



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
ZARAGOZA

ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS
MAS COMUNES EN CAVIDAD ORAL EN HOSPITALES DEL
AREA METROPOLITANA

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
Presentan

MARIA ISABEL LOPEZ MUNIVE
JOSE CARLOS FRESNO GUTIERREZ



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.

I N D I C E

PROTOCOLO	1
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
CLASIFICACION DE NEOPLASIAS BENIGNAS ORALES	3
CAPITULO II	
ETIOLOGIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS ORALES	8
RESEÑA HISTORICA	8
FACTORES ETIOLOGICOS	8
IMPORTANCIA DEL TRAUMA COMO FACTOR ETIOLOGICO	9
ETIOLOGIA ESPECIFICA DE LAS LESIONES ENCONTRADAS EN LA INVESTIGACION ..	11
BIBLIOGRAFIA	20
CAPITULO III	
FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS ORALES DEPENDIENDO DE LA EDAD	22
CAPITULO IV	
FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS ORALES POR SEXO	23
CAPITULO V	
FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS ORALES DEPENDIENDO DE SUS CARACTERIS- TICAS HISTOLOGICAS	24
IMPORTANCIA DEL EXAMEN HISTOPATOLOGICO	24
CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS ESPECIFICAS DE LAS LESIONES ENCONTRADAS - EN LA INVESTIGACION	26
BIBLIOGRAFIA	36
METODOLOGIA	38
RESULTADOS	39
DISCUSION	50
CONCLUSIONES	51

PROPUESTAS Y / O ALTERNATIVAS	52
ANEXOS	53
BIBLIOGRAFIA GENERAL	55

PROTOCOLO

TITULO DEL PROYECTO:

Análisis de la frecuencia de las Neoplasias Benignas más comunes en cavidad oral en Hospitales del Área Metropolitana.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA:

El interés por la Patología Oral motivó el desarrollo de un trabajo de investigación encaminado al análisis de la frecuencia de las Neoplasias Benignas más comunes en la cavidad oral.

Este tipo de lesiones constituyen un grupo numeroso y variable de lesiones que deben ser conocidas profundamente por el Odontólogo dada su responsabilidad en el diagnóstico de éstas.

Este conocimiento debe abarcar aspectos clínicos, así como los aquellos relacionados con frecuencia y características histológicas. Basado en estos elementos y ante la carencia de información de este tipo en nuestro medio se pretende realizar esta investigación para determinar la cantidad de neoplasias presentes en una serie de informes anatomopatológicos de Hospitales del Area Metropolitana, además de correlacionar las lesiones con la edad y sexo de los pacientes.

Se estudiarán los archivos biópsicos del servicio de Anatomía Patológica de varios Hospitales del Area Metropolitana; en donde se seleccionan las neoplasias orales, se clasifican y correlacionan, de acuerdo con el tipo histico, edad y sexo.

Un estudio realizado por el departamento de Patología de la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba, presentó una investigación similar en el año de 1979, dando como resultado que de las neoplasias benignas estudiadas, la más común fue el Fibroma con un 81.92 %.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ CUALES SON, EN ORDEN DECRECIENTE DE FRECUENCIA LAS CINCO NEOPLASIAS BENIGNAS MAS FRECUENTES EN CAVIDAD ORAL ?

OBJETIVOS:**Objetivo General:**

Analizar la frecuencia de neoplasias benignas más comunes en cavidad oral en Hospitales del Area Metropolitana.

Objetivos Específicos:

1. Realizar una investigación bibliográfica encaminada a recopilar conceptos básicos de Patología sobre Neoplasias Benignas, así como datos que apoyen el tema.
2. Realizar un estudio de los archivos biópsicos de los departamentos de Patología de los Hospitales del Area Metropolitana con el propósito de determinar la cantidad de neoplasias benignas registradas de Enero de 1980 a Junio de 1983.
3. Clasificar las neoplasias de acuerdo a su tipo hístico y de acuerdo a los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud.
4. Correlacionar los datos obtenidos según la edad y sexo de los pacientes.

H I P O T E S I S

Las Neoplasias Benignas más frecuentes en cavidad oral

son: Fibroma, Papiloma, Hemangioma, Epulis y Adenoma Pleomorfo.

MATERIAL Y METODO**MATERIAL :****Recursos Materiales**

- Registros de los archivos de los servicios de Anatomía Patológica.
- Artículos de revistas científicas de carácter Internacional que tengan información sobre el tema, publicadas de 1980 - 1983.
- Libros publicados de 1978 a la fecha.
- Papelería.

Recursos Humanos:

- Un asesor de tesis
- Alumnos pasantes que elaboran la tesis.

METODO :

Para llevar a cabo la investigación se realizará lo siguiente:

- Selección: habiendo realizado la revisión de los archivos biópsicos de los - servicios de Anatomía Patológica de los Hospitales:
 - . Hospital General "Dr. Manuel Gea González " S.S.A.
 - . Hospital de Oncología del C.M.N. DEL I.M.S.S.
 - . Centro Médico La Raza I.M.S.S.
 - . Hospital de Cancerología S.S.A.
 - . Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias S.S.A.
 - . Hospital General Ignacio Zaragoza I.S.S.S.T.E.
 - . Hospital Netzahualcoyotl S.S.A.
 - . Hospital General de Zona " Troncoso " I.M.S.S.

Durante el período comprendido entre los años 1980 a 1983, se seleccionarán las neoplasias benignas de la cavidad oral y se clasificarán de acuerdo a su frecuencia, características histicas, edad y sexo.

- Organización: Se organizarán los datos, primero por grupos de edades decenales; segundo por sexo y tercero, de acuerdo con las características históricas y de acuerdo con los criterios establecidos por la O.M.S. de cada una de las Neoplasias.
- Análisis: Teniendo los datos necesarios, se procederá a obtener porcentajes de cada una de las neoplasias.
- Síntesis: Se obtendrá mediante el análisis y se verá cuáles son las neoplasias más frecuentes.
- Evaluación: Se verificarán los datos bibliográficos, se compararán con los obtenidos con la investigación y se comprobará o se rechazará la hipótesis.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

- 1er Mes: Recopilación Bibliográfica
- 2o. Mes: Traducción de Artículos.
- 3er Mes: Elaboración del Protocolo.
- 4o. Mes: Desarrollo de la investigación.
- 5o. Mes: Resultados, Conclusiones y propuestas.
- 6o. Mes: Revisión.
- 7o. Mes: Impresión.

INTRODUCCION

Dentro de las profesiones ligadas a la salud, se asumen responsabilidades que incluyen la atención de cualquier problema que afecte el estado de salud de un paciente.

El Odontólogo adquiere ciertas obligaciones referentes a la atención de la salud, debido a su intervención en el mantenimiento y restauración de la misma.

Uno de los hechos más importantes, en relación con la vida de un paciente es la detección de neoplasias, ya que un diagnóstico oportuno puede prever la evolución de una neoplasia benigna la cual en ocasiones llegaría a malignizarse.

Desde tiempo atrás se tiene conocimiento de la presencia de neoplasias y el interés en estudiarlas ha ido incrementándose.

En los Libros Sagrados de la India se describen diferentes tipos de tumores.

Algunos manuscritos chinos mencionan una clasificación de los tumores - dividiéndolo en simples, escrufulosos y constantes; también se menciona que las causas que los producían eran traumatismos, algunas sustancias incluidas en los alimentos, etc.

Hipócrates y Abu Ali Ibrnsina (Avicena) también se interesaron por el estudio de las neoplasias, pero enfocándose más a las malignas. Avicena mencionaba que los tumores malignos se deben de tomar en cuenta desde su etapa inicial, lo cual es hasta hoy importante, debido a que una lesión tumoral benigna mal -- tratada o que no haya sido diagnosticada y eliminada a tiempo, puede llegar a causar un daño mayor y ésto podría ser considerado como la etapa inicial de una neoplasia maligna.

Las neoplasias benignas fueron designadas como hoy se las conoce desde hace tiempo. En 1882, Von Recklinghausen describió un tipo de tumor al que llamó neurofibroma.

En 1932 se realizó un pequeño estudio en el que se informa de la frecuencia de Epulis, en 5 mujeres y 3 casos en hombres.

Desde 1945 se han tenido reportes de neoplasias benignas como los fibrolipomas.

En 1965, J.J. Pindborg definió el Osteoma como un tumor osteógeno benigno.

El Odontólogo debe estar suficientemente calificado para descubrir, -- reconocer y saber la naturaleza de un proceso patológico como lo son las neoplasias benignas y debe estar familiarizado con las características clínicas e histológicas, evolución y desarrollo de estas lesiones.

El principal objetivo de dar a conocer un análisis de la frecuencia de neoplasias benignas es el brindar una estadística basada en datos reales y no bibliográficos que muestren lo que más comunmente afecta a la población del área metropolitana.

Este estudio aportará lo suficiente para interesar al Odontólogo en -- diagnosticar tempranamente las neoplasias benignas y conociendo qué lesiones son las más frecuentes el diagnóstico y tratamiento de las mismas será un éxito.

C A P I T U L O I

" CLASIFICACION DE NEOPLASIAS
B E N I G N A S "

CLASIFICACION DE NEOPLASIAS BENIGNAS.

Quando tienen que ser registrados un volúmen sustancial de datos, es necesario un sistema de codificación y clasificación; la codificación es especialmente importante si los datos tienen que ser recabados o analizados por medios mecánicos o electrónicos.

La aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades en Odonatología y Estomatología está encaminada a proporcionar un método de codificación para desórdenes orales y dentales.

Esta clasificación es un extracto directo de la 8a. revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud de 1967 y 1969, de enfermedades y condiciones que ocurren, se manifiestan o tienen alguna asociación con la cavidad oral y estructuras adyacentes.

Esta manera de clasificar las enfermedades orales ha sido preparada lo mejor posible para proporcionar a la profesión dental una organización comprensiva y consistente de las manifestaciones orales de enfermedades diagnosticadas en los departamentos dentales de hospitales, escuelas dentales, servicios públicos de salud dental y práctica dental general.

Se espera que este sistema pueda facilitar la recolección de datos epidemiológicos de enfermedades orales.

Este método facilitará la colaboración Internacional y el intercambio de Información en cuanto a la patología oral.

- a) Capilar
 - b. Cavernoso
 - c. Quístico
11. Neurofibroma
12. Neurilemoma (Schwannoma)
- IV. Tumores del Sistema Melanogénico
- Nevo pigmentado
 - Nevo no pigmentado
- V. Tumores de Histogénesis Duda
- 1. Mixoma
 - 2. Tumor de Células Granulares (mioblastoma de células granulares)
 - 3. Mioblastoma Congénito
- VI. Tumores No Clasificados
- VII. Condiciones semejantes a Tumores
- 1. Verruga Vulgar
 - 2. Hiperplasia papilomatosa
 - 3. Lesión linfoepitelial benigna
 - 4. Mucocoele
 - 5. Exuberancia fibrosa
 - 6. Fibromatosis congénita
 - 7. Xantogranuloma
 - 8. Granuloma Piógeno
 - 9. Granuloma Periférico de células gigantes (épuis de células gigantes)
 - 10. Neuroma Traumático
 - 11. Neurofibromatosis

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE TUMORES ODONTOGENICOS BENIGNOS

I. Neoplasias y otros Tumores relacionados con el aparato Odontogénico.

1. Ameloblastoma
2. Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante
3. Fibroma Ameloblástico.
4. Tumor Odontogénico Adenomatoides (adenoameloblastoma)
5. Quiste Odontogénico Calcificante
6. Dentinoma
7. Fibro-odontoma ameloblástico
8. Odontoameloblastoma
9. Odontoma Complejo
10. Odontoma Compuesto
11. Fibroma (fibroma odontogénico)
12. Mixoma (mixofibroma)
13. Cementomas
 - a) Cementoblastoma benigno (cementoma verdadero)
 - b) Fibroma cementificante
 - c) Displasia cemental periapical (displasia fibrosa periapical)
 - d) Cementoma gigantiforme (cementomas múltiples familiares)
14. Tumor neuroectodermal melanótico de la infancia (progonoma-melanótico, melanoameloblastoma).

II. Neoplasias y otros Tumores relacionados con el Hueso.

- A. Neoplasias Osteogénicas
 1. Fibroma Osificante (fibro-osteoma).
- B. Lesiones no Neoplásicas de Hueso
 1. Displasia Fibrosa
 2. Querubismo

3. Granuloma Central de Células Gigantes (granuloma central reparativo)
4. Quiste Aneurismal Óseo.
5. Quiste Óseo Simple (traumático, quiste hemorrágico óseo).

C A P I T U L O I I

" E T I O L O G I A D E N E O P L A S I A S B E N I G N A S O R A L E S "

RESEÑA HISTORICA.

En el siglo XIX se progresó con cierta lentitud en el campo etiológico de las neoplasias, aunque se dieron importantes pasos en el conocimiento de la anatomía macro y microscópica de ellas.

Se iniciaron los estudios estadísticos orientados a la investigación etiológica de los tumores.

En París, Tanchou y en Verona, Rigoni Stern analizaron los datos estadísticos de sus respectivas ciudades y formularon teorías etiológicas para explicar las diferencias encontradas.

Existe la teoría de que el crecimiento tumoral comienza en ciertas células embrionarias que por algún motivo han quedado desplazadas del seno de los tejidos y que luego, de algún modo se desarrollan.

La alternativa más fácil es pensar en una enfermedad infecciosa. Algunas neoplasias vegetales o animales son producidas por algunos virus y se sospecha idéntica causa para ciertos tumores humanos como el Tumor de Burkitt, que aparece en la región del Africa Central y afecta al maxilar superior de niños adolescentes.

FACTORES ETIOLOGICOS

Aunque son desconocidos todavía los mecanismos detectados que conducen al cambio neoplásico, el trabajo experimental ha mostrado que varios agentes pueden inducir regular predictiblemente tumores en animales normales. Estudios clínicos y epidemiológicos han proporcionado pruebas convincentes de que muchos de estos agentes son capaces de ejercer una acción similar en el hombre, y represen

tan, por consiguiente, riesgo ambiental y ocupacional.

Se continúa trabajando para comprender la naturaleza de los agentes capaces de causar la neoplasia y los mecanismos por los que actúan. Corrientemente los factores etiológicos están agrupados en las cuatro grandes categorías siguientes:

- a) Químicos
- b) Virus
- c) Secreciones endócrinas
- d) Radiación

La constitución genética es también importante, como puede verse por las respuestas variables de individuos y especies diferentes al mismo agente neoplásico.

Se han logrado grandes avances en la información disponible de cada uno de estos factores y parte de los nuevos descubrimientos.

IMPORTANCIA DEL TRAUMA COMO FACTOR ETIOLOGICO.

El conocimiento de la relación del trauma con los tumores ha tomado un papel más relevante en años recientes.

Debe ser entendido como trauma, una contusión, única o repetida, o una lesión mecánica lacerante. Muchas acciones o sustancias distintas pueden causar tumores inflamatorios. Su carácter etiológico esencial es la irritación crónica, como: depósitos calculosos, impicciones de alimentos, cámaras de succión de las dentaduras, rebordes de las dentaduras, cuerpos extraños, espículas óseas, obturaciones que sobresalgan y oclusión traumática.

tan, por consiguiente, riesgo ambiental y ocupacional.

Se continúa trabajando para comprender la naturaleza de los agentes capaces de causar la neoplasia y los mecanismos por los que actúan. Corrientemente los factores etiológicos están agrupados en las cuatro grandes categorías siguientes:

- a) Químicos
- b) Virus
- c) Secreciones endócrinas
- d) Radiación

La constitución genética es también importante, como puede verse por las respuestas variables de individuos y especies diferentes al mismo agente neoplásico.

Se han logrado grandes avances en la información disponible de cada uno de estos factores y parte de los nuevos descubrimientos.

IMPORTANCIA DEL TRAUMA COMO FACTOR ETIOLOGICO.

El conocimiento de la relación del trauma con los tumores ha tomado un papel más relevante en años recientes.

Debe ser entendido como trauma, una contusión, única o repetida, o una lesión mecánica lacerante. Muchas acciones o sustancias distintas pueden causar tumores inflamatorios. Su carácter etiológico esencial es la irritación crónica, como: depósitos calculosos, impacciones de alimentos, cámaras de succión de las dentaduras, rebordes de las dentaduras, cuerpos extraños, espículas óseas, obturaciones que sobresalgan y oclusión traumática.

Algunos efectos importantes del trauma son; 1) solución de la continuidad del tejido; 2) separación de grupos celulares y masas de tejido; 3) necrosis del tejido; 4) hemorragias reducidas; 5) proceso regenerativo acelerado con hiperemia y nuevo crecimiento de células específicas y tejido de soporte; 6) cicatrización.

Algunas de estas causas pueden ser consideradas dentro de las causas de una neoplasia.

Para reconocer las probables relaciones de un trauma con un tumor se ha hecho necesario considerar ciertas características:

- 1.- La autenticidad del trauma.
- 2.- La previa integridad de la parte afectada.
- 3.- Un tiempo considerable de 3 semanas a 3 años en algunos casos.
- 4.- La continuidad de los síntomas del trauma con aquellos del tumor.
- 5.- Pruebas microscópicas de la existencia y tipo histológico de la lesión neoplásica.
- 6.- La localización del tumor en el punto de la lesión.

La relación del trauma con diferentes tipos de neoplasias ha estado en discusión hasta hoy.

Las tumoraciones se presentan en todos los tejidos del organismo humano; comienzan por un crecimiento localizado, al principio microscópico, luego visible, y pueden adquirir un gran tamaño. Originadas en el seno de un órgano o de un tejido, acaban por desplazar a éste y desfigurar completamente su primitiva estructura. Esta excrescencia, que aparece de pronto, no obedece a las leyes imperantes del desarrollo celular.

El organismo pierde la facultad de control sobre el crecimiento de las células tumorales que no se someten al plan general de ordenación morfológica.

ETIOLOGIA ESPECIFICA DE LAS LESIONES ENCONTRADAS EN LA INVESTIGACION.

Es evidente que el conocimiento de la causa o causas de un proceso patológico es esencial para una mayor comprensión de una enfermedad. Pero el conocimiento de la causa de la enfermedad es aún de mayor importancia desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Numerosos problemas de diagnóstico se resuelven fácilmente al determinar la causa de la enfermedad. Por lo que se refiere al tratamiento, es muy importante conocer la causa de la lesión, ya que numerosas enfermedades se tratan con éxito mediante una conducta terapéutica dirigida a eliminar el factor o factores causales.

I. Tumores del Epitelio Escamoso.

- Pápiloma: Esta lesión afecta a cualquier edad y sin distinción de sexo. Su etiología es desconocida. Se origina a partir del epitelio de aspecto normal, faltando a menudo los signos de traumatismo, infecciones u otras posibles causas locales. Muchas son de origen congénito y otros proceden de alguna irritación. En algunas ocasiones aparecen papilomas múltiples en la cavidad bucal; tienden a recidivar y es probable que sean de origen viral. 3, 4, 6, 13.

II. Tumores del Epitelio Glandular.

- Adenomas: Los adenomas monomorfos son más comunes en hombres y los pleomorfos lo son en mujeres, ambos aparecen con mayor frecuencia después de los 30 años. Estos tumores, también llamados mixtos, rara vez tienen un trauma como factor etiológico. Tienen un origen embrionario en el cual hay una supresión aguda de la función de la glándula. 2, 3, 4, 6, 16.

- Adenolinfoma: Esta lesión, conocida también como Tumor de Warthin, es común que se presente en personas entre los 40 y 70 años, siendo más frecuente entre los 50 y 60. El 90 % de las personas afectadas son hombres; se ha visto que casi siempre aparece en forma bilateral.

Se han propuesto muchas teorías para explicar la naturaleza de este tumor y se ha concluido casi con certeza que se origina en el epitelio heterotópico de glándulas salivales atrapado o incluido en los ganglios linfáticos durante la embriogénesis. 4, 5, 6, 15.

- Adenoma Oxifílico: (Oncocitoma) : Tumor raro de la vejéz. Aparece después de los 55 años. Es más frecuente en mujeres que en hombres. La mayoría de los autores están convencidos de su naturaleza neoplásica y afirman que el tumor se origina en el epitelio estriado del conducto salival por su eosinofilia. 1, 4, 6, 10.

III. Tumores de Tejidos Blandos.

- Fibroma: Puede aparecer a cualquier edad, sin embargo es más común en la tercera década y personas mayores. Afecta por igual a ambos sexos.

El punto de origen exacto de algunos fibromas es todavía indeterminado. Se ha observado que algunos son provocados por irritación local y traumatismos; otros son ocasionados por trastornos nutricionales. 1,2,3,4,6,7,9,10.

- Lipoma: Esta neoplasia no muestra predilección racial. Ocurren más frecuentemente en hombres que en mujeres y por lo general, después de la segunda década de la vida.

La etiología del lipoma es desconocida, se ha visto que uno de los factores causales es una influencia hereditaria. En un grupo de casos, los tumores estudiados han sido asociados con otras lesiones del sistema nervioso. En la clasificación etiológica del lipoma se deben reconocer las otras formas -

de tejido graso como sigue: 1) obesidad; 2) elevación localizada de tejido graso; 3) lipomatosis; 4) lipoma homólogo; 5) lipoma heterólogo de grupos de células de tejido embrionario; 6) elevación de lipoma en tumores y teratomas mixtos. 4, 5, 6, 10, 13, 19.

- **Leiomioma Vascular (Angioleiomioma).** Es un tumor poco común en la cavidad oral, probablemente debido a la ausencia general de músculo liso en ella.

Debido a la escasez de casos no es factible extraer conclusiones sobre la prevalencia por edad y sexo. Su etiología es incierta. Este tumor sería nada más una fase en el proceso continuo de la proliferación del músculo liso y que en realidad constituye una malformación vascular y no una verdadera neoplasia. 10.

- **Osteocondroma.** Puede aparecer a cualquier edad. Existe una leve predilección por el sexo femenino. La etiología es desconocida debido a que el tumor es relativamente raro. 4,6,10.

- **Osteoma:** Ocurre más frecuentemente en la edad adulta, después de los 40 años y hay predominio del sexo femenino.

La neoformación ósea resulta de un trauma, inflamación y trastornos nutricionales. En el maxilar, la osteoesclerosis y la formación hiperplásica de hueso ocurren en conexión con dientes inflamados o móviles, produciendo oxostosis, enostosis o masas hiperplásicas, algunas de las cuales se proyectan externamente o dentro del seno maxilar. La teoría más aceptada es la hereditaria, la cual corresponde a una pauta mendeliana dominante. 1,4,6,10,14, 18.

- **Hemangioma.** Aparece en ambos sexos y la relación es de 2:1 predominando el femenino. Son comunes durante la niñez y la edad adulta, más del 50% de los casos que se han observado aparecen en pacientes menores de 20 años.

Suele ser de naturaleza congénita o hereditaria, algunos autores creen que esta lesión no es una verdadera neoplasia, sino un tipo de anomalía de desarrollo o hamartoma, es decir, una proliferación anormal de tejido de la zona. 1,4,6,7,8,9,13.

- Linfangioma: Esta lesión se encuentra con mayor frecuencia durante la niñez y la edad adulta. Puede aparecer en ambos sexos, sin predilección por alguno.

Su origen puede asumirse a que existe una predisposición local resultante de un trastorno embrionario similar al del hemangioma. Su naturaleza no es definitivamente conocida pero su característica congénita es de relevancia para su etiología. 2,4,6.

- Neurofibroma: Este tipo de neoplasia afecta a ambos sexos por igual y puede aparecer a cualquier edad.

Muchos son los investigadores que han notado la pauta hereditaria de la enfermedad, y aunque variable, se presenta entre el 10% y el 20% de todos los casos; se transmite como característica mendeliana dominante. 1,9,10.

- Neurilemoma. Al igual que el neurofibroma, este tumor aparece a cualquier edad y sin distinción de sexo.

Es un tumor bastante raro de la vaina de Schwann. Hoy día, la mayoría de los investigadores aceptan que deriva de las células de Schwann, y por lo tanto su origen es neuroectodérmico. Las nauritas no son componentes del tumor como en el neurofibroma, pero se encuentran en la superficie de este tumor.

Los estudios del cultivo del tejido, llevados a cabo por Stout y Murray, quienes cultivaron in vitro este tumor dan crédito a la idea de que las células de Schwann sean el punto de origen. 1,4,10.

IV. Tumores del Sistema Melanogénico.

- Nevos: Esta lesión puede existir ya en el momento del nacimiento, pero generalmente aparece durante la infancia o incluso en años posteriores.

Existen pocos informes de lesiones melanóticas intraorales benignas y esto ha conducido al pensamiento de que debido a que muchas de estas lesiones son asintomáticas, no son sometidas a la biopsia.

El nevo blanco o esponjoso parece provenir de un gen dominante autosómico de penetrancia irregular.

El nevo pigmentado se considera generalmente como una malformación congénita o del desarrollo más que como una neoplasia.

La pigmentación melanótica de la mucosa oral puede deberse a una deposición excesiva de melanina por medio de la embriogénesis o bien por hiperplasia de los melanocitos o por su proliferación neoplásica con un incremento en su pigmentación. 4,6,10,11,13

V. Tumores de Hitogénesis dudosa.

Mixoma. Es frecuente encontrar este tipo de lesión en adultos jóvenes y de edad mediana, no habiendo diferencia alguna por aparecer en un sexo determinado.

Esta es una lesión extremadamente rara. Los casos originados dentro de los maxilares son derivados de tejidos odontógenos. Aunque estos tumores a veces están asociados con dientes ausentes o desplazados, es difícil, si no imposible, establecer su origen dental. 4,9,10.

- Mioblastoma. Aparece a cualquier edad sin predilección definida por década alguna. No hay diferencia en la frecuencia entre mujeres y varones.

Es concebible que el tumor nazca de restos embrionarios de músculo aberrante. La teoría del origen neural propuesta por Fust y Custer explica al mioblastoma como procedente del tejido conectivo de los nervios. Finalmente, Aparicio y Lunisden propusieron que la lesión proviene de una célula primordial --

con capacidad leioniofibrilógena que puede ser algún tipo de célula muscular lisa especializada propia de ciertos tejidos que se encuentran en sitios característicos del tumor. 1,4,10.

- Histiocitoma. No tiene predilección por algún sexo y aparece generalmente en niños y adultos jóvenes. Con respecto a su etiología se ha pensado que probablemente una evolución como reacción frente a un traumatismo. 4,10.

VII. Condiciones semejantes a Tumores.

- Granuloma Píógeno: Puede aparecer a cualquier edad y es algo más frecuente en mujeres que en hombres.

La causa es desconocida. En un principio se creía que el granuloma era una infección botriomicótica, infección equina pero transmisible al hombre. La investigación sugirió que la lesión se debía a una infección por estafilococos y estreptococos, en parte se comprobó que estos microorganismos podían producir colonias con características micoides. Por el hecho de que está constituida esencialmente por tejido de granulación, ahora esta lesión se considera como resultado de una reacción exagerada de los tejidos a algún traumatismo pequeño, lo cual proporciona una vía de entrada a microorganismos inespecíficos. La respuesta del tejido a estos microorganismos de baja virulencia es el de proliferación de tejido conectivo de tipo vascular.

4,8,10.

- Granuloma Periférico de Células Gigantes (épuis): Es más común encontrar esta lesión entre los 25 y 50 años. Es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres.

La mayoría de los estudios modernos sostienen la idea de que es una respuesta proliferativa rara de los tejidos ante una agresión. Se ha enfatizado en el traumatismo por ser considerado por algunos investigadores como de importancia en la etiología de estas lesiones.

El origen de las células gigantes no ha podido ser establecido, el traumatismo de una extracción dental, como también la irritación de una prótesis o una simple infección crónica son factores desencadenantes de esta lesión. 1,4,10,17.

- Neuroma Traumático: Existe una tendencia a aparecer en personas adultas. No tiene predilección de algún sexo.

Suele presentarse después del seccionamiento accidental o intencional de un nervio y puede ser la consecuencia de una extracción difícil, o de cualquier técnica quirúrgica en la que se impide el proceso regenerativo normal del tronco nervioso lesionado, por el tejido cicatrizal o por el hueso que lo cubre, por lo general es común en la zona del agujero oval. 4,6,7,10.

TUMORES ODONTOGENICOS BENIGNOS.

- Ameloblastoma: Es frecuente en las 3a. y 4a. décadas de la vida y afecta a ambos sexos.

Se desconoce el estímulo que inicia el proceso del origen, pero se han relacionado con degeneraciones de quistes dentíferos desde 1933.

Cerca del 26% al 36% se originan en quistes foliculares pre-existentes. 1,4,8,9,10,11.

- Odontoma: Es más común en la 2a. y 3a. décadas de la vida y afecta a ambos sexos.

Su etiología es desconocida. Se sugirió que el traumatismo o infección local pueden conducir al desarrollo de esta lesión. Esto es totalmente posible pero en ese caso, el resultado final podría ser la hipoplasia, según el momento de la odontogénesis no hay predilección para originarse en un lugar determinado; en la cavidad oral no está vinculado con dientes supernumerarios en caso de que aparezca entre los incisivos centrales superiores. Hitchin sugirió que estas neoplasias son heredadas o se deben a un gen o a una inter-

ferencia mutante posiblemente postnatal.

Levy ha mencionado la producción experimental de esta lesión en la rata mediante traumatismo. 1,9,10

- Cementoma: Es una lesión que se encuentra más comunmente en hombres de edad media.

Su etiología es desconocida, aunque se ha pensado que es producto de un traumatismo crónico leve, quizá de la oclusión traumática. En un estudio, Zegarelli y Zisşin consideraron cuidadosamente las historias clínicas médicas y odontológicas de pacientes afectados pero no pudieron llegar a conclusiones sobre la etiología. Es imposible relacionar la lesión con un traumatismo o una infección previa del diente, antecedentes de sífilis o trastornos hormonales.

La verdadera naturaleza de esta lesión pese a que es relativamente común, es hoy tan oscura como hace 40 años. 1,9,10.

- Cementoblastoma: Es predominante en el sexo masculino, la edad aproximada de aparición es alrededor de los 25 años.

Es una neoplasia verdadera de cementoblastos funcionales que forman una gran masa de crecimiento de tejido semejante a éste en la raíz dental. Es una lesión rara y definida. La etiología no es aún determinada. 1,9,10.

II. NEOPLASIAS OSTEOGENICAS.

- Granuloma Central de Células Gigantes. Es más común en la 2a. y 3a. décadas de la vida y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Aunque el trauma ha sido propuesto como factor etiológico, su papel es dudoso.

También se ha sugerido la existencia de alguna relación entre esta lesión y el quiste óseo traumático.

Así, es evidente que pese a los esfuerzos concertados para estudiar las lesiones de células gigantes desde el punto de vista etiológico y patogénico, existe una gran inseguridad sobre estas lesiones óseas. 4,6,9,10.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bhasker S.N. PATOLOGIA BUCAL. Editorial El ateneo, 3a. edición. Buenos Aires 1978.
- 2.- Cohen Bertram; Kramer R.H. Ivor. FUNDAMENTOS CIENTIFICOS EN ODONTOLOGIA. Editorial Salvat 1981.
- 3.- Dechaume M.; Grellet M.; Laundenback P. ESTOMATOLOGIA. Editorial Toray-Masson. 2a. edición 1981. México.
- 4.- Eversole R. Lewis. PATOLOGIA BUCAL Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1983.
- 5.- Giunta. PATOLOGIA ORAL. Editorial Interamericana. Edición 1981. México.
- 6.- Gorlin J. Robert; Golman M. Henry; THOMA PATOLOGIA ORAL. Salvat. Barcelona 1980.
- 7.- Kissane M. John. PATHOLOGY MOSBY. Edited by W.A.D. Anderson. Seventh edition. Vol. II. 1981. U.S.A.
- 8.- Lynch A. Malcom. MEDICINA BUCAL DE BURKET Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Interamericana. 7a. edición 1980. México.
- 9.- Pindborg J.J. ATLAS OF DISEASES OF THE JAWS. Edited by Mun Kogaard. 2nd. Printing 1978. U.S.A.
- 10.- Shafer; Hine; Levy. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL. Editorial Interamericana. 3a. edición 1981. México.
- 11.- Smith M. Roy. ATLAS OF ORAL PATHOLOGY. Edited by the C. V. Mosby Company. St. Louis 1981.
- 12.- Velazquez Tomás. ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL. Editorial La Prensa Médica - Mexicana. México 1979.
- 13.- Zegarelli V. Edward. DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL. Salvat. Barcelona 1978.

REVISTAS

- 14.- Kimura Fijukami Takao; Mosqueda Taylor Adalberto. OSTEOMA COMPACTO (Reporte de un caso clínico) Revista de la A.D.M. Vol. XXXVII No. 3 Mayo-Junio 1980.
- 15.- Laseca Valencia E.; Bustos V. A PROPOSITO DE UN TUMOR DE WARTHIN BILATERAL . Revista Española de Estomatología. Tomo 29 año 81 No. 2.
- 16.- Mader L. Carson; Nelson F. John. MONOMORPHIC ADENOMA OF THE MINOR SALIVARY GLANDS. J.A.D.A. Vol. 102 May. 1981.
- 17.- Peña Torres Leandro; Granados Fraire Napoleón; Sentfes Lavalle Samuel. GRANULOMA PERIFERICO DE CÉLULAS GIGANTES. (Reporte de ocho casos) Revista de la A.D.M. Vol. XXXVII No. 5 Sept-Oct 1980.
- 18.- Sentfes Lavalle Samuel; Barrera Martínez Melba. OSTEOMA COMPACTO (Reporte de un caso) Revista de la A.D.M. Vol. XXXIX No. 4 Jul-Ago 1982.
- 19.- Walker Loyd J.; Gross D. Bob. SOLITARY SUBCUTANEOUS LIPOMA; Report of case. Journal Oral Surgery. Vol 38 May 1980.

C A P I T U L O I I I

" FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS ORALES DEPENDIENDO DE LA EDAD "

FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS DEPENDIENDO DE LA EDAD

Un efecto importante de la edad en el ser humano es la adquisición de malos hábitos, lo cual influye de manera fundamental en el deterioro de la salud, lo que hace pensar que en estas condiciones la cavidad oral esté propensa a la aparición de lesiones diversas, entre ellas las neoplasias.

La investigación efectuada muestra que la mayor incidencia de neoplasias benignas se encuentra en individuos de 21 a 40 años y, en orden decreciente los mayores de 50 años, quedando en menor escala los menores de 20 (Gráfica No. 1).

En los individuos de edad avanzada, las membranas de sus mucosas están atrofiadas y frágiles, siendo una de las razones por la cual adquieren un aspecto brillante. Clínicamente estos efectos producen una reducción de la elasticidad de los tejidos (que son dañados fácilmente), además de que el descenso de los capilares superficiales y la consiguiente reducción de la irrigación sanguínea retrasa y deteriora la capacidad de cicatrización de las mucosas orales de estos pacientes. 1.

Esto hace que los individuos estén más propensos a adquirir diversas enfermedades, así como es más posible que presenten lesiones como las neoplasias benignas.

En el cuadro No. 3 se observan los diferentes grupos etareos, en los cuales se aprecia el número de casos encontrados, así como la diferencia porcentual entre cada grupo con respecto al número total de neoplasias.

C A P I T U L O I V

" FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS ORALES POR SEXO "

FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS ORALES POR SEXO

El sexo tiene una importancia relevante en la frecuencia de algunas enfermedades que afectan al ser humano.

Se desconoce el por qué ciertas enfermedades tienen predilección por aparecer más frecuentemente en algún sexo, pero se ha comprobado estadísticamente que esto ocurre.

Gracias a las estadísticas que comprueban que este tipo de enfermedades tienden a sobresalir en determinado sexo se facilita la tarea del diagnóstico clínico.

En la investigación realizada se establece que el sexo femenino es en el que con mayor frecuencia se presentan las neoplasias orales " Benignas ".

En la mayoría de las lesiones encontradas se observa que el sexo femenino es el más afectado, superando en gran número de casos en algunas lesiones, al sexo masculino.

Estadísticamente se encontró que de un total de 489 casos reportados, el 64.62 % corresponde al sexo femenino y el 35.38% al sexo masculino. (cuadro No.4).

En las gráficas se observa el número de casos encontrados por sexo en cada una de las neoplasias y, en general, por cada grupo de edades en donde se ve que predomina el sexo femenino.

C A P I T U L O V

" FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS ORALES DEPENDIENDO DE SUS CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS "

IMPORTANCIA DEL EXAMEN HISTOPATOLOGICO

Lo más importante en el diagnóstico y tratamiento de los tumores es identificar su naturaleza benigna y distinguirla de lesiones malignas que pueden po - ner la vida en peligro.

Esto sólo se logra mediante un exámen microscópico del tejido, que se ha -- extirpado mediante la técnica de biopsia.

Se han dado casos de pacientes en quienes una lesión bucal se considera como el resultado de irritación crónica durante meses, tiempo en el que aumentó de vo - lúmen, invadió los tejidos vecinos y demostró su verdadera índole cancerígena. Tales hechos ponen en relieve la necesidad de considerar todos los crecimientos bucales como malignos, mientras no se demuestre lo contrario por exámen microscópico de una biopsia representativa.

Las lesiones que por estudios histológicos se han calificado de benignas de ben también someterse nuevamente a biopsia si cambian de aspecto, aumentan de vo - lúmen, o si en opinión del médico responsable, muestran aspecto o conducta que parece contradecir la estructura histológicamente benigna:

Muchos tumores bucales benignos pueden identificarse con bastante seguridad por su aspecto clínico y radiográfico y por su conducta, pero resulta peligroso - fiarse solamente de estos criterios.

El exámen microscópico de tejidos de biopsia no solo confirma de manera evidente la índole benigna de una lesión; también proporciona su identificación pre - cisa.

Todo tejido extirpado debe someterse a un exámen histológico y, en caso de lesiones bucales es importante que el patólogo examinador esté familiarizado con las características de las lesiones bucales.

La identificación histológica precisa de una lesión bucal puede ser -
la primera etapa en el descubrimiento de un síndrome que incluye muchos peligros
de carcinoma. 13.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS ESPECIFICAS DE LAS LESIONES ENCONTRADAS EN LA
INVESTIGACION

I. Tumores del Epitelio Escamoso.

- Papiloma: Presenta un patrón complejo de múltiples proyecciones dactiloformas largas y delgadas que se extienden sobre la superficie de la mucosa. Cada una está compuesta por una capa continua de epitelio escamoso - estratificado que contiene un núcleo central delgado de tejido conectivo que sostiene los vasos sanguíneos nutrientes.

La característica esencial es una proliferación de las células espinoas en estructura papilar. La superficie está cubierta por una capa engrosada de paraqueratina u ortoqueratina.

Las células epiteliales no son atípicas pero ocasionalmente se encuentran características displásicas.

Las células inflamatorias en el tejido conectivo son variables ya que éste sólo sirve de sostén. 1,6,7,8,10.

II. Tumores del Epitelio Glandular.

- Adenoma Pleomorfo: Algunas zonas presentan células cuboideas dispuestas en estructura tuboideas o ductiformes que tienen una notable semejanza con el epitelio normal del conducto. No es raro que estos espacios - ductiformes contengan un coágulo eosinófilo. Suele haber proliferación - epitelial en cordones o capas alrededor de estas estructuras tubulares. En otras zonas las células tumorales adoptan una forma estrellada, poliédrica o ahusada y pueden ser relativamente escasas.

Las células epiteliales pavimentosas son bastante comunes y presentan típicos puentes intracelulares y a veces verdaderas perlas de queratina. El material mixoide laxo suele ser un rasgo predominante de la lesión, -

son comunes los focos de tejido conectivo hialinizado, o material de aspecto cartilaginoso y hasta hueso. Finalmente, es posible obtener por zonas, un material mucoso originado en las células epiteliales.

Cuando el patrón pleomórfico del estroma no existe y el tumor es muy celular se le denomina Adenoma Monomórfico. 1,4,6,10.

- Adenolinfoma: Consta de dos componentes histológicos, Epitelio y tejido linfático.

La lesión es un Adenoma que presenta formación quística con proyecciones papilares hacia los espacios quísticos y una matriz linfoidea que tiene centros terminales. Las células epiteliales que cubren las proyecciones papilares, son columnares o cuboides dispuestas en dos hileras, aunque puede haber más. Estas células son eosinófilas, contienen núcleos hiper cromáticos o picnóticos y abundante cantidad de mitocondrias, es frecuente la presencia de un cuadro eosinófilo en los espacios quísticos, el componente linfoide es abundante y la mayor parte de los investigadores lo consideran un elemento pasivo en el proceso neoplásico, que representa simplemente el tejido linfoide normal del ganglio linfático dentro del cual está atrapado el tejido glandular salival que da origen a la neoplasia.

1,10,11,15.

- Adenoma Oxifílico (Oncocitoma) . Presenta láminas macizas o cordones trabeculares de células rectangulares con cantidades voluminosas de citoplasma eosinófilo granular, con núcleos picnóticos o pequeños que contienen un nucleolo central.

Quizá se encuentren espacios quísticos o formación de conductos, aunque rara vez predominan. La membrana celular es nítida. Estas células que --

tienen pocas figuras mitóticas, están muy apretadas y el estroma de sostén es escaso. Suele haber tejido linfoide pero no aparece como parte -- integral de la lesión. 1,4,6,10.

III. Tumores de Tejidos Blandos.

- **Fibroma:** Se compone de haces de fibras colágenas entrelazados o intercalados con cantidades variables de fibroblastos o fibrocitos y vascularización, que varía desde un pequeño número de capilares hasta una gran capilaridad. La superficie de la lesión está cubierta por una capa de Epitelio escamoso estratificado con brotes epiteliales acortados y aplanados. Ocasionalmente se encuentran zonas de calcificación. Existe un aumento en la cantidad de células producidas por el incremento de la actividad mitótica.

Si en el tejido hay traumatismo, el edema e inflamación son variables. 1,4,6,7,10.

- **Lipoma:** Se compone de una masa circunscrita de células adiposas maduras soportadas por un tejido conectivo fibroso y divididas dentro por lóbulos.

Pueden presentar cantidades variables de cordones colágenos que pasan -- a través de la lesión y sostienen algunos vasos sanguíneos pequeños. 1,10,13.

- **Angioleiomioma.** Se compone de haces entrelazados con cantidades diversas de tejido conectivo. Estos tumores derivan del músculo liso de los -- vasos sanguíneos. 10

- **Granuloma de Células Plasmáticas.** La etiología probablemente está relacionada con la gingivitis de células plasmáticas.

- **Osteocondroma:** Contiene hueso compacto en extremo denso de hueso esponjoso con espacios amplios. Presenta focos de cartilago y en raras ocasiones puede haber tejido mixomatoso entremezclado. 4,6,10.

- **Osteoma:** Está compuesto de hueso compacto o esponjoso, contiene médula fibrosa. Toda la lesión está cubierta de mucosa normal. La lámina es irregular y contiene algunos canales nutrientes. El osteoma trabeculado está caracterizado por una zona periférica consistente de hueso cortical. Se encuentran áreas de resorción ósea, así como hueso activo de deposición.

En la maxila a menudo existe un tipo de osteoma mixto. Estos tienen áreas las cuales histológicamente semejan un osteoma compacto; intercaladas con tejido típico de osteoma trabecular.

El Osteoma Osteoide está formado por tejido muy vascular, de hueso inmaduro y tejido osteoide, de contornos netos, con formación ósea reaccional periférica. 6,9,10.

- **Hemangioma Capilar:** Se compone de numerosos capilares pequeños tapizados de una capa de células endoteliales, sostenidos por un estroma de tejido conectivo de diversa densidad.

Tiene una semejanza considerable con el tejido de granulación joven. Algunos casos presentan una notable proliferación de células endoteliales.

Una forma común es denominada hemangioendotelioma infantil, porque aparece a edad temprana y se cree que es la forma inmadura del hemangioma capilar y que con el tiempo se transforma en hemangioma común o involuciona.

Hemangioma Cavernoso: Se compone de grandes senos sanguíneos dilatados, con paredes delgadas, tapizadas de endotelio. Los espacios sinusoidales están ocupados por tejido hematopoyético, aunque en algunos casos se ve una mezcla con ocasionales vasos linfáticos. 1,4,6,8,9,10.

- **Linfangioma:** El más común es el Linfangioma Cavernoso, se compone de numerosos vasos linfáticos dilatados, tapizados de células endoteliales, y que contienen linfa. Algunos están llenos de sangre. 1,4,10.

- **Neurofibroma:** Son considerables las variaciones de las estructuras histológicas de esta lesión, pero se suele componer de una proliferación de células de Schwann entremezcladas con neuritas dispuestas en forma irregular, así como fibrillas conectivas delicadas entretejidas.

Predomina el cuadro celular y el mixoide; no hay rasgos organoides. A veces es posible hallar melanocitos en el tumor. 6,9,10.

- **Neurilemoma:** Clásicamente, se describe a este tumor como compuesto por dos tipos de tejido, el tipo A y B de Antoni. El tejido del tipo A se compone de células con núcleos alargados o fusiformes que se disponen en una forma característica de empalizada, en tanto que las fibras intercelulares se disponen en sentido paralelo, entre las hileras de los núcleos.

El tipo B presenta una forma desordenada de las células y fibras con zonas que aparecen como líquido de edema, con formación de microquistes. En este tumor también es característica la presencia de los cuerpos de Verocay, que son pequeñas estructuras hialinas. 1,4,6,10.

IV. Tumores del Sistema Melanogénico.

- **Nevos:** Se compone de células nevíticas. Las células típicas son grandes discretas con núcleos ovoides o vesiculares que contienen gránulos de melanina en su citoplasma.

La mayoría son pigmentados, pero algunos no contienen melanina y son del color de la mucosa que los envuelve.

Los nevos se clasifican de acuerdo a la localización de las células nevíticas dentro de la mucosa y la apariencia histológica de estas células. Si están en el interior del tejido conectivo es llamado nevo intradérmico; está contenido totalmente dentro de la lámina propia, en nidos o cordones

separados desde la superficie epitelial por una zona de tejido conectivo.

El nevo de unión es el que está contactando y mezclándose con el epitelio. Cuando se encuentra en ambos lugares se denomina compuesto. El nevo de unión posee un potencial de transformación en un melanoma maligno - mucho mayor que los otros tipos. 4,10,11.

V. Tumores de Histogénesis dudosa.

- **Mixoma:** El mixoma de tejido blando, presenta fibroblastos fresiformes y estrellados intercalados. Se asocian con la sustancia fundamental basófila y delicadas fibras colágenas inmaduras que representan el tejido mixomatoso y material mucoso, probablemente ácido hialurónico. Pueden existir o no restos celulares epiteliales ovoides odontógenos. El tumor no está -- encapsulado y puede invadir los tejidos circundantes. 4,9,10.

- **Mioblastoma:** Se compone de bandas y fascículos de células grandes de 20 a 40 micras de diámetro, con citoplasma eosinófilo extremadamente granular. Las células granulares son ovoides y tienen núcleos picnóticos y están separados entre sí por escaso estroma. Por lo general, no se observan figuras mitóticas. Las células tumorales guardan, a veces, estrecha relación con las fibras musculares estriadas así como con los nervios mielinizados. Es particularmente común que la superficie de la lesión esté cubierta por una capa de epitelio escamoso, estratificado, con una notable hiperplasia pseudoepiteliomatosa. 1,4,10.

VI. Tumores no Clasificados.

- **Histiocitoma:** Es una proliferación benigna no encapsulada y frecuentemente muy vascular, compuesta de histiocitos epitelioideos o espumosos, pero - dispuestos y distribuidos al azar entre células fibroblásticas productoras de colágena, en estructuras ramificadas o radiales. Con frecuencia la ---

proliferación contiene macrófagos con lípidos en su interior. 4,10.

VII. Condiciones semejantes a Tumores.

- Granuloma Piógeno: El epitelio que lo cubre, si lo hay, suele ser delgado y trófico, pero puede ser hiperplásico. Si la lesión está ulcerada, - presenta un exudado fibrinoso de espesor variable sobre la superficie.

Las características más notables son la presencia de grandes cantidades de espacios vasculares tapizados de endotelio y la proliferación extrema - de fibroblastos y células epiteliales brotantes. Por lo común hay un infiltrado moderadamente intenso de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmocitos pero varían según la presencia o ausencia de ulceración.

El estroma conectivo es típicamente delicado, aunque con frecuencia se observan fascículos de fibras colágenas que atraviesan la masa de tejido. Si la lesión no se extirpa por cirugía, hay una obliteración gradual de múltiples capilares, y adquiere un aspecto más fibroso. 4,6,8,10.

- Granuloma Periférico de Células Gigantes (épuis): Consta de masas no encapsuladas de tejido compuestas de un delicado estroma de tejido conectivo reticular y fibrilar que contiene grandes cantidades de células conectivas jóvenes ovoides o fusiformes y células gigantes multinucleares.

Los capilares son abundantes, particularmente alrededor de la periferia - de la lesión y, a veces se encuentran células gigantes en la luz de estos - vasos. Son rasgos característicos los focos hemorrágicos, con liberación - de pigmento de hemosiderina y su ulterior ingestión por los fagocitos mono-nucleares, así como el infiltrado celular inflamatorio. Se suelen observar espículas de osteoide o de hueso neoformado esparcidas en la lesión fibrosa vascular y celular. 4,10.

- Neuroma Traumático: Presenta una masa de neurofibrillas y células de Schwann irregulares y entrelazadas, situadas en un estroma conectivo abundante o escaso.

Gran parte de este tejido conectivo probablemente deriva del perineurio. Las fibras nerviosas proliferantes propiamente dichas se presentan en haces circunscritos o se distribuyen en forma difusa por el tejido.

4,6,10.

TUMORES ODONTOGENICOS BENIGNOS.

- Ameloblastoma: Se compone de muchas islas tumorales circunscritas que constan de una capa periférica de células cuboideas o cilíndricas cuyos núcleos están por lo general bien polarizados. Estas células son muy semejantes a los ameloblastos o preameloblastos y encierran una masa central de células poliédricas, holgadamente dispuestas, que se parecen al retículo estrellado.

El estroma está formado por una poca cantidad de tejido conectivo fibroso, en ocasiones las islas están formadas por una doble capa de células epiteliales, en este caso se le denomina ameloblastoma duro o compacto.

4,6,9,10.

- Odontoma: Presenta elementos como esmalte, dentina, tejido pulpar y cemento. La cápsula de tejido conectivo que rodea al odontoma es similar en todo sentido al folículo que rodea a un diente normal. Se conocen cuatro formas histológicas.

1. Odontoma compuesto: en el cual pueden encontrarse estructuras muy similares a las de un diente normal.

2. Odontoma complejo: las estructuras no presentan ningún parecido a una forma dental.

3. Odontoma mixto: encontramos intercaladas estructuras dentales con una forma muy definida y estructuras que no tienen ninguna forma dental.

4. Odontoma complejo-compuesto: las formas dentales predominan sobre una masa amorfa. 1,6,10.

- Cementoma: La estructura básica está formada por características típicas de cemento. Numerosos glóbulos fusionados caracterizados por una reacción basófila fuertemente teñida. Los glóbulos concentrados son la mayoría acelulares y tienen sustancia fundamental granular.

El cemento que forma el tumor está orgánicamente conectado con el cemento primario del diente afectado. 9,10.

- Cementoblastoma: El grueso del tumor se compone de capas de tejido semejante al cemento, a veces parecido al cemento celular secundario y otras se deposita en estructura globular, a la manera de cementículos gigantes.

Hay un componente variable de tejido blando que consta de elementos brillares, vasculares y celulares.

Muchas de las trabéculas cementarias de ^{la} zona de actividad, están rodeadas de capas de cementoblastos. Lejos de estas superficies trabeculares se observan cementoclastos.

La periferia del tumor suele presentar una capa celular de tejido blando que parece una cápsula. 9,10.

II. Neoplasias Osteogénicas.

- Granuloma Central de Células Gigantes. Las células gigantes que contienen desde algunos hasta docenas de núcleos tienen generalmente una distribución difusa, pero algunas veces pueden formar aglomeraciones. Casi siempre se encuentran dentro de las células gigantes, fagocitos o inclusiones citoplásmicas.

máticas de hemosiderina o eritrocitos.

La matriz del estroma puede ser colágena o mixomatosa siendo más frecuente el tipo mixomatoso en pacientes de más de 20 años.

Se pueden encontrar figuras mitóticas en los fibroblastos estromáticos - de aproximadamente la mitad de las lesiones, pero no en las células gigantes. La formación de osteoide y hueso delgado trabecular es un rasgo característico de la lesión. 4,6,9,10.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bhaskar S.N. PATOLOGIA BUCAL. Editorial El ateneo, 3a. edición, Buenos Aires 1978.
- 2.- Cohan Bertram; Kramer R.H. Ivor. FUNDAMENTOS CIENTIFICOS EN ODONTOLOGIA. Editorial Salvat 1981, Barcelona.
- 3.- Dechaume M.; Grellet M.; Laundenback P. ESTOMETOLOGIA. Editorial Toray-Masson, 2a. edición 1981, México.
- 4.- Eversole R. Lewis. PATOLOGIA BUCAL Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires 1983.
- 5.- Giunta. PATOLOGIA ORAL. Editorial Interamericana, Edición 1981, México
- 6.- Gorlin J. Robert; Golman M. Henry; THOMA PATOLOGIA ORAL. Salvat, Barcelona 1980.
- 7.- Kissane M. John, PATHOLOGY MOSBY, Edited by W.A.D. Anderson, Seventh edition, Vol. II. 1981. U.S.A.
- 8.- Lynch A. Malcom. MEDICINA BUCAL DE BURKET Diagnóstico y Tratamiento, Editorial Interamericana, 7a. edición 1980, México.
- 9.- Pindborg J.J. ATLAS OF DISEASES OF THE JAWS. Edited by Mun Kogaard, 2nd. Printing 1973, U.S.A.
- 10.- Shafer; Hine; Levy. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL. Editorial Interamericana, 3a. edición 1981. México
- 11.- Smith M. Roy. ATLAS OF ORAL PATHOLOGY. Edited by the C. V. Mosby Company, St. Louis 1981.
- 12.- Valazquez Tomás, ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL. Editorial La Prensa Médica - Mexicana, México 1979.
- 13.- Zegarelli V. Edward. DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL. Salvat, Barcelona 1973.

REVISTAS

- 14.- Kimura Fijukami Takao; Mosqueda Taylor Adalberto. OSTEOMA COMPACTO. (Reporte de un caso clínico) Revista de la A.D.M. Vol. XXXVII No. 3 Mayo-Junio 1980.
- 15.- Laseca Valencia E; Bustos V. A PROPOSITO DE UN TUMOR DE WARTHIN BILATERAL. Revista Española de Estomatología. Tomo 29 año 81 No. 2.
- 16.- Mader L. Carson; Nelson F. John. MONOMORPHIC ADENOMA OF THE MINOR SALIVARY GLANDS. J.A.D.A. Vol. 102 May. 1981.
- 17.- Peña Torres Leandro; Granados Fraire Napoleón; Senties Lavalle Samuel. GRANULOMA PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES. (reporte de 8 casos) Revista de la A.D.M. Vol. XXXVII No. 5 Sept-Oct 1980.
- 18.- Senties Lavalle Samuel; Barrera Martínez Melba. OSTEOMA COMPACTO (Reporte de un caso clínico) Revista de la A.D.M. Vol. XXXIX No. 4 Jul-Ago 1982.
- 19.- Walker Loyd J.; Gross D. Bob. SOLITARY SUBCUTANEOUS LIPOMA: Report of case. Journal Oral Surgery. Vol 38 May 1980.

METODOLOGIA

La información fué tomada de los archivos de los departamentos de Patología de los Hospitales que contribuyeron a la investigación.

Esta información fué vaciada en unas hojas de recolección de datos realizadas para el propósito.

Con los datos obtenidos se realizaron cuadros comparativos en los que se anotaron los porcentajes y el número de casos de cada una de las neoplasias.

Estos cuadros se hicieron en base al total del número de neoplasias encontradas según la edad, sexo y características histológicas.

Con los datos registrados se obtuvieron las edades promedio de cada neoplasia, así como la desviación standar para cada una.

Se consultaron libros y revistas para fundamentar los capítulos I, II y V; los otros capítulos se realizaron en base a la información obtenida de los diferentes Hospitales.

R E S U L T A D O S

RESULTADOS

Observando la importancia del estudio y debido a la carencia de información sobre el tema, optamos por concentrar los resultados obtenidos en cuadros comparativos que muestren de una forma didáctica el contenido de la investigación.

Consideramos indispensable realizar una explicación de cada cuadro, los cuales aunque forman parte integral del contexto del trabajo, se pretende que tengan entidad propia y que por si solos expliquen la finalidad del estudio.

Cuadro No. 1 : Distribución de Neoplasias Benignas por grupos etáreos.

Este cuadro reúne por grupos etáreos decenales a todas las neoplasias benignas encontradas en cavidad oral, en la investigación.

Cada renglón contiene una neoplasia diferente y el mismo está dividido en diez cuadros, los cuales contienen cada uno, cuatro conceptos. Al final de cada renglón aparece un cuadro que contiene el total de las cantidades que aparecen en cada uno de los cuadros del renglón.

- El primer concepto corresponde al número de neoplasias encontradas en cada grupo de edades.

Ejemplo: Se tomará como base al Adenoma Pleomorfo que tiene un total de 117 casos reportados y se observa que en el cuadro de edades, de 41 a 50 años existen 21 reportes.

- El segundo representa el porcentaje del número de casos en cada grupo de edad con respecto al número total del renglón, leído al final de la hoja en forma horizontal.

Ejemplo: De los 117 Adenomas Pleomorfos, 21 casos registrados de 41 a 50 años corresponden al 17.94 %.

- El tercero indica el porcentaje por columna de cada grupo de edad, agrupando a todas las neoplasias y, al final de cada columna se encuentra el número --

de casos reportados en ese grupo de edades. El porcentaje se toma con respecto a ese número total de neoplasias.

Ejemplo: En la columna de 41 a 50 años, se tienen 72 casos de neoplasias, este número indica el 100 % de esa columna, en el renglón del Adenoma Pleomorfo aparece 29.16 % que representa el porcentaje de los 21 casos registrados con respecto a los 72 casos del total.

- El último concepto indica el porcentaje del número de casos de cada cuadro referente al número total de 489 neoplasias encontradas en nuestra investigación.

Ejemplo: En el Adenoma Pleomorfo, de 41 a 50 años los 21 casos registrados vienen siendo un 4.29 % correspondiente al número total de 489 casos.

De esta manera se interpreta cada renglón. Las neoplasias en el cuadro están ordenadas según el número de casos encontrados de cada una.

	0	0.20 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0.20 %
ANGIOLIPOMA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	100 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100 %
	4.34 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.20 %
	0.70 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.20 %
CEMENTOBLASTOMA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	0	100 %	0	0	0	0	0	0	0	0	100 %
	0	1.85 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0.20 %
	0	0.20 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0.20 %
ANGIOLEIOMIOMA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	0	0	0	0	0	100 %	0	0	0	0	100 %
	0	0	0	0	0	1.38 %	0	0	0	0	0.20 %
	0	0	0	0	0	0.70 %	0	0	0	0	0.20 %
ONCOCITOMA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	0	0	0	0	0	100 %	0	0	0	0	100 %
	0	0	0	0	0	1.38 %	0	0	0	0	0.20 %
	0	0	0	0	0	0.20 %	0	0	0	0	0.20 %
ODONTOMA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	0	100 %	0	0	0	0	0	0	0	0	100 %
	0	1.85 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0.20 %
	0	0.20 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0.20 %
OSTEOCONDROMA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	0	0	0	0	0	0	0	100 %	0	0	100 %
	0	0	0	0	0	0	0	3.70 %	0	0	0.20 %
	0	0	0	0	0	0	0	0.20 %	0	0	0.20 %
MIOBLASTOMA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	0	0	100 %	0	0	0	0	0	0	0	100 %
	0	0	1.25 %	0	0	0	0	0	0	0	0.20 %
	0	0	0.20 %	0	0	0	0	0	0	0	0.20 %
	23	54	80	90	72	72	60	27	5	4	489
	4.30 %	11.04 %	16.33 %	18.40 %	14.72 %	14.72 %	12.26 %	5.52 %	1.02 %	0.81 %	100 %

Número de casos identificados: 489, de Enero de 1980 a Junio de 1983.

Fuente: Archivos de los departamentos de Patología de los Hospitales: Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S.A., Hospital de Cancerología S.S.A., Hospital "Netzahualcóyotl" S.S.A., Hospital de Oncología del C.M.N. I.M.S.S., - Hospital de Zona Troncoso I.M.S.S., Hospital General "Ignacio Zaragoza" I.S.S.S.T.E.

Cuadro No. 2 : Frecuencia de Neoplasias Benignas con respecto al número total.

En este cuadro se tienen enlistadas a todas las neoplasias benignas encontradas en la investigación. Como se mencionó en el anterior, el orden corresponde al número de casos reportados de cada neoplasia.

De un total de 489 neoplasias reportadas se obtuvieron los porcentajes -- correspondientes al número de casos registrados por cada una de ellas.

De tal forma se puede observar que el Adenoma Pleomorfo fué la lesión que presentó el mayor número de casos (117), los cuales representaron un 23.92 % del total de neoplasias en general.

Las neoplasias que solo prestaron un pequeño número de casos, uno o dos, representan las lesiones que rara vez aparecen.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA ".
 TRABAJO DE TESIS: ANALISIS DE LA FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS MAS COMUNES EN CAVIDAD
 ORAL EN HOSPITALES DEL AREA METROPOLITANA.

CUADRO No. 2

TITULO: FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS CON RESPECTO AL NUMERO TOTAL

NEOPLASIA:	No. de casos	% general
Adenoma Pleomorfo	117	23.92 %
Fibroma	84	17.17 %
Papiloma	77	15.74 %
Granuloma Píógeno	36	7.36 %
Hemangioma Capilar	30	6.13 %
Granuloma Central	29	5.93 %
Hemangioma Cavernoso	17	3.47 %
Linfangioma	16	3.27 %
Lipoma	11	2.24 %
Adenolinfoma	11	2.24 %
Nevos	10	2.04 %
Osteoma	8	1.63 %
Adenoma Monomorfo	7	1.43 %
Granuloma Periférico	6	1.22 %
Ameloblastoma	5	1.02 %
Neurofibroma	4	0.81 %
Hemangioliinfangioma	3	0.61 %
Linfohemangioma	2	0.40 %
Histiocitoma	2	0.40 %
Neurilemoma	2	0.40 %
Mixoma	2	0.40 %
Cementoma	2	0.40 %
Neuroma	1	0.20 %
Angiolipoma	1	0.20 %
Cementoblastoma	1	0.20 %
Angiolidómioma	1	0.20 %
Oncocitoma	1	0.20 %
Odontoma	1	0.20 %
Osteocondroma	1	0.20 %
Mioblastoma	1	0.20 %
TOTAL	489	100.00 %

Fuente: Archivos de los departamentos de Patología de los Hospitales:

Hospital General " Dr. Manuel Gea González " S.S.A., Hospital de Oncología del
 C.M.N.- I.M.S.S., Hospital de Cancerología S.S.A., Hospital General " Ignacio
 Zaragoza " I.S.S.S.T.E., Hospital " Netzahualcóyotl " S.S.A., Hospital de Zona
 Troncoso I.H.S.S. Enero de 1980 a Junio de 1983.

Cuadro No. 3 : Frecuencia de Neoplasias Benignas por grupos etáreos.

Este cuadro contiene a las 30 neoplasias encontradas agrupadas en decenas de edades. En cada conjunto se observan dos cantidades diferentes. La del lado izquierdo indica el número de casos registrados por neoplasia en cada grupo etáreo, - la del lado derecho corresponde al porcentaje referente a cada lesión según la cantidad de registros que se tienen por grupos de edad, con respecto al número total de 489.

Así tenemos que la neoplasia más común fué el Adenoma Pleomorfo y muestra que de 31 a 40 años presentó el mayor número de casos que sumaron 31 y representan un 6.33 % del total de las 489.

En otro ejemplo tenemos que el Hemangioma Capilar presentó el mayor número de casos de 41 a 50 años, fueron 10 y corresponden a un 2.04 % del número total de 489 registros.

En las neoplasias que sólo presentaron un caso reportado, no puede decirse que la cantidad represente una frecuencia real.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA ".
 TRABAJO DE TESIS: ANALISIS DE LA FRECUENCIA DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS MAS COMUNES EN CAVIDAD ORAL EN HOSPITALES DEL AREA METROPOLITANA.

CUADRO No. 3

TITULO: FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS POR GRUPOS ETAREOS.

NEOPLASIA	0-10		11-20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		81-90		91-100		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Adenoma Pleomorfo	0	-	7	1.63	22	4.49	31	6.33	21	4.29	19	3.88	8	1.63	4	0.81	3	0.61	2	0.40	117
Fibroma	6	1.22	8	1.63	11	2.24	12	2.45	16	3.27	17	3.47	10	2.04	2	0.40	1	0.20			84
Papiloma	1	0.20	6	1.22	5	1.02	17	3.47	12	3.45	9	1.84	17	3.47	8	1.63	1	0.20	1	0.20	77
Granuloma Piógeno	3	0.61	3	0.61	10	2.04	6	1.22	2	0.40	5	1.02	6	1.22	1	0.20					36
Hemangioma Capilar			2	0.40	2	0.40	4	0.81	10	2.04	5	1.02	6	1.22					1	0.20	30
Granuloma Central	6	1.22	6	1.22	5	1.02	3	0.61	3	0.61	1	0.20	1	0.20	4	0.81					29
Hemangioma Cavernoso	3	0.61	2	0.40	2	0.40	1	0.20	1	0.20	1	0.20	4	0.81	2	0.40					17
Linfangioma	1	0.20	6	1.22	3	0.61	2	0.40	1	0.20	1	0.20			2	0.40					16
Lipoma			1	0.20	3	0.61	5	1.02	1	0.20	1	0.20									11
Adenolinfoma			1	0.20	1	0.20					5	1.02	4	0.81							11
Nevos			3	0.61			5	1.02	1	0.20			1	0.20							10
Osteoma					5	1.02	1	0.20	1	0.20			1	0.20							8
Adenoma Monomorfo					1	0.20					4	0.81	1	0.20	1	0.20					7
Granuloma Periférico	1	0.20			1	0.20			2	0.40	1	0.20			1	0.20					6
Ameloblastoma			1	0.20	2	0.40	1	0.20							1	0.20					5
Neurofibroma			1	0.20	1	0.20			1	0.20	1	0.20									4
Hemangiolinfangioma	1	0.20			2	0.40															3
Linfohemangioma			1	0.20	1	0.20															2
Histiocitoma			2	0.40																	2
Neurilemoma					1	0.20	1	0.20													2
Mixoma					1	0.20	1	0.20													2
Cementoma			1	0.20									1	0.20							2
Neuroma			1	0.20																	1
Agiolipoma	1	0.20																			1
Cementoblastoma			1	0.20																	1
Angioleiomioma											1	0.20									1
Oncocitoma											1	0.20									1
Odontoma			1	0.20																	1
Osteocondroma														1	0.20						1
Mioblastoma					1	0.20															1
TOTAL	23		54		80		90		72		72		60		27		5		4		489

Número de casos identificados: 489 de Enero de 1980 a Junio de 1983.

Fuente: Archivos de los departamentos de Patología de los Hospitales: Hospital General " Dr. Manuel Gea González " S.S.A., Hospital de Cancerología S.S.A., Hospital de Oncología del C.M.N. I.M.S.S., Hospital " Netzahuacóyotl " S.S.A., Hospital de Zona Troncoso I.M.S.S., Hospital General " Ignacio Zaragoza I.S.S.S.T.E.

Cuadro No. 4 : Frecuencia de Neoplasias Benignas por sexo.

Como se menciona en el capítulo IV, la diferencia de sexo en cuanto a frecuencia es de suma importancia.

El resultado de la investigación demuestra que el sexo más afectado fué el femenino, superando considerablemente al masculino corroborando lo que reporta la literatura.

El cuadro indica en una forma de lista el número de casos reportados por cada neoplasia, según el sexo de los pacientes.

El total de 315 neoplasias en el sexo femenino corresponde al 64.62 % del total de 489 casos, mientras que en el sexo masculino el número es de 174 y representa el 35.38 % .

Comparando los resultados con los datos bibliográficos que se tienen de cada una de las neoplasias encontramos que la mayoría coincide con lo establecido. Mientras que en los casos en donde sólo se cuenta con pocos registros no es posible hacer una comparación real.

Las columnas del cuadro se interpretan de la siguiente manera:

- La primera contiene enlistadas a las neoplasias según el número de reportes.
- La segunda indica el número de casos encontrados del sexo femenino.
- La tercera representa el porcentaje con respecto al total de 489 neoplasias, del número que aparece en la segunda columna.
- La cuarta indica el número de casos reportados en el sexo masculino de cada lesión.
- La quinta corresponde al porcentaje del número de casos de la anterior con respecto al total.
- La última columna contiene el número en general de cada neoplasia, que es la suma del número de casos tanto del sexo femenino como del masculino.

Al final del enlistado puede observarse el total sumado verticalmente de cada columna.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES " ZARAGOZA ".
 TRABAJO DE TESIS: ANALISIS DE LA FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS MAS COMUNES EN CAVI-
 DAD ORAL EN HOSPITALES DEL AREA METROPOLITANA.

CUADRO No. 4
 TITULO: FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS POR SEXO.

NEOPLASIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL
	No. de casos:	Porcentaje:	No. de casos:	Porcentaje:	
Adenoma Pleomorfo	68	13.90 %	49	10.02 %	117
Fibroma	56	11.45 %	28	5.72 %	84
Papiloma	50	10.22 %	27	5.52 %	77
Granuloma Piógeno	28	5.72 %	8	1.63 %	36
Hemangioma Capilar	16	3.27 %	14	2.86 %	30
Granuloma Central	18	3.68 %	11	2.24 %	29
Hemangioma Cavernoso	12	2.45 %	5	1.02 %	17
Linfangioma	12	2.45 %	4	0.81 %	16
Lipoma	9	1.84 %	2	0.40 %	11
Adenolinfoma	2	0.40 %	9	1.84 %	11
Nevos	8	1.63 %	2	0.40 %	10
Osteoma	6	1.22 %	2	0.40 %	8
Adenoma Monomorfo	4	0.81 %	3	0.61 %	7
Granuloma Periférico	4	0.81 %	2	0.40 %	6
Ameloblastoma	4	0.81 %	1	0.20 %	5
Neurofibroma	4	0.81 %	-	-----	4
Hemangiolinfangioma	1	0.20 %	2	0.40 %	3
Linfohemangioma	2	0.40 %	-	-----	2
Histiocitoma	2	0.40 %	-	-----	2
Neurilemoma	-	-----	2	0.40 %	2
Mixoma	2	0.40 %	-	-----	2
Cepantoma	2	0.40 %	-	-----	2
Neuroma	1	0.20 %	-	-----	1
Angiolipoma	1	0.20 %	-	-----	1
Cementoblastoma	-	-----	1	0.20 %	1
Angioleiomioma	-	-----	1	0.20 %	1
Oncocitoma	1	0.20 %	-	-----	1
Odontoma	1	0.20 %	-	-----	1
Osteocondroma	1	0.20 %	-	-----	1
Mioblastoma	-	-----	1	0.20 %	1
TOTAL	315	64.62 %	174	35.38 %	489

Fuente: Archivos de los departamentos de Patología de los Hospitales:
 Hospital General " Dr. Manuel Gea González " S.S.A., Hospital de Cancerología
 S.S.A., Hospital " Netzahualcóyotl " S.S.A., Hospital de Oncología del C.M.N.
 I.M.S.S., Hospital de Zona Troncoso I.M.S.S., Hospital General " Ignacio Za-
 ragoza " I.S.S.S.T.E. de Enero de 1980 a Junio de 1983.

Cuadro No. 5 : Edad Promedio y Desviación Standar por Neoplasia.

Las neoplasias tienen predilección por aparecer en un determinado momento, según las circunstancias que se presenten y a la edad en la que con mayor frecuencia aparecen se le denomina " Edad Promedio " o " Media ", (\bar{X}).

En este estudio se utilizó este procedimiento para establecer la edad en la que con mayor frecuencia tienden a aparecer cada una de las neoplasias encontradas en la investigación.

Partiendo de la Media, se tiene una tolerancia de un determinado de años antes o después de la edad determinada como promedio, teniendo con esto un margen de error, en donde fluctúa la edad más comun para la aparición de una neoplasia, - esto se entiende como " Desviación Standar " (S).

Como ejemplo se puede mencionar que el Adenoma Pleomorfo tiene una edad promedio en cuanto a frecuencia de 43.2 años; la desviación standar de esta edad promedio es de 17 años antes y después. Esto significa que esta neoplasia tiene un margen de aparición desde los 26 años y hasta los 60 años.

En comparación con el anterior el Linfohemangioma presenta una media de 22.5 años y la desviación standar para esta neoplasia puede ser desde los 15 años hasta los 29 .

Como se menciona en el cuadro, algunas de las neoplasias sólo presentaron un caso, por lo que no es posible establecer una desviación standar en ellas.

CUADRO No. 5

TITULO: EDAD PROMEDIO Y DESVIACION STANDAR POR NEOPLASIA.

NEOPLASIA	\bar{X}	S
ADENOMA PLEOMORFO	43.2	17.4
FIBROMA	42.3	18.7
PAPILOMA	48.7	19.8
GRANULOMA PIOGENO	37.2	19.6
HEMANGIOMA CAPILAR	47.6	16.7
GRANULOMA CENTRAL	32.3	21.5
HEMANGIOMA CAVERNOSO	41.4	25.1
LINFANGIOMA	30.9	21.0
LIPOMA	43.1	12.3
NEVOS	33.6	13.3
ADENOINFOMA	52.0	17.1
OSTEOMA	37.0	14.6
ADENOMA MONOMORFO	55.1	15.0
GRANULOMA PERIFERICO	43.6	20.1
AMELOBLASTOMA	36.2	24.9
NEUROFIBROMA	33.7	18.1
HEMANGIOLINFANGIOMA	17.3	8.0
LINFHEMANGIOMA	22.5	7.7
HISTIOCITOMA	16.0	1.4
NEURILEMOMA	31.0	1.4
MIXOMA	30.0	8.4
CEMENTOMA	39.0	32.5
NEUROMA	15.0	----
ANGIOLIPOMA	8.0	----
CEMENTOBLASTOMA	19.0	----
ANGIOLEIOMIOMA	56.0	----
ONCOCITOMA	54.0	----
ODONTOMA	11.0	----
OSTEOCONDROMA	76.0	----
MIOBLASTOMA	22.0	----

Nota: De las últimas ocho neoplasias sólo se encontró un caso, por lo que no fué posible establecer la desviación standar.

No. de casos registrados: 489, de Enero de 1980 a Junio de 1983.

Fuente: Archivos de los departamentos de Patología de los Hospitales:

Hospital General " Dr. Manuel Gea González " S.S.A., Hospital de Cancerología S.S.A., Hospital " Netzahualcōyotl " S.S.A., Hospital de Oncología del C.M.N. I.M.S.S., Hospital de Zona Troncoso I.M.S.S., Hospital General "Ignacio Zaragoza " I.S.S.S.T.E.

\bar{X} = Edad Promedio

S = Desviación Standar.

DISCUSION

Hemos visto que, debido al poco apoyo que se brinda a la investigación en el país, nos vemos en la imperiosa necesidad de importar cultura y adaptar conocimientos y datos estadísticos extranjeros a las condiciones de nuestro medio: así tenemos que la literatura reporta que las cinco neoplasias benignas más comunes en cavidad oral son: Fibroma, Papiloma, Hemangioma, Epulis Y Adenoma Pleomorfo.

Esta premisa no va de acuerdo con lo obtenido en la investigación, ya que observamos que las neoplasias más comunes en cavidad fueron el Adenoma Pleomorfo, Fibroma, Papiloma, Granuloma Piógeno y Hemangioma Capilar.

Comparando ambos conceptos tenemos que es indispensable realizar estudios con datos reales que muestren las condiciones y características de nuestra población.

Se revisaron 489 neoplasias benignas encontradas, de las cuales, el 64.62 % corresponde al sexo femenino y el 35.38 % al sexo masculino.

El grupo de edades que se encontró más afectado fué de los 21 a los 40 años.

La edad promedio en donde se ve que las neoplasias benignas son más comunes varía entre los 31 y los 50 años, teniendo una desviación standar de casi 20 años en la mayoría de las lesiones.

Debido a que en varias neoplasias se encontró de uno a cuatro casos, es imposible establecer la edad promedio y la desviación standar con exactitud en cada una de ellas.

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación realizada en varios Hospitales del área metropolitana se llegó a la conclusión de que la hipótesis fundamentada no es válida en nuestro medio, ya que dicha hipótesis fué realizada en base a libros y revistas en su mayoría extranjeros.

Esta investigación nos dá una frecuencia real de las neoplasias benignas en cavidad oral presentes en personas de la zona central de nuestro país, a nivel hospitalario, ya que a nivel particular pueden existir mayores datos que posiblemente concuerden con los que se obtuvieron, pero también pueden llegar a alterarlos, haciendo que la hipótesis inicial sea verificada.

Las cinco lesiones más frecuentes en esta investigación son en orden decreciente: Adenoma Pleomorfo, Fibroma, Papiloma, Granuloma Piógeno y Hemangioma Capilar.

El sexo que más comúnmente es afectado es el femenino, que supera al masculino en casi el doble de número de casos.

El grupo de edades en el que con mayor frecuencia aparecen las neoplasias benignas en cavidad oral es de los 21 a los 40 años, observándose también que de los 41 años en adelante existe una predisposición importante para su aparición.

Creemos que el Adenoma Pleomorfo es la lesión más común porque debido a que su tratamiento es especializado, es más fácil que el profesional remita la lesión a un histopatólogo para confirmar su diagnóstico; en cambio otras neoplasias como el Fibroma y el Papiloma, como son de tratamiento sencillo, muchas veces no son enviadas a un estudio histopatóológico.

PROPUESTAS Y / O ALTERNATIVAS

Sería importante realizar estudios similares a éste para obtener datos reales de nuestra población y no partir de máximas extranjeras, como que el Fibroma es la neoplasia benigna más común en los Estados Unidos de Norteamérica, y basada en la investigación, la máxima encontrada en nuestro estudio fué el Adenoma Pleomorfo, ya que estas máximas corresponden a diferentes factores predisponentes, como el socioeconómico, cultural, ambiental, etc.

Es de suma trascendencia concientizar al Odontólogo tanto de práctica privada como institucional para que realice estudios histopatológicos de toda neoplasia a tratar y, que refiera la información a un organismo oficial, que en este caso sería el Instituto Nacional de Cancerología, para que centralice toda esta información, dando así lugar a un centro de consulta fidedigno, al cual se pueda recurrir.

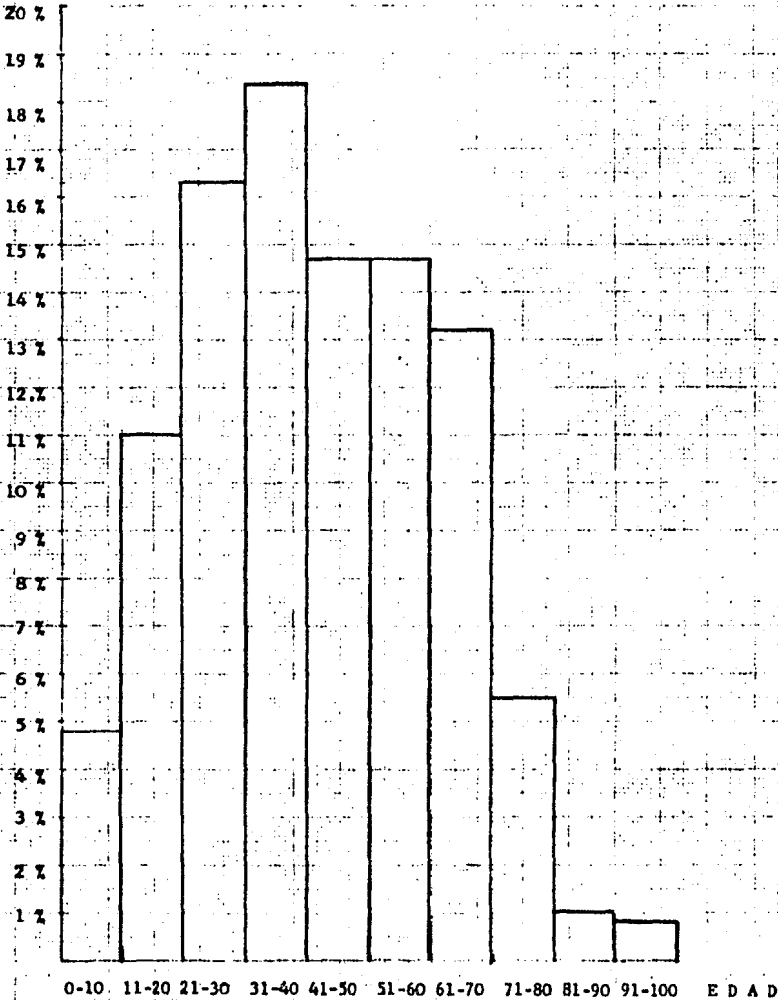
El Odontólogo debe estar conciente de que cualquier neoplasia necesariamente requiere de un análisis histopatológico por evidente que sea su diagnóstico clínico.

Es recomendable que se realicen campañas de educación para la salud a la población para que se forme conciencia de lo importante que es realizar exámenes orales para prevenir o atender a tiempo cualquier neoplasia.

En vista de que el mayor número de neoplasias benignas en cavidad oral fué encontrado en personas del sexo femenino y de 21 a 40 años, debe prestarse mayor atención a cualquier lesión en la región bucal de estos pacientes por mínima que sea, y enfocar hacia ellos, campañas de salud por medio de diversos medios de comunicación.

A N E X O S

GRAFICA No. 1
 TITULO: FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS POR GRUPOS ETAREOS.



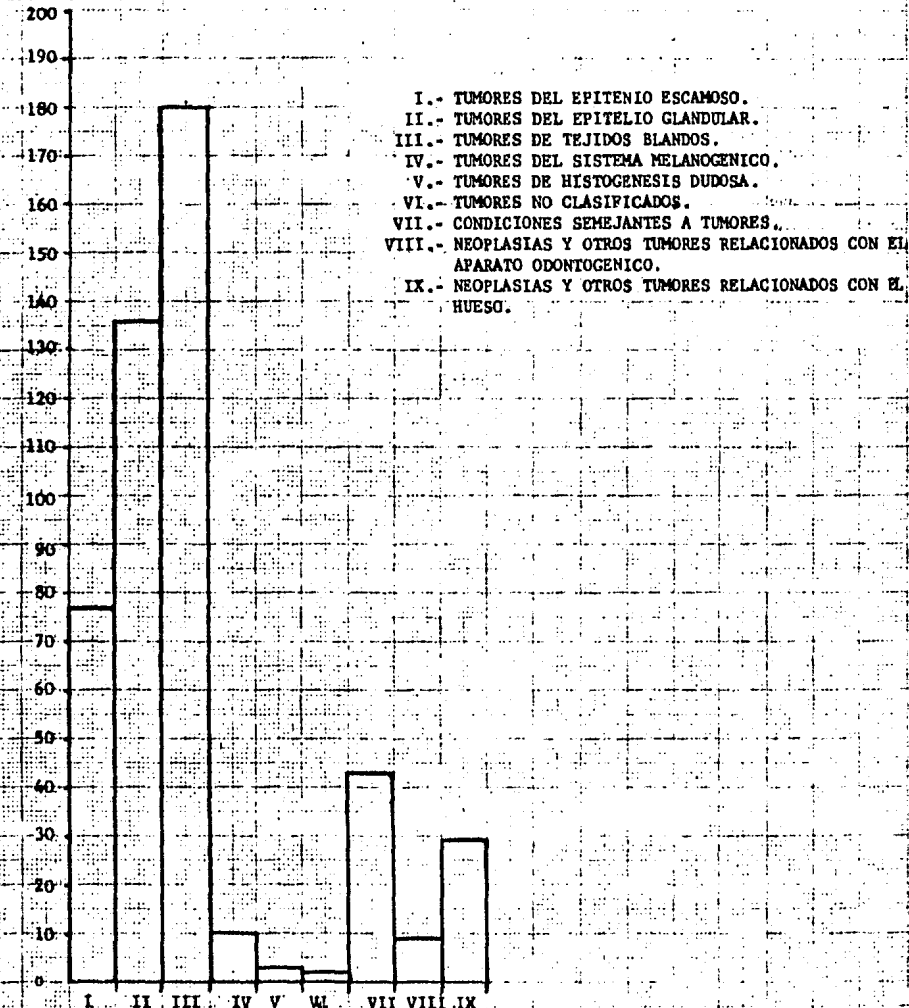
Porcentaje con respecto al número total de 489 neoplasias encontradas.

Fuente: Archivos de los departamentos de Patología de los Hospitales: Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S.A., Hospital de Cancerología S.S.A., Hospital Netzahualcóyotl" S.S.A., Hospital de Oncología del C.M.N.r.I.M.S.S., Hospital de Zona de Troncoso I.M.S.S., Hospital General "Ignacio Zaragoza" I.S.S.S.T.E. De Enero de 1980 a Junio de 1983.

Trabajo de Tesis: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS MAS COMUNES EN CAVIDAD ORAL EN HOSPITALES DEL AREA METROPOLITANA.

GRAFICA No. 2

TITULO: FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS SEGUN SUS CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.



Número de casos identificados: 489 de Enero de 1980 a Junio de 1983.

Fuente: Archivos de los departamentos de Patología de los Hospitales: Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S.A., Hospital de Cancerología S.S.A., Hospital "Natsahuacóyotl" S.S.A., Hospital de Oncología del G.M.N. I.M.S.S., Hospital "General Ignacio Zaragoza" I.S.S.S.T.E., Hospital de Zona Troncoaxo I.M.S.S.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1.- Bhaskar S.N. PATOLOGIA BUCAL Editorial El Atenco. 3a. Edición. Buenos Aires. 1978.
- 2.- Cohen Bertram; Kramer R.H. Ivor. FUNDAMENTOS CIENTIFICOS EN ODONTOLOGIA Editorial Salvat. Barcelona 1981.
- 3.- Dechaume M.; Grellet M.; Laundenback P. ESTOMATOLOGIA. Editorial Toray-Masson. - 2a. Edición 1981. México.
- 4.- Eversole R. Lewis. PATOLOGIA BUCAL Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1983.
- 5.- Giunta. PATOLOGIA ORAL. Editorial Interamericana. Edición 1981. México.
- 6.- Gorlin J. Robert; Goldman M. Henry; THOMA PATOLOGIA ORAL. Salvat. Barcelona. 1980.
- 7.- Kissane M. John. PATHOLOGY MOSBY. Edited by W.A.D. Anderson. Seventh Edition. Vol II. 1981. U.S.A.
- 8.- Lynch A. Malcom. MEDICINA BUCAL DE BURKET Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Interamericana. 7a. Edición 1980. México
- 9.- Pindborg J.J. ATLAS OF DISEASES OF THE JAWS. Edited by Hun Kogaard. 2nd. Printing 1978. U.S.A.
- 10.- Shafer; Hine; Levy. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL. Editorial Interamericana. 3a. - Edición. 1981. México.
- 11.- Smith M. Roy. ATLAS OF ORAL PATHOLOGY. Edited by The C.V. Mosby Company. St. Louis 1981.
- 12.- Velazquez Tomás. ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México 1979.
- 13.- Zegarelli V. Edward. DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL. Salvat. Barcelona. 1978.

- 14.- Kimura Fijukami Takao; Mosqueda Taylor Adalberto. OSTEOMA COMPACTO, (Reporte de un caso). Revista de la A.D.M. Vol XXXVII No. 3 Mayo-Junio 1980.
- 15.- Laseca Valencia E.; Bustos V. A PROPOSITO DE UN TUMOR DE WARTHIN BILATERAL. -- Revista Española de Estomatología. Tomo 29. Año 81. No. 2.
- 16.- Mader L. Carson; Nelson F. John. MONOMORPHIC ADENOMA OF THE MINOR SALIVARY GLANDS. J.A.D.A. Vol. 102. May 1981.
- 17.- Peña Torres Leandro; Granados Fraire Napoleón; Senties Lavalle Samuel. GRANULOMA PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES (Reporte de ocho casos). Revista de la A.D.M. -- Vol XXXVII. No. 5 Sept-Oct 1980.
- 18.- Senties Lavalle Samuel; Barrera Martínez Melba. OSTEOMA COMPACTO (Reporte de un caso) Revista de la A.D.M. Vol XXXIX No. 4 Jul-Ago 1982.
- 19.- Walker loyd J.; Gross D. Bob. SOLITARY SUBCUTANEOUS LIPOMA; Report of case. -- Journal Oral Surgery. Vol 38 May 1980.
- 20.- Luna Gómez Juan Manuel. PATOLOGIA BUCAL EN LA VEJEZ. Píctica Odontológica. -- Vol 5 No. 5 Junio 1984.
- 21.- Urvizo Vélez Joaquín; Morsira Díaz Evelio; Delgado Fernández Rafael. PATOLOGIA -- NEOPLASICA DE LA CAVIDAD BUCAL (Estudio de su frecuencia en un servicio de Patología Bucal). Revista Odontólogo Moderno. Feb-Marzo. Cuba 1981.