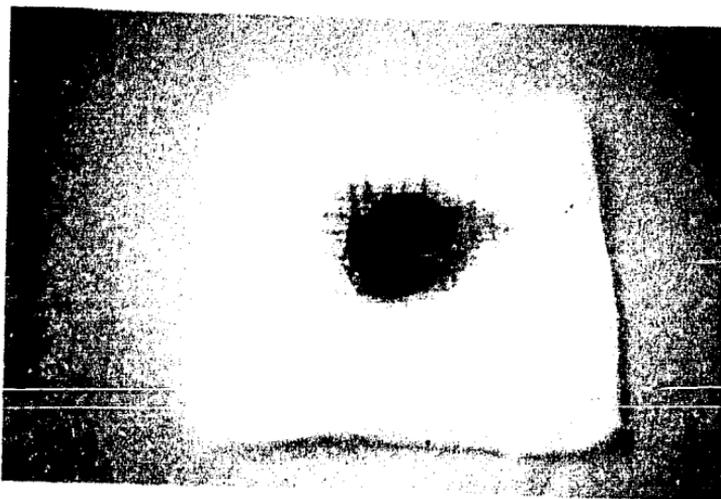
Foto No. 5



Aspecto del apósito quirúrgico, una vez habiendo terminado toda la -
intervención.

CASO CLINICO DE GRANULOMA INFLAMATORIO DE ORIGEN -
INFECCIOSO .

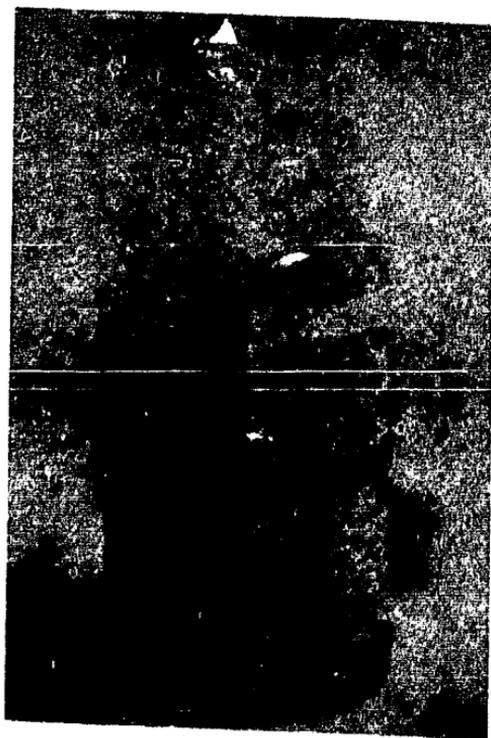
Foto No. 6



Aspecto general de la tumoración minutos después de ser extirpada sobre una gasa humedecida .

CASO CLINICO DE GRANULOMA INFLAMATORIO DE ORIGEN -
INFECCIOSO.

Foto No. 7



Colocación de la tumoración en un frasco que contiene una solución de -
formol al 10 % para conservarlo.

6.- CUIDADOS Y MEDICACION POS - PERATORIA.

Los cuidados mas importantes se encaminan a la higiene, ya que se tenía el antecedente de un paciente sumamente descuidado en su higiene general así como oral. A pesar de haberle enseñado una adecuada técnica de cepillado y su control personal de placa, se le advierte al niño que en el apósito quirúrgico es sumamente fácil la acumulación de detritus alimenticios que aunado a la probable acumulación de placa bacteriana, fácilmente se podría sobrevenir una infección secundaria que complicaría toda la correcta cicatrización y por lo consiguiente toda la evolución exitosa del caso.

Se le recomienda a la mamá no dejarlo comer mucha grasa ni picante ni comida muy condimentada, así como después de cada comida realizar enjuagues profusos con algún antiséptico bucofaríngeo para este caso eligimos la cepacaína por su ligera acción se dante.

Se le recomienda también realizar su técnica de cepillado normal en todo el resto de la cavidad oral y en la zona intervenida nó.

Se le advierte tanto al paciente como a la mamá que el tratamiento no ha terminado aún, ya que se debe continuar con el control de la cicatrización, cambio de apósitos y en este período aprovecharemos para eliminar todas las caries presentes en su boca.

Se citó al paciente ocho días después de la intervención quirúrgica (solo se presentaría antes si el

apósito se desprendiera) para remover el apósito, limpiar el tejido de granulación y recolocar un nuevo apósito quirúrgico.

MEDICACION POSTOPERATORIA.

Siempre se recomienda que después de una intervención quirúrgica cualquiera que sea su tipo, resulta conveniente la administración de antibióticos como profilaxis a una infección secundaria que retardaría la evolución exitosa del caso. En este paciente aunque su intervención no fue demasiado cruenta, por los antecedentes que nos reportó su historia clínica Médica y Odontológica nos hace sospechar que aunque su aspecto general es regordete, presenta grandes deficiencias nutricionales que en algún momento nos podrían repercutir en la evolución de la cicatrización, hecho por el cual se administró una dosis elevada de Penprociclina durante tres días una inyección cada 12 horas.

Por otro lado se recetaron analgésicos en caso de dolor del tipo del Acido Acetil Salicílico. No se estimó conveniente la administración de antiinflamatorios dada la poca cruentad durante la intervención.



AV. OAXACA 96

MEXICO 7, D. F.

TELS. 511-69-86, 514-36-83 Y 514-91-36

26-443-78-A

30-XI-78

Sr. Dr. Enrique Carrillo Moreno
P r e s e n t e .

Resultado del estudio histopatológico del niño:
Juan Castañeda Pavón.

ANTECEDENTES: Paciente de 8 años de edad.

MATERIAL: Tumoración de la cavidad orofaríngea

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

El espécimen pesa 3 gra; mide 2 x 1.2 x 0,8 cm, y es de consistencia firme.

La superficie externa es anfractuosa, de color café claro con zonas de hemorragia.

Al corte, hay un tejido fibroso de color blanco en cuyo seno existen algunas zonas de calcificación que miden de 0,1 a 0,4 cm

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

En las secciones estudiadas se observa un epitelio poliestratificado escamoso no córneo, que muestra un marcado adelgazamiento con excepción de una zona marginal con acantosis y papilomatosis.

Por debajo de dicho epitelio se identifican numerosas formaciones capilares de tamaño pequeño en general uniforme. Estas últimas se encuentran limitadas por un endotelio monoesstratificado.

En el estroma conjuntivo fibroso hay infiltración difusa de - linfocitos, plasmocitos y leucocitos polimorfonucleares neutrófilos, así como áreas de metaplasia ósea y focos de calcificación.

RESULTADO:

- . GRANULOMA INFLAMATORIO CON METAPLASIA ÓSEA Y FOCOS DE CALCIFICACION
- . Inflamación aguda y crónica no específica
- . No hay elementos neoplásicos malignos
- . (Se anexa laminilla)(Tinción H.E.)

Afectuosamente

HSC/asa

DR. MIGUEL SCHULZ CONTRERAS
DR. VICTOR GAJAN G.

DR. ALFREDO MIRANDA S
Q.B.F. MA. ESTELA SAMAHO DE SIERRA

7.- EVOLUCION.

PRIMERA VISITA.

A los primeros ocho días de haber realizado la intervención quirúrgica del granuloma, se presentó el paciente a consulta acompañado de su mamá.

No nos reportan ningún dato anormal de consideración, incluso es importante hacer notar que solo el primer día tomó analgésicos y no hubo inflamación, tal y como se esperaba.

El apósito quirúrgico resistió perfectamente y no hubo necesidad de bloqueo para desprenderlo, su aspecto cambió de blanco a parduzco. Al removerlo encontramos un tejido de reparación o mejor llamado degranulación de color blanquecino que procedimos a limpiar con una gasa humedecida en suero fisiológico y posteriormente lavado profuso.

Al tener completamente la zona intervenida observamos una adecuada cicatrización a pesar de haber provocado ligera hemorragia focal que fácilmente fue cohibida por presión. Se preparó el nuevo apósito también de TEN - PACK y fue llevado a su lugar, se dieron las mismas instrucciones y se citó ocho días después.

SEGUNDA VISITA.

Dieciséis días después de la intervención la evolución sigue con éxito, al remover el apósito observamos una reepitelización total de la zona intervenida, aunque con una coloración mas roja que las zonas adyacentes debido a la revascularización del sitio que ocu-

paba la lesión. Se hizo la limpieza de la zona con gasa humedecida en solución de suero fisiológico y lavado profuso.

Se le recomienda al paciente que inicie el cepillado paulatinamente y suavemente para estimular al tejido a tomar su coloración y aspecto normal.

Se citó al paciente un mes después.

TERCERA VISITA.

Después de aproximadamente un mes y medio de haber practicado la intervención quirúrgica del granuloma, la encía se ha tornado normal y da el aspecto de nunca haber padecido una tumoración.

Se checo el control personal de placa y técnica de cepillado y se citó al paciente mes y medio después.

CUARTA VISITA.

Han pasado ya tres meses y la evolución continúa valga el dicho sobre ruedas, es decir, con éxito, por parte del paciente y de la madre no se reportan ningún problema y se les nota contentos.

QUINTA VISITA.

Esta es la última vez que hemos visto al paciente y corren ya siete meses desde la intervención, a la inspección observamos un panorama excelente, una boca completamente sana, sin caries sin patología, es decir, sin problemas en toda la extensión de la palabra....

CAPITULO IV.

ANTECEDENTES DE LESIONES SIMILARES.

- 1.- HISTORIA.
- 2.- ESTADISTICA.

En este capítulo hablaremos a la par de la historia y la estadística, principalmente porque transcribiremos las experiencias más importantes que se han publicado en relación con el estudio de los granulomas utilizando el método científico.

Los granulomas han sido objeto de estudio desde hace muchos años por distintos investigadores científicos, los cuales han hecho posible conocer sino con toda la certeza que implica un axioma matemático, sí hasta el extremo de conocer con que nos enfrentamos, es decir, conocer la etiología, diagnóstico, plan de tratamiento y todos los aspectos restantes de este tipo de lesiones orales, dándonos por lo general un éxito rotundo en la evolución.

Ya desde el año de 1916 los granulomas eran objeto de observación, THOMA encontró colonias superiores, así también en otro granuloma y en un conducto radicular de un premolar inferior.

WEBER y PESCH, en el año 1927 demostraron la presencia de bacterias por métodos histológicos en un 11 % de 119 granulomas examinados, de estos el 64 % reportaron la existencia de microorganismos después de haber sido sometidos a un examen con métodos bacteriológicos.

En este mismo año de 1927 otro investigador de nombre EULER, también demostró la presencia de microorganismos en los granulomas estudiados por él, subrayando la importancia de los focos infecciosos periapicales en las enfermedades orgánicas.

Por otro lado el investigador FREEMAN - - menciona la frecuente presencia de numerosos cuerpos de Rusell, después de un estudio realizado, en el cual dice que los encontró en el 80 % de los casos tratados, también menciona que podremos encontrar alteraciones de tipo regresivas en el granuloma dental de larga duración. Estas aseveraciones fueron expresadas en el - de 1931 por el investigador citado.

BOYLE en 1934 encontró bacterias intracelulares en un granuloma dental sólido adherido a un tercer - molar inferior que se extrajo a causa del dolor de una semana de duración. Al estudio microscópico reveló la presencia de bacilos Gram positivos y comprobado en una microfotografía de un corte de tejido teñido con colorante de giemsa.

En otro aspecto FOLDI en el año de 1936, - ha descrito la infección tuberculosa observada en un - granuloma de un molar inferior en su raíz, muchos - años antes de aparecer la tuberculosis pulmonar que - tenía un año de duración. Este investigador deduce que el granuloma del diente era una infección secundaria - producida por vía sanguínea.

La producción o mejor llamado inducción de granulomas experimentales en los perros fué realizada por el investigador HILL en el año de 1937 para tratar de determinar si las bacterias son la causa incitante o es el resultado de una invasión secundaria del tejido necrosado. Encontró que los granulomas se forman, bien por infección del conducto radicular con estreptococos o bien por extirpación estéril de la pulpa. En los dientes infectados podían obtenerse bacterias de las áreas de necrosis, mientras que en las raíces no infectadas la reacción sugería que el factor irritante era la acumulación de exudado seroso en el conducto radicular. Por lo tanto, las bacterias que se encuentran en los granulomas de origen infeccioso puede ser el resultado de una invasión secundaria del tejido necrótico que puede provenir del canal radicular o ser de origen hematógeno.

En el año de 1942 ROBINSON hizo notar que los granulomas pueden producirse por vía hematogénea en los ápices de las piezas dentarias, dándonos una pulpitis ascendente para la que sugiere el nombre de pulpitis anacorética. También indicó que los granulomas de origen infeccioso puedan permanecer pequeños durante años, pero ocasionalmente aumentar su tamaño por extensión periférica hasta afectar un área grande de los maxilares para lo que sugiere el nombre de osteítis granulosa.

Posteriormente en el año de 1950 BURSTONE Y LEVY practicaron la inducción experimental de granulomas y apicales. Estos dos investigadores fracturaron los primeros molares inferiores de 20 hamsters que fueron sacrificados con un intervalo de 3 a 186 días, el examen microscópico reveló una reacción inflamatoria periapical después de 8 días y hasta los 23 días se encontró lesiones de tipo granulomatosas in

filtradas profusamente con células inflamatorias en los ápices de los molares, en varias piezas dentales formación de quistes.

Para terminar mencionamos el porcentaje que con respecto a estas lesiones han referido autores como BHASKAR y THOMA recientemente (1974) lo que arroja los siguientes datos:

De las biopsias remitidas por el Odontólogo el granuloma dentario de tipo inflamatorio y de origen infeccioso comprende aproximadamente el 47 % de todas las lesiones periapicales, así mismo, comprende el 1.8 % de todas las biopsias bucales. Se menciona también que es algo más frecuente en las mujeres que en los hombres, aunque a esto se le considera todavía un dato empírico. Se dice que suele presentarse en las tres primeras décadas de la vida, aunque se le ha visto a cualquier edad. Aproximadamente el 75 % de las lesiones afecta la encía y el 25 % restante se distribuye en mejillas, labios, lengua, paladar, pliegue mucobucal, frenillos en orden ascendente de frecuencia.

Las lesiones gingivales son más comunes, -- aunque por poca diferencia, en el maxilar 56 %, que en la mandíbula 44 % se les localiza con más frecuencia en la zona bucal o vestibular que en la superficie lingual y generalmente la parte anterior de los procesos maxilar y mandibular más que las zonas posteriores. Se dice también que con excepción del área lingual correspondiente a los molares inferiores las lesiones aparecen en todas las zonas de la encía. (1), (2), (4), (11), (12), (13).

C A P I T U L O V.

INTERRELACION DE LOS GRANULOMAS CON LA SALUD GENERAL A NIVEL ESTOMATOLOGICO.

1.- REPERCUSIONES DE LA PATOSIS CON LA SALUD GENERAL.

Una vez habiendo conocido todos los aspectos que nos ofrezcan este tipo de lesiones principalmente a este nivel, es decir, bucal resultaba conveniente ampliar esta posición, es decir, no esperar pensar que un granuloma de tipo inflamatorio solo por ser totalmente benigno no pudiese involucrar alteraciones en la salud general. Así pues se adentró en la literatura pasando desde las ediciones mas antiguas hasta las mas modernas, encontrando muy pocos datos de alteraciones a nivel general por lo que se llegó a dos conclusiones específicas las que se señalan a continuación:

A).- Interferencia con la masticación, pro - piamente involucrado el aparato digestivo.

B).- Vía de acceso al organismo, sobre todo por la amplia flora de microorganismos que se encuentran en boca.

Tanto la primera conclusión como la segunda poseen su importancia, por lo que enseguida analizaremos aunque someramente las dos opciones.

A).- Interferencia con la masticación.

Este es un punto que podemos constatar, ya que en esta tesis se presenta el caso clínico con esta-

característica, si recordamos este granuloma alcanzó - tal dimensión que incluso afectó hasta cierto punto la - simetría facial y no presentaba sintomatología excepto - al masticar, por lo que el niño en cuestión evitaba ha - cerlo normalmente y por lo tanto no cumplía con el re - querimiento básico de la trituración de los alimentos, - ya que se sabe que este factor es fundamental para la - estabilidad y el buen funcionamiento del aparato digesti - vo, de aquí que se desprendían las siguientes alteracio - nes del aparato digestivo:

1).- Dificultad a la deglución.

Al no existir una buena masticación y por lo tanto, buena trituación, no se formará adecuadamente - el bolo alimenticio, que si es fácil de deglutir. Por lo tanto, los alimentos son "tragados" en trozos.

2).- Dificultad en el tránsito del esófago.

Como sabemos el esófago es un tubo que po - see movimientos musculares ondulares ó peristálticos, - para ayudar al tránsito del bolo alimenticio que como - su nombre lo indica es un bolo, al no haber sido for - mado este el "bolo" deglutido es irregular debiendo - ser ayudado con líquidos ó bien, una sensación de ato - ramiento.

3).- Mayor producción de jugos gástricos.

Esto es comprensible al pensar que la ac - - ción del jugo gástrico es hablando en términos muy - sencillos desbaratar los compuestos de los alimentos a formas más simples y así puedan ser asimilados. Si - el bolo alimenticio deglutido se recibe en el estómago con los requerimientos de trituración adecuados, el es - tómago tendrá menos problemas que si el bolo alimen -

ticio viene en malas condiciones, con elevada posibilidad de regurgitaciones.

4.- Dificultad en el tránsito intestinal.

Una vez habiendo recibido el bolo alimenticio mal triturado por más que el estómago trabajó, le resultó difícil destruír todos los compuestos alimenticios. Aunado a esto la ingestión de aire en la deglución forzada ocasiona espasmos musculares abdominales traducidos en dolores estomacales y sensación de pesadéz, podremos encontrar también meteorismo, diarreas frecuentes, así mismo estreñimientos por la elevada absorción de líquidos de las heces fecales y para completar el cuadro un tiempo de digestión completa mayor al normal.

B).- Vía de ~~acceso~~ al organismo.

Como sabemos la boca es un lugar ideal para el estadío ó habitat de múltiples formas de microvida, esto es explicable al pensar en un sitio con exigentes, temperatura ideal, 37.5 °C, humedad, comida tres veces al día y en niños y en muchos adultos comida constante, poca frecuencia de lavado y mal hecho, sitios para establecerse sin peligro, los espacios interdentes. Así pues si recordamos que un factor importante para la formación ó existencia de un granuloma de origen infeccioso son las caries profundas, podemos concluir que para cualquier microorganismo patógeno significa una puerta libre de entrada al organismo pudiendo llegar a implantarse, sobre vivir a las defensas orgánicas, crear colonias y dar en un momento dados serios problemas al organismo a nivel de salud general.

Si analizamos un poco todo lo mencionado anteriormente, tanto la conclusión A como la B no requieren de la presencia expresa de un granuloma, ya que una masticación deficiente se puede deber a muchas causas, que no es el caso analizar; Así mismo la vía de entrada al organismo no está sujeta a un granuloma, pero sí podemos establecer que las dos opciones presentadas enfocándolas a la presencia de un granuloma inflamatorio de origen infeccioso repercuten en la salud general desde un nivel estomatológico. (13).

CAPITULO VI.

CONCLUSIONES.

1.- CONCLUSIONES GENERALES.

2.- BIBLIOGRAFIA.

1.- En este último capítulo enfocamos los objetivos generales y específicos que se trazaron al inicio de este trabajo.

A).- Como punto número uno, podemos hacer notar que dentro de las consideraciones generales en el capítulo uno se dió a conocer al lector todo lo que a un granuloma interesa, todos sus aspectos incluyendo su plan de tratamiento obteniendo así una semblanza general de la patología, así mismo subrayando la importancia del estudio integral de la cavidad oral para lograr el diagnóstico precóz de cualquier patología.

B).- Como segundo punto enfocamos la patología hacia el caso clínico a estudiar, analizándolo también desde todos los ángulos posibles obteniendo de este modo una seguridad plena del conocimiento del caso clínico. Cabe mencionar que se hizo especial hincapié en el diagnóstico, al estudiar profundamente la biopsia como método casi imprescindible de laboratorio. Se acrecentó la conciencia de que el tratamiento a cualquier nivel llevado en la manera óptima logra como mérito, mayores horizontes en el campo científico. Así mismo señalar que el Cirujano Dentista posee la capacidad de aplicar una terapéutica adecuada ante cual

quier patología oral conociendo cual es esta, para erradicar los temores infundados que abordan al Odontólogo ante la presencia de una neoplasia.

Por otro lado se dió a conocer al lector un caso clínico que al ser llevado ante una terapéutica -- bien planteada, nos dió como resultado una excelente -- evolución concluyendo aquí en la benignidad que este tipo de patología presenta, el bajo índice de reincidencia bajo un buen plan de tratamiento, la secuencia gráfica de toda la intervención quirúrgica que no implica mayores problemas, que definitivamente es posible evitar ó mejor dicho prevenir estas lesiones con un chequeo periódico de la cavidad oral. Que este tipo de lesiones -- no constituyen un hallazgo moderno, ya que en el capítulo IV se dá a conocer la historia que la bibliografía expresa. Que definitivamente no son muy frecuentes --- con respecto a su estadística aunque pocos en controversia.

Otro aspecto importante es que su interrelación con la salud general es muy pobre ya que lo mencionado en el capítulo V como ya se mencionó puede -- estar dado, por muchas circunstancias, lo que nos dá una patología que afecta más a nivel local ó estomatológico que a nivel general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- (1).- Cap. VII págs. 173-181 Diagnóstico en Patología oral Edward V. Zegarelli.
- (2).- Cap. 15 págs. 307,321-324. Patología Bucal - S. N. Bhaskar.
- (3).- Cap. II págs. 51-53 Patología General Robbins Angell.
- (4).- Cap. XII pásg. 420-442, Cap. XLIV págs.1441-1445 Patología Bucal, Kurt H. Thoma.
- (5).- Cap. 10 págs. 235-260 Tratado de Histología - por Arthur W. Ham.
- (7).- Cap. 23 págs. 438, 439. Tratado de Cirugía Oral Walter C. Guralnick.
- (8).- Cap. 6 sección II págs. 325-327 Tratado de Patología Bucal, William G. Shaffer.
- (9).- Cap. V págs. 116-118 Pathology in Dentistry - Alvin F. Gardner.

- (10).- Cap. XIX págs. 2875-2880 Tomo III Enfermedades de la Boca, David Grinspan.
- (11).- Cap. IX-A Biopsia págs. 417-420 Tomo I Enfermedades de la Boca, David Grinspan.
- (12).- Volumen 2 Número 4 págs. 171-173 Oct-Dic.-1976 Patología Quirúrgica Citología Exfoliativa. Alejandro Villaseñor S.
- (13).- Volumen XXXV Número 4 págs. 382-384 Jul-Ago. 1978 Revista de la Asociación Dental-Mexicana.

2.- BIBLIOGRAFIA .

- A). ANATOMIA HUMANA
Lockart R. D.
Hamilton G. F.
Fyfe F. W.
Ed. Interamericana
México 1973.
- B). ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA
MUCOSA ORAL.
Pindborg Jens Jorgen.
Ed. Salvat.
Barcelona España 1974.
- C). CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL.
Harry Archer.
Philadelphia W. B. Saunders.
U.S.A. 1975.
- D). DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.
Zegarelli V. Edward.
Kuttsher H. Austin.
Hyman George.
Ed. Salvat.
México 1974.
- E). ENFERMEDADES DE LA BOCA, TOMO III.
SEMIOLOGIA, PATOLOGIA CLINICA Y -
TERAPEUTICA DE LA MUCOSA BUCAL.
Grinspan David.
Ed. Mundí.
Argentina 1970.

- F). EMBRIOLOGIA MEDICA.
Cangman Jan.
Ed. Interamericana.
México 1969.
- G). FISILOGIA MEDICA.
Ganong William.
Ed. El manual moderno
México 1976.
- H). HISTOLOGIA Y TECNICA MICROGRAFICA.
Ramón y Cajal S.
Ed. Nacional.
México 1966.
- I). PATOLOGIA BASICA.
Robbins S.L.
Stanley L.
Angell M.
Ed. Interamericana.
México 1973.
- J). PATOLOGIA BUCAL.
Bhaskar S. N.
Ed. El Ateneo
Argentina 1974.
- K). PATHOLOGY IN DENTISTRY
Gardner F. Alvin.
Publisher, Charles C. Thomas
U.S.A. 1968.

- L). PATOLOGIA ORAL
Thoma Kurt Hermann.
Gorlin R. J.
Goldman R. H.
Ed. Hispano-Americana
España 1973.
- M). PERIODONCIA
Pritchard John F.
Ed. Philadelphia Saunders
U.S.A. 1972.
- N). PERIODONCIA DE ORBAN
Grant A. D.
Stern Irving B.
Everett Frank G.
Ed. Interamericana
México 1975.
- O). PERIODONCIA PEDIATRICA
Baer Paul V.
Ed. Philadelphia J. P. Lippincott
U.S.A. 1974.
- P). TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Guralnick C. Walter
Ed. Salvat
España 1971.

- Q).- TRATADO DE HISTOLOGIA.
Ham W. Arthur.
Ed. Interamericana.
México 1974.
- R).- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
Shaffer G. William.
Ed. Interamericana.
México 1977.

T E S I S P R O F E S I O N A L .

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

C I R U J A N O D E N T I S T A .

P R E S E N T A :

ENRIQUE CARRILLO MORENO .