

24/148



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA — U. N. A. M.

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

CARRERA DE ODONTOLOGIA

HEMANGIOMA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
NORMA GONZALEZ GONZALEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

P R O L O G O

La cavidad bucal es tan importante como cualquier otra parte del organismo. Es en la boca donde se observan las primeras manifestaciones de algunas enfermedades.

Dentro de todo la gama de enfermedades están las neoplasias, sin que esto signifique que las demás tengan menor importancia, pero su carácter de enfermedad mortal cuando se le abandona a su propio curso, su etiología todavía obscura, fundamenta su importancia.

Dentro de las neoplasias encontramos a una que es generalmente de origen congénito, asintomático, su naturaleza es benigna, no es muy frecuente y nunca o casi nunca degenera en neoplasia maligna; es el Hemangioma.

El Hemangioma no es peligroso por si mismo, sino por las consecuencias que acarrea el manejo inadecuado del caso y los tratamientos iatrogénicos.

Pudiera ser que estos factores disminuyeran la atención del cirujano dentista hacia el Hemangioma; aunque esto no debe de ser, pues no hay que olvidar su constitución histológica de gran cantidad de vasos sanguíneos que lo hacen frágil ante los traumas y además que se presenta con mayor frecuencia en cara y cuello.

El Hemangioma al crecer produce un agranda---
miento considerable del lugar afectado dificultando
la fonación y masticación; especialmente cuando
afecta la mejilla, la lengua y el labio.

Llega a ser de graves consecuencias cuando se
practica una biopsia o se hace una extracción, -
pues se presenta una hemorragia incontrolable a ni
vel de sillón mental.

Estos motivos representan el interés por el -
tema. El objeto del presente trabajo es el abarcar
cada uno de los diversos aspectos del Hemangioma, -
remarcando que no es peligroso por si mismo sino -
por el manejo inadecuado de los casos.

Esto se pretende lograr mediante la recopilación
de conceptos generales de neoplasias y concep
tos específicos sobre Hemangioma, como definición,
clasificación, métodos de diagnóstico, etc.

Además se incluirá investigación clínica, la-
cual se efectuará en el laboratorio de Histopatolo
gía de la Facultad de Odontología de la Ciudad Uni
versitaria.

Se espera que con la información obtenida se-
dé una evaluación real al Hemangioma para evitar -
problemas tanto a los pacientes como al mismo Ciru
jano Dentista.

T E M A R I O

- I.- Definición de neoplasia.
- II.- Clasificación de neoplasia.
- III.- Aspectos generales de Hemangioma.
 - a).- Definición.
 - b).- Etiología.
 - c).- Características clínicas.
 - d).- Importancia clínica.
- IV.- Clasificación de Hemangioma.
 - A.- Hemangioma capilar.
 - e).- Localización habitual.
 - f).- Edad más común.
 - g).- Sexo predominante.
 - h).- Características clínicas.
 - i).- Características microscópicas.
 - B.- Hemangioma cavernoso.
 - j).- Localización habitual.
 - k).- Edad más común.
 - l).- Sexo.
 - m).- Características clínicas.
 - n).- Características microscópicas.
 - C.- Hemangioma juvenil.
 - ñ).- Localización habitual
 - o).- Edad
 - p).- Sexo

- q).- Características clínicas
- r).- Características microscópicas

D.- Hemangioma oseo.

I.- Hemangioma oseo central

- s).- Localización habitual
- t).- Edad
- u).- Sexo
- v).- Características clínicas
- l w).- Características radiográficas
- x).- Características microscópicas

2.- Hemangioma oseo periferico.

- s').- Localización habitual
- t').- Edad
- u').- Sexo
- v').- Características clínicas
- w').- Características radiográficas
- x').- Características microscópicas

V.- Diagnóstico diferencial de Hemangioma.

- a).- Aneurisma arteriovenoso.
- b).- Nevo
- c).- Quiste dentígero
- d).- Granuloma
- e).- Osteosarcoma

VI.- Métodos más empleados para detectar el Hemangioma.

VII.- Investigación clínica.

VIII.- Tratamiento.

IX.- Conclusiones.

X.- Bibliografía.

HEMANGIOMA.

I.- Definición de Neoplasia.

Es un crecimiento de tejido nuevo sin ninguna función, formado por células derivadas de una que ha sufrido un tipo anormal de diferenciación, debido a la inducción de múltiples causas.

Este proceso se caracteriza por un crecimiento excesivo generalmente rápido y progresivo aún después de que cesa el estímulo que lo produjo, pues no está sujeto a las leyes que gobiernan el crecimiento de los tejidos. 3 6 23 25

II.- Clasificación de Neoplasia.

Teóricamente es posible clasificar a las neoplasias de muchas formas tomando en cuenta diversos factores como: su respuesta a diversos métodos terapéuticos, comportamiento in vitro, etiología, histogénesis y pronóstico. 23

El primero es de gran ayuda para el diagnóstico histológico y citológico, en este caso los nombres de las neoplasias van de acuerdo a el tipo de tejido o células que dan origen y en algunos casos adquieren el nombre del patólogo que las descubre.

El segundo criterio que es el pronóstico, se basa en el comportamiento clínico de las neoplasias y las clasifica en benignas y malignas.

Existen dos factores que intervienen en el pronóstico de las neoplasias y son: el factor intrínseco de malignidad y el factor extrínseco de malignidad.

1.- Factor intrínseco de malignidad.

Son las características de las neoplasias mismas. 23

A).- Neoplasias benignas.

a).- Estructura y diferenciación

Están formadas por células que guardan semejanza casi completa con las células de origen, son bien diferenciadas, aunque puede haber alteraciones submicroscópicas que se presentan como nódulos aislados que no están fijados a la piel o mucosa subyacente, presentan una cápsula de tejido fibroso.

b).- Crecimiento.

Es lento, de manera expansiva, empujando y comprimiendo a los tejidos vecinos, pero sin infiltrarlos.

c).- Metástasis.

Las neoplasias benignas no presentan metástasis.

sis.

B).- Neoplasias malignas.

a).- Estructura y diferenciación.

Están fijos a los tejidos circundantes piel o mucosa subyacentes pueden estar ulcerados e inflamados, pierden toda semejanza con las células normales. 11 25 27

b).- Crecimiento.

Crecen con rapidez o su antecedente es el de un crecimiento con un período de repentina actividad, no están encapsulados e infiltran estructuras vecinas.

c).- Metástasis.

Es característico de las neoplasias malignas que presentan metástasis.

2.- Factores extrínsecos de malignidad. 23

Es el resultado de la interacción entre el huésped y el medio ambiente y abarca los siguientes aspectos:

a).- Sitio.

La localización de la neoplasia es importante, pues puede suceder que sea benigna, pero por encontrarse en un punto anatómico crítico el pronóstico sea desfavorable.

Hay posibilidades de que una neoplasia de tipo maligno se encuentre en un punto anatómico no observable a simple vista y por consiguiente cuando se detecta está en un período avanzado.

Una lesión que se puede diagnosticar oportunamente puede tener mayores posibilidades de tratamiento y un pronóstico favorable.

III.- Aspectos generales de Hemangioma.

A).- Definición de Hemangioma.

El Hemangioma es una lesión relativamente frecuente, formada por gran cantidad de vasos sanguíneos.

Por su aparición espontánea y su lento desarrollo son considerados como un tipo de neoplasia benigna. 27

Pero por tener en algunos casos origen congénito, por tener crecimiento proporcional con el crecimiento general del cuerpo, por permanecer inactiva o desaparecer espontáneamente, también es considerado como Hamartoma. 11 32 34

Es decir como una masa semejante a un tumor que resulta del crecimiento excesivo de tejido normal en su localización habitual. 6

B.- Etiología.

Es desconocida, aunque algunos autores consideran que el origen de los hemangiomas es de tipo-congénito. 25 26

Otros autores los atribuyen a restos embrionarios aberrantes de tejido sanguíneo y linfático en las áreas de las cuales aparecen y según Kruger - tienen tendencia hereditaria. 15 20

C.- Localización.

Su localización generalmente es en: labios, - lengua, piso de boca, mucosa vestibular, piel y - tejido subcutáneo, aunque en ocasiones se presenta en órganos internos como: hígado, bazo y pulmones. 27 34

D.- Aspectos clínicos.

El hemangioma debido a la gran cantidad de vasos sanguíneos que lo componen, adquiere un color-rojo azulado o violáceo. 15

Generalmente son indoloros, palidecen a la - presión, puede presentarse como una lesión circunscrita con un diámetro variable de milímetros a - centímetros, siendo poco elevada o superficial. 17

El hemangioma es un hallazgo incidental, existe en el nacimiento aproximadamente en un 7%, 90%-

se aprecia en el primer año de vida, cerca de 1.5% aparece despues de la edad de 18 años. 27

Muchas veces puede permanecer pequeño e inactivo persistiendo hasta la madurez. 25

El hemangioma generalmente es esintomático a menos que sea traumatizado pudiendo originarse hemorragias significativas e infecciones secundarias.

En ocasiones a causa de su gran tamaño las zonas anatómicas involucradas y las adyacentes así como sus respectivas funciones se ven afectadas.

por ejemplo cuando el hemangioma involucra la lengua, esta puede adquirir características de una macroglosia y por consiguiente afec-a la masticación y la fonación. 6

IV.- Clasificación de Hemangioma.

Los hemangiomas han sido subdivididos en numerosos tipos; sin embargo, los más importantes en lo que respecta a los tejidos bucales, son el hemangioma capilar, el cavernoso, el juvenil y el oseó.

A.- Hemangioma capilar.

Su nombre se debe a que está compuesto por los capilares, cuya mayoría posee un calibre semejante al de los capilares normales.

e).- Localización habitual.

Pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo, aún en órganos internos como hígado, vaso riñón, pero los sitios predilectos son: lengua, mejilla y labios. 6

f).- Edad más común.

El hemangioma capilar se puede manifestar clínicamente a distintas edades, aunque tiende a presentarse con mayor frecuencia en la niñez y en la madurez. 6

g).- Sexo predominante.

Suele presentarse en ambos sexos. 32

h).- Características clínicas.

El hemangioma capilar es una lesión elevada, bien circunscrita y de tamaño variable.

Su superficie es lisa, su consistencia blanca y puede presentar un color azul oscuro, rojizo o púrpura intenso. 6

En algunas ocasiones, al comprimir la lesión puede vaciarse su contenido sanguíneo y manifestar palidez; al retirarse la presión es posible observar el retorno de la sangre nuevamente. 18

En muy raros casos los hemangiomas capilares pueden manifestarse como manchas extensas, planas-

semejantes a mapas de color azul, que cubren zonas extensas de la cara o parte superior del cuerpo. 25

La transformación en una neoplasia maligna es muy rara. Su importancia clínica radica en que pueden experimentar ulceración o infección secundaria hemorragia o defectos estéticos. 25

i).- Características microscópicas.

El hemangioma capilar está compuesto por numerosos capilares pequeños de paredes delgadas revestidos por células endoteliales normales, separados por escaso estroma de tejido conectivo, carecen de cápsula pero están bien limitados.

Los vasos pueden estar ocupados por sangre líquida y pueden presentarse en numerosos racimos o pequeñas prolongaciones digitiformes hacia los espacios tisulares. 29

Clínicamente se ha comprobado que el crecimiento depende de la extensión a planos de menor resistencia y por invasión maligna. 32

Es frecuente que muchos conductos sufran trombosis y algunas zonas presenten organización fibrosa.

B.- Hemangioma cavernoso.

Su nombre se debe a que está constituido principalmente por conductos vasculares voluminosos, -

cuyo calibre es bastante mayor que el de un capilar normal. 5 25 26

j).- Localización habitual.

Pueden presentarse en visceras como: hígado, bazo, páncreas y a veces en el cerebro. pero es más común encontrarlos en lengua, mucosa bucal y labios. 18 25

k).- Edad más común.

Niñez y madurez. 6

l).- Sexo.

Ambos. 6

m).- Características clínicas.

El hemangioma cavernoso clínicamente se presenta como una masa prominente redondeada, cuya consistencia es blanda, su color es rojo o azul y tiene un diametro de 1 a 2 cm. 25

Sus bordes no están bien definidos por lo cual se puede confundir con los tejidos vecinos normales. 12 18

En algunas ocasiones se manifiesta como una placa plana o poco elevada de color azul o púrpura que se extiende por encima de la mucosa o en la parte dorsal de la lengua. (30)

Puede ser pulsátil y al ejercer presión desha-
loja su contenido hemático temporalmente, cambian-
do de coloración y volúmen, para adquirir su aspec-
to original cuando cesa la presión ejercida. 10 -
24

Clínicamente el hemangioma cavernoso es muy -
semejante al hemangioma capilar, su diferenciación
se logra mediante el estudio histológico.

n).- Características microscópicas.

Presenta espacios vasculares de gran calibre,
separados por estroma de tejido conectivo; llenos-
parcial o totalmente por sangre líquida.

Tiende a invadir los tejidos blandos o a des-
truir las estructuras oseas vecinas por compresión. 25

Clínicamente es importante cuando se presenta
en el cerebro pudiendo originar hipertensión in-
tracraneal o hemorragia. Raramente sufre proceso -
de malignización. 25

C.- Hemangioma juvenil.

ñ).- Localización habitual.

Glándula parótida, glándulas salivales subma-
xilares, sublinguales y labios.

o).- Edad.

Pacientes con unos cuantos meses de vida a -
cuatro años.

p).- Sexo.

Femenino. 6

q).- Características clínicas.

Son lesiones de lento crecimiento, de consistencia sólida y de color semejante al de la mucosa normal.

En el caso del hemangioma juvenil de labio, -
se observa un color rojizo. 6

r).- Características microscópicas.

En el caso del hemangioma juvenil de labio, -
se observa al microscopio una infiltración y substitución de la musculatura labial por pequeños vasos sanguíneos, a demás de brotes endoteliales.

En los casos en que se ven afectadas las glándulas salivales, se observa el remplazo e infiltración de los lóbulos glandulares, por vasos sanguíneos revestidos de endotelio. 6

D.- Hemangioma oseo.

I.- Hemangioma oseo central.

Proviene de los vasos sanguíneos de la médula generalmente es de tipo cavernoso; aunque a veces se presenta en forma capilar. 18

8).- Localización habitual.

Se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula. 6

t).- Edad más común.

La edad que es afectada con mayor frecuencia es la segunda década. 27

u).- Sexo.

Femenino. 7.

v).- Características clínicas.

Se manifiesta como una lesión de crecimiento lento y progresivo, generalmente asintomática cuando es pequeño. Pero al crecer puede haber dolor de carácter pulsátil, además aflojamiento de los dientes en la región afectada, asimetría facial y gingivorrágia. 7

w).- Características radiográficas.

Presenta aspecto de panal o de burbujas de jabón; aunque en muchos casos solamente hay radiocluencias mal definidas. Hay resorción de raíces y desplazamiento de dientes, las corticales óseas están adelgazadas y en casos más graves no existen.

x).- Características microscópicas.

Los cortes microscópicos muestran en la médula ósea numerosos capilares llenos de sangre pudiendo ser de tipo capilar o cavernoso. 18 27

2.- Hemangioma oseo periférico.

A partir de los vasos del periostio va proliferando hasta invadir el hueso, trayendo como consecuencia la reabsorción de la cortical y del tejido reticular. 2 18

s').- Localización habitual.

Puede ser en el maxilar o en la mandíbula.

t').- Edad.

Generalmente los pacientes suelen ser jóvenes.

18

u').- Sexo.

Ambos.

v').- Características clínicas.

Son similares a las del Hemangioma oseo central.

w').- Características radiográficas.

Se aprecia una zona irregular de reabsorción.

Esto se observa cuando el hueso está invadido; por tal motivo en su proceso primario es de poca utilidad. (18)

x').- Características Microscópicas.

El hemangioma oseo periférico muestra al microscopio un aspecto similar al del hemangioma oseo central. 27

V.- Diagnóstico diferencial.

a).- Aneurisma arteriovenoso.

"Las fístulas arteriovenosas de los maxilares son raras y pueden ser de tipo congénito o adquirido.

La forma congénita parece estar relacionada con la persistencia de múltiples comunicaciones embrionarias entre los enlaces de arterias y venas.

El tipo adquirido es de origen traumático, generalmente más graves, como hipertrofia y descompensación cardiacas". 27

b).- Nevo.

Son principalmente lesiones pigmentadas de la piel, pero pueden presentarse en la boca.

Etiología congénita y pueden presentarse al nacer o aparecer en el transcurso de la vida.

c).- Granuloma.

Es el resultado final de la inflamación en la región periapical, pueden existir bacterias o haberausencia de ellas, esto depende del agente etiológico que puede ser el caso de un golpe o calentamiento del fresado o de un tratamiento endodóntico mal efectuado.

d).- Quiste dentífero.

Es el más frecuente y fácil de reconocer, - su localización más frecuente es la misma que la - del quiste residual.

Etiología. A expensas del folículo dentario o del órgano del esmalte puro a diferencia del - quiste primordial y multibular, este quiste se forma después de que ha habido formación de tejidos - duros dentarios.

VI.- Métodos de diagnóstico más empleados para detectar el hemangioma.

Basicamente el método más empleado para diagnosticar el hemangioma es la historia clínica; - pues este método nos proporciona datos de mucho valor, tanto en el interrogatorio como en la exploración física.

Pues podemos saber lo siguiente; fecha de aparición, tiempo de evolución, antecedentes familiares, color de la lesión, textura, consistencia, etc.

La biopsia se basa en el estudio microscópico de una porción de tejido, tomado por medio de una incisión.

El único tipo de biopsia que se puede emplear en el caso de un hemangioma, es la biopsia excisio

nal, de otro modo se puede provocar una hemorra---
gfa. 11

La biopsia excisional a la vez que nos propor-
ciona material de estudio presenta la ventaja de -
ser un método terapéutico; pues este método se ba-
sa en la extirpación total de la lesión.

Hay que tener muy presente que para practicar
la biopsia se debe utilizar la electro coagulación

La citología expoliativa en este caso no tie-
ne valor, pues la citología es un método que se -
vale del estudio microscópico, de una muestra de -
células tomadas de la superficie de una lesión. 1

El estudio radiográfico es útil para el diag-
nóstico de algunos casos de hemangioma oseo, aun--
que los datos proporcionados muchas veces no son -
determinantes, pues no son lo suficiente claros y-
se confunden con la apariencia radiográfica de -
otras enfermedades. 33

VII.- INVESTIGACION CLINICA.

Información obtenida.

En el servicio de Cirugía Bucodentomaxilar - del Hospital Juárez de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública de esta ciudad.

Se atendieron 38 casos de hemangiomas en el - período comprendido de 1962 a 1976.

Se encontraron 25 pacientes de sexo femenino - y 13 de sexo masculino.

La edad mínima de 4 años, la máxima de 50 - años.

LOCALIZACION.

- 1 En mandíbula.
- 2 en región geniana.
- 2 distribuidos en cabeza y cuello.
- 2 en región palatina.
- 3 comisuras.
- 5 en labio inferior.
- 7 labio superior.
- 7 carrillos.
- 9 en lengua.

ETIOLOGICAMENTE:

- 3 de comportamiento tumoral.
- 4 de etiología desconocida.
- 13 postraumáticos.
- 18 de origen congénito.

Método terapéuticos

Un caso fue tratado con esclerosamiento y electro coagulación, o sea un método combinado.

Dos casos se trataron con ligaduras.

Eran tumorizaciones en los que su localización y extinción dificultaban la aplicación de otros métodos.

Se ligaron las carótidas externas y la facial.

Dos casos se trataron con electro coagulación. Eran lesiones pequeñas y accesibles clínicamente.

Tres casos se trataron por medio de extirpación, pues las lesiones eran accesibles de tratar mediante la anestesia indicada y la extirpación quirúrgica radical.

Seis casos se trataron con esclerosamiento y posterior intervención quirúrgica, para eliminar las secuelas de tipo funcional o estético.

Veinti tres se trataron con esclerosamiento - a base de clorhidrato de quinina y urea, morruato- de sodio, solución salina con agua bidestilada hir- viendo en cantidad de 1 a 3 ml.

Primeramente se aplico anestesia, después se- infiltró el material esclerosante en forma de aba- nico, esta infiltración produjo edema el cual desa- pareció a los 8 días.

Al transcurrir 15 días se aplicó nuevamente - este método, para lograr la completa desaparición- del hemangioma.

PRONOSTICO

En general el pronóstico del hemangioma es - bueno pues este suele comportarse como hamartoma y en otros casos como neoplasia benigna pero nunca o casi nunca experimenta malignización.

En el estudio realizado en el Hospital Juárez de la S.S.A.

De 38 casos, 21 resultados fueron buenos; - pues los hemangiomas desaparecieron.

En 9 casos hubo regresión.

En 7 casos los resultados fueron negativos, - pues las lesiones eran muy voluminosas, en las que se usaron ligaduras de vasos aferentes y esclero--

samientos múltiples.

Un caso no fue tratado porque el paciente no cooperó.

Fecha.- 20-IV-68.

Edad.- 13 años.

Sexo.- Masculino.

Antecedentes familiares.- Abuela paterna con neoplasia en ojo (no especificada).

Padres con diabetes melitus.

Antecedentes clínicos.- Producto de un embarazo ectópico.

Padecía desde los 2 años epitaxis frecuentes, ante los traumatismos más leves se presentaban áreas equimotóticas.

Soplo sistólico grado II en foco central con irradiación a la axila izquierda.

Inició su padecimiento actual desde su nacimiento, con una mancha en la mejilla izquierda, de consistencia blanda e indolora, hubo aumento de volumen el cual permaneció estacionario.

Un año y medio antes de su ingreso y después de la extracción del primer molar inferior izquierdo provocó hemorragia postextracción, la cual anemia aguda.

Desde entonces hubo aumento de volumen progresivo.

Características clínicas.- En la hemicara izquierda había aumento de volumen de 6 cm. de diámetro, con coloración semejante a los tegumentos y coloración rojiza en la mejilla y región geniana izquierda.

Su consistencia era blanda y ligeramente dolorosa.

Intraoralmente a nivel del cuerpo mandibular izquierdo había tumoración, de color rojo violáceo y textura granulosa.

Exámenes de laboratorio.

Cifras de hemoglobina, protombina y hematocrito bajas.

El urinálisis y la glicemia en condiciones normales.

Características radiográficas.- La lesión, fue reportada como quiste oseo aneurismático, se encontraron zonas osteolíticas en cuerpo y rama mandibular izquierdo, además lisiada la cortical externa.

El 10-VI-68 se realizó un estudio angiográfico de carótida externa izquierda y biopsia de la lesión.

Diagnóstico.- Hemangioma cavernoso de mandibu
la.

Tratamiento.- Se ligó la carótida externa iz-
quierda, 9 meses después se presentó hemorragia gin-
gival y epítaxis, por lo que se inició tratamiento
con esclerosante del tipo de clorhidrolactato de -
quinina y urea al 15% en diversas sesiones. Debido
a la poca respuesta ante este método terapéutico,-
se recurrió a la angiografía carotídea bilateral -
y angiografía femoral, esto con el fin de buscar -
neoformaciones vasculares a otro nivel.

Hubo necesidad de hacer una transfusión de -
1.200 cm.³ de sangre total y 600 cm.³ de solución-
de hastrican.

Previa corrección de Biometría hemática y tiem-
po de protombina, además de preparación psíquica -
al niño, se practicó la angiografía carotidéa bila-
teral que reportó vasos dependientes de la caróti-
da externa izquierda, que constituían la lesión tu-
moral, además un gran vaso dependiente de la caró-
tida externa derecha que alimentaba gran parte de-
la lesión; por lo anterior se programo la ligadura
carotidéa externa derecha y al mismo tiempo se co-
locó apósito de cemento quirúrgico como taponamien-
to del alveolo dentario de la odontotectomía pre-
via.

Concluyó el tratamiento con radioterapia 60 - dosis de 3000 radiaciones por mes, observandose in volución de la lesión, sobre todo cuando aumentó - a una dosis de 4,000 radiaciones. Se dió de alta - temporal el 22-XII-70.

Datos proporcionados por el departamento de - Odontología del Hospital de Pediatría del Centro - Médico Nacional. Fecha 20.IV-68.

215

Fecha.- 30 de agosto de 1979.

Reporte del espécimen anatómico enviado a la Facultad de Odontología.

Nombre.- M.G.M.

Edad.- 16 años.

Sexo.- Femenino.

Descripción.- Tumor localizado en dorso de la lengua, abarcando los tercios medio y posterior - del lado derecho.

Cuya evaluación es de 16 años, pero ultimamente dicho tumor aumentó de tamaño desde hace 3 años. Actualmente su diagnóstico aproximado era de 4 cm. de consistencia blanda, depresible, color rojo púrpura y que interfería con la deglución y fonación. La mucosa adyacente no presenta características especiales.

Diagnóstico.- Hemangioma.

Tratamiento.- Excisión quirúrgica.

Pronóstico.- Bueno.

(Ver Foto 1, 2, 3,).



FOTO No. 1

Fotografía clínica de un hemangioma capilar en el dorso de la lengua.



FOTO No. 2

Tomada a 60 aumentos.

A.- Epitelio escamoso estratificado.

B.- Capilares.

C.- Eritrocitos.



FOTO No. 3

- A.- Eritrocitos.
- B.- Capilares.
- C.- Fibroblastos.
- D.- Fibras colágenas .

003-55

Fecha.- Noviembre 7 de 1970.

Nombre.- Sra. S.F.

Sexo.- Femenino.

Edad.- 54 años.

Raza.- Blanca.

Región de donde fue tomada la muestra.- Labio inferior.

Color. Morado.

Tamaño.- 1.0 cm.

Consistencia.- Suave.

Tiempo de duración de la lesión.- Algunos años
Previa terapia.- Ninguna.

Diagnóstico pre-operatorio.- Hemangioma.

Método utilizado para tomar la muestra.- Biopsia excisional.

Síntoma.- El paciente percibió la existencia de una masa suave de color morado en el labio inferior.

Características microscópicas.- Esta muestra está formada por tejido conectivo fibroso, fibras musculares y prominentes bascularización debido a los largos capilares.

Se aprecia a los capilares juntos y con coagulo y al capilar más largo con un forro epitelial.

Diagnóstico.- Hemangioma.

Tratamiento.- Excisión quirúrgica.

Pronóstico.- Bueno.

(Ver Foto No. 4, y No. 5).



FOTO No. 4

Fotografía clínica de un hemangioma en labio.

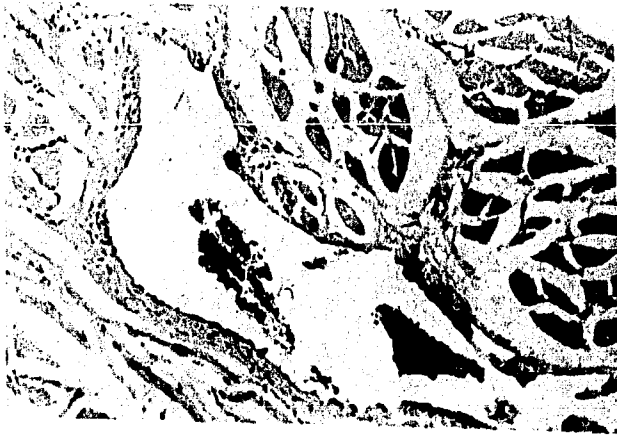


FOTO No. 5

- A.- Capilar sumamente dilatado.
- B.- Eritrocitos.
- C.- Tejido muscular correspondiente al labio.

880

Fecha.- Noviembre 2 de 1970.

Nombre.- Sr. R.H.

Sexo.- Masculino.

Edad.- 45 años.

Ocupación.- Escritor.

Raza.- Blanca.

Región de donde proviene la muestra.- Maxilar inferior izquierdo.

Color.- Rosa.

Tamaño.- Redondo.

Consistencia.- Firme.

Tiempo que tiene la lesión.- Año y medio.

Previa terapia.- Ninguna.

Diagnóstico pre-operatorio.- Fibroma o mucocele.

Diagnostico post-operatorio.- Fibroma o mucocele.

Antecedentes clínicos.- El paciente era hokey profesional, se mordía con frecuencia la mucosa bucal.

Características microscópicas.- Se observa - una muestra redondeada compuesta de pequeños y comprimidos espacios vasculares, con proliferación endotelial y fibrosis.

No hay cubierta epitelial en la muestra examinada.

Diagnóstico.- Hemangioma esclerosante.

Tratamiento.- Excisión quirúrgica.

Pronóstico.- Bueno.

1140

Fecha.- mayo 17 de 1971.

Nombre.- Srita. S.F.

Sexo.- Femenino.

Edad.- 26 años.

Reza.- Blanca.

Area de donde fué tomada la muestra.- Superficie central de la lengua.

Color de la lesión.- Morada.

Tamaño.- 2 cm.

Tiempo de duración de la lesión.- Algunos meses.

Previa terapia.- Ninguna.

Diagnóstico pre-operatorio.- Hemangioma.

Diagnóstico post-operatorio.- Hemangioma.

Método usado para tomar la muestra.- Bipsia excisional.

Características microscópicas. La muestra consta de fibras musculares y tejido conectivo. Se observan grandes cantidades de capilares tanto largo como pequeños.

En general tienen forro de células endoteliales. La mayoría de los capilares son cavernosos, además de observarse colapsados.

No se ve inflamación. La cubierta de la lesión es de células escamosas estratificadas.

El epitelio aparece con límites normales.

Diagnóstico.- Hemangioma en lengua.

Porque hay una pequeña proliferación de células endoteliales y los cambios no son de naturaleza neoplásica.

En estas condiciones se habla de un hamartoma.

Tratamiento.- Excisión quirúrgica.

Pronóstico.- Bueno.

(Ver Foto No. 6, 7, 8, 9, 10)



Hemangioma cavernoso en lengua FOTO No. 6

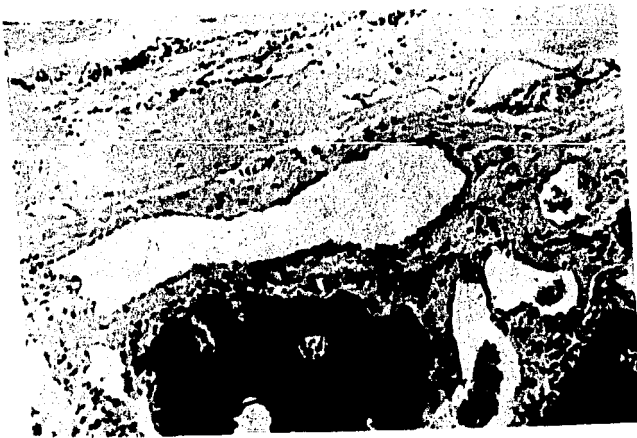


FOTO No. 7

A.- Capilar.

B.- Epitelio escamoso estratificado.

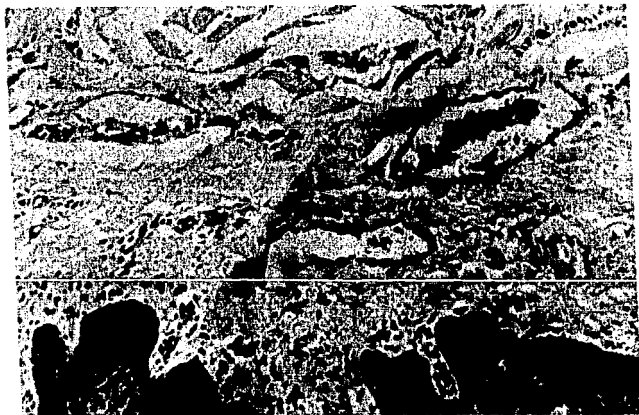


FOTO No. 8

- A.- Fibroblastos.
- B.- Fibras colágenas.



FOTO No. 9

- A.- Capilares que muestran una gran dilatación semejante a la forma de cavernas, de ahí - el nombre de Hemangioma cavernoso.



FOTO No. 10

A.- Capilares en cuyo interior hay eritrocitos.

1734

Fecha.- Agosto 11 de 1971.

Nombre.- Sr. V.K.

Sexo.- Masculino.

Edad.- 74 años.

Raza.- Blanca.

Ocupación.- Jubilado.

Area de donde fue tomada la muestra.- Mucosa bucal derecha, a la altura oclusal de los molares.

Color de la lesión.- Azul.

Consistencia.- Firme.

Tiempo de aparición.- Encontrada al efectuar la revisión bucal.

Previa terapia.- Ninguna.

Diagnóstico pre-operatorio.- Fibroma o melanoma.

Diagnóstico post-operatorio.- Fibroma.

Método utilizado para tomar la muestra.- Biopsia excisional.

Antecedentes.- El paciente se mordía con frecuencia en la zona donde apareció la lesión.- Esto se debió a la mala adaptación de los dientes artificiales.

Características microscópicas.- La muestra consta de tejido conectivo fibroso el cual consta

cuenta con numerosos canales basculares en su interior, aunque la mayoría están vacíos.

Esos largos capilares están forrados por endotelio.

No hay inflamación. La cubierta epitelial tiene límites normales.

En el material examinado no se observa malignización.

Diagnóstico.- Hemangioma capilar.

Tratamiento.- Excisión quirúrgica.

Pronóstico.- Bueno.

(Ver foto No. 11, 12, 13

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

-40

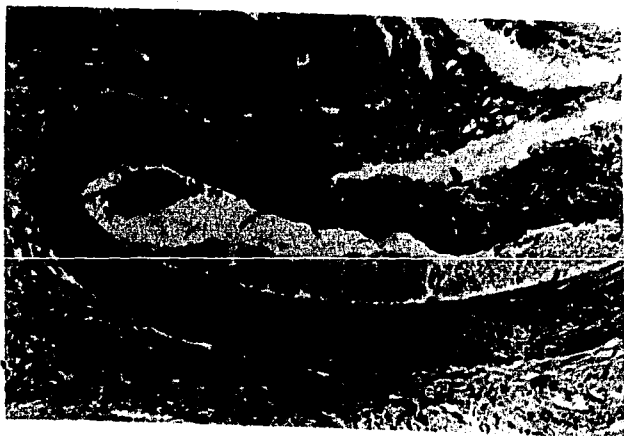


FOTO No. 11

A.- Capilares.
B.- Eritrocitos.

C.- Fibroblastos.
D.- Fibran colágenas.



FOTO No. 12

A.- Capilares de gran calibre en cuyo interior hay eritrocitos.

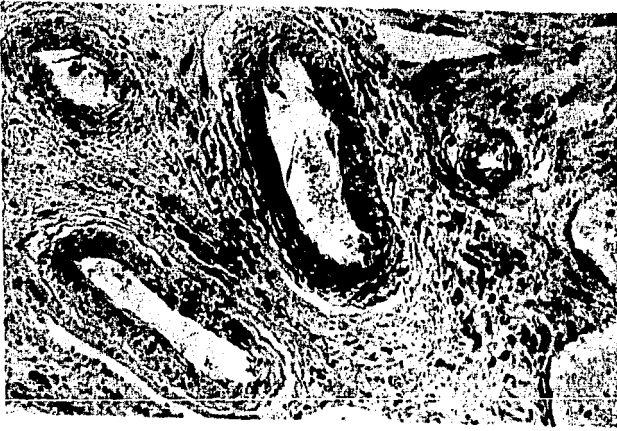


FOTO No. 13

A.- Se observa un gran capilar, por su gran tamaño-
corresponde este caso al de un hemangioma caver
no.

1869

Fecha.- Septiembre 21 de 1971.

Nombre.- Sra. K.L.

Sexo.- Femenino.

Edad.- 68 años.

Raza.- Blanca.

Area de donde fué tomada la muestra.- Lengua.

Color de la lesión.- Roja.

Previa terapia.- Ninguna.

Características microscópicas.- Está compuesto por un gran número de espacio endoteliales los cuales varían en tamaño y grosor. Dentro de ellos se observan eritrocitos.

No hay inflamación, además no se observa malignización en el material examinado.

Diagnóstico.- Hemangioma.

Tratamiento.- Excisión quirúrgica.

Pronóstico.- Bueno.

(Ver foto No. 14).

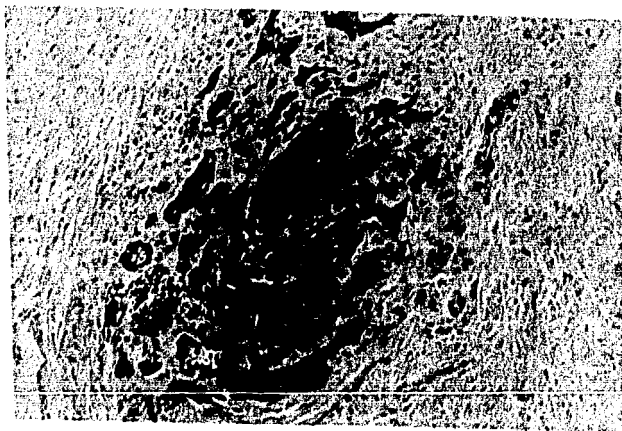


FOTO No. 14

- A.- Capilares en cuyo interior hay eritrocitos.
- B.- Fibras colágenas.

1896

Fecha.- Septiembre 27 de 1971.

Nombre.- Sr. A.T.

Sexo.- Masculino

Raza.- Blanca.

Area donde fue tomada la muestra.- Mucosa ves
tibular.

Color.- Morado.

Tamaño. 1 cm.

Tiempo de duración de la lesión.- 3 semanas.

Previa terapia.- Ninguna.

Diagnóstico pre-operatorio.- Hemangioma.

Método utilizado para tomar la muestra.- Biop
sia excisional.

Características microscópicas.- Se observa te
jido conectivo fibroso, en la submucosa hay -
numerosos capilares los cuales varían en tama
ño. Algunos de ellos son largos y otros extre
madamente pequeños.

Hay abundante epitelio y no se observa infla-
mación.

También hay epitelio escamoso estratificado y
no se aprecia malignización en la lesión.

Diagnóstico.- Hemangioma.

Tratamiento.- Excisión quirúrgica.

Pronóstico.- Bueno.

(Ver foto No. 15).

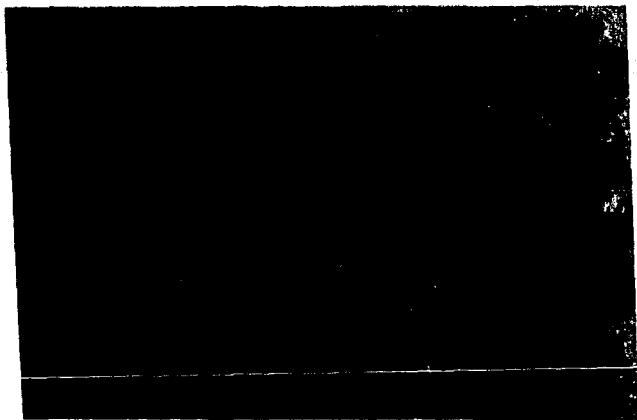


FOTO No. 15

A.- Largo capilar.

B.- Capilares de menor calibre.

1959

Fecha.- Octubre 20 de 1971.

Nombre.- Sra. M.A.

Edad.- 75 años.

Raza.- Blanca.

Sexo.- Femenino.

Localización.- Labio inferior.

Tiempo de aparición.- 9 años.

Características microscópicas.- Se observa te
jido conectivo en la submucosa, así un capilar
muy largo revestido de epitelio y otros capilar
es más pequeños y fibras musculares.

La muestra no revela malignización.

Diagnóstico.- Hemangioma.

Tratamiento.- Excisión quirúrgica.

Pronóstico.- Bueno.

(Ver Foto No. 16).



FOTO No. 16

- A.- Se observa un gran capilar.
- B.- Fibras colágenas.

CONCLUSIONES

De los siete casos clínicos obtenidos en el laboratorio de Histopatología de la Facultad de Odontología de México se concluye lo siguiente:

Se presentaron siete casos en un período comprendido desde el año 1970 al año 1971, en el sexo femenino y en el sexo masculino 3.

LOCALIZACION

- 1 En maxilar inferior.
- 2 en labio inferior.
- 2 en lengua.
- 1 en mucosa vestibular.
- 1 en mucosa bucal.

Tratamiento.- Excisión quirúrgica.

Pronóstico.- Excelente, pues en los siete casos la lesión desapareció y no hubo recidiva.

VIII.- Tratamiento.

Con fines prácticos podemos hablar de 6 métodos terapéuticos para curar el hemangioma, y son:

- a).- Natural.
- b).- Quirúrgico.
- c).- Químico.
- d).- Radiaciones.
- e).- Método combinado.
- f).- Embolización.

a).- Natural.

Algunos hemangiomas curan por sí solos espontáneamente, esto se debe a que la lesión se produce fibrosis posteriormente, muerte celular y finalmente esterosamiento.

b).- Quirúrgico.

En algunos hemangiomas se puede utilizar como método terapéutico la cirugía. Esto dependerá del tamaño de la lesión. Al tratar quirúrgicamente al hemangioma, es indispensable utilizar la electro para evitar hemorragias. En ocasiones puede ocurrir hemorragia severa durante el tratamiento, haciéndose necesaria la ligadura de las carótidas o de la arteria principal de la región que se tra-

te. 25 En estos casos el tratamiento suele ser -
de gran utilidad. 4 5

c).- Químico.

Este método se basa en la infiltración de sus
tancias esclerosantes dentro de las lesiones bas-
culares.

Con ellas se provoca infiltración, fibrosis,-
muerte celular, esclerosamiento con regresión de -
la lesión. 6

La concentración y número de infiltraciones -
de la lesión 6 que se trate y de su localización.

Las sustancias utilizadas son:

- 1.- Sulfato de sodio tetradecilo al 1%.
- 2.- Clorhidrolactato de quinina y urea.
- 3.- Solución salina a temperatura ambiente.
- 4.- Agua hirviendo con cloruro de sodio.
- 5.- Psiliato y morruato de sodio al 5%.
- 6.- Nieve carbónica.
- 7.- Crioterapia. 34

En estos casos es mejor emplear cantidades -
a corto plazo, para evitar la necrosis tisular de-
los tejidos subyacentes. Es importante el bloqueo-
anestésico en la zona que se va a esclerosar, para

evitar el dolor del paciente, así como la limitación comprensiva durante 3 minutos, para disminuir la posible dilución del esclerosante y evitar la proyección del coágulo a otras regiones arrastradas por la corriente sanguínea.

d).- Radiaciones.

Algunos autores recomiendan como método terapéutico el empleo de radio y rayos X, aunque en realidad son de poca utilidad pues se necesitaría comprobar el origen netamente neoplásico para usar este método; conviene recordar que el hemangioma suele comportarse como hamartoma, entonces al utilizar radiaciones pueden ocasionarse lesiones en dientes y maxilares en desarrollo, así como en cuero cabelludo, glándulas salivales, testículos u ovarios. 9 34

e).- Método combinado.

En muchos casos el método terapéutico óptimo para tratar el hemangioma, resulta de la combinación de varios métodos; los métodos que suelen combinarse con más frecuencia son: el Químico y el Quitúrgico. 9

f).- Embolización.

Es un método terapéutico que consiste en la colocación de microesferas de silicón, impregnadas de Bario, en el conducto principal de la arteria mayor por donde son llevadas hasta las áreas de mayor vascularización que nutren al hemangioma.

Esta técnica es mostrada en serie de arteriograma y fluoros copia. 18

C O N C L U S I O N E S

1.- El hemangioma es una lesión relativamente frecuente, formada por gran cantidad de vasos sanguíneos.

2.- El hemangioma tiene un comportamiento dual: Como hamartoma debido a su origen congénito, su crecimiento proporcional con el crecimiento general del cuerpo, por su inactividad y su desaparición espontánea.

Y como neoplasia benigna, por su aparición espontánea y su lento crecimiento.

3.- Su etiología es aun desconocida unicamente se conocen factores predisponentes.

4.- De acuerdo a la investigación clínica se observó lo siguiente:

- 9 casos de hemangioma localizados en lengua.
- 7 casos en los cuales el hemangioma se localizó en labio inferior.
- 7 casos en los cuales el hemangioma se presentó en labio superior.
- 7 casos de hemangioma localizados en carrillos.
- 3 casos localizados en las comisuras.
- 2 casos localizados en región palatina.
- 2 casos localizados en mandíbula.
- 1 caso localizado en región geniana.

5.- Clínicamente el hemangioma en la mayoría de los casos es asintomático, de color rojo-azul a violáceo.

6.- La importancia clínica del hemangioma radica en que al ser traumatizado puede una hemorragia significativa o una infección secundaria.

7.- Las clasificaciones más empleadas son las de: hemangioma capilar y hemangioma cavernoso,

La primera recibe esa denominación, porque sus características microscópicas son muy similares a las de un capilar normal.

La segunda es denominada como cavernoso, debido a que los capilares vistos al microscopio además de ser numerosos, son de gran calibre similares a cavernas.

Esta clasificación corresponde a la apreciación microscópica de cualquier tejido afectado por el hemangioma.

8.- De acuerdo a la investigación clínica en un período comprendido del año 1962 al año 1976 se encontraron 45 casos de hemangioma, 29 casos en el sexo femenino y 16 en el sexo masculino, siendo la edad mínima 4 años y la máxima de 50 años.

9.- Los métodos más empleados para detectar - el hemangioma fueron:

- 1.- La historia clínica.
- 2.- La biopsia excisional.

10.- Los métodos más empleados como técnicas-terapéuticas según la investigación clínica y la - investigación bibliográfica fueron:

- 1.- La extirpación quirúrgica.
- 2.- La inyección de sustancias esclerosantes.

II.- En cuanto al pronóstico en general fue - bueno pues en todos los casos en los cuales se empleó como método terapéutico la excisión quirúrgica y la inyección de sustancias esclerosantes no - hubo recidiva. Hubo un completo restablecimiento.

En la investigación clínica se reportaron 2- casos en los cuales se perdió el control, por falta de interés de los pacientes.

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

1.- Avellanal Durante.

Diccionario Odontológico.

Buenos Aires, Soc. Anon. 1955.

Pág. 418.

2.- Arbrecht E.C. y Nagyd.

A.B.CH. Hemangiomas of the maxila facial region
bascular nevus and a Hemangiomatus epulis-oral
med path. C.V.

Mosby Co. Saint Louise, 1966 No. 3.

Págs. 286, 289.

3.- Battista O.R.

Hacia la conquista del cáncer.

México, Herrero, 1962.

Págs. 30, 40

4.- Bernier J.L.

Enfermedades orales 2a. ed.

Buenos Aires, Omega, 1962.

Págs. 319, 320.

5.- Bhaskar S.N. Central and periphery hemangiomas.

Oral Surgery, oral med, oral path. C.V.

Mosby Co Saint Louise.

Págs. 385, 389.

6.- Baskar S.N.

Patología bucal, 2a. ed. Buenos Aires, Ateneo, 1974.
Págs. 40, 214, 324, 325, 327, 343, 380, 381, 393.

7.- Cardenall.

Diccionario terminológico de ciencias médicas 3a.-
ed. Salvat, 1950.

Págs. 74, 584.

8.- Clínicas Odontológicas de Nte. América.

Diagnóstico físico y de lab.

Págs. 97, 98.

9.- Christensen R.W.

The treatment of oral hemangiomas.

Oral surg. oral med, oral path. C.V.

Mosby Co Saint Louis. 1959 No. 8.

Págs. 912, 920.

10.- Choucas N.G., Toto P.D. y Vailitis J.

Sclerosing cavernous hemangioma of the maxila.

Oral surg. oral med, oral path C.V. Mosby Co
Saint Louis 1973.

Págs. 17, 19.

11.- Correa Pelayo y Colaboradores.

Texto de patología 2a. ed. México, Prensa Médica,

1976.

Págs. 840. 860. 866.

12.- Gardner Alvil.

Pathology Dentistry.

Págs. 160, 161, 162, 191, 193.

13.- Geschiekter CH. F. y C. Opeland.

Tumores de hueso.

Buenos Aires, Benenechea, 1953.

Pág. 416.

14.- Guinto John.

Patología bucal.

México interamericana, 1978.

Págs. 102, 103.

15.- Grispan David.

Enfermedades de la boca.

Buenos Aires, Mundi, 1970, Tomo I.

Págs. 252, 337, 380.

16.- Gytor Arthur C.

Tratado de fisiología médica, 2a. ed.

México interamericana, 1964.

Pág. 17.

17.- Hoops Howard C.

Patología.

México interamericana, 1964.

Pág. 17.

18.- Hutchinson A.C.W.

Diagnóstico radiológico dental y bucal.

Buenos Aires, Mundi 1954.

Págs. 222, 223, 422, 427.

19.- Kayhan W.C. etc. Al.

Treatment of Cryosurgery in the hemangiomas Rev.

Laryngol. Otol, Rhinol. Intraoral, may. jun. 1973

Págs. 55, 94, 245.

20.- Kruger Gustavo.

Tratado de cirugía bucal.

México interamericana, 1960.

Págs. 491, 492.

21.- Orban Balent J. y Wenty Frank.

Atlas de patología clínica de la mucosa bucal.

Págs. 88, 89.

22.- Palacios G. Alberto.

Técnicas quirúrgicas de cabeza y cuello.