



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES "ZARAGOZA"**

29 No 91

**"DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS
BENIGNAS MAS FRECUENTES EN CAVIDAD ORAL"**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N D O

JOSE DE LUNA HERNANDEZ

JOSE JAVIER NAVA DOMINGUEZ

MEXICO, D.F.

1982.



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

Contenido del proyecto.....	1
Introducción	6
I-UNIDAD. Análisis de la Situación Actual.....	10
Conclusiones.....	49
Comentario.....	51
Bibliografía.....	52
II-UNIDAD Conceptos Generales sobre Neo - plasias.....	53
Definición.....	54
Factores que influyen o desencadenan la aparición de Tumores Neoplásicos en Cavidad Oral....	57
Clasificación de los Tumores Benignos.....	60
Comentario.....	65
Bibliografía.....	66
III-UNIDAD Tumores Benignos.....	67
Biopsia.....	68
Fibroma.....	70
Odontoma.....	73
Granuloma Píogeno.....	76
Hemangioma Capilar.....	79
Hipertrofia Inflamatoria	82
Lipoma.....	85
Hemangioma Cavernooso.....	88
Papiloma.....	91
Granuloma.....	94
Comentario.....	97
Bibliografía.....	99

IV- UNIDAD	Análisis de la resultante obteni- dad.....	99
	Conclusiones.....	102
	Alternativas de Solución.....	103
Bibliografía.	105

Contenido del Proyecto de Tesis

Los elementos que comprende son:

- a) Título del Proyecto.
- b) Area específica del proyecto.
- c) Personas que participan alumno (s) y asesor.
- d) Fundamentación de la elección del tema.
- e) Planteamiento del problema.
- f) Objetivos.
- g) Hipótesis de trabajo.
- h) Material y Métodos.
- i) Bibliografía que apoya el proyecto
- j) Cronograma de actividades.

a) Título del Proyecto

"Diagnóstico y Tratamiento de las neoplasias benignas más frecuentes en cavidad oral".

b) Area específica del proyecto:

Patología Oral.

c) Personas que participan:

Asesor:

Dr. Jesús Ríos Estrella

Alumnos:

José de Luna Hernández

José Javier Nava Domínguez.

d) Fundamentación de la elección del tema :

La base para realizar este tema, es sin duda, la poca importancia que se le brinda a este tipo de lesiones benignas, por parte de las Instituciones Públicas, el propio Odontólogo, la falta de actualización de conocimientos del mismo y la ignorancia de la población en sí.

Esto es que en la práctica clínica dentro de nuestra formación Profesional en este Plantel (E.N.E.P. ZARAGOZA,) hemos observado que un gran número de individuos de la zona de Influencia (población marginada y clase media baja) se les detectaron lesiones diversas que no han sido tratadas adecuadamente y otras en las cuales se ignoraba su presencia y el daño que posteriormente pueden traer; sin embargo estos individuos que fueron tratados por estudiantes, se les observó una evolución bastante favorable,

Dandonos cuenta que los odontólogos profesionales de la zona de Influencia no tienen los conocimientos necesarios de los procesos patológicos que en este trabajo mencionamos.

Por lo tanto: el Cirujano Dentista General, como el estudiante en su formación profesional, deben conocer más a fondo su etiología, sus características clínicas, su tratamiento etc., para llevar a cabo un diagnóstico precoz más preciso y diferenciar una lesión benigna de una maligna y evitar problemas posteriores a los pacientes, ya que si un proceso se maligniza, además de ser costoso el tratamiento puede ocasionar hasta la muerte del paciente.

e) Planteamiento del problema:

Consiste en que la presencia de las lesiones o neoplasias de cualquier índole en la cavidad oral, no son diagnosticadas precozmente, ni tratadas a tiempo, ya sea por falta de los conocimientos de parte del odontólogo, por ignorancia de la población al respecto y por lesiones que sean completamente asintomáticas en sus primeras etapas y por grandes descuidos al realizar el Interrogatorio, Exploración, durante la elaboración de la Historia Clínica.

f) Objetivos:

1.- Objetivos Generales:

- 1.1.- Conocer el concepto de neoplasia.
- 1.2.- Clasificar las neoplasias benignas de acuerdo a su origen.
- 1.3.- Explicar los factores que influyen en la aparición de las neoplasias.

2.- Objetivos específicos :

- 2.1.- En el desarrollo de esta unidad se mencionaran todos los tipos de tumores benignos que se presentan en la cavidad oral. Profundizándose en su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los que más frecuentemente se presentan en la práctica general diaria del C. Dentista.

- 2.2.- Investigar las diferentes características de los tumores benignos más frecuentes en cavidad oral.
- 2.3.- Obtener un conocimiento más amplio de los tumores benignos en cavidad oral.
- 2.4.- Realizar con los conocimientos contemplados un diagnóstico y un tratamiento adecuados.
- 2.5.- Que la persona que consulte este material, sea capaz de resolver este tipo de problemas que presenta la población, en una forma sencilla y económica.

g) Hipótesis de trabajo :

Las neoplasias muchas veces pasan desapercibidas por la mayoría de la población en sí, por el odontólogo; ya sea por falta de conocimientos del odontólogo o por la poca frecuencia que se tiene en contacto con ellos.

Es por esto, que con la ayuda de las investigaciones bibliográficas se puede prevenir una lesión por muy pequeña que sea y ocasione un desarrollo maligno y no provoque problemas más graves.

h) Material y Métodos :

El material a utilizar será :

Investigación bibliográfica a base de artículos de reciente investigación (del año 1975 a la fecha) y libros básicos.

El método a utilizar será :

El método científico, por objetivos (siguiendo el método c.).

j) Cronograma de actividades :

Tiempo a emplear:

1er. Mes (enero):

Recopilación de datos.

Consultas bibliograficas.

2o. Mes (Febrero) :

Comparación de datos.

3er. Mes (Marzo) :

Conjugación de datos.

4o. Mes (Abril) :

Comprobación de hipótesis.

5o. Mes (Mayo) :

Resultados y conclusiones .

Introducción .

Hasta hace poco tiempo, la odontología se limitaba al reconocimiento y tratamiento de las enfermedades de los dientes y sus secuelas directas.

El Cirujano Dentista General solo se ocupaba de la reparación de los dientes, la extracción de los mismos, que no tenían posibilidad de curación y la construcción de piezas protésicas este medio de atención curativo, más no preventivo, aún se lleva a cabo en el 75% de los sistemas de atención, tanto a nivel particular como Institucional, olvidándose que no solamente este tipo de padecimientos orales se pueden manifestar en la cavidad oral, sino también enfermedades de tipo viral, inflamatoria, hereditarias, etc., que pueden ocasionar alteraciones en la salud del individuo.

Es por esto, que en el presente material, estamos abarcando una mínima parte de las enfermedades o alteraciones que sufre el individuo en la cavidad oral, como son las neoplasias benignas .

El Cirujano Dentista en su formación profesional, así como en su intervención clínica, adquiere ciertas obligaciones para con sus pacientes y su profesión.

Una de estas obligaciones es el de elaborar un diagnóstico y tratamiento adecuado al ser detectada cualquier alteración o agrandamiento de tejidos orales, con el fin de curar o prevenir cualquier tipo de lesión que altere la salud del paciente.

Ya que en el desempeño de su profesión debe estar familiarizado con la naturaleza de este tipo de lesiones además que es importante el poder diferenciar una lesión maligna de una benigna, siendo las malignas las causantes de la muerte del paciente, por ser un porcentaje elevado y como ha sido demostrado que el 30 % de los pacientes tratados de Cáncer Oral, pueden llegar a vivir 5 o más años después de ser atendidos.

En caso de ser una lesión Benigna se reducirá en número las molestias (dolor, ulceración infección), realizando un diagnóstico precoz y adecuado de la lesión, ya que se cree que el 40% de las lesiones son detectadas por los dentistas.

De hecho, muchas lesiones de la boca no se reconocen precozmente, ya sea por una exploración incompleta, falta de conocimientos para la lesión y la falta de cooperación de la población.

La educación en la población, debe darse desde la infancia (Promoción de la Salud) ya que incluso en esta etapa, la cavidad oral y las áreas circundantes están sujetas a cualquier tipo de manifestación neoplásica u otras y en muchos casos aún con exámenes clínicos muy cuidadosos no pueden identificar con seguridad total el que la lesión sea de tipo inflamatorio, degenerativa o neoplásica.

El único método seguro para formar un diagnóstico sobre este tipo de lesiones dudosas en la cavidad oral o en cualquier parte del organismo, será realizar un estudio histopatológico por medio de una biopsia.

Además que el odontólogo debe de tener los conocimientos necesarios o básicos como: Anatomía, Histología, Patología, etc., así como conocimientos especializados como: Anatomía Oral, Histología Oral, Patología Oral, Diagnóstico Oral, etc., y esto contribuirá a que el Cirujano Dentista tenga mayor importancia para desempeñar su papel ante sus pacientes y que por medio de su evaluación médica se lleve a cabo un tratamiento eficiente o en caso de que la lesión sea maligna, se canalizará al paciente con el profesional especializado para aplicar el tratamiento adecuado a la lesión que presenta.

Es por ello que subrayamos la necesaria y persistente investigación de mejores métodos para la elaboración del diagnóstico y tratamiento de las lesiones benignas, y sus similares.

El término tumor se ha utilizado refiriéndose a cualquier agrandamiento en todo tejido localizado o cualquier crecimiento, ya sea de naturaleza inflamatoria, quística o neoplasica de la boca o de los maxilares, no siendo necesario que el tumor o neoplasia sea maligno.

Por otra parte, las dificultades que se presentan para realizar un tratamiento adecuado, hacen que el odontólogo este al día con los conocimientos de un diagnóstico diferencial de las neoplasias a nivel clínico, ya que la gran variedad de tumores con que se cuenta, y su gran parecido, necesitan de un reconocimiento visual, mecánico, y de investigación eficaz siendo posible que al cometer un error se pueda hasta provocar la muerte del paciente, al no conocer la naturaleza de la lesión .

Con estos antecedentes y la persistente investigación,

la problemática de las lesiones serán día con día menos porque se contará con tratamientos más avanzados y el énfasis que les de, será muy provechoso para el paciente como para el profesional en su práctica diaria.

Por las razones expresadas anteriormente confiamos que la persona que consulte este material, pueda comprender su contenido y aplicarlo a su debido tiempo, para poder erradicar precozmente aunque no en su totalidad, la presencia de lesiones benignas o interesar al paciente en su salud oral, que no solamente es parcial del aparato estomatognático, sino en su totalidad .

Y que este consciente que las lesiones están presentes aunque no a la vista, en nuestra población de clase media y baja en donde es necesaria nuestra presencia y nuestros conocimientos.

I UNIDAD.

Análisis de la situación actual:

La odontología no es una rama técnica auxiliar de la medicina, es una especialidad; de ahí que el odontólogo debe ser capaz de comprender al hombre en su individualidad única y en su integración social.

Por eso requiere, como cualquier otro miembro de la profesión una preparación continua durante toda su vida, adquiriendo cada día mayor importancia en la práctica diaria.

La preparación del odontólogo, como la de cualquier otro profesionalista de la salud, debe mantener un armónico equilibrio en el interés por la búsqueda de la verdad científica y por el estudio de la verdad humana y todo lo que redunde en beneficio de la salud.

Por lo tanto, considerando la importancia que debe existir, para detectar los tumores de la cavidad oral y sobre todo para fundamentar nuestra Tesis, hemos reunido diferentes tipos de gráficas sobre los tumores Benignos más frecuentes en Cavidad Oral.

A continuación presentamos una muestra gráfica de los Tumores Benignos más frecuentes en Cavidad Oral, a Nivel Nacional, Tomada del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional, (I.M.S.S.) en los años comprendidos de 1961 a 1978.

Presentación de datos obtenidos con pacientes de ambos sexos cuyas edades van de 11 a 90 años y su localización.

Localización : LENGUA.

EDAD	T. BENIGNO	NO. DE CASOS
10-20	Papiloma	1
	Hemangiomas	3
	Linfangioma	1
	Neurilemoma.	1
21-30	Papiloma	5
	Fibroma	7
	Hemangiomas	8
	Lipoma	1
	Mioblastoma	1
31-40	Papilomas	6
	Fibroma	5
	Hemangioma	2
	Granuloma	1
	Neurilema	1
41-50	Papiloma	2
	Fibroma	4
	Hemangioma	2
51-60	Papiloma	2
	Fibroma	1
	Lipoma	1

	Hemangioma	1
60-70	Papiloma	2
	Fibroma	1
	Lipoma	1
	Hemangioma	1
71-80	T.M.G.S.	1
81-90	-----	-

Localización; en Labio.

10-20	Hemangioma	3
21-30	Linfangioma	1
	Hemangioma	6
31-40	Q. de retención	1
	Leucoplasia	1
	Papiloma	1
	Angioma	1
	Nevus	1
	Hemangiolinfangioma	1
41-50	Adenoma	1
	Hemangioma	1
51-60	-----	-
61-70	Papiloma	1
	Fibroma	1
71-80	-----	-
81-90	-----	-

Localización: Piso de la boca.

31-40	-----	-
41-50	-----	-
51-60	-----	-
61-70	Tumor Mixto	1
71-80	-----	-
81-90	-----	-

Localización : Paladar.

21-30	Tumor Quístico	2
	Epulis	1
	Papiloma	1
	Tumor Mixto	1
31-40	Epulis	1
	Tumor Quístico	1
	Papiloma	1
41-50	Tumor Quístico	2
	Fibroma	1
	Papiloma	1
	Ameloblastoma	1
51-60	Epulis	1
61-70	-----	-
71-80	-----	-

Localización: Encia.

10-20	Q. Dentigero	1
	Epulis	1
21-30	Epulis	1
31-40	Ameloblastoma	1
	Epulis	2
	Q. Dentigero	1

41-50	Epulis	4
	Lipoma	1
51-60	Epulis	1
	Fibroma	1
61-70	Epulis	1
	Papiloma	1
71-80	-----	-
81-90	-----	-

Localización: Mejilla.

21-30	Papiloma	1
31-40	-----	-
41-50	-----	-
51-60	T.M.G.S.	1
61-70	-----	-
71-80	-----	-

Localización: Maxilar.

10-20	Q. dentigero	2
	Epulis	1
21-30	Q. Cebaceo	1
	Adamantinoma	2
31-40	Ameloblastoma	1
41-50	Adamantinoma	2
	Ameloblastoma	1
	Epulis	1
	Lipoma	1
51-60	Q. Dentigero	2
	Ameloblastoma	2
	Epulis	2

	Adamantinoma	1
	Flegmon	1
61-70	Ameloblastoma	1
	Hemangioma	1
	Adamantinoma	1
71-80	Ameloblastoma	1

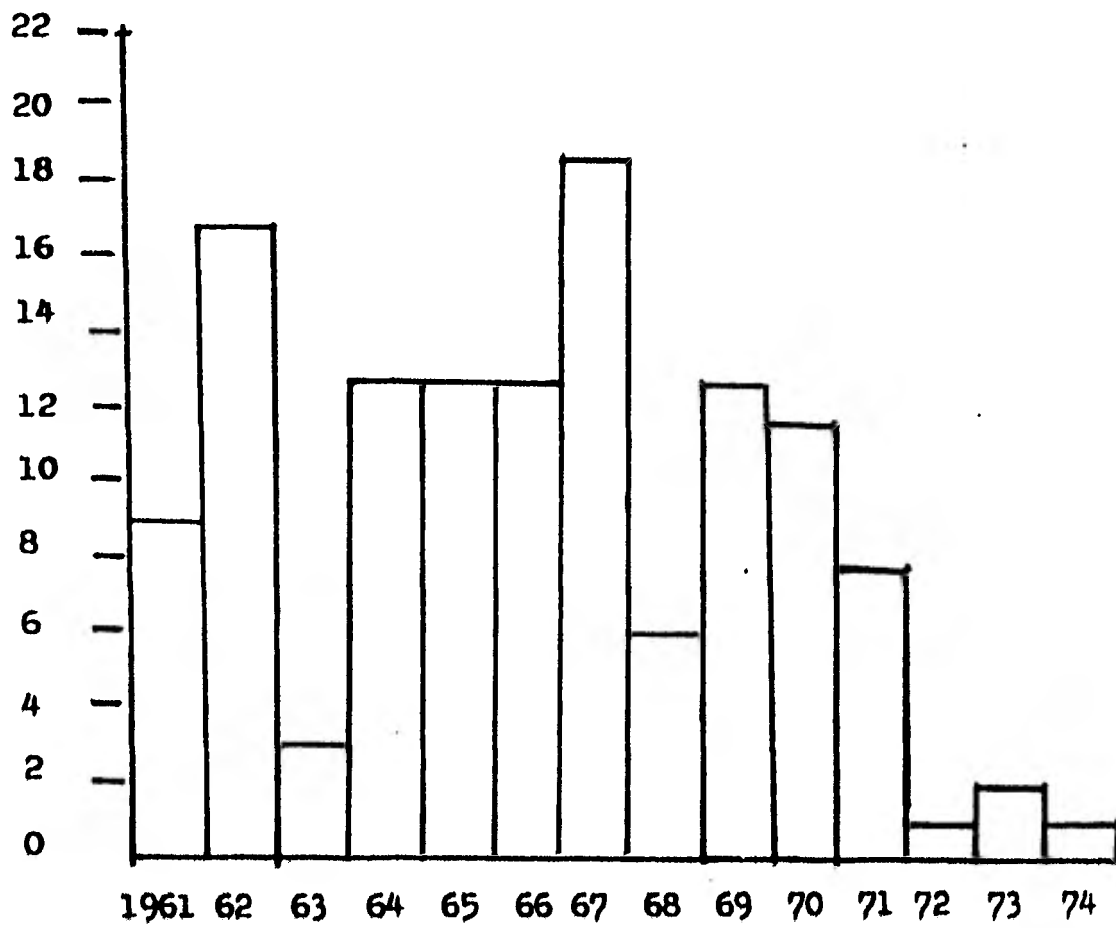
Dandonos un Total de 139 casos reportados en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional.

Relación de Tumores Benignos Diagnosticados por año
de 1961 a 1978 en la misma Institución. (F i g. A)

Años	Casos
1961	9
1962	17
1963	6
1964	13
1965	13
1966	13
1967	19
1968	6
1969	13
1970	12
1971	8
1972	1
1973	2
1974	1
1975	1
1976	0
1977	4
1978	1

Total de Tumores Benignos Diagnosticados: 139 Tumores.

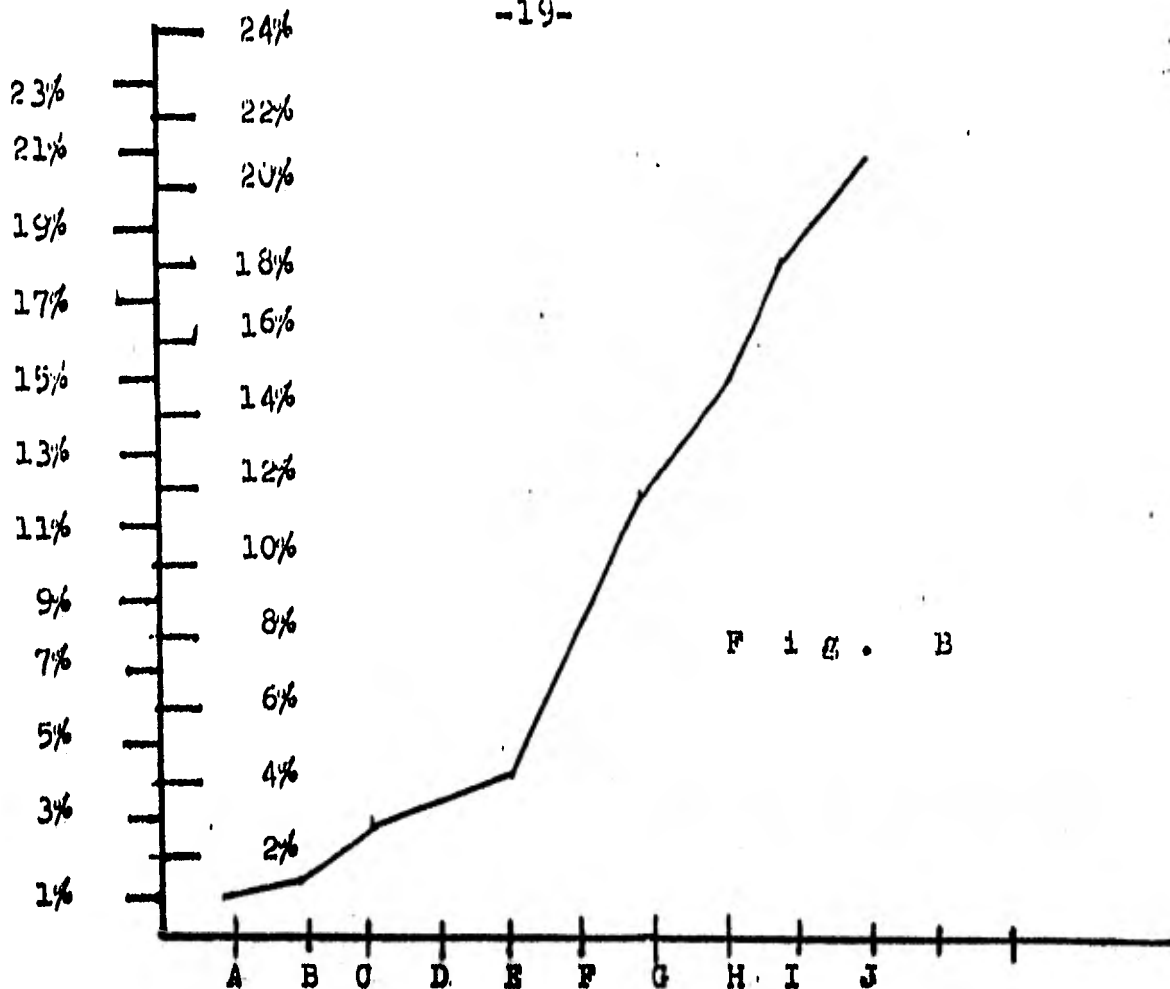
No. de casos.



Años

De acuerdo a las Estadísticas Anteriores seleccionamos los Tumores Benignos más Frecuentes en Cavidad Oral y presentamos la relación de los mismos: (F i g . B)

Tumor Benigno	Casos
1.- Hemangioma	29
2.- Papiloma	26
3.- Fibroma	21
4.- Epulis	17
5.- Ameloblastoma	12
6.- Quiste Dentigero	6
7.- Tumores Quísticos	5
Lipoma	5
8.- Tumor Mixto de G.S.	4
9.- Linfangioma	2
10.-Leucoplasia	1
Quiste de Retención	1
Mioblastoma	1
Granuloma	1
Adenoma	1
Angioma	1
Neurilema	1
Neurilemona	1
Nevus	1
Flegmon	1
Quiste Cebaceo	1
Polipos	1



F i g . B

De los 139 casos, que son el 100%, encontramos con más frecuencia los siguientes Tumores Benignos en Cavidad Oral:

- A.- Leucoplasia, Quiste de Retención, Mioblastoma, Granuloma, Adenoma, Angioma, Neurilemoma, Nevus, Flegmón, Quiste Sebáceo, Polipos. (0.7%)
- B.- Linfangioma. (1.4%)
- C.- Tumor Mixto de G.B. (2.8%)
- D.- Tumor Quístico, Lipoma (3.5%)
- E.- Quiste Dentífero. (4.3%)
- F.- Ameloblastoma (8.6%)
- G.- Epulis. (12.2%)
- H.- Fibroma. (15.1%)
- I.- Papiloma. (18.7%)
- J.- Hemangioma. (20.6%)

Localización más frecuente de las Neoplasias Benignas
en Cavidad Oral.

LOCALIZACION	CASOS
LENGUA	62
LABIO	20
PISO DE LA BOCA	1
PALADAR	14
ENCIA	16
MAXILAR	24
MEJILLA	2

EDAD EN QUE SE PRESENTAN MAS FRECUENTEMENTE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS.

EDAD (años)	CASOS
10-20	14
21-30	39
31-40	29
41-50	25
51-60	17
61-70	13
71-80	2
81-90	0

SEXO EN QUE SE PRESENTAN MAS FRECUENTEMENTE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS. (Figuras C y D)

FEMENINO		MASCULINO	
EDAD	CASOS	EDAD	CASOS
10-20.	8	10-20	6
21-30	22	21-30	17
31-40	18	31-40	11
41-50	16	41-50	9
51-60	8	51-60	9
61-70	7	61-70	6
71-80	1	71-80	1
81-90	0	81-90	0

Casos

Sexo Femenino.

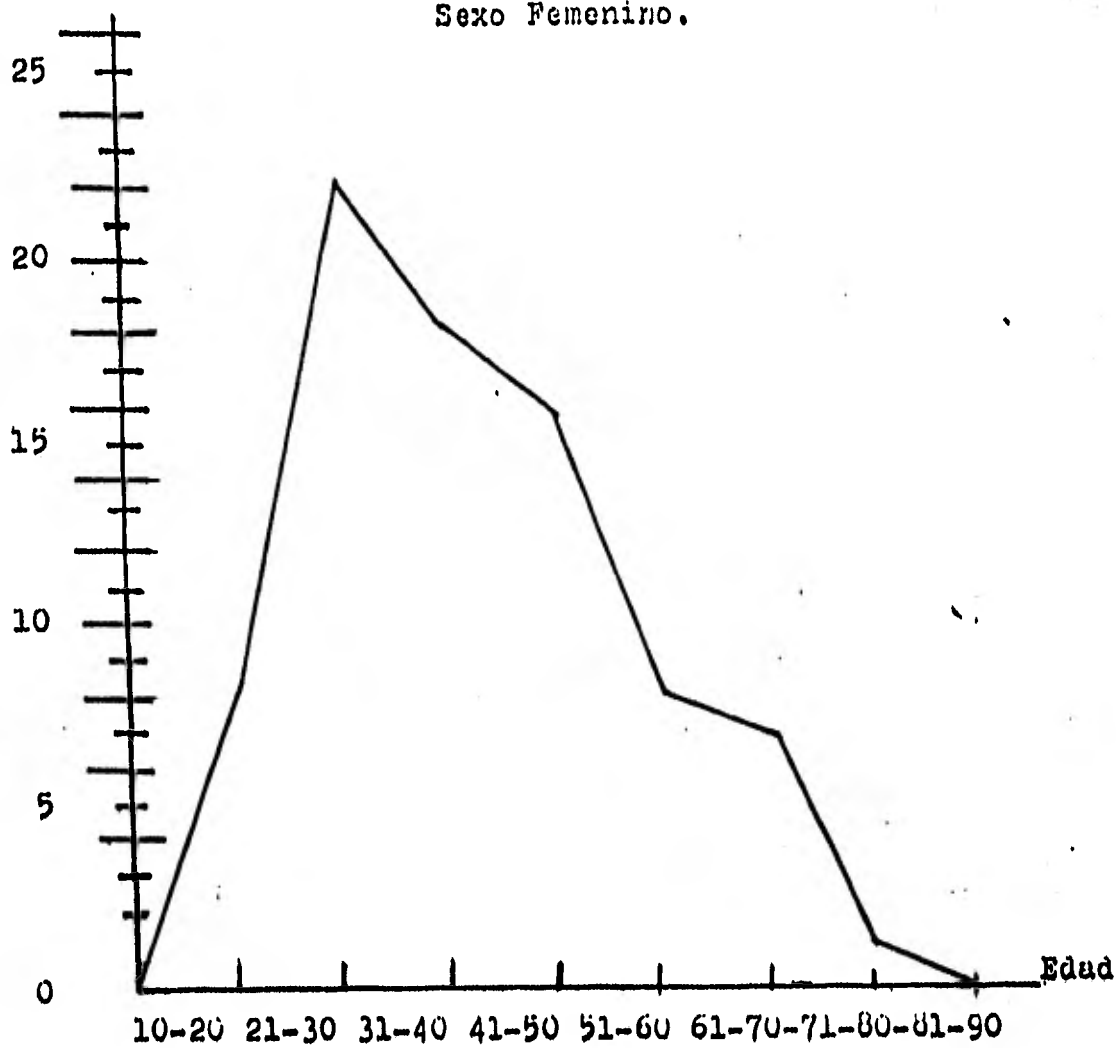
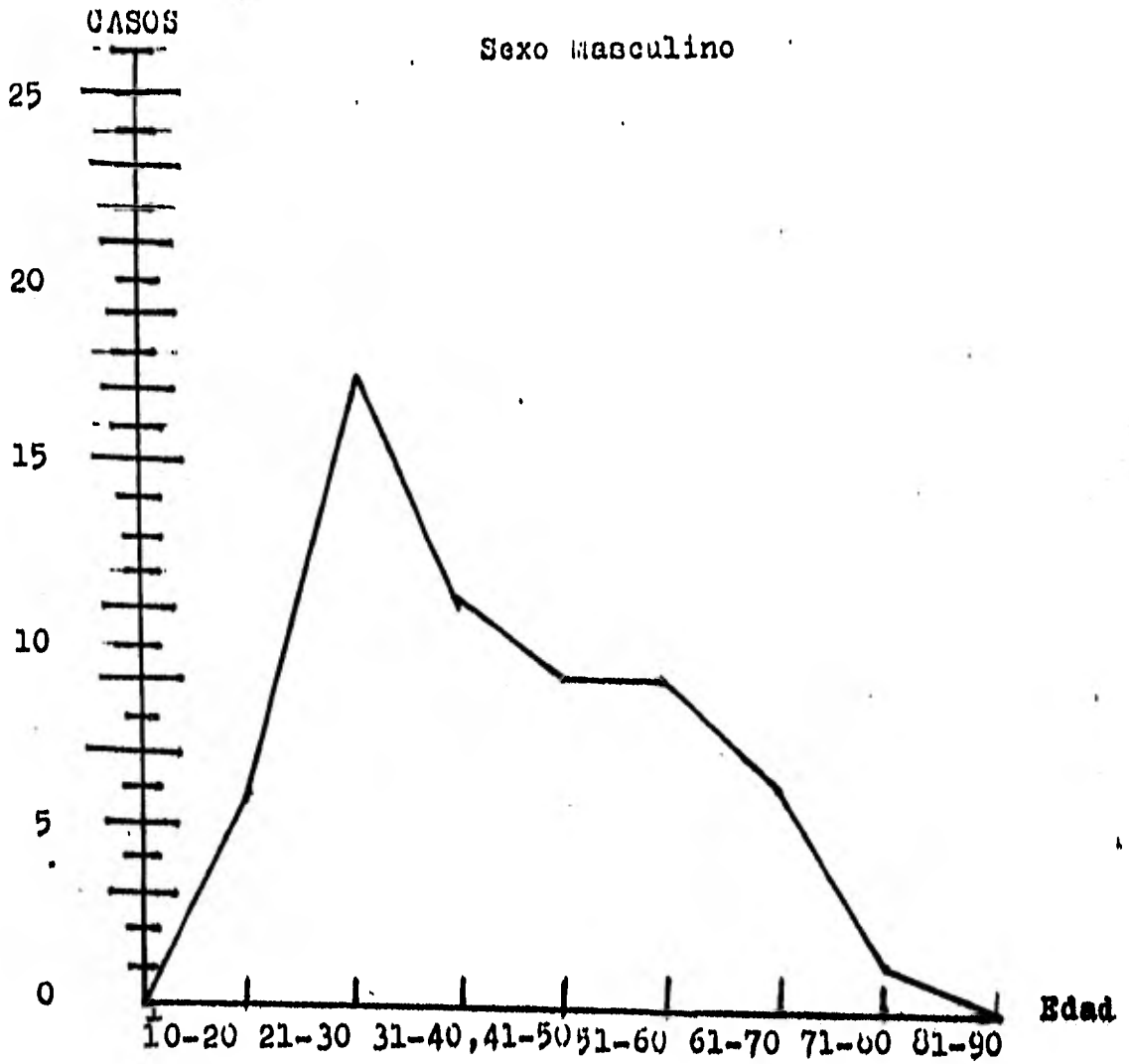


Fig. 0



F I R . D

También se investigó en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para comparar datos, a Nivel Nacional:

Estadísticas Vitales de los Estados Unidos Mexicanos año 1974.

Dirección de Bioestadística (S.S.A.)

Subsecretaría de Salubridad (1976)

Tumores Benignos causas de defunción.	Clave O.M.S.	Total	Con certificado Médico	Grupos de Edad en Años						
				-1	1	2	3	4	1 a 4	
Tumores Benignos de Naturaleza no especificada.	2 1 0	H-4 3 4	3 3 3	H-35	8	6	2	8	2 4	
	a 2 3 9	M-5 2 3	3 8 9	M-25	4	12	6	4	2 6	
GRUPOS DE EDAD										
No se tomaron en cuenta los dígitos del		5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
	2 1 0	I-22	1 4	2 6	2 16	2 1	1 7	2 1	2 1	2 4
a 2 3 9	M-22	2 1	2 0	1 9	1 9	1 8	3 8	3 8	3 8	
GRUPOS DE EDAD										
		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85	
	H-21	3 2	2 6	2 9	2 4	1 3	2 1	1 7		
	M-28	2 4	3 8	4 0	4 1	2 2	1 7	3 8		

Clasificación Internacional de Enfermedades

Revisión de 1965

Vol. 1

O.M.S. 1968

TUMORES BENIGNOS
(210 - 228)

- 210.- Tumor Benigno de Cavidad Bucal y de la Faringe.
- 211.- Tumor Benigno de otras partes del Aparato Digestivo.
- 212.- Tumor Benigno del Aparato Respiratorio
- 213.- Tumor Benigno de Huesos y de los Cartílagos.
- 214.- Lipoma.
- 215.- Otros Tumores Benignos del Tej. Muscular y conjuntivo.
- 216.- Tumor Benigno de la Piel.
- 217.- Tumor Benigno de la mama.
- 218.- Fibroma Uterino
- 219.- Otros Tumores Benignos del Utero.
- 220.- Tumor Benigno del Ovario.
- 221.- Tumor Benigno de los órganos genitales de la mujer.
- 222.- Tumor Benigno de los órganos genitales del hombre.
- 223.- Tumor Benigno del Riñón y de otras Org. Urinarios
- 224.- Tumor Benigno del ojo.
- 225.- Tumor Benigno del Encefalo y de otras partes del S.N.
- 226.- Tumor Benigno de las glándulas Endocrinas.
- 227.- Hemangioma, Linfangioma.
- 228.- Tumor Benigno de otros órganos y tejidos de los no especificados.

Mortalidad General según lista "A" de 150 Causas

Estados Unidos Mexicanos

Clave de Lista "A" De 150 Causas de la C.I.E.	C A U S A	Número de Defunciones	Tasa
61	Tumores Benignos y de naturaleza no especificada	1 2 2 3	2.0

A continuación presentamos una muestra gráfica de las siguientes lesiones Diagnosticadas Clínicamente, de la Zona de Influencia de E.N.E.P. ZARAGOZA, en la cual se hizo una revisión de 10 000 Historias Clínicas, encontrándose los siguientes datos :

Tumor Benigno	Edad	NO. Exp.	Sexo
Fibroma Irritativo	14	12 723	F
Fibroma (Hiperplasia fibrosa)-----	42	12 465	F
Fibroma	58	13 096	F
Fibroma de Lengua	77	13 754	M
Fibroma	30	9 713	F
Fibroma	68	14 483	F
Fibroma	38	14 482	F
Fibroma	7	10 084	M
Fibroma de Labio	24	17 640	M
Fibroma Oval	7	9 511	M
Fibroma	30	9 713	F
Fibroma en Carrillo	20	10 571	M
Fibroma en Lengua	38	10 647	M
Fibroma	68	9 309	F
Fibroma en Labio	24	17 830	M
Fibroma	54	17 624	F
Fibroma	59	17 573	F

Tumor Benigno	Edad	No. Exp.	Sexo
Hiperplasia del Surco Alveolar---	24	12 632	F
Hiperplasia Labial	13	12 423	M
Hiperplasia Gingival	24	14 998	F
Hiperplasia Retromolar	58	14 254	F
Hiperplasia Gingival	12	13 739	F
Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria	68	14 953	F
Hiperplasia	48	11 459	F
Hiperplasia Gingival	45	17 640	F
Hiperplasia Gingival	56	17 323	F
Hiperplasia Gingival	6	16 799	F
Hiperplasia Gingival	47	16 624	M
Hiperplasia Labial	84	16 076	F
Hiperplasia Fibrosa	46	15 608	F
Hiperplasia	58	14 936	F
Granuloma	35	10 485	F
Granuloma Piogeno	14	10 002	M
Granuloma	54	16 581	F

Tumor Benigno	Edad	No. Exp.	Sexo
Granuloma	52	16 484	M
Granuloma	22	15 407	F
Granuloma	39	15 646	F
Granulomas Apicales	4	13 934	M
Granuloma	65	14 948	F
Papiloma en Lengua	16	9 979	M
Papiloma en Lengua	22	13 289	F
Papiloma en Encía	22	13 289	F
Papiloma	22	13 524	F
Epulis	58	10 826	F
Epulis	65	15 806	M
Epulis Fibromatoso	58	14 779	F
Epulis	48	14 856	F
EPULIS	80	14 140	F
Adenoma de Labio Sup.	60	14 456	F
Cálculo en Glándulas Sal.	42	14 253	F

El total de Casos fué de : 50 Tumores Benignos.

Presentación de datos diagnósticados Clínicamente, con
pacientes de ambos sexos, cuyas edades van de 1 a 90 a
ños :

Tumor Benigno ; Fibroma

Edad.	NO. de Casos.
0-10	2
11-20	2
21-30	4
31-40	2
41-50	1
51-60	3
61-70	2
71-80	1
81-90	0

Tumor Benigno ; Hiperplasia .

0-10	1
11-20	2
21-30	2
31-40	0
41-50	4
51-60	3

Edad	No. de casos
61-70	1
71-80	0
81-90	1

Tumor Benigno : Granuloma .

0 -10	1
11-20	1
21-30	1
31-40	2
41-50	0
51-60	2
61-70	1
71-80	0
81-90	0

Tumor Benigno : Epulis

41-50	1
51-60	2
61-70	1
71-80	1

Tumor Benigno : Papilomas

0 -10	0
11-20	1
21-30	3

Tumor Benigno : Adenoma.

41-50	0
51-60	1
61-70	0
71-80	0

Tumor Benigno : Cálculo de Glándulas Salivales.

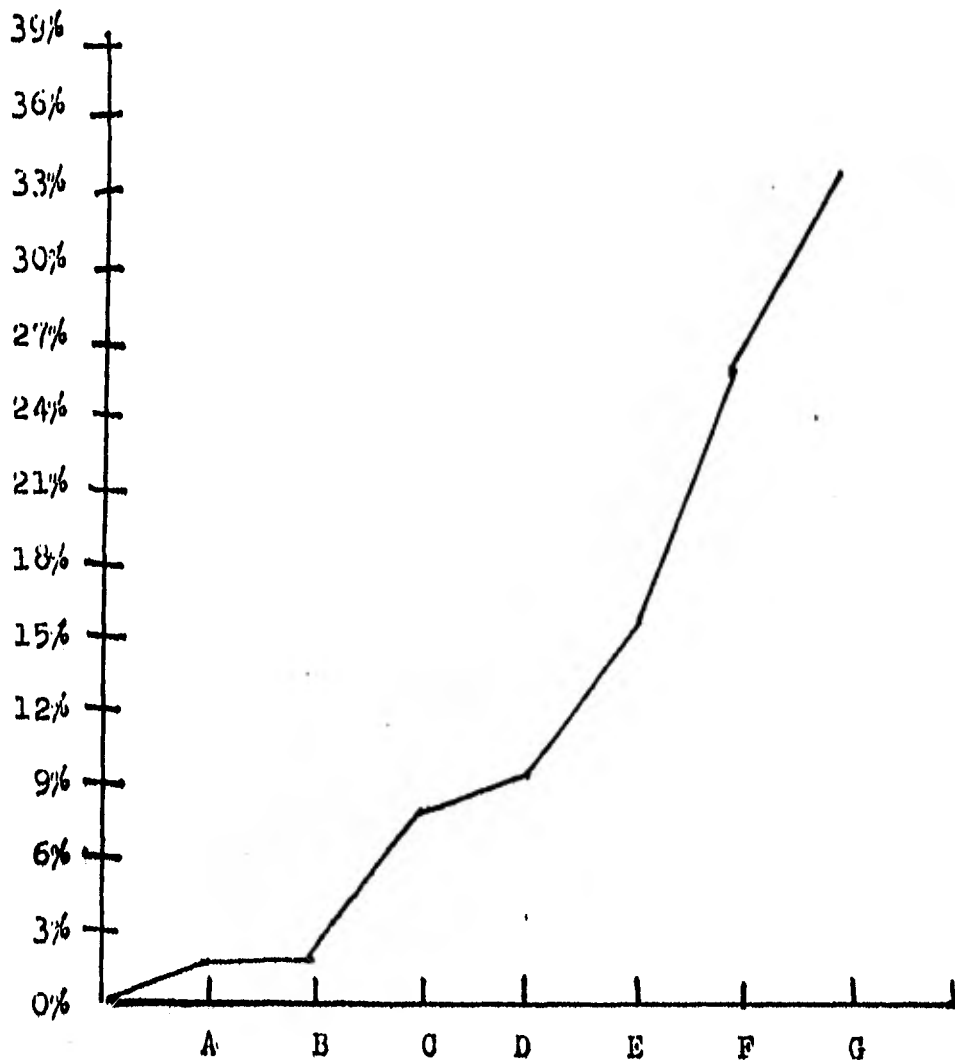
Edad	No de casos
0 -10	0
11-20	0
21-30	0
31-40	0
41-50	1
51-60	0
61-70	0
71-80	0
81-90	0

El número total de los Tumores Benignos Diagnosticados Clínicamente fué de : 50 Tumores Benignos.

De acuerdo con los datos anteriores, de los Tumores Be
nignos más Frecuentes en Cavidad Oral; de la Zona de
Influencia de E.N.E.P. ZARAGOZA, presentamos la rela -
ción de los mismos:

Tumor Benigno	Casos
Fibroma	17
Hiperplasia	14
Granuloma	8
Epulis	5
Papiloma	4
Adenoma	1
Cálculo en Glándulas Salivales	1
Total: 50 Tumores B.	

De los 50 casos, que son el 100% encontramos el % de los siguientes Tumores Benignos :



- A.- Cálculo en G.B. (2 %)
- B.- Adenoma (2 %)
- C.- Papiloma (8 %)
- D.- Epulis (10 %)
- E.- Granuloma (16 %)
- F.- Hiperplasia (28 %)
- G.- Fibroma (34 %)

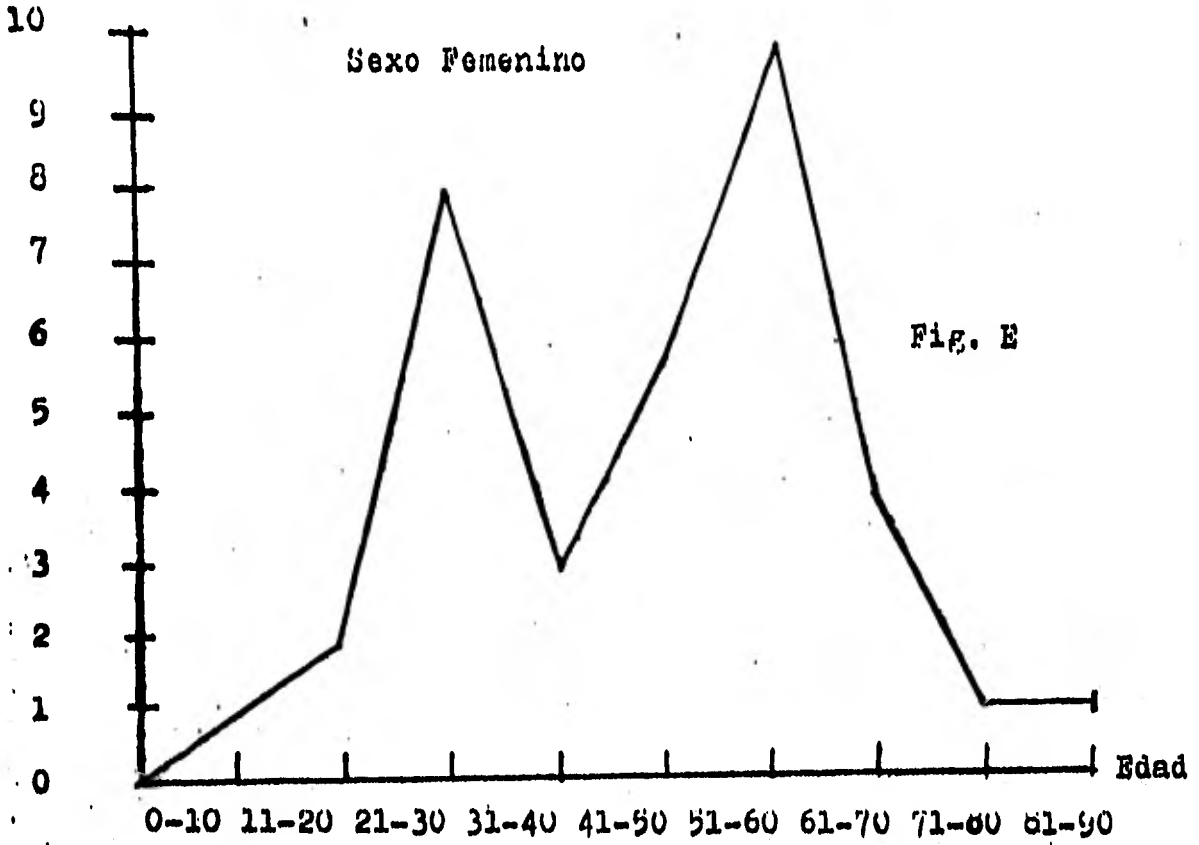
Edad en que se presentan más frecuentemente las neoplasias Benignas. (a nivel General)

EDAD (Años)	No. de Casos
0 -10	4
11-20	6
21-30	10
31-40	4
41-50	7
51-60	11
61-70	5
71-80	2
81-90	1

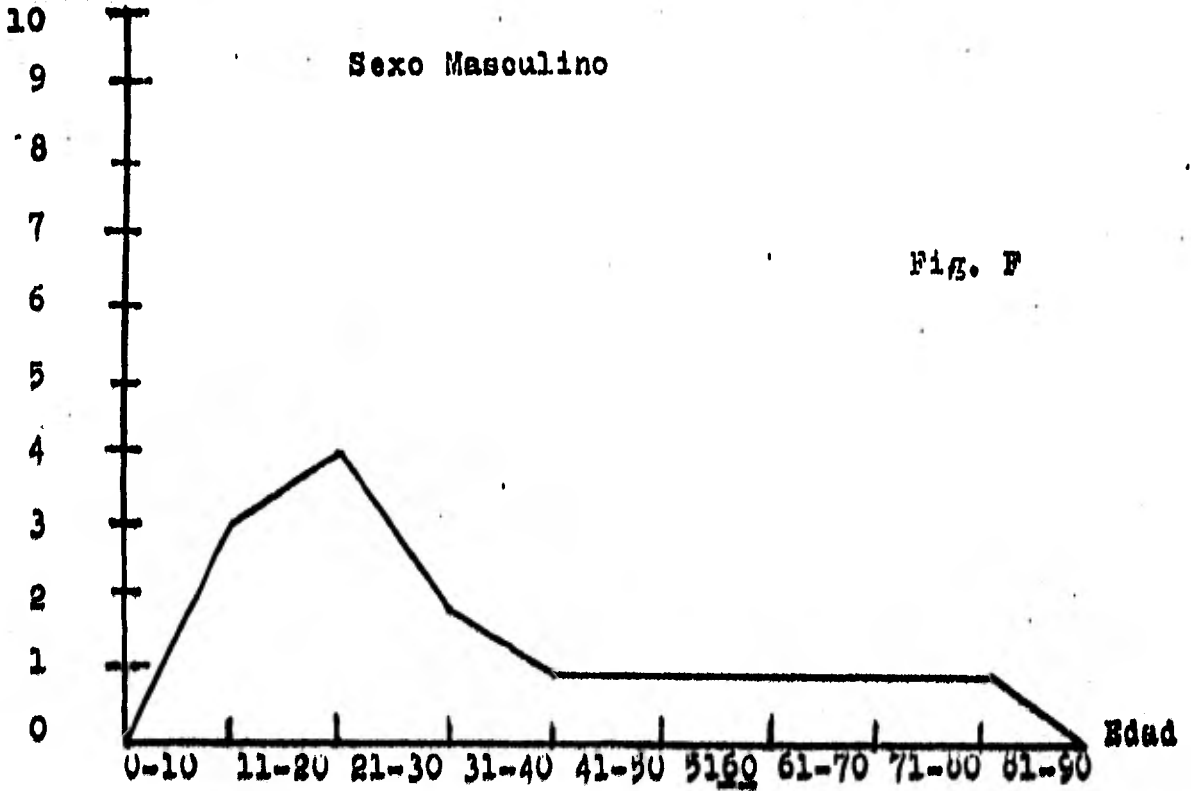
Sexo en que se presentan más frecuentemente las Neoplasias Benignas: (Figs. E y F)

Femenino		Masculino	
Edad	No.Casos	Edad	No.Casos
0 -10	1	0 -10	3
11-20	2	11-20	4
21-30	8	21-30	2
31-40	3	31-40	1
41-50	6	41-50	1
51-60	10	51-60	1
61-70	4	61-70	1
71-80	1	71-80	1
81-90	1	81-90	0

CASOS



CASOS



De las Neoplasias Benignas antes mencionadas, recurri-
mos al Departamento de Histopatología, en los cuales
se confirma su Diagnóstico Histopatológico, de los -
que a continuación se mencionan :

Fibroma Irritativo		Exp.Bz-024
Edad 14 Años	Sexo Fem.	
Fibroma Irritativo		Exp.Bz-030
Edad 54 Años	Sexo Fem.	
Fibroma Irritativo		Exp.Bz-02
Edad 68 Años	Sexo Fem.	
Fibroma Irritativo		Exp.Bz-06
Edad 38 años	Sexo Fem.	
Fibroma Irritativo		Exp.Bz-22
Edad 21 Años	Sexo Masc.	
Fibroma Irritativo		Exp.Bz-24
Edad 13 años	Sexo Fem.	
Fibroma Irritativo	Sexo Masc.	Exp.Bz-25
Edad 13 años		
Fibroma Irritativo		Exp.Bz-27
Edad 24 años	Sexo Masc.	
Fibroma Irritativo		Exp.Bz-28
Edad 34 años	Sexo Masc.	
Fibroma		Exp.Bz-031
Edad 31 años	Sexo Masc.	
Fibroma		Exp.Bz-11

Fibroma		Exp. Bz-12
Edad 22 Años	Sexo Fem.	
Fibroma		Exp. Bz-26
Edad 50 años	Sexo Fem.	
Fibroma		Exp. Bz-32
Edad 42 años	Sexo Fem.	
Lipoma		Exp. Bz-028
Edad 27 años	Sexo Masc.	
Papiloma		Exp. Bz-04
Edad 38 años	Sexo Masc.	
Papiloma		Exp. Bz-12
Edad 22 años	Sexo Fem.	
Granuloma Periapical		Exp. Bz-30
Edad 19 años	Sexo Masc.	
Granuloma Piogeno		Exp. Bz-29
Edad 14 años	Sexo Fem.	
Granuloma Piogeno		Exp. Bz-025
Edad 7 años	Sexo Fem.	
Epulis Fisurado		Exp. Bz-07
Edad 43 años	Sexo Fem.	
Epulis Fisurado		Exp. Bz-023
Edad 38 años	Sexo Fem.	
Epulis Fisuraton		Exp. Bz-23
Edad 44 años	Sexo Fem.	
Hiperplasia Gingival		Exp. Bz-08
Edad 25 Años	Sexo Masc.	

Leucoplasia Benigna		Exp. Bz-31
Edad 69 años	Sexo Masc.	
Quieste Sebaceo		Exp. Bz-021
Edad 14 años	Sexo Fem.	
Quieste Dentífero		Exp. Bz-026
Edad 27 Años	Sexo Fem.	
Quieste de Retención		Exp. Bz-01
Edad 20 años	Sexo Fem.	
Quieste Sebaceo		Exp. Bz-09
Edad 23 años	Sexo Fem.	
Quieste Dentario Dentífero		Exp. Bz-17
Edad 16 años	Sexo Fem	
Odontoma Compuesto		Exp. Bz-19
Edad 58 años	Sexo Masc.	
Quieste Dentífero		Exp. Bz-20
Edad 16 años	Sexo Fem.	
Ranula (Mucocele)		Exp. Bz-36
Edad 12 años	Sexo Fem.	

Presentación de datos, de los Tumores Benignos, Dianó
ticados Histopatologicamente en el Laboratorio de His-
topatología de E.N.E.P. ZARAGOZA; con pacientes de am-
bos sexos desde la edad de 1 a 90 años:

Tumor Benigno : Fibroma

Edad	No. de Casos
0 -10	0
11-20	4
21-30	3
31-40	3
41-50	2
51-60	1
61-70	1
71-80	0
81-90	0

Tumor Benigno : Quistes

0 -10	0
11-20	4
21-30	2
31-40	0
41-50	0
51-60	0
61-70	0
71-80	0
81-90	0

Tumor Benigno : Granuloma

0-10	1
11-20	2
21-30	0
31-40	0

Tumor Benigno : Epulis

31-40	1
41-50	2
51-60	0
61-70	0

Tumor Benigno: Papiloma

11-20	0
21-30	1
31-40	1
41-50	0

Tumor Benigno : Lipoma

11-20	0
21-30	1
31-40	0
41-50	0

Tumor Benigno : Hiperplasia

11-20	0
-------	---

21-30	1
31-40	0
41-50	0

Tumor Benigno : Odontoma

41-50	0
51-60	1
61-70	0
71-80	0

Tumor Benigno:Leucoplasia

51-60	0
61-70	1
71-80	1
81-90	0

Tumor Benigno;Ranula

0 -10	0
11-20	1
21-30	0
31-40	1

El número total de los Tumores Benignos Diagnosticados

Histopatologicamente fué de 33 Tumores Benignos.

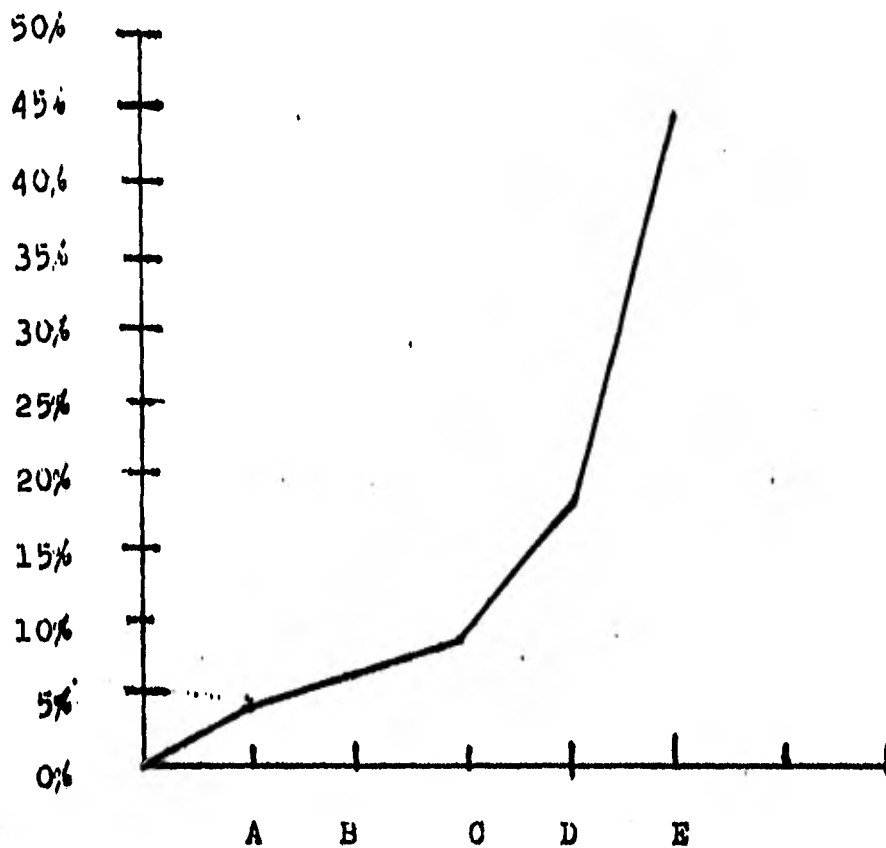
Con los datos anteriores de los Tumores Benignos, diagnosticados en el Laboratorio de Histopatología de la E.N.E.P. ZARAGOZA presentamos la relación de los mismos :

TUMOR BENIGNO	CASOS
Fibroma	14
Quiistes	6
Granuloma	3
Epulis	3
papiloma	2
Lipoma	1
Hiperplasia	1
Odontoma	1
Leucoplasia	1
Ranula	1

Total de Tumores Benignos Diagnosticados

33 T.B.

De los mismos casos que son el 100% encontramos el % de los mismos Tumores Benignos:



A.- Lipoma, Hiperplasia, Leucoplasia, Odontoma, Ranula (3.1%)

B.- Papiloma (6.1%)

C.- Granuloma, Epulis (9.1%)

D.- Quistes (18.1%)

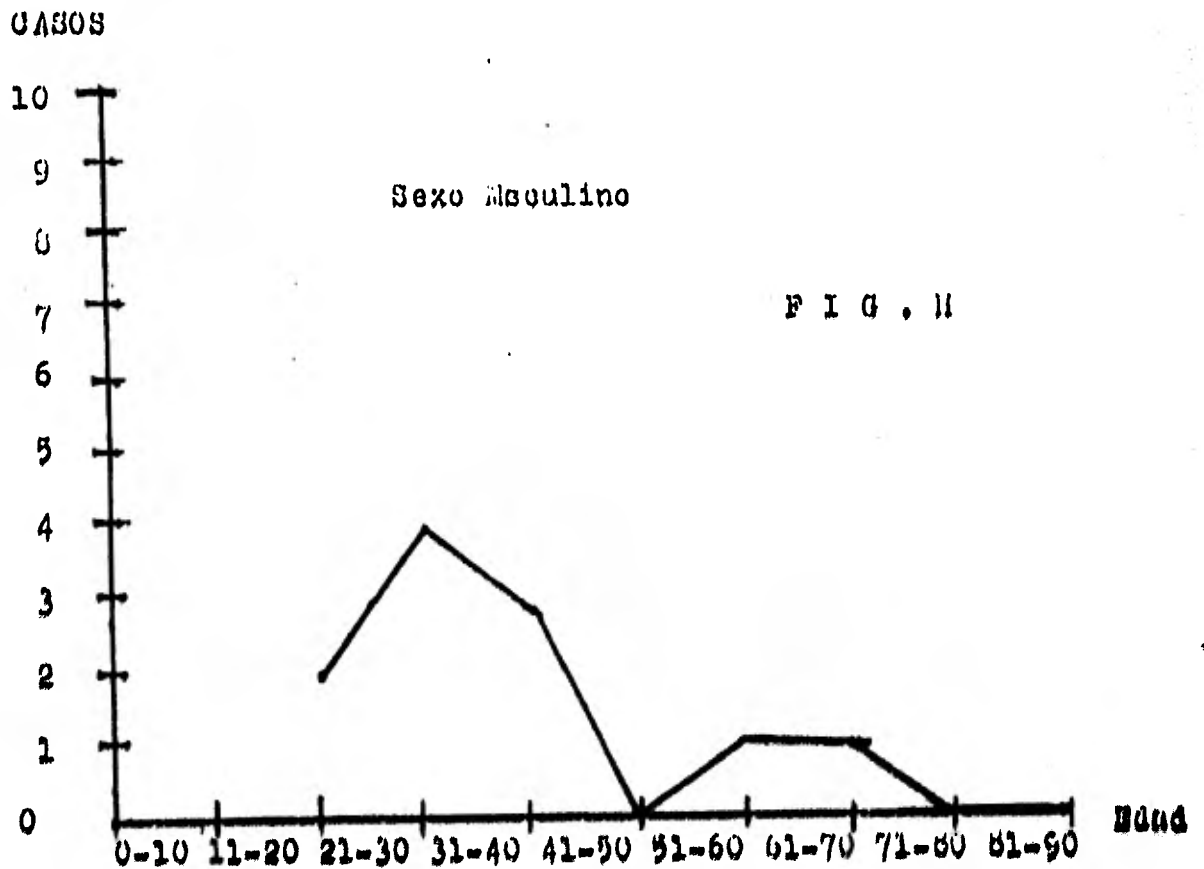
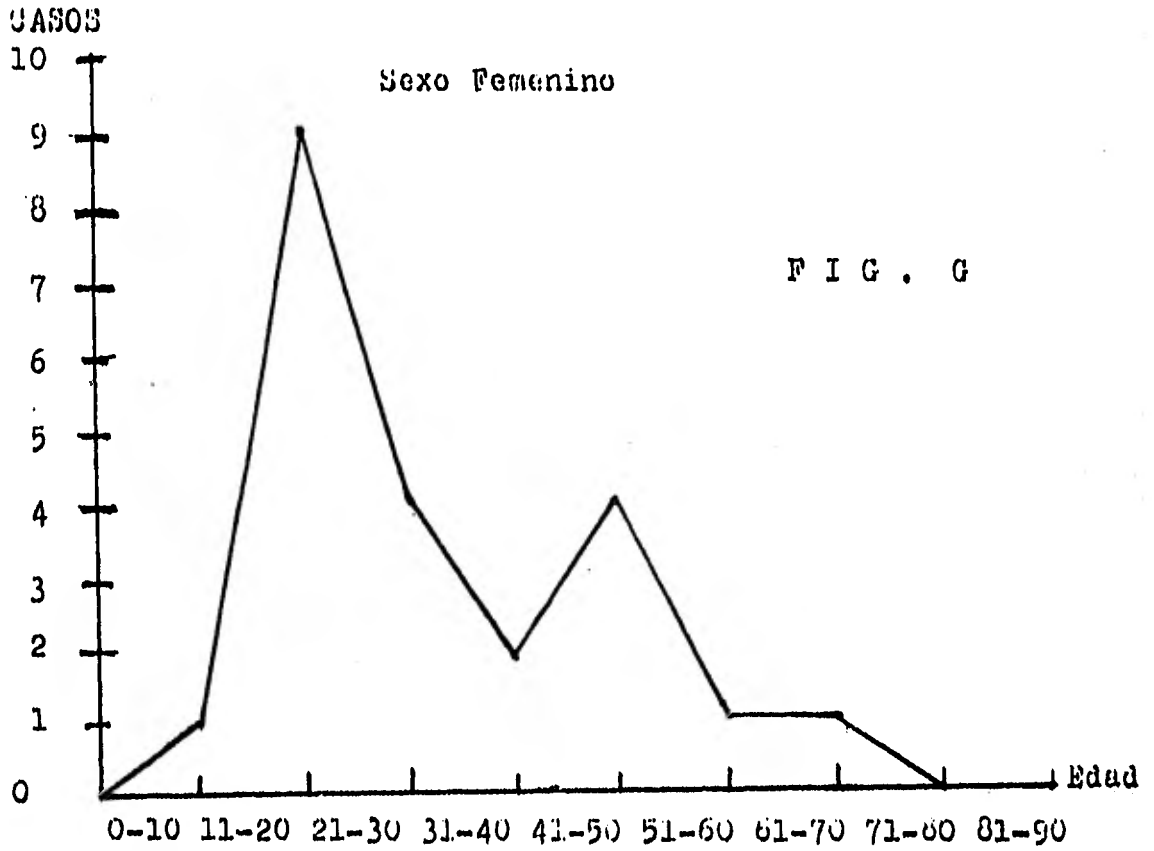
E.- Fibroma (42.4%)

Edad en que se presentan más frecuentemente las Neoplasias Benignas. (a nivel general).

Edad (años)	NO.de Casos
0-10	1
11-20	11
21-30	8
31-40	5
41-50	4
51-60	2
61-70	2
71-80	0
81-90	0

Sexo en que se presentan más frecuentemente las Neoplasias Benignas: (Figs. G y H)

Femenino		Masculino	
Edad (años)	No. de casos	Edad	No. casos
0- 10	1	0-10	0
11-20	9	11-20	2
21-30	4	21-30	4
31-40	2	31-40	3
41-50	4	41-50	0
51-60	1	51-60	1
61-70	1	61-70	1
71-80	0	71-80	0
81-90	0	81-90	0



CONCLUSIONES:

De todo lo anteriormente visto, podemos resumirlo a lo siguiente :

En el Centro Médico Nacional, los Tumores Benignos más frecuentemente detectados fueron :

A) Hemangioma. B) Papiloma. C) Fibroma.

En la Clínica de E.N.E.P. ZARAGOZA, los Tumores Benignos Diagnosticados clínicamente fueron:

A) Fibroma . B) Hiperplasia. C) Granuloma.

Y en el Laboratorio de Histopatología de la E.N.E.P. ZARAGOZA fueron:

A) Fibroma B) Quistes C) Granuloma y Epulis.

En conclusión se puede resumir que el tumor que más frecuentemente se presenta en la Cavidad Oral es: El Fibroma, seguido por Granulomas, Hemangiomas, Hiperplasias, Papilomas, Quistes y Epulis.

En el Centro Médico Nacional, encontramos que la edad más afectada fué: De los 21-30 y 31-40 años.

En la Clínica de E.N.E.P. ZARAGOZA las edades afectadas fuerón : De 21-30 y 51-60 años .

Y en el Laboratorio de Histopatología las edades afectadas fuerón : De 11-20 a 21-30 años.

Por lo tanto, se resume que la edad más afectada es : 21-30 años y en menor porcentaje : 11-20; 31-40, 51-60. En el Centro Médico Nacional, el sexo más afectado fue: el sexo femenino.

Y tanto en la Clínica como en el Laboratorio de Histopatología de E.N.E.P. ZARAGOZA, el sexo más afectado fue: el Femenino.

Se resume que el sexo más afectado por los tumores benignos fué : El Sexo Femenino.

Y como un dato importante, en la S.S.A. se encontró que existen defunciones por Tumores Benignos, siendo el sexo Femenino el más afectado.

COMENTARIO:

Esperamos, que con los datos proporcionados en este capítulo, los estudiantes y Profesores de futuras generaciones se den cuenta de la magnitud de los problemas de las Neoplasias, que se pueden encontrar en cavidad Oral.

Oreemos que es necesario, que el estudiante entre en contacto con este tipo de Neoplasias desde el inicio de su carrera no importando el semestre que course (3er, 4o, 5o. Semestre etc.).

Y que los futuros Cirujanos Dentistas hagan una gran concientización de la población con la que trabajan, y si no están, lo suficientemente capacitados para esto, remitirlo al Terapeuta adecuado.

Bibliografía :

Garibay O.V., Ibañez G.J., Tabares B.R. : TESIS PROFESIONAL "PREVALENCIA DE LAS NEOPLASIAS ORALES" pags. 28,34-35, 78-97. MEXICO.

Secretaría de Salubridad y Asistencia: ESTADISTICAS VITALES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Vol. 1 Pags. 330-332, MEXICO.

Secretaría de Salubridad y Asistencia : COMPENDIO DE ESTADISTICAS VITALES DE MEXICO 1974, Serie 1, Pag.27, MEXICO.

Revisión de 10 000 Historias Clínicas, en la Clínica E.N.E.P. ZARAGOZA, año 1981.

Revisión del libro de Registro de los Tumores reportados, en el Laboratorio de Histopatología de E.N.E.P. ZARAGOZA, Año 1981.

"Conceptos Generales sobre Neoplasias":

En la unidad anterior, vimos por medio de Estadísticas y Gráficas del Centro Médico Nacional, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de la E.N.E.P. ZARAGOZA, los diferentes tipos de Tumores Benignos que se presentan más frecuentemente en Cavidad Oral.

En esta Unidad explicaremos su origen, la diferencia entre un Tumor Benigno y un Tumor Maligno y la clasificación de los mismos.

Y que con estos datos, tengamos una visión mucho más amplia de los problemas que nos pueden ocasionar este tipo de tumores y que en un futuro no muy lejano podamos combatir de una manera eficaz cualquier tipo de Tumor.

A continuación prodecemos a desarrollar la presente Unidad, esperando que sea útil, a quienes se interesen en revisarla.

Definición:

Dentro de la Odontología, como en cualquier otra profesión el C.D. adquiere ciertas obligaciones; pero en este caso el diagnóstico y el Tratamiento es punto importante para la salud del paciente.

Ya que por medio de los recursos y conocimientos de que disponga el C.D. , este podrá diferenciar entre un Tumor Benigno y un Tumor Maligno, y es que en ocasiones este último puede provocar la muerte.

Por lo cual se hace necesario, dar una definición al respecto :

El término Neoplasia literalmente significa "Nuevo Crecimiento o Neoformación" y la masa de Células que forman el nuevo crecimiento es una Neoplasia.

Además otra definición al respecto dice: Que una Neoplasia es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede de los tejidos normales y que no esta coordinado con estos mismos; y que persiste de la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadenó el cambio.

En términos generales el Tumor Benigno se denomina añadiendo el subfijo OMA, al nombre de la célula de la que proviene la tumoración; por ejemplo: Los Tumores Benignos originados de células de tejido fibroso se llaman Fibromas,

La nomenclatura de los Tumores Malignos sigue en esencia el Método utilizado para los Tumores Benignos, y a estos se les agrega el subfijo SARCOMA, por ejemplo : un Tumor Oseo maligno de tejido fibroso se llamará Fibrosarcoma.

La designación Benigno, significa que la lesión no amenaza la vida y es raro que una lesión de este tipo cause la muerte, y si acaso ocurriera sería en virtud de su sitio estratégico o su función.

Los tumores Malignos son los causantes de la muerte del paciente, como se ha demostrado en pacientes con cáncer Oral, que después de ser tratados no logran sobrevivir mucho tiempo.

Dentro de la práctica diaria el O.D. llega a diagnosticar un 40% de los Tumores en Cavidad Oral.

Es por eso importante reconocer las características entre un Tumor Benigno y un Tumor Maligno.

Características	T. Benigno	T. Maligno
	Crecimiento lento por meses o años	Crecimiento rápido por semanas ó meses.
EVOLUCION	Crecimiento por expansión.	No encapsulados.
	Sésiles.	Crecimiento por infiltración, No sésiles.

Características	Tumor Benigno	Tumor Maligno
FORMA MACROSCOPICA.	Son pequeños y Formes	Generalmente adquiere tamaños grandes no formes
CARACTERÍSTICAS MICROSCOPICAS.	Semejan al Tejido normal, con estructura típica del tejido de origen	Son diferentes al tejido normal, con estructura Atípica.
	Bien delimitados.	De límites imprecisos.
	Móviles.	
CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS.	No recidivan. No producen metástasis.	A menudo recidivan y producen metástasis.

Factores que influyen ó desencadenan la aparición de Tumores Neoplásicos en la Cavidad Oral.

En esta Unidad se van a enumerar diversos factores que influyen en la presencia de los Tumores Benignos en Cavidad Oral.

Ya, que en un momento dado y de acuerdo al origen del estímulo, pueden desarrollar procesos premalignos, dando como consecuencia alteraciones capaces de provocar la muerte del paciente, en algunos casos.

Es por ello que en los objetivos de esta Tesis, queremos dejar bien descritos los factores o estímulos adversivos a la Salud Oral y General del paciente.

Señalando, que hasta donde se sabe , los orígenes de los Tumores Benignos y de los Malignos son diferentes. En otras palabras, raramente nace un cáncer a nivel de un Tumor Benigno.

A continuación se anotan los factores más importantes;

Más de la mitad de los Tumores Benignos inflamatorios de la boca, son causados por los siguientes factores:

Irritación Crónica.

Irritación asociada con : masticación, mordeduras, limaduras toscas.

Dentaduras y puentes mal adaptados.

Maloclusiones.

Dientes Cariados.

Dientes con aristas filosas.

Líquidos irritantes.

Substancias químicas.

Otros factores que contribuyen a la aparición de Tumores son:

De tipo Hormonal.

De tipo Congénito.

Y un último factor sería el de: Traumatismo.

Los tumores inflamatorios carecen de potencial premaligno.

Si se sospecha que un tumor pueda reincidir en Maligno el tejido, se someterá a un estudio profundo para observar a que tipo corresponde, en la clasificación de BRODERS, que a continuación se menciona:

Los tumores se clasifican con criterio histológico.

Grado I (Crecimiento Lento). Células casi normales, la diferenciación varía de 100% al 75 %.

Grado II. Existe atipia, pero sin señales de transformación maligna, la diferenciación varía del 50% al 75%.

Grado III. Carcinoma en el cual la diferenciación varía del 50% al 25%.

Grado IV (Crecimiento Rápido). La diferenciación varía del 25% al 0%.

En todo tipo de Neoplasias, cuando el crecimiento es lento, se reconocen fácilmente porque sus células son típicas, porque han tenido tiempo de diferenciarse bien.

Las formas malignas suelen dar problemas para el diagnóstico, porque por lo general son de tipo embrionario y no maduran suficientemente antes de dividirse de nuevo.

Esta clasificación es para grados de malignidad del cáncer.

Clasificación de los Tumores Benignos:

Existe falta de acuerdo, en relación a la forma de clasificar a los Tumores, los nombres inadecuados, los eponímicos y diferencias de opinión en cuanto a la histogénesis, ha contribuido a hacer más grande la confusión.

Se han hecho esfuerzos para normalizar una Clasificación Internacional de Tumores.

La Organización Mundial de la Salud, ha reunido grupos de expertos con el fin de proponer clasificaciones apropiadas para los diferentes grupos de Tumores; sin embargo, estas no han sido aceptadas aún en todos los Países e Instituciones, debido principalmente a que implican cambios en Sistemas que han estado vigentes durante muchos años.

En esta Unidad, tomaremos la clasificación de la Organización Mundial de la Salud para los Tumores Benignos y clasificarlos de acuerdo a sus tejidos de origen,

Clasificación de los Tumores Benignos de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. (O.M.S.)

Neoplasias Sinoviales :

Sinovioma Benigno.

Neoplasias de Células Germinativas:

Teratoma Benigno.

Teratoma NOS.

Quiste Dermoide.

Tumores de Vasos Sanguíneos

Hemangioma.

Hemangioma Cavernoso.

Hemangiendotelioma Benigno.

Hemangioma Capilar.

Hemangiopericitoma Benigno.

Hemangiopericitoma NOS.

Angiofibroma NOS.

Linfangioma Capilar.

Linfangioma Cavernoso.

Linfangioma Quístico.

Hemolinfangioma.

Osteomas :

Osteoma NOS.

Osteoma Osteoide.NOS.

Osteoblastoma.

Neoplasias Condromatosas:

Osteocondroma.

Condroma NOS.

Condroma Yustacortical.

Fibroma Condromixoide.

Tumores-Células Gigantes :

Tumor de células gigantes de hueso benigno.

Tumor de Hueso de células gigantes NOS.

Diversos Tumores de Hueso :

Fibroma osificante.

Tumores Odontogénicos :

Tumor Odontogénico Benigno.

Tumor odontogénico NOS.

Dentinoma.

Cementoma, NOS.

Cementoblastoma Benigno.

Fibroma cementante.

Cementoma de forma gigante.

Odontoma NOS.

Odontoma Compuesto

Odontoma Complejo.

Fibrodontoma ameloblástico (Odontoma fibro ameloblástico).

Tumor Adenomatoides odontogénico.
Adenoameloblastoma.

Quiste calcificante odontogénico.

Ameloblastoma, NOS.

Adamantinoma, NOS.

Odontoameloblastoma.

Tumor Odontogénico escamoso.

Mixoma odontogénico.

Mixofibroma odontogénico.

Fibroma odontogénico NOS.

Hemartoma central epitelial odontogénico.

Hemartoma periférico gingival odontogénico epitelial

Fibroma ameloblástico.

Tumor calcificante epitelial odontogénico.

Tumores de las Vainas Nerviosas:

Neurofibroma, NOS.

Neurofibromatosis, NOS.

Neurofibroma melanótico.

Neurofibroma plexiforme.

Neurilemoma, NOS.

Neuroma NOS.

Tumor de Células Granulares:

Tumor de Células granular NOS.

Linfoma NOS. (Contrario a la enfermedad)

Tumor linfomatoso benigno

Linfoma con nódulo foliolar.

Clasificación Internacional de Histología y Tumores
Orafaríngeos :

I.- Tumores de Epitelio Escamoso.

I.- Papiloma de Células escamosas.

II.- Tumores de epitelio glandular

III.- Tumores de Tejidos blandos.

1.- Fibroma.

2.- Lipoma.

3.- Liomioma.

4.- Rabdomioma.

5.- Condroma.

6.- Osteocondroma.

7.- Hemangioma.

a) Capilar.

b) Cavernoso.

8.- Hemangioendotelioma.

9.- Hemangiopericitoma.

10.-Linfangioma.

a) Capilar

b) Cavernoso

c) Quístico.

11.-Neurofibroma.

12.-Neurilemoma (Schwannoma)

IV.- Tumores del Sistema Melanogénico :

1.-nevo pigmentado

2.-Nevo no pigmentado

COMENTARIO:

En esta Unidad, nos avocamos al desarrollo de los Factores y su clasificación, exclusivamente de los Tumores Benignos por ser objetivo de nuestra tesis de desarrollar todo lo referente a dichos tumores.

Dentro de esto, el C.D. tiene serios problemas en la nomenclatura que se les da a los tumores; ya que varía según el autor, país etc. creando una gran confusión para el C.D. al revisar dichas clasificaciones .

Ya que muchas veces, puede ser causa de emitir una diagnóstico equivocado y por lo consiguiente un tratamiento inadecuado.

Creemos que se hace necesario, prevenir este tipo de Tumores desde sus inicios y no solamente dar tratamiento cuando se presente el Tumor.

Ya que día con día este tipo de Tumores se hará más frecuente tanto en México como en los demás países, y los C.D. afrontarán más problemas para combatirlos de una manera eficaz.

Bibliografía :

Robbins L.S. :PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONES, Edit.
Interamericana, Primera Edición, Año 1975, Pags. -----
105-110.

Zegarelli V.E., Kutscher H.A., Hyman A.G. :DIAGNOSTICO
EN PATOLOGIA ORAL, Edit. Salvat, Primera Edición, año
1978, page. 174-179=218, BARCELONA ESPAÑA.

Alonso L.M.M. :TESIS PROFESIONAL "CANCER ORAL", pag.
46, año 1975, MEXICO.

O.M.S.: International Classification Of Diseases, page,
37-40, 102-107., MEXICO.

III Unidad.

"Tumores Benignos":

En esta unidad, se describirán los Tumores Benignos más frecuentes en Cavidad Oral, que se han investigado en la Zona de Influencia de E.N.E.P. ZARAGOZA.

Así como también su Pronóstico y Tratamiento adecuado para aplicarlo en los diferentes tipos de Tumores Benignos.

La forma en que se describirán este tipo de Tumores, es de acuerdo a la frecuencia en que se encontró en las estadísticas de la E.N.E.P. ZARAGOZA en su zona de Influencia.

Pero no por ello dejan de tener importancia las lesiones menos frecuentes que puedan presentarse en Cavidad Oral, por lo que también se les mencionará aunque de una manera más resumida.

A continuación se describirá brevemente, el significado de Biopsia, los tipos de Biopsia y las posibles complicaciones :

BIOPSIA :

Uno de los métodos de gran ayuda, para el diagnóstico Diferencial de los tumores, tanto para los malignos como para los benignos es la Biopsia.

Se entiende como biopsia (Bios-Vida, Opsis-Visión) la examinación de un fragmento de tejido obtenido por medios quirúrgicos, mediante el microscopio.

Sus usos estan enfocados a obtener un diagnóstico , un pronóstico y la valoración del curso y efectividad de un tratamiento.

Dentro de las principales, y más usuales tipos de este estudio, se encuentran:

- A) Excisional : Empleada para eliminar completamente la lesión durante el mismo acto quirúrgico.
- B) Incisional: Se toma solo una porción de la lesión.
- C) Por Aspiración: Se extrae el contenido de una cavidad por ejemplo: un quiste.
- D) Por Curetaje: Se recoge el contenido del fondo de una lesión, el lecho de esta nos proporciona el material de estudio.

Las posibles complicaciones durante un estudio de Biopsia pueden ser:

a) Hemorragia:

- 1.- Tejidos muy vascularizados.
- 2.- Masa tumoral grande y friable.

b) Infección .:

c) Cicatrización deficiente:

- 1) Tejidos isquémicos.
- 2) Implantación del Tumor.
- 3) Radioterapia Previa.

d) Infiltración de células tumorales.

e) Lesiones de órganos subyacentes.

Por desconocimiento anatómico de la región.

f) Reacciones al anestésico:

- 1) Alergia.
- 2) Sobredosis.

Es necesario observar ciertos cuidados al efectuar una Biopsia:

- 1.- No tomar tejidos necróticos.
- 2.- Tomar cantidad suficiente de tejido.
- 3.- Limpiar la muestra con solución salina.

Fibroma :

Definición :

Es un tumor benigno más común del tejido conjuntivo, de la Cavidad Oral. Siendo una neoformación mesenquimato-
sa que se origina en los fibroblastos del mismo tejido.

Etiología :

Las causas más frecuentes por las que llegan a desarro-
llarse este tumor son: Irritación crónica y episodios
traumáticos.

Características Macroscópicas:

Los fibromas suelen ser nódulos pequeños (de 1 a 4 Cm)
discretos, encapsulados, redondos, ovalados y elípticos
que varían de masas gomosas ó nódulos sin característi-
cas distintivas.

Evolución :

De crecimiento lento, crónico, no metastizan.

Síntomas :

Son indoloros, rara vez producen síntomas molestos, a me-
nos que sufran un traumatismo y se ulceren.

Forma:

Nodular, pequeños, discretos, pueden ser sésiles ó pedin-
culados de superficie lisa.

Tamaño :

Varían de unos mm. a varios cm. (1-a 4 cm.).

Consistencia :

De consistencia firme, que puede variar de una masa blanda ó gomosa a nódulos sumamente duros, semisólidos o resistentes.

Color:

Su color es semejante al de la mucosa vecina ó algo más pálido.

Sitio :

Se localiza en : encía, lengua, mucosa bucal, piso de la boca, labios, rara vez en paladar.

Edad :

Aparece a cualquier edad; pero es más comunmente en la 3a., 4a. y 5a. década de la vida.

Sexo :

No hay predilección por el sexo, aunque se presenta un poco más en el sexo femenino.

Frecuencia:

La frecuencia en que se presenta es igual en ambos sexos.

Características Radiográficas:

No presentan características Radiográficas.

Características Microscópicas :

La lesión consiste en haces de fibras colágenas entrelazadas en forma compacta, con abundantes fibroblastos y escasos vasos sanguíneos, cubierta su superficie por

por epitelio escamoso poliestratificado , además esta lesión es mononuclear, cuando es traumatizado se aprecian elementos inflamatorios.

En algunos fibromas se muestran zonas de calcificación difusa ó focal o de calcificaciones.

Diagnostico Diferencial :

Se puede confundir con la Hiperplasia fibrosa inflamatoria por irritación, con el papiloma, con el lipoma.

Pronóstico:

Favorable siempre que al realizar la excisión quirúrgica sea completa.

Tratamiento :

Consiste en la extirpación quirúrgica total conservadora de la lesión.

ODONTOMA:

Definición :

Es un tumor desembrionoplastico, que como su nombre lo indica se origina a partir de los tejidos que participan en la odontogénesis (esmalte, dentina, pulpa y cemento) y pueden ser simples compuestos y complejos, conociéndose 3 entidades: Odontoma ameloblastico, compuesto (mixto) y complejo (exfoliativo) entre otros.

Etiología :

Su etiología aún no esta bien esclarecida, pero se cree que puede aparecer a causa de una embriogénesis imperfecta, o por traumatismos, infecciones, retención dentaria que actúan sobre zonas mesenquimatosas y epiteliales del folículo dentario o bien de la lámina dental.

Características Macroscópicas :

Con raras excepciones son tumores centrales benignos, por lo regular pasan inadvertidos hasta que se hace el estudio radiográfico. Es una masa de tejido o abultamiento, de regular tamaño, de superficie lisa, bien delimitados, muchas veces hay desplazamiento de dientes contiguos .

Evolución :

Se presentan a cualquier edad y en cualquier sitio, suele ser pequeño, puede crecer en un tiempo y permanecer

estatico, rara vez producen deformidad en el contorno de los maxilares, en de crecimiento lento, pueden impedir la erupción de dientes adyacentes.

Sintomatología :

Son generalmente asintomaticos; pero en ocasiones en que comprimen un nervio producen dolor.

Forma :

Son abultamiento o tumoraciones de superficie lisa, bien circunscritos. Cuando son grandes pueden expandir el hueso y producir asimetría facial, cuando son acompañados por un quiste dentigeró.

Tamaño :

Generalmente son pequeños y su diámetro no excede de el de un diente, pero se pueden agrandar y llegar a medir 10 mm. (como es el caso del Odontoma Exfoliativo en el paladar).

Consistencia :

Pueden ser blandos (no clasificados); duros (calcificados.)

Color :

Son de color rosa.

Sitio :

se pueden presentar en maxilar o mandíbula, en cualquier sitio aún en paladar.

Edad :

Aparece a cualquier edad aún en niños y puede persistir en la vida adulta.

Sexo :

No hay distinción de sexo.

Frecuencia :

Es más frecuente el odontoma mixto o compuesto y se presentan más en zonas de molares.

Los odontomas que se presentan en la zona anterior son del tipo Compuesto y los que se presentan en la zona posterior son del tipo complejo exfoliativo.

Características Radiográficas:

Sus características son muy variables, se suele localizar entre las raíces dentales y se presentan como una masa irregular de material calcificado rodeado por una banda radiolúcida estrecha de superficie lisa, puede contener pocas y/o varias docenas de figuras denticiformes. Cuando aún no se ha calcificado puede ocasionar dificultades al diagnóstico. Se presenta como una zona radiopaca sin forma. (en caso del tipo complejo se observa una radiodensidad en paladar).

Características Microscópicas:

Se puede encontrar esmalte, dentina, matriz adamantina, tejido pulpar y cemento de aspecto normal que pueden o no presentar una relación matua normal. Si existe semejanza morfológica con los dientes las estructuras suelen ser unirradiculares, la capsula del tejido conectivo que rodea al odontoma es similar en todo sentido al folículo que rodea a un diente normal.

Presenta una gran diversidad de células y tejido en distribución compleja incluyendo células cilíndricas, escamosas y epiteliales indiferenciadas, ameloblastos y matriz adamantina, dentina, osteodentina, material osteoide, dentinoide, tejido del tipo del retículo estrellado, papila dental, hueso y cemento, así como tejido conjuntivo integrante del estroma.

Diagnóstico Diferencial:

Se puede confundir con el osteoma, displasia Fibrosa
Fibroma osificante.

Pronóstico :

Favorable, siempre y cuando la eliminación quirúrgica sea total y eficaz.

Tratamiento:

Se recomienda la extirpación quirúrgica total, seguida de cuidadosos estudios microscopicos en busca de datos que hagan pensar en un odontoameloblastoma.

Granuloma Piogeno

Definición :

Es una entidad clínica benigna, vascular, que se manifiesta como una respuesta inflamatoria hiperplásica localizada; o por una infección inespecificada que simula una neoplasia.

Etiología :

Es originado principalmente por un traumatismo o una irritación pequeña.

Característica Macroscópicas:

Es una masa o nódulo elevado, a veces único y encontrado. La lesión es un tumor de vasos sanguíneos.

Evolución :

Es una masa o nódulo que crece rápidamente con un volumen relativamente grande, por lo regular crece en una semana y permanece estático por un tiempo indefinido (por su evolución rápida se sospecha que es maligno).

Síntomas :

Es indoloro, aunque en algunas partes esta ulcerada y sangra profusamente al menor traumatismo o espontáneamente.

Forma :

Es un tumor en forma de masa o nódulo vascular con erosiones o ulceraciones en su superficie. Es pedunculado, sésil, su superficie puede ser también lobulada y hasta verrucosa.

Tamaño :

Su tamaño es variable, va desde 5mm. hasta 3 cm.

Consistencia:

Su consistencia es blanda.

Color:

Por su gran vascularización y abundantes capilares se presenta de color rojo mate, rojo violáceo según su vascularidad; o de color pardo si la hemorragia es interna, o bien de color púrpura.

Sitio :

Se encuentra en: Encía, lengua, mucosa vestibular, labios, boca. La mayoría se hayan en localizaciones gingivales cerca de los dientes.

Edad :

Se presenta tanto en niños como en personas mayores de 11-a-70 años.)

Sexo :

No hay predilección por sexo, pero en estudios realizados demostraron que afecta más a las mujeres.

Frecuencia:

Este tumor es más frecuente en mujeres, y en los labios

Características Radiográficas:

No presentan.

Características Microscópicas:

Se encuentra que es una lesión bien circunscrita, que posee abundantes capilares, infiltración inflamatoria

inespecífica, proliferación endotelial, a menudo con leucocitos, neutrofilos polimorfonucleares. La epidermis suprayacente suele ser aplanada, el epitelio del cuello del tumor está engrosada. Los componentes de una respuesta inflamatoria están aumentados en número. Los vasos pueden ser pequeños o dilatados, revestidos de una capa de células endoteliales, se observan fibroblastos, células de tejido conectivo menos diferenciadas y notable actividad mitótica. La producción de colágena y la cronicidad inflamatoria son datos característicos de estas lesiones de evolución larga. Su aspecto es igual al del tejido de granulación, excepto que es exuberante y bien localizado, el epitelio que lo cubre suele ser atrofico e hiperplásico.

Diagnóstico Diferencial :

Se puede confundir con el sarcoma, melanoma maligno, con el tumor del embarazo, hemangiosarcoma, polipo fibroepitelial, fibroma.

Pronóstico :

Favorable, si el tratamiento es adecuado. No es raro que las lesiones aparezcan varias veces en extirpaciones incompletas.

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica, al extirparlo quirúrgicamente de encía se debe tener cuidado en raspar el diente adyacente y asegurarse que no queden odículos.

Hemangioma Capilar :

Definición :

Es un tumor benigno que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos que en su mayor parte poseen el calibre correspondiente a los capilares normales.

Etiología :

Su etiología es de tipo congénito, presentándose en el momento de nacer o poco después y generalmente de naturaleza benigna. .

Característica Macroscópicas :

Suelen ser pequeñas lesiones de tamaño moderado, algo elevadas no poseen capsula, pueden emitir pequeñas prolongaciones digitiformes hacia los espacios tisulares y los planos de despegamiento adyacente.

Evolución :

A veces presenta un crecimiento activo durante semanas ó meses, pero luego se estaciona. Cuando el crecimiento cesa, la fibromatosis reemplaza a los capilares y el tumor se encoge.

A veces desaparece espontáneamente el tumor.

Síntomas:

Generalmente son asintomáticos; pero si sufren traumatismo severo producen hemorragia .

Forma :

Su forma es irregular, a veces bien demarcado, no encapsulado.

Tamaño:

Su tamaño varía de unos mm. a unos cm.

Consistencia :

Suele tener una consistencia blanda y comprensible, a veces al comprimirse se vacía su contenido sanguíneo causando palidez.

Color :

Son de color variable, van de color rojo intenso al azul obscuro ; o bien de color rojo púrpura, pero es factible observar lo de color pálido a la presión.

Sitio:

Se localiza en lengua, labios, encía, mucosa bucal, carrillos y paladar.

Edad:

Se presenta al nacimiento o poco después (6 a 8 meses)

Sexo :

Predomina principalmente en el sexo femenino.

Frecuencia :

Es más frecuente que el tipo cavernoso, en un 65 a 70 %

Características Radiográficas :

Es radiotransparente.

Características Microscópicas:

Presenta dos tipos de estructuras, vasos sanguíneos de tipo capilar, un estroma de diversidad variable. Además consisten en aspectos ocupados por sangre y reves-

tidos por endotelio.

Este tipo de lesión consiste en muros de endotelio y muestra una marcada proliferación de células endoteliales, pero tiene tendencia a madurar (que es una característica exclusiva de este tumor) pero cuando son más profundos consisten en canales vasculares arracimados que circulan a través del tejido o forman el estroma el cual está compuesto de tejido conjuntivo fibroso es caso y adematizado o notablemente colágeno.

Diagnóstico Diferencial:

Se puede confundir con el Granuloma Piógeno, aneurisma arteriovenoso.

Pronóstico :

Es favorable por que la mayoría de estas lesiones producen regresión y excelente si es adecuada la eliminación quirúrgica, no producen decidiva y no se transforman en maligno.

Tratamiento:

La terapéutica a seguir es variable; Cuando son lesiones extensas y de límites imprecisos, se prefiere tratarlos con agentes esclerosantes como el agua hirviendo, morruato de Sodio, inyectados a la lesión; también se ha usado el hielo seco. En otros casos se utiliza la eliminación quirúrgica, la oriocirugía (cirugía por medio de frío) radiaciones y electrocauterio.

Hiperplasia Inflamatoria :

Definición :

Es un tumor inflamatorio no neoplásico, que consiste en un aumento del número de células en un tejido, suelen presentar aumento de volumen, no es infiltrativo, además de ser una lesión localizada.

Etiología:

Su principal etiología son los traumatismos o las irritaciones crónicas.

Características Macroscópicas : Generalmente son masas tumorales bien localizadas que hacen prominencia, con límites bien definidos.

Evolución :

Es una proliferación de tejido fibroso, de crecimiento lento, variando su evolución de acuerdo a su etiología que puede ser de crecimiento brusco, o crecer en meses o años.

Síntomas :

Sangran fácilmente a la exploración o por traumatismo, generalmente son asintomáticos. Si se lesiona se ulceran, se infectan y necrosan con su consiguiente dolor y malestar.

Forma :

Según la causa y los factores modificadores pueden presentar diversas formas: son pedunculados o sésiles, de formaciones redondeadas, alargadas, lisas.

Tamaño :

Son masas pequeñas o grandes, difusas, localizadas.

Consistencia:

Suelen ser de consistencia blanda, duros o semirígidos

Color :

Debido a su vascularización son rojos ó rojos púrpura pueden ser de color pálido por el mayor contenido fibroso y según el traumatismo puede variar de color (rosado a gris)

Sitio:

Puede hallarse en cualquier parte de Cavidad Oral, como los labios, encía, lengua y otros sitios de fácil agresión.

Edad:

Abarca a todas las edades, pero es más frecuente en la 5a. década de la vida.

Sexo :

Es más frecuente en mujeres.

Frecuencia :

Es doblemente afectada la mujer.

Característica Radiográfica:

No aportan las características.

Características Microscópicas :

La masa hiperplástica se compone fundamentalmente de tejido conjuntivo fibroso, cubierta la lesión por teji

do epitelial escamoso estratificado que puede ser de espesor normal ó ligeramente acantótico. A veces hay hiperqueratosis. El tejido conjuntivo se compone de gruesos haces de colágena siendo frecuente ver una reacción inflamatoria. La mayor parte de los tumores inflamatorios presentan los siguientes componentes: Angioblastico; gran vascularización y numerosos capilares.

Células Inflamatorias: células crónicas, monocitos, linfocitos, a veces células plasmáticas, células gigantes de cuerpo extraño.

Fibroblastos: Tejido fibroso y fibroblastos.

Dianóstico Diferencial:

Estomatitis protética, hiperplasia papilar, inflamatoria, émulis de células gigantes, Granuloma, e hiperplasias provocadas por medicamentos o trastornos fisiológicos.

Pronóstico:

Favorable, siempre y cuando la eliminación de la lesión sea completa junto con sus causas, porque de lo contrario puede recaer y fibrosarse, ulcerarse e integrar.

Además es recomendable realizar una biopsia antes de elegir el tratamiento.

Tratamiento:

El tratamiento debe dirigirse a ó las causas que originan la lesión, después es posible que desaparezca la masa tumoral o se reduzca de tamaño. También puede hacerse el tratamiento por medio de electrocauterización quirúrgica, lograda.

Lipoma:

Definición :

Es un tumor de tejido conjuntivo adiposo.

Etiología :

No hay datos etiologicos especificos, pero se cree que son los mismos factores del fibroma.

Características Macroscópicas:

Es una masa de limites imprecisos, de capsula delgada, multilobular, de tejido adiposo característico, limitado por una capsula fibrosa. A menudo su periferia es lisa.

Evolución :

De crecimiento lento y progresivo, se presenta como una masa blanca, como una lesión única.

Síntomas:

Son asintomaticos, pero puede doler si es lesionado cuando su tamaño es prominente.

Forma:

Es multilobulado, redondos u ovals, son sésiles y pedunculados, bien delimitados, encapsulados o pseudoen capsulados .

Tamaño :

Su tamaño es variable, puede ser pequeño o alcanzar un tamaño considerable. (rara vez excede 3 cm.)

Consistencia:

Se presenta como una masa blanda, única, la mucosa que lo cubre se mueve ligeramente, al palparlo se percibe la forma difusa como si fuera líquido, lo cual a veces induce a relatar un diagnóstico tentativo de quiste.

Color:

Su color va de amarillento, a color de la mucosa adyacente.

Sitio:

Es posible encontrarlos en: encía mucosa yugal, lengua piso de la boca, paladar y labios.

Edad:

Se observa en la 4a. o 5a. década de la vida.

Sexo:

No hay predilección por el sexo.

Frecuencia:

Es menos frecuente que el fibroma.

Característica Radiográfica:

La radiografía no se ha usado sistemáticamente, pero cuando son utilizadas se aprecia una imagen redondeada y radiotransparente, bien diferenciada del músculo y tejido conjuntivo fibroso adyacente.

Características Macroscópicas :

Consiste en una masa de límites imprecisos y en prominencias circunscritas de células grasas maduras, con cantidad variable de matriz de tejido fibroso. Cuando este tejido conectivo fibroso forma una parte más importante del tumor, se utiliza la denominación fibrolipoma. Los restos celulares aparecen como grandes zonas redondeadas con núcleo aplanado y en situación periférica la vascularización es mínima y se encuentra cubierto de epitelio delgado generalmente intacto.

Diagnóstico Diferencial:

Pueden confundirse con : Fibroma, quiste, mucocele, (cuando esta en carrillo se debe tomar en cuenta de diferen

ciarlo de la hernia sola de Bichat, que es paniculo adiposo de los carrillos.

Pronóstico :

Es favorable, ya que rara vez producen recidivas.

Tratamiento:

Su tratamiento es la extirpación quirúrgica.

Hemangioma Cavernososo:

Definición:

Es una lesión vascular benigna más profunda que el hemangioma capilar, constituido por espacios vasculares, revestidos por endotelio que contiene sangre.

Etiología :

Es de tipo congénito y en ocasiones aparece en la vida posterior y se cree también que los traumatismos pueden ser su causa.

Características Macroscópicas:

Suelen ser masas esponjosas, blanda, prominente, grande redondeada. A parece como masas difusas de aspecto hemorrágico sin límites precisos, en el espesor mismo de los tejidos donde a .ienten.

Evolución :

Es de crecimiento lento y progresivo, provocando asimetría facial.

Síntomas :

Son indoloros, pero cuando se traumatiza pueden ulcerarse y también infectarse.

Forma :

Nódular, como masa prominente redondeada, en bordes no bien definidos, confundándose con los tejidos normales contiguos.

Tamaño: Su tamaño es variable, puede crecer poco ues -pués de su aparición o bien no aumentan de tamaño(1 a 2 cm.)

Consistencia:

Son masas suaves, compresibles y semisólidas.

Color:

Su color va desde rojo brillante hasta el púrpura.

Sitio :

Se localiza en labios, lengua, encía, mucosa bucal, más comunmente en mandíbula.

Edad:

Estan presentes a edad temprana o al nacimiento, pero suele presentarse más en la 2a. década de la vida, así como en niños y adolescentes.

Sexo:

Es más frecuentes en mujeres en una proporción de 2 a 1.

Frecuencia:

La frecuencia en mandíbula es de 65% en relación con la maxila.

Características Radiográficas:

La imagen más común es la de aspecto de panal de abejas o de pompas de jabón, que es característico en la mitad de los casos puede, sin embargo, dar otras imagenes; en rayos de sol y como una zona osteoclogica mal definida. En ocasiones se observan raíces reabsorbidas por la misma tumoración.

Características Microscopicas:

Esta compuesto de vasos o espacios vasculares de mayor tamaño que el hemangioma capilar, son irregulares, lle -

nos de sangre y dilatados con una pared endotelial simple ó gruesa.

Diagnóstico Diferencial:

Se puede confundir con: Ameloblastoma, Mixofibroma, quiste dentígero, Displasia fibrosa, granuloma, Lionioma.

Pronóstico:

El pronóstico es reservado, porque en muchas ocasiones presenta dificultades para eliminarlos completamente por sus límites imprecisos .

Tratamiento :

Cuando el tumor es extenso y el tratamiento desalentador , la administración de Prednisona (20 a 30 mg.al día) durante 2 a 8 semanas puede ser útil; o es posible obtener el control mediante la infusión intraarterial de mostaza nitrogenada.

Ambos métodos ofrecen un pronóstico favorable con menos complicaciones en las secuelas, aunque casi siempre tratan combinando cirugía y radioterapia., también la criocirugía ha tenido aplicación.

Otros métodos terapéuticos son : agentes esclerosantes, corticosteroides, embolización con esferas de silicón impregnadas con bario, monitorizadas con arteriogramas seriados y fluoroscopia con buenos resultados.

Papiloma:

Definición :

Es una tumoración benigna común que se origina en epitelio superficial, como un tumor bien definido.

Etiología :

Su etiología es desconocida, pero puede deberse a una irritación local y probablemente tenga etiología viral.

Características Macroscópicas:

El papiloma se compone de muchas pequeñas prolongaciones digitiformes, que producen una lesión rugosa o verrucosa como la superficie de una coliflor y pueden presentarse con neoformaciones exofíticas.

Evolución:

Es de crecimiento lento y casi siempre conserva su benignidad, aunque pueden durar desde meses hasta varios años.

Síntomas :

Es indoloro, pero levemente doloroso si es traumatizado.

Forma:

Posee proyecciones digitiformes, es exofítica con una superficie verrucosa con aspecto de coliflor.

Tamaño:

Los papilomas pueden medir: Desde menos de 1 cm. hasta 2 ó 3 cm.

Consistencia:

Duave lisa a veces con cierta dureza.

Color :

Generalmente es de color blanquecino, pero también puede

ser de color rosado.

Sitio:

Se localiza principalmente en paladar duro y blando, labio, lengua, encía, mucosa bucal, cresta alveolar, zona retromolar.

Edad:

Aparece a cualquier edad, pero más frecuentemente a los 21-30 , 31-40, 41-50 años.

Sexo :

La frecuencia predomina de 3 a 1 en varones.

Características Radiográficas:

No se especifican.

Características Microscópicas:

Se origina con mucha frecuencia a partir de una mucosa normal, que consiste en múltiples proyecciones papilares.

Estas proyecciones son largas y delgadas. La lesión se haya recubierta por epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral. Contiene un núcleo central, delgado de tejidos conectivo que sostiene los vasos sanguíneos nutritivos y es común encontrar actividad mitótica y atipia focal.

Se encuentra también infiltración inflamatoria distribuida en la base y tallo de las proyecciones papilares. Presenta aumento nuclear / citoplasmico y formación individual de queratina celular, dicha lesión.

Diagnóstico Diferencial:

Se puede confundir con el Fibroma, verruga Vulgar, Irritación lingual de la papila, Pólipo, Granuloma Pígeno.

Pronóstico :

Favorable, porque rara vez se maligniza.

Tratamiento:

Completa excisión local, generalmente con un amplio margen de tejido libre para evitar recidivas.

Granuloma :

Definición:

Es una tumoración proliferativa oral, que afecta sobre todo las zonas mucosas gingivales, siendo un tumor inflamatorio afectando donde asientan las piezas dentarias.

Etiología :

Su origen es probablemente por irritación focal y local su nombre proviene del gran número de células gigantes multinucleares que bien puede ser originada por protesis mal adaptadas ó una infección crónica.

Características Macroscópicas:

Se presentan como masas sésiles o pediculadas, a menudo ulceradas; o masas aisladas.

Evolución :

Su evolución va seguida a un traumatismo, como la extracción dental. A veces su evolución va de un mes a años.

Síntomas:

Es indoloro.

Forma:

Suele ser sésil o pediculado, con superficie ulcerada y como especie de lóbulo

Tamaño:

Su tamaño es variable, pero por lo general es de 0.5 a 1.5 cm. de diámetro o hasta 4 cm.

Consistencia :

Es una tumefacción bien definida, circunscrita, blanda, se puede encontrar también dura o esponjosa.

Color:

Va de un color púrpuro a un color algo azulado, o de un color rojo a marrón oscuro, de aspecto vascular o hemorrágico.

Sitio :

Su afectación recae tanto en el maxilar superior como en el inferior, en las encías y reborde alveolar principalmente en la parte anterior, o sea delante de los primeros molares.

Edad Aparece a una edad media (20 a 30) años y no hay predilección por la edad. Es una lesión con predominio en adultos jóvenes.

Sexo:

Aparece generalmente más en mujeres que en hombres (Pindborg afirma que es igual en hombres que en mujeres) en una relación de 3 a 1 .

Frecuencia:

Es más frecuente encontrarlo en mujeres de 30 a 60 años.

Características Radiográficas:

Se debe tomar en todos los casos una radiografía , para poder detectar la posible afección del hueso adyacente. En las zonas desdentadas presentan típicamente erosión superficial del hueso con la imagen patonómica de un segmento óseo o manguito periférico. Cuando se localiza donde hay dientes la radiografía demuestra la destrucción superficial del margen alveolar o de la cresta del hueso intradentario. Presenta 2 imágenes predominantes Una lesión unilocular y otra multilocular.

Características Microscópicas:

Presenta una gran celularidad compuesta de tejido conjuntivo inflamatorio y cantidades variables de células gigantes benignas, en ocasiones osificaciones metaplasticas de masas no encapsuladas de tejido; compuesto de un delicado estroma de tejido conectivo reticular y fibrillar, numerosas mitocondrias, actividad mitótica, que también son rasgos característicos.

Además focos hemorrágicos con liberación de pigmento de hemosiderina y su ulterior ingestión por fagocitos mononucleares.

Esto suele observarse al apreciarse espículas de osteoide o de hueso neoformado, esparcidos por la lesión fibrosa vasoular celular.

Diagnóstico Diferencial:

Se puede confundir con el Ameloblastoma, Tumor verdadero de células gigantes, tumor Pardo, querubismo.

Pronóstico :

Favorable, siempre y cuando se haga la extirpación total del tumor.

Tratamiento:

El tratamiento a seguir es la excisión quirúrgica, teniendo en cuenta de hacerlo correctamente, ya que puede recividar si es incorrecto. Además se debe hacer un raspado de los tejidos adyacentes y el hueso antes del cierre de la incisión porque tienen a infiltrarse ya que no estan bien delimitados. (el tratamiento más común es el legrado simple).

COMENTARIO:

El diagnóstico Diferencial entre Tumores Benignos y malignos es el juicio más importante que se le solicita al patólogo.

Ya que en esta decisión se funda el tratamiento de la lesión esto es debido a que con frecuencia es difícil establecer clínicamente un diagnóstico preciso.

Para establecerlo partimos de sus caracteres generales, tanto para los tumores Benignos como para los malignos y se tomará en cuenta la edad del paciente, la localización y tipo del posible tumor, peligros e implicaciones del tratamiento insuficiente o excesivo y el interés para mejorar del paciente.

Uno de los métodos auxiliares para el diagnóstico es:

La biopsia,

Dentro de los principales y más usuales tipos de estudio se encuentran:

La biopsia excisional

La Biopsia Incisional

La Biopsia por aspiración

La Biopsia por Uretaje,

Bibliografía :

Molina Moguel J.L.: LA BOCA Y LA MEDICINA(Cap. 2) .

Práctica odontologica vol. 1 No. 7 , pags.17-19

Nov.-Dic.1980. MEXICO.

Merck W. A CASE REPORT OF AN ESOPHAGEAL FIBROLIPOMA, HNO, 25 (6), pags. 204-205,1977,GER.

Crauford B.E.: ORAL PATHOLOGY, Otolaryngol Clin.North Am, 12-1 pags. 29-43, ENG.

Aviles E: TUMORS OF THE MOUTH, Rev.Med. Panama, 2 (1), pags. 43-53,1977,SPA.

Charles E: THE CLINICAL AND HISTOPATHOLOGIC FEATURES OF A SERIES OF 464 ORAL SQUAMOUS CELL PAPILOMAS,49 (5), pgs. 419-428, J. Oral Surg, May 1980, USA.

David M.: EXFOLIATED ODONTOMA, J. Oral Surg,49 (1) Pags. 96 y 97 January 1980, USA.

Edwards M.B. : CYSTIC, MELANOTIC AMELOBLASTIC FIBROMA WITH GRANULOMATOUS INFLAMMATIO, J. Oral Surg, 49 (4) pags 333-336.

April 1980, ENG.

L, ceaga Escalera O; ODONTOMAS (Revisión Bibliografica), A.D.M. Vol. XXXIII No. 3, pags. 55-59, May Jun.1976, MEX.

Goldman M.H., Gorlin J.R. PATOLOGIA ORAL, Edit. Salvat , 2a. Reimpresión año 1979, pags. 543,549,527,572,573,616, 879,881,959,968-970,1136-1137, BARCELONA ESPAÑA.

Bhafer G.W., Hine K.M., Levy M.B.: TRATADO DE PATOLOGIA BU CAL Edit. Interamericana, Primera edición, Año 1977, pags 82-84,128-134,140-145,276-283,325-327,506-509,730-731, MEXICO.

Lopez A.O. MANUAL DE PATOLOGIA ORAL, Edit. Edición Universitaria, 1a. edición, 1975, pgs.100-104 108-111,113,116,122 CUATEMALA.

IV UNIDAD.

"Análisis de la resultante obtenida"

Al analizar la recopilación de datos obtenidos para la presente investigación en las diferentes Instituciones Médicas y educativas, así como en las investigaciones realizadas por medio de artículos que se han publicado recientemente acerca de las Neoplasias Benignas, nos es posible apreciar, que en estas, como en las de tipo maligno, se sigue un método de investigación para su diagnóstico y tratamiento adecuado, pero no ha sido posible erradicarlas y mucho menos tener al tanto a la población en la cual por falta de orientación médica o conocimientos las encontramos sin ser atendidas adecuadamente.

En nuestra investigación hemos recurrido a las estadísticas, se elaboraron gráficas y se desarrollaron los diferentes tumores benignos más frecuentes de la Cavidad Oral, esto es con el fin de que la ó las personas que lo consulten se den cuenta que aunque las investigaciones se actualicen y los avances sean más práctico en cuanto al diagnóstico y tratamiento, sin la canalización de métodos terapéuticos eficientes hacia la zona necesitada es en vano seguir asimilando conocimiento sin llegar a la práctica.

Lo que anteriormente se menciona lo corroboramos en diversas Instituciones por ejemplo la U.N.A.M. E.N.E.P.Z. donde a pesar de contar con los medios para elaborar una Biopsia y hacer un diagnóstico diferencial, esto no se realiza a conciencia ya sea por parte del profesionalista

o por el estudiante; aunque se puede decir que contamos con personas que demuestran interés en el estudio de este tipo de lesiones:

En el estudio de estas lesiones como en las observaciones realizadas a la zona de Influencia de E.N.E.P. ZARAGOZA, se aprecia que esta población no tiene el conocimiento de estas lesiones; pero si de prevención, Caries, Planificación Familiar, Higiene etc. haciendo a un lado las lesiones Neoplásicas ya sean Benignas o Malignas que también en dado caso pueden traer consecuencias fatales para con el paciente.

Cabe mencionar que en la población que es la zona de influencia de nuestra escuela, con el tiempo ha sido causa de levantamientos de índices, encuestas, programas, etc., y por su medio ambiente es donde podemos encontrar más fácilmente diferentes lesiones Orales, y que como se menciona no se le dan importancia por falta de interés ó ético de los profesionistas, que nada más se encaminan a lucrar con un núcleo reducido de otro tipo de población. No solamente se cuenta con la falta de educación médica de la población y medios terapéuticos del profesionista sino también con la negligencia y el celo profesional de las Instituciones donde se nos impidió realizar y conocer las estadísticas gráficas y conocer la situación actual de dichas instituciones para emplearlos en este material y en la población afectada para su beneficio y no el nuestro, ocasionando un retraso en la elaboración de

este material y la formación del profesionalista que no tiene acceso a dicha Institución.

Pero fué posible realizar la investigación en otros sitios donde se apreció una realidad que necesita una atención más enfocada a la orientación médica, más exhaustos y no guarda la situaciones actuales que pueden mejorar un ambiente médico. y socioeconómico. Se pudo observar que en diversas Instituciones contaban con archivos médico; pero nos fueron negados, recurriendo a la recopilación de datos, de artículos nacionales y extranjeros datos clínicos e Histopatológicos de E.N.E.P. ZARAGOZA (en la cual encontramos una buena colaboración por parte de las autoridades docentes) y libros básicos.

Después de todo esto logramos incorporar y actualizar los conocimientos para cada lesión que fué descrita anteriormente, dandonos cuenta que nuestra población presenta en gran porcentaje estas lesiones y confirmando nuestra hipótesis acerca de la presencia de dichas lesiones. Reafirmando que en cualquier tumor o enfermedad es indispensable realizar un diagnóstico precoz o integral del paciente.

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los estudios realizados y las investigaciones sobre este tema, se concluye que:

a) Los estudiantes en su práctica clínica, a pesar de tener los conocimientos básicos para la detección de estas lesiones, no llevan a cabo un diagnóstico precoz y tratamiento eficaz.

b) Que el Cirujano Dentista en su formación profesional, no cuenta con conocimientos actualizados, sino solamente elementales.

c) Que en la E.N.E.P. ZARAGOZA están realizando más frecuentemente las detecciones de lesiones benignas.

d) La presencia del "ego" profesional en las Instituciones, que impiden al profesionista un progreso en el Diagnóstico y el tratamiento de estas lesiones.

e) La ignorancia presente en la población, para su atención, en este y otros tipos de lesiones orales.

Alternativa de solución.

En sí, las alternativas de solución las da el profesionalista con diferentes métodos; pero en nuestro caso debemos mencionarlas, esperando que se lleven a cabo en un futuro no lejano, por parte de las Instituciones y la o las personas que consulten esta tesis.

Como alternativa mencionaremos las más necesarias para la conservación de la Salud Oral, eliminación de lesiones Neoplásicas y promoción de la salud.

A) Concientizar al estudiante de los problemas que puedan ocasionar las diferentes lesiones orales.

B) Actualización del profesionalista en su formación profesional y práctica diaria en el diagnóstico precoz y tratamiento de estas lesiones.

C) Promover más la realización de Biopsias en la E.N.E.B ZARAGOZA, ya que esta cuenta con un laboratorio de Histopatología, que es de gran ayuda para la detección de lesiones orales y aumentar el porcentaje de eliminación.

D) Que las Instituciones colaboren para que el profesionalista pueda combatir de una manera eficaz dichos tumores

- E) Concientizar a la población de una manera eficaz para evitar problemas futuros de lesiones orales.
- F) Llevar a cabo programas de Salud en la zona de influencia de E.N.E.P. ZARAGOZA, así como encuestas eficaces para la disminución de estos tumores, (en cuanto a la prevención y promoción de la salud.)
- G) Realizar un diagnóstico precoz y diferencial en cualquier tipo de lesión.
- h) Eliminación de factores que causan estas lesiones.
- I) Que los modelos de servicio que implanten, estén encaminados a la prevención, ya que con los que se cuenta son prácticamente curativos.
- J) Incrementar la ética profesional del maestro en la importancia de estas lesiones y de otros tipos, para su tratamiento en la práctica del alumno y de él mismo.
- K) Que el profesionista que no este capacitado para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento para eliminar dichos tumores, los remita con el especialista adecuado.

Bibliografia :

- Seibert G. : LYMPHOID LESIONS OF THE ORAL CAVITY, Pa-
Res Pract, 167 (2-4) pages. 179-203, 1960
ENG.
- Travis LW : COEXISTING LENTIGO OF THE LARYNX AND
MELANOMA OF THE ORAL CAVITY: REPORT OF
A CASE, Otolaryngol Read Neck Surg, 88
(3), pages. 210-220, 1980 ENG.
- Merck W : A CASE REPORT OF AN ESOPHAGEAL FIBROLI -
POMA, HNO, 25 (6) pages. 204-205, 1977 GER
- Schillini W : CLINICAL PROBLEMS IN BENIGN TUMORS OF
THE MOUTH, JAWS AND FACE, Fortschr Kie -
fer Gesichtschir pages.
158-161-1976, GER.
- Resouly A : SUBLINGUAL DERMOIDE, J. Laryngol Otol, 90
(5) pages. 487-492-1976, ENG.
- Bogomoletz WV: PLEOMORPHIC ADENOMA IN SALIVARY GLAND
WHITH DEPOSIT OF AN AMYLOID SUBSTANCE,
Arch Anat Pathol 23 (3) pag. 247-247, 1975
FRE.
- Voon Daal WA: HEAD AND NECK TUMORS INDUCED BY IONIZING
RADATION, Ned Tijdschr Geneesk, 123
(43), pages. 1070-1074, 1979, DUT.

- Crawford BE: ORAL PAHOLOGY Otolaryngol Clin North Am, 12 (1) page. 29-43,1979, ENG.
- Moskalik KG: USE OF LASERS IN CLINICAL ONCOLOGY (REVIEW OF SOVIET AND FOREIGN LITERATURE) , Vestn Khir 123 (10) , page.130 133,1979, RUS.
- Henefer EP : JUVENILE FIBROMATOSIS WITH INVASION OF THE MANDIBLE; REPORT OF TWO CASES, J. ORAL Surg, 36 (12) Page.965-970,1978 ENG.
- Aviles E : TUMORS OF THE MOUTH, Rev.Med. Panama, 2 (1) , page.43 53, 1977,SPA.
- Charles E : THE CLINICAL AND HISTOPATOLOGIC FEATURES OF A SERIES OF 464 ORAL SQUAMOUS CELL PAILLOMAS, 49 (5) page.419-428, J.ORAL Surg, may.1980,USA.
- David M. : EXFOLIATED ODONTOMA, J. Oral Surg,49 (1), page.96-97,January 1980,USA.
- Edwards MB. : CYSTIC, MELANOTIC AMELOBLASTIC FIBROMA WITH GRANULOMATOUS INFLAMMATION, J. Oral Surg, 49 (4) page. 333-336, April 1980 ENG.

Martínez Bravo J: FIBROMA PERIFÉRICO CON CALCIFICACIONES A.D.M., Vol.XXXV No. 3, págs. 217-218, May-Jun. 1976, MEXICO.

Romero de León E: TUMOR ADENOMATOIDE ODONTOGENICO, paciente femenino de 24 años de edad que acude al departamento dental del Hospital Universitario de Monterrey, A.D.M., Vol. XXXVII No. 5, págs 275-276, Sep.-Oct.1980, MEXICO.

Peña Torres L.M.: GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES, A.D.M. , Vol. XXXVII No. 5, págs.297-299, Sep.-Oct. 1980, MEXICO.

Navarrete Hdez.F.: HEMANGIOMA CAVERNOSO CENTRAL DE MANDIBULA A.D.M. , Vol. XXXV no. 2, págs. 135-137, Marzo-Abril 1978, MEXICO.

Peña Torres L.M.: GRANULOMA PERIFÉRICO DE CELULAS GIGANTES. reporte de 18 casos, A.D.M. , Vol. XXXVII No. 5, págs.300-302, Sep.-Oct. 1980 MEXICO

Liceaga Escalera U. ODONTOMAS (Revisión Bibliografica), A.D.M., Vol. XXXIII No. 3, págs.55-59 Mayo-Jun. 1976, MEXICO.

- Conrado Zúckermann : NEOPLASIAS DE LA BOCA BENIGNAS Y MALIGNAS, Rev. Mex. DE CIRUGIA , GINECOLOGIA Y CANCER, Pags. 36,43, 45, Jan. 1979. MEXICO.
- Cedillo Palomera S: HIPERPLASIA GINGIVAL HEREDITARIA, (reporte de una familia afectada en dos generaciones) A.D.M. Vol. XXXVII No. 2 Pags. 30-32, Mar-Abril 1961, MEXICO .
- Edwina Rosenberg : HEMANGIOMA GINGIVAL, (Reporte de una caso) Rev. Atlas de Ulastra - ciones en color, pags.15-19, Vol.4 1980, ESP.
- Molina Moguel J.E.: LA BOCA Y LA MEDICINA(Capitulo II) practica odontologica, Vol. 1 No.7 Pags.17-19 Nov-Dic.1980, MEXICO.

Golman M.H., Gorlon J.R. : PATOLOGIA ORAL, Edit. Salvat, 2a. Reimpresión, años 1979, Pags. 543, 549, 539, 527, 572, 573, 616, 881, 947, 968-979, 1136-1137, BARCELONA ESP.

Shafer G.W., Hine K.M., Levy M.B.: TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL, Edith Interamericana, 1a. Edición año 1977, pags. 82-84, 128-134, 140-145, 278-281, 325-327, 506-509, 730-731, MEXICO.

Zegarelli V.E., Kutcher H.A, Hyman, A.G. : DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL, Edith. Salvat, Primera Edición, año 1978, pags. 210, 223, 232-235, 178, 181, 184, 517-518, BARCELONA ESPAÑA.

López Acevedo G. : MANUAL DE PATOLOGIA ORAL, Edit. Universitaria, 1a. Edit., año 1975, pags. 100-104, 108, 111, 113, 116, 122. GUATEMALA.

Burket L.W. : MEDICINA ORAL, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. Edit. Interamericana, sexta Edit., año 1977 pags. 44-47, 112-113, 120-121, 159, 400, 510-511, 565, MEXICO.

Amado B. : LESIONES DERMATOLÓGICAS, Edit. Poo. Méndez cuarta Edición, año 1975, pags. 53, 261-264-277 MEXICO.

Rosman F. : MEDICINA INTERNA, Edit. MARIN S.A., octava Edición año 1975, pags. 708, Tomo 1, BARCELONA.

Rosman F: MEDICINA INTERNA, Edit. MARIN S.A., 6a. Edición año 1975, Tomo II, pags. 432, MEXICO.

Vaughan Mc. Kay N.: TRATADO DE PEDIATRIA, Edit. Salvat Sexto Edición, año 1975, pag. 767, BARCELONA.

Robbins L.S.,: PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL, Edit. Interamericana, 1a. Edición, año 1975, pags. 105-110, 154-156, 510-611, 859, MEXICO.

Vaughan Mc. Kay N.: TRATADO DE PEDIATRIA, Edit. Salvat Sexta Edición, Tomo II año 1975, pags. 1422, 1425, 1481, 1506, 1510; BARCELONA.

Garibay O.V., Ibañez G.J. Tabares B.R. : TESIS PROFESIONAL "PREVALENCIA DE LAS NEOPLASIAS ORALES", pags. 28, 34-35, 78, 97, MEXICO.

Secretaría de Salubridad y Asistencia : ESTADISTICAS VITALES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Vol. 1 pags. 330-332, MEXICO.

Secretaría de Salubridad y Asistencia : COMPENDIO DE ESTADISTICAS VITALES DE MEXICO, 1974. Serie 1, pag. 27 MEX.

Revisión de 10 000 Historias Clínicas en la Clínica DE E.N.E.P. ZARAGOZA, año 1981.

Revisión de libros de registro de los Tumores reportados en el Lab. de Histopatología de E.N.E.P. ZARAGOZA año 1981.