

870122
22
20y

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ETIOPATOGENIA DE LOS QUISTES DE
EXTRAVASACION Y SU TRATAMIENTO
QUIRURGICO.**

TESIS PROFESIONAL

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

GUADALUPE BERENICE CASTELLANOS CASTELLANOS

Asesor: DR. MARIO SERNA SALINAS

GUADALAJARA, JALISCO, 1987



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 está 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

INTRODUCCION	.....	2
CAPITULO I		
Consideraciones Anatómicas	.....	4
CAPITULO II		
Etiopatogenia	.....	13
CAPITULO III		
Mucocele	.....	22
(Diagnóstico y tratamiento)		
CAPITULO IV		
Rénula	.....	31
(Diagnóstico y tratamiento)		
Casística	.....	38
Conclusiones	.....	45
Bibliografía	.....	46

INTRODUCCION

El propósito de esta tesis es demostrar como el avance de las innumerables investigaciones efectuadas en patología bucal y cirugía bucal en los últimos años, y la manera de evitar y curar las enfermedades infecciosas de la cavidad bucal y de todos aquellos padecimientos poco frecuentes métodos para esclarecer su origen, así como su tratamiento.

Muchas enfermedades de la cavidad bucal que afectan tanto a los tejidos blandos como a los duros, y la función normal y la salud de la boca dependen de la secreción y función normal de la saliva, en lo que concierne más directamente a enfermedades de glándulas salivales y una deficiencia de la secreción salival produce boca seca, que además de ser un síntoma desagradable, fomenta la infección bucal.

Las glándulas salivales se afectan, y una de sus causas es por obstrucción y se clasifican en tres categorías:

Quistes verdaderos, mucocelos o quistes por retención superficiales, y ránulas.

La ránula y el mucocelo son lesiones relativamente co

munes en la cavidad bucal, son benignas, pero no por eso -
dejan de representar una alteración patológica importante
que debe ser tomada en consideración y que debe ser diag--
nosticada por el cirujano dentista.

El aparato masticador es una unidad funcional junto -
con las estructuras que le rodean. Y para ello, debemos -
tener la capacidad de reconocer e identificar todas aque--
llas anomalías en la cavidad bucal, para que exista la ar--
moniosa correlación entre los componentes, para que ejer--
zan la capacidad funcional y el mantenimiento de la salud
del aparato masticador.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

El organismo tiene un tejido especializado en la secreción, que son las glándulas y son órganos que se encuentran distribuidos en todo el organismo; las glándulas se dividen en endócrinas y exócrinas; las glándulas endócrinas no tienen conductos y sus sustancias tienen que ser vertidas directamente a la sangre; las exócrinas tienen conductos y llevan su secreción a la superficie epitelial y a su vez se dividen en tubulares, acinosas, simples y compuestas. Los quistes de las glándulas salivales se clasifican en mucocelos o quistes por retención superficiales y rínulas. (1, 10, 15)

La saliva es la sustancia de secreción de las glándulas salivales y es una sustancia líquida que contiene líquido material orgánico e inorgánico. Las glándulas salivales por su importancia anatómica funcional y quirúrgica, se les ha dividido en mayores y menores. (23)

Las glándulas salivales de acuerdo a su tamaño, localización y naturaleza de la sustancia que elaboran sus células secretorias.

La saliva es la substancia de secreción de las glándulas salivales, y es una substancia líquida que contiene material orgánico e inorgánico, conteniendo varias enzimas, - las más importantes son: la ptialina o amilasa salival y - maltasa. La saliva tiene diferentes funciones entre otras como son: lubricar y humedecer las mucosas y labios; la autólisis de los restos alimenticios y celulares; humedecer y transformar el alimento en substancia líquida o semisólida, etc. (1, 15, 18, 19).

Las glándulas salivales mayores están constituidas - por las parótidas, las sublinguales y las submaxilares.

Las glándulas menores son pequeñas con conductos cortos, generalmente acinosas-tubulares, ramificadas, y se - ubican en la mucosa o submucosa de los labios, el paladar, la lengua y el vestíbulo de la boca.

Las parótidas son llamadas glándulas serosas por contener en sus acinos exclusivamente células de este tipo. Las submaxilares y sublinguales son llamadas mixtas por - contener células serosas y mucosas. (21, 22, 23).

Las glándulas salivales se encuentran inervadas por - las fibras postganglionares del simpático y del parasimpático, la secreción salival es normalmente producida por ac

ciones de estos nervios, no conociéndose factores humorales que pueden intervenir de una manera manifiesta.

LAS FUNCIONES DE LA SALIVA

Lubrica y humedece la mucosa bucal y los labios, con lo cual facilita la articulación, esto es función de comunicación: para la emisión de palabras es indispensable la buena lubricación de las mucosas, que es la misión que cumple más la saliva. Permite que la boca quede limpia de restos alimenticios que de lo contrario constituiría un excelente medio de cultivo para las bacterias.

Las glándulas salivales por su importancia anatómica, funcional y quirúrgica, se les ha dividido en: mayores y menores.(25)

I. Glándulas salivares mayores: son de notable volumen, salen de los límites de la membrana mucosa, están provistas de conductos excretores de distinta longitud, son pares y simétricas; se distribuyen en forma de herradura a lo largo del cuerpo y ramas de la mandíbula, desde la línea media hasta cerca del conducto auditivo externo y son:

Parótida, submandibular y sublingual; la parótida es

de secreción serosa y la submandibular y sublingual son de secreción mixta predominantemente. (1, 15, - 18, 19, 21).

II. Glándulas salivales menores; Son numerosas y están - en la mucosa y submucosa, las cuales desembocan a la cavidad bucal por conductos excretores de corta longitud; de acuerdo con la región topográfica donde se localizan se les designa; labiales, yugales, palatinas y linguales, son de tamaño variable, no excede - de 5 mm. y son de secreción mucosa.

Las glándulas salivales por pertenecer al grupo de - las glándulas exócrinas y se dividen en simples y compuestas; las glándulas simples son aquellas que tienen un conducto no ramificado, las compuestas son aquellas que tienen su conducto ramificado; dependiendo de la forma de - sus células secretorias se dicen que son como tubos, y se les llama tubulares; y se dice que son acinosas cuando su unidad secretoria es redonda. (15, 24)

A las glándulas por la naturaleza de su secreción, se les conoce como glándulas de secreción serosa, mucosa o mixta, las unidades secretorias que las constituyen son - diferentes histológicamente. Las unidades secretorias serosas son de forma triangular, tienen una luz en el cen--

tro del acini donde se reunen los vértices de las secretorias.

El citoplasma en la base de cada célula es basófilo - por su contenido de ribosomas libres y cisterna de retículo endoplasmático de superficie rugosa. El núcleo es redondo y está localizado en el tercio basal de la célula, - el citoplasma hacia el vértice contiene gránulos decimógenos, las mitocondrias basiliiformes se localizan en el citoplasma en la porción basal de la célula y el aparato de golgi arriba del núcleo, su secreción es un líquido claro, acuoso y se le denomina suero.(25)

Las unidades de secreción mucosa, contienen núcleos - aplanados, localizados cerca de la base de las células, el citoplasma es menos basófilo en la base y el citoplasma - que se encuentra entre el núcleo y el vértice contiene gotitas de moco rodeadas de membrana, las glucoproteínas de las gotitas se tiñen poco con hematoxelina y eosina.

A estas glándulas su secreción de glucoproteínas se les denomina moco. Las glándulas de secreción mixta es - una combinación de las mucosas con las serosas.(15, 25)

Las unidades secretorias y los conductos glandulares se les denomina moco.

Las unidades secretorias y los conductos glandulares son de naturaleza epitelial y constituyen el parénquima de las glándulas y se encuentra sostenido por un esteoma de tejido conectivo. El soporte de la glándula es proporcionado por una cápsula de tejido conectivo que la rodea, y separaciones de tejido conectivo que se extiende al interior de las glándulas, las zonas tabicadas separadas entre sí, se encuentran muy juntas, se les llama lobulillos, y las ramificaciones de los conductos entre los lobulillos se les denomina conductos interlobulillares.

(15,24)

La parótida es una de las glándulas salivales más desarrolladas, es de secreción serosa, de aspecto lobulado, de color gris amarillento, pesa aproximadamente 250'30 grs. se encuentra situada en forma de cuña en la fosa retromandibular y el conducto auditivo externo, ubicada detrás de la rama ascendente de la mandíbula delante del músculo esternocleidomastoideo.

A la glándula parótida la atraviesa la arteria carótida externa, durante su trayecto emite la arteria auricular posterior, la vena yugular externa, recorre el espesor de la carótida haciéndose superficial de la cara externa del esternocleidomastoideo, recibiendo afluentes en su recorrido intraparotideo, la transversal de la cara y

la auricular posterior y los nervios importantes que pasan a través de ella son el facial y el auriculotemporomandibular. (1, 24).

GLANDULA SUBMANDIBULAR

La glándula submandibular ocupa el 2o. lugar de las glándulas salivales mayores, de color gris amarillento en reposo y su peso es de aproximadamente de 7 a 8 grs., de secreción mixta predominantemente. (1, 24, 18, 21).

Esta glándula pertenece a la región suprahióidea y se aloja en el comportamiento osteomúsculo aponeurótico llamado "celda mandibular" la cual tiene forma de triángulo, reconociéndosele tres caras, la inferointerna, la superoexterna, la interna, y su cara externa constituida y ligeramente convexa, relacionada con el músculo pterigoideo interno.

El conducto secretorio de la glándula "conducto de Wharton es de calibre irregular".

El nervio hipogloso mayor y lingual invade el piso de la boca y se adosa a la glándula sublingual y en su trayecto determinado por el nervio lingual. (1, 21, 24)

GLANDULAS SUBLINGUALES

Es la más pequeña de las glándulas salivales mayores situada en el piso de la boca, de secreción mixta predominantemente mucosa, en su cara interna por el músculo genigloso y separada por el nervio lingual, y el conducto de Wharton y vasos sublinguales.

La masa glandular sublingual se compone de varias glándulas; una más voluminosa que se denomina principal, su conducto recibe el nombre de Rivinue o Bartoline que nace en la parte posterior de la glándula, se dirige oblicuamente adelante y adentro con el conducto de Wharton.

Las arterias que irrigan, son las sublinguales y submentonionas, las venas terminan en las sublinguales profundas y ranina, los linfáticos en los ganglios submandibular y cadena yugular carotidea. (1, 19).

GLANDULAS LABIALES

Son grupos de tamaño pequeño 3 mm. de promedio, situados debajo de la mucosa labial superior e inferior, formando una capa casi continua por detrás del músculo orbicular, son muy numerosas sobre todo cerca de la mitad labial; son de secreción mixta, sus conductos desembocan en la superficie libre de la mucosa. (24, 19, 25).

GLANDULAS BUCALES

Se encuentran en la mejilla a nivel del conducto parotideo, las pequeñas se encuentran dentro del músculo bucinador y las voluminosas lo atraviesan, se encuentran en la parte posterior y se extienden hasta la superficie exterior. (24, 19)

GLANDULAS PALATINAS

Se localizan en el paladar duro, blando y úvula; las del paladar duro se encuentran entre la mucosa y el perioteo, en la parte posterior entre la encía y el tabique palatino. (24, 18, 19)

GLANDULAS LINGUALES

Son glándulas pequeñas situadas en la región de las papilas circunvaladas, puramente serosas que se desembocan en el surco circundante a las papilas. Las glándulas anteriores de Nuhn se encuentran en la cara inferior de la lengua, junto a la línea media cerca de la punta, sus conductos se abren cerca del frenillo lingual, la parte anterior de la lengua es de secreción mucosa y la parte posterior es mixta (mucosa serosa), las glándulas posteriores están en la raíz de la lengua, junto a las papilas circunvaladas. (18, 24).

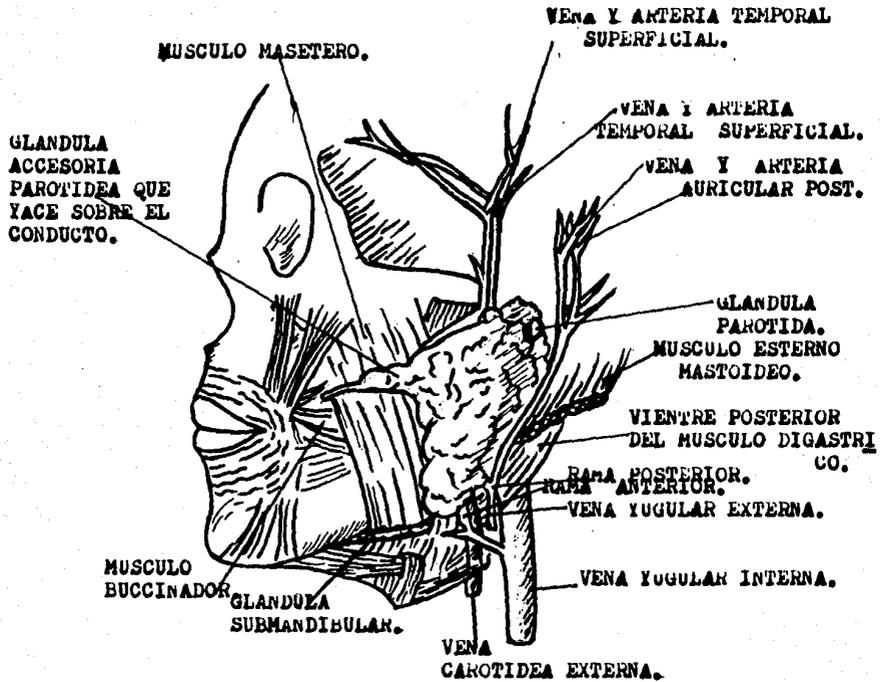


FIG. 1. VISTA LATERAL DE LA GLANDULA PAROTIDA Y SUS RELACIONES ANATOMICAS.

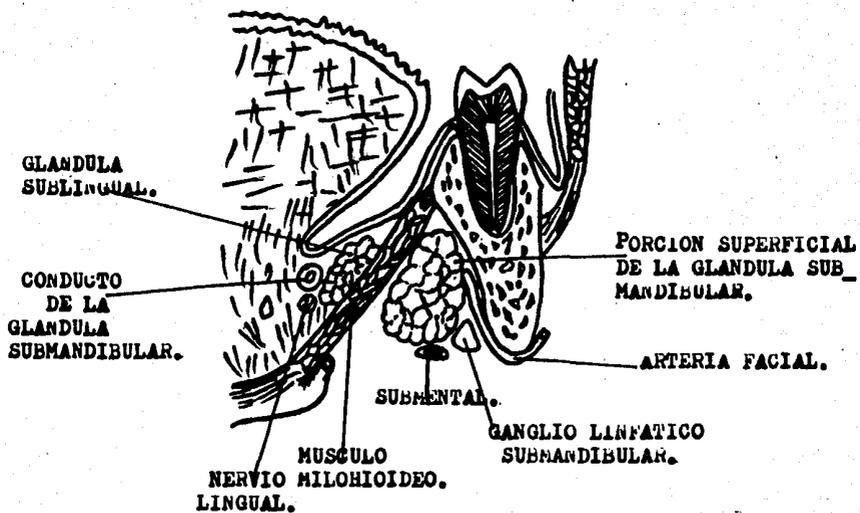


FIG._2. SECCION CORONAL DE LAS GLANDULAS
 SUBMANDIBULAR Y SUBLINGUAL DEL PRIMER MOLAR.

CAPITULO II

ETIOPATOGENIA

Entre las lesiones que se presentan en la cavidad bucal, encontramos a los quistes que son cavidades virtuales delimitadas por epitelio y encapsulados por tejido conectivo, su contenido es variable ya sea líquido o semilíquido, lesiones similares son los pseudoquistes que se diferencian de los anteriores por no tener recubrimiento epitelial. (2, 9, 18).

Por lo general, la causa parece ser la lesión del conducto de una glándula mucosa, esto puede ser causado por un golpe en el labio.

Las características histológicas sugieren que es por desgarramiento del conducto y la saliva fluye por los tejidos superficiales circundantes, provocando una reacción inflamatoria, las acumulaciones de saliva gradualmente aumentan y forman un quiste redondo, por lo general, rodeada por un tejido conjuntivo comprimido, sin una capa epitelial. Con menos frecuencia el conducto puede quedar obstruido pero con daño más grave de modo que la saliva no se escapa a los tejidos circundantes, de esta manera, se forma un quiste de retención con un revestimiento epitelial de epitelio. (3, 17)

A los quistes de las glándulas salivales se les ha clasificado de muchas formas como son: Según Archer en quistes del desarrollo, quistes neoplásicos y quistes de retención, donde se encuentran la ránula y el mucoccele; otros los dividen en dos grandes grupos: Quistes de los tejidos óseos de los maxilares y quistes de los tejidos blandos que los rodean, en este grupo se encuentran incluidos la ránula y el mucoccele.(2)

Otros aceptan la clasificación de quistes verdaderos y quistes de extravasación; otra clasificación es en la que dividen a los quistes en: quistes de verdaderos y quistes de extravasación.

Otra clasificación es en la que se dividen a los quistes en: quistes verdaderos y quistes de retención superficial a mucoccele y ránula.(2) Sin embargo, una gran mayoría de estos autores aceptan que la ránula y el mucoccele son quistes de retención y son encausados por obstrucción del conducto excretor; aunque también los consideran como pseudoquistes dependiendo de su estructura histológica. (3, 17)

Los quistes de los tejidos blandos de las glándulas salivales, su origen es probablemente de naturaleza doble.
1o. La formación del quiste puede resultar por traumatis--

mos de los conductos de las glándulas salivales con salida de la secreción hacia el tejido conectivo circundante. 2a. la retención de la secreción ocasiona dilatación del sistema de conductos y un quiste con recubrimiento epitelial. - (19)

En el mucocele el cual es un quiste de retención, se presenta como un abultamiento único o múltiple de la mucosa, el abultamiento se debe a la acumulación de moco, que se retiene por estar incluido el orificio del conducto excretor de una glándula mucosa que se puede deber a mordedura y otra lesión del labio o de la lengua. (22, 23)

Aparte de ser localizado en el tejido conectivo, también se localiza en la submucosa y está rodeado por una pared formada por tejido de granulación, sólo raramente son observables restos de epitelio en la pared. Probablemente representan una porción de varios conductos excretores, la luz de la cavidad quistiforme está llena de un coágulo eosinofílico que contiene un abundante número de macrófagos. (21,22).

Las glándulas salivales menores adyacentes presentan a menudo alteraciones inflamatorias o signos de obstrucción. (22).

La designación quiste por retención mucosa hace referencia a un mucocelo en el que existe una obstrucción parcial al flujo de moco con un lento aumento de la presión - debido a la secreción continua por parte de la porción encerrada de la glándula, el conducto se dilata, lo cual da lugar a un quiste por retención mucosa, delimitado por un simple epitelio de células alargadas.

Su histopatología muestra la mucina que presenta un coágulo eosinófilo circunscripto en el interior del tejido conectivo, con un número variable de linfocitos y leucocitos polimorfonucleares diseminados por el mismo. (5, 6, - 11).

En la ránula, considerado como un quiste repleto de mucina que se desarrolla por debajo de la lengua en el piso de la boca, generalmente de una glándula sublingual y - raras veces del conducto submaxilar, y su patogenia se forma de modo semejante al mucocelo derivado de las glándulas mucosas más pequeñas, pero alcanza mucho mayor tamaño, se forma poco a poco en el suelo de la lengua, pero de manera gradual puede ocupar todo el espacio interior de la mandíbula, extendiéndose en algunas ocasiones hasta más allá - del músculo milohioideo. A diferencia del mucocelo de las glándulas sublinguales, la ránula profunda está menudo delimitada por células cuboides o alargadas. (23)

Una de las teorías que durante mucho tiempo se han propuesto acerca del origen de estas lesiones, fue la de Hipócrates y Celsius que pensaban que la ránula era causada por una simple inflamación; Pare sugirió que era material pituitario que descendía del cerebro a la lengua, (12); así Fleishman en 1842 apoyado por Shillern en 1919, Lewis en 1920 y Carp en 1921, afirmaron que la ránula era producida por un saco submucoso.

Ibert y Jeanbraun en 1901 postularon que la lesión era de origen branquial; Morfato reportó que la lesión era originada por residuos de la hendidura paralingual externa, y que la ránula era producida por restos del conducto tirogloso.

Stein menciona a Diermerbak en 1685 como el primer investigador que trató de demostrar que la ránula resultaba de la retención de la saliva. Posteriormente, Bruner concluyó que la inflamación crónica producida por la glándula salival sublingual, o Blandin o Nuhn era un requisito para el desarrollo de una ránula. Actualmente para tratar de encontrar la morfología y patogénesis de estas lesiones se han realizado muchas investigaciones como la realizada por Bhaskar, Standish y Shafer, Chaundry en la que fracasaron al intentar producir mucocelos por medio de la ligadura de los conductos de las glándulas saliva--

les en ratas. (6, 21, 19)

Bhaskar en otra investigación tuvo éxito cuando produjo una lesión compatible con el mucocelo humano sólo después de la separación de los conductos submandibulares en ratas, y concluyeron que el mucocelo humano es causado por un defecto traumático de un conducto salival y produciéndose por consiguiente, la liberación de la saliva dentro del tejido contiguo.

Hipple reportó que las ránulas son quistes con una línea epitelial que es el resultado de la retención de la secreción, y causada por la obstrucción del conducto por un tapón ocasionando dilatación del conducto y así formando una cavidad quística. (5, 21)

En 1956 Bhaskar en un estudio de diez mucocelos humanos y 5 de experimentación producidos en ratas hembras, concluyó que no tenía revestimiento epitelial pero sí tejido conectivo y granulación y que los mucocelos muestran en los primeros estudios una acumulación mal definida de moco en la lámina propia y submucosa, pero como la secreción salival continúa, la cavidad quística se vuelve bien definida, en otros estudios realizados para ver la relación que existía entre los quistes de retención mucosa y la continuidad con los conductos salivales, Bhaskar encontró en 19

casos examinados, que ninguno tenía revestimiento epitelial y no había continuidad entre el epitelio del conducto y el quiste. (5, 21)

Moller en 19 quistes examinados encontró un quiste con revestimiento epitelial, Standish y Shafer en 97 casos examinados encontró 6 quistes de revestimiento epitelial; Chaudry en 66 casos examinados encontró 10 con revestimiento epitelial parcial o completo, ocasionalmente encontró tejido epitelial parcial o completo dentro del espacio quístico en algunos encontró relación entre los espacios mucosos y el conducto nutricio. (6, 19)

En los diferentes estudios realizados por estos investigadores, concluyeron que los quistes de extravasación mucosa en el hombre son el resultado de un traumatismo del conducto salival.

Robinson y Cols en un estudio de 125 quistes encontraron 11 quistes con recubrimiento epitelial parcial y 11 con recubrimiento epitelial completo, con fragmentos epiteliales difusos en el espacio del quiste, cuando encontró el revestimiento completo, este consistió en un epitelio columnar simple o epitelio pseudo estratificado, cuando se presentó parcialmente éste consistió en varias capas de células planas epiteliales poligonales. (16)

Harrison en un estudio de 55 mucocelos investigados con enzimas histoquímicas, encontró dos tipos de mucocelos de extravasación y los de retención; de 45 mucocelos estudiados 38 fueron de pared definida, en 7 no se encontró pared quística y una cantidad variable de moco entremezclado con tejido fibroso. (16)

En conclusión diremos, que la ránula y el mucocelo pueden estar dentro de las dos posibilidades siguientes de acuerdo a su origen traumático u obstructivo.

- 1) Pseudoquistes (quistes de extravasación) que involucran la mayoría de las lesiones que son de origen traumático, como se ha demostrado en estudios estadísticos y experimentales, consiste en la ruptura del conducto con la subsecuente salida de líquido mucoso a los tejidos adyacentes que delimitan la extravasación por medio del tejido conectivo y el tejido epitelial que se encuentra ocasionalmente en la cavidad, es el resultado del atrapamiento de los fragmentos del epitelio del conducto que con el traumatismo se desprenden y quedan dentro junto con el moco en la luz de la cavidad, o bien, puede existir una proliferación epitelial en la unión con el conducto, extendiendo un recubrimiento parcial de la cavidad.

2) Quiste de retención. (Fenómeno de obstrucción) como su nombre lo indica, son lesiones causadas por la obstrucción del conducto salival, por un tapón de moco o cálculo que produce la retención del líquido mucoso dentro del conducto con la consiguiente expansión del mismo, - siendo la causa de que exista recubrimiento epitelial - en la pared quística, ya que es epitelio normal del conducto salival.

Por otra parte, considerando lo anterior, los mucocelos serían pseudoquistes ya que generalmente son de origen traumático, salvo en contadas ocasiones que existen recubrimiento epitelial, en cambio, la ránula es quiste de retención por ser la obstrucción su origen principal.

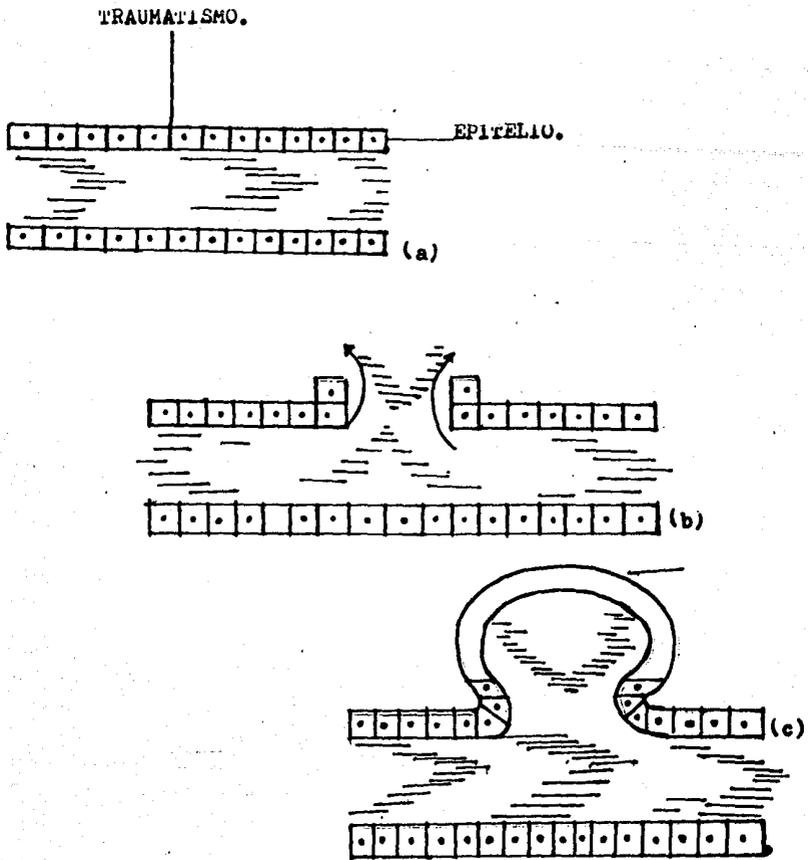


FIG.3.- ETIOLOGIA DE LOS QUISTES DE EXTRAVASACION O PSEUDOQUISTES.

- a) TRAUMATISMO DEL CONDUCTO SALIVAL.**
- b) RUPTURA DEL CONDUCTO Y EXTRAVASACION DE SALIVA A LOS TEJIDOS ADYACENTES.**
- c) DELIMITACION DE LA SALIVA, MEDIANTE LA FORMACION DE UNA CAPSULA DE TEJIDO CONECTIVO.**

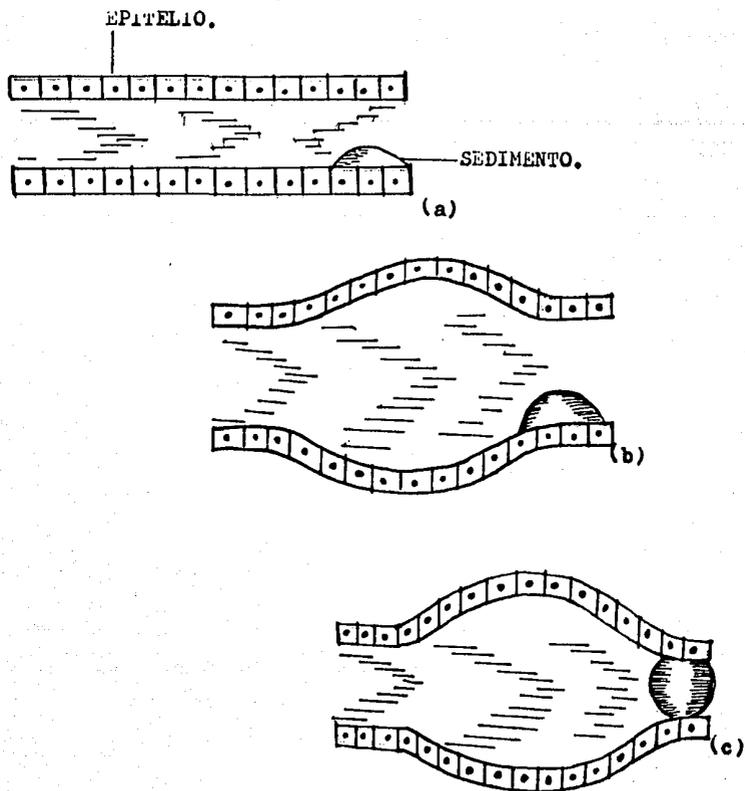


FIG.4._ ETIOPATOGENIA DE LOS QUISTES DE RETENCION.

- a) CONDUCTO SALIVAL DONDE DE INICIA SEDIMENTACION.
- b) ETAPA AVANZADA DE SEDIMENTACION CON UNA OBSTRUCCION PARCIAL DE LA LUZ DEL CONDUCTO.
- c) FORMACION DEL TAPON O CALCULO SALIVAL CON OBSTRUCCION TOTAL DEL CONDUCTO Y ENSACHAMIENTO DEL MISMO.

CAPITULO III

MUCOCELE

El mucoccele o quiste de retención superficial que se debe a una tumefacción por la presencia de un depósito circunscripto de moco en los tejidos submucosos, una alta proporción de mucocelos se desarrollan en la mucosa labial y casi exclusivamente ellos involucran al labio inferior, se piensa que esta diferencia puede reflejar el hecho que este se halla más expuesto a traumatismos que el superior y, en consecuencia, las glándulas mucosas del labio inferior ofrecen más probabilidades de resultar lesionadas.(21,22)

El mucoccele es una lesión común de las glándulas salivales menores o accesorias, es una cavidad de un tamaño variable, que contiene fluido viscoso claro y es parecido al moco, y se encuentra revestido de tejido conectivo comprimido y ocasionalmente de revestimiento epitelial parcial o completo; los mucocelos pueden ser de dos tipos, los mucocelos de extravasación, ocasionalmente por la separación traumática del conducto y mucoccele de retención que se deben a una obstrucción del conducto de la glándula. También al mucoccele se le conoce con otros nombres como son: Quiste mucoide o mucoso, Quiste de retención mucosa, Quis-

te por retención superficial, Quiste del fenómeno de retención, Quiste submucoso, tumor hiperplásico simple. (2, 5, - 10, 11, 15, 19).

MANIFESTACIONES CLINICAS. Es una lesión circunscrita, redonda u oval, que va de un color rojo, azul o violaceo, es de consistencia blanda, fluctuante, de textura tersa, superficie brillante, indoloro a la palpación, de tamaño variable que va de 1 cm. o más, y puede encontrarse único o multibular dando la apariencia de un racimo de uvas.

El mucocele se puede localizar superficialmente o profundo, y como ya se mencionó anteriormente, su orden de aparición es en el labio inferior; y en otras zonas sería en carrillo, paladar, piso de la boca, lengua, labio superior y rara vez en la región retromolar.

Cuando su localización es superficial se le encuentra inmediatamente debajo de la mucosa que lo cubre, y debido a su situación tan superficial es fácilmente traumatizado y por consiguiente, se rompe con facilidad librando la sustancia mucoides que contiene; al liberar el contenido mucoso se colapsa y cuando parece haber remitido recidiva, su evolución es variable que puede ser de un día a unas semanas, su persistencia es indefinida si no es tratado. La secuencia de ruptura, descarga y recurrencia es un dato im-

portante para poder realizar su diagnóstico diferencial. - (8, 9, 11, 15, 18, 19, 21).

Por lo que respecta a mucocelos profundos se dificulta su diagnóstico clínico y no se reconocen fácilmente por el engrosamiento de los tejidos que lo cubren, su apariencia es de un aumento de volumen, circunscrito redondo, que se desplaza con facilidad, es duro, de superficie lisa, color rosado al igual que el resto de la mucosa, y pueden llegar a confundirse con otras neoplasias benignas. (18, - 19).

EDAD, SEXO Y RAZA. Con lo que respecta a la predilección sexual, se reporta una mínima preferencia por el sexo masculino, pero no es significativa; como lo demuestran los estudios estadísticos realizados por Choen, Sala Ulnasky, Southan y la investigación de Harrison donde analizaron 356 casos de los cuales 198 fueron del sexo masculino y 158 del sexo femenino; con edades de 0 a 60 años, siendo la mayor incidencia entre los 11 y 20 años de edad, en 123 de los 356 casos (7); resultados muy similares a los reportados por otros investigadores.

En las investigaciones realizadas por Robinson en 164 casos examinados, él encontró que 11 pacientes de los que disponía la información con respecto a la raza 101

de los casos correspondía a caucásicos y 10 casos eran de raza negra.

LOCALIZACION: Los mucocelos se localizan con mayor frecuencia en el labio inferior y en otras zonas como son: carrillo, paladar, piso de la boca, lengua, labio superior y rara vez en la región retromolar. La investigación realizada por Harrison, muestra que en 400 mucocelos revisados la incidencia en su localización fue:

Labio inferior	. . . . .	259
Carrillo	. . . . .	56
Piso de boca	. . . . .	53
Paladar	. . . . .	12
Lengua	. . . . .	9
Labio superior	. . . . .	8
Zona retromolar	. . . . .	3

Los mucocelos no son lesiones exclusivas de la cavidad oral, pueden presentarse en cualquier parte donde se localicen glándulas mucosas, en el tracto digestivo y respiratorio; en el tracto respiratorio la localización más frecuente es en el antromaxilar. (8, 20, 21, 17)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los mucocelos son lesiones totalmente benignas que deben de ser diferenciadas de otras lesiones que presentan características similares, por el contrario, de no hacer un diagnóstico diferencial correcto, el tratamiento es inadecuado, y por consiguiente, el pronóstico no sería el mismo. Entre las lesiones que presentan características clínicas similares encontramos: Hemangioma, fibroma, carcinoma, mucoepidermoides, tumor basófilo mixto, cisticercosis, quiste mucoso, lipoma y linfagioma. (10, 18, 19, 21, 22)

El mucocelo suele aparecer como una pequeña y relativamente indolora tumefacción de alrededor de 1 cm. de diámetro.

Ocasionalmente, un quiste se rompe espontáneamente produciéndose un colapso para desaparecer o volver a formarse. (22, 23)

TRATAMIENTO: Un tratamiento eficaz requiere la remoción del tejido glandular lesionado, además de la tumefacción quística. De lo contrario, el moco puede continuar derramándose, puede producir una recidiva del mucocelo. Empero, la remoción eficaz de la estructura quística y una pequeña cantidad de tejido normal alrededor de la misma, -

suele asegurar la eliminación del tejido mucoso involucrado, ya que los dos suelen estar muy cercanos uno del otro. Con la extirpación de la superficie externa del quiste y así se deja la superficie epitelial inferior que contiene el conducto, en los casos de reproducción se recomienda la extirpación completa, incluyendo la glándula subyacente.

Una identificación quirúrgica correcta y eliminación resultan facilitados mediante la aspiración parcial de su contenido e inyectando una pequeña cantidad de alginato. - El endurecimiento de este produce una lesión firme cuya extensión puede ser fácilmente identificada, y que en consecuencia facilita su excisión.

Dentro del tratamiento de estas lesiones, encontramos la incisión y drenaje simple, la extirpación total, la marginalización, enucleación, electro desecación, etc. Básicamente para tratar a los mucocelos se prefiere realizar la enucleación de la lesión, que puede ser llevada a cabo en forma simple, o por medio de la técnica con alginato o con ayuda de gasa.

La técnica más recomendada es la enucleación simple - por ser el procedimiento más sencillo; siendo también accesible de realizar por la localización de la lesión y las dimensiones de esta complementándose con la extirpación de la glándula para evitar recidivas. (6,8,11,18,19,20).

ENUCLEACION

La enucleación es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación completa de la lesión y algunas veces se complementa con la extirpación de la glándula que le dio origen, para evitar recidivas, para efectuar esta técnica es necesario que realicemos la asepsia y el aislamiento de la zona para intervenir en la forma usual.

ANESTESIA. Se realiza el bloqueo regional, reforzando por medio de puntos locales, que deben colocarse a distancia de la lesión para evitar perder relaciones y que se distorsione la lesión.

INCISION. Para realizar la incisión es conveniente que el ayudante nos presente la lesión si está localizada en un lugar accesible; el corte puede efectuarse de dos formas, una es siguiendo el sentido longitudinal en la parte central sobre la lesión; tratando de incidir únicamente la mucosa para evitar perforar la lesión, otra forma de efectuar el corte, es rodeando la lesión por alguno de sus lados, también procurando no perforarlas, el corte deberá ser un poco más grande que la lesión para obtener mayor campo quirúrgico. (5, 6, 7, 16, 18).

ELECTROBISTURI. Es la forma más sencilla de realizar

una incisión, y es una técnica que ayuda en el acto quirúrgico

DISECCION

La disección deberá efectuarse con tijeras de punta roma y pinzas; la disección de la mucosa que cubre la lesión deberá realizarse mediante movimientos de apertura y cierre de las tijeras para evitar perforar la lesión. Primero se disecciona un lado rodeando la lesión y después de igual forma el otro lado para continuar disecando el fondo y dejar libre la lesión, generalmente deberá disecarse también la glándula para tener un mayor margen de seguridad y evitar recidivas. (5, 6, 7)

SUTURAS. Finalmente, deben afrontarse bien los bordes y realizar la sutura por medio de puntos aislados o invertidos. (5, 6, 7) con seda 000.

ASPECTO HISTOPATOLOGICO

MACROSCOPICAMENTE. Los mucocelos son lesiones ovales o redondas, fluctuantes, translúcidas de color azul o violáceo, presenta algunos capilares en la membrana que lo cubren, de consistencia blanda, textura lisa, suave, la pared es delgada, su contenido es una sustancia viscosa pa-

recida al moco.

MICROSCOPICAMENTE. Es una lesión revestida por tejido conectivo fibroso comprimido y fibroblastos con la presencia de leucocitos polimorfonucleares, macrófagos vacuolados, linfocitos y plasmocitos.

La luz del quiste se encuentra ocupada por substancia mucoide con una cantidad variable de células inflamatorias como son los linfocitos y las células plasmáticas. (5, 6, - 13).

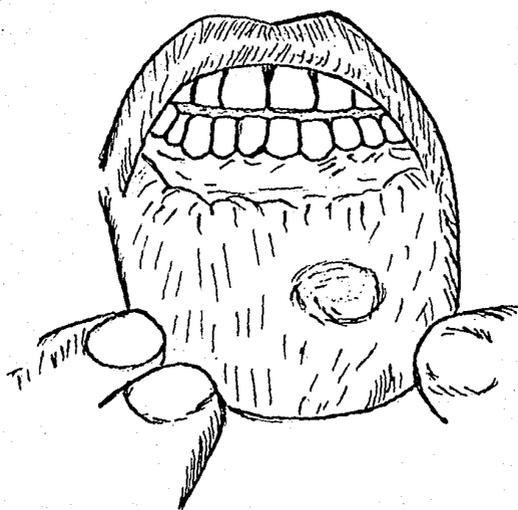


FIG.5._ ASPECTO CLINICO DEL MUCOCELE.

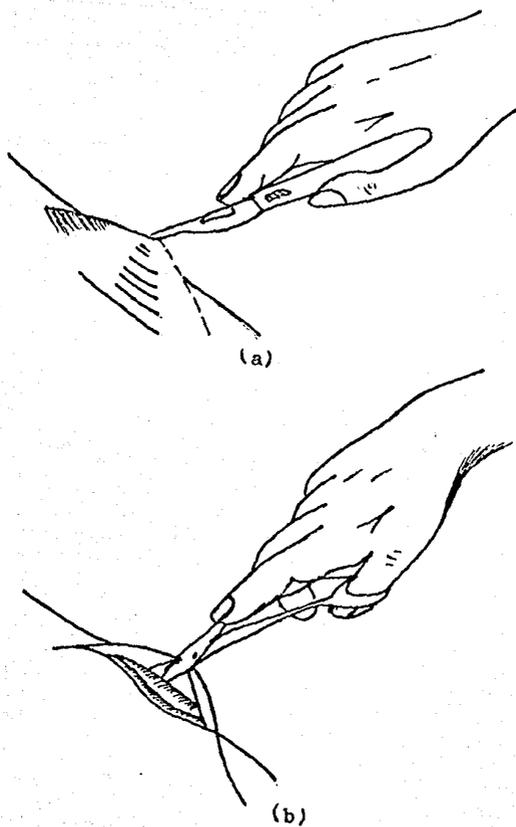


FIG.6._ TECNICA DE ENUCLEACION.

- a) INCISION CENTRAL EN SENTIDO LONGITUDINAL
INCIDIENDO SOLO LA MUCOSA.
- b) DISECCION DE LA MUCOSA QUE RECUBRE LA
LESION.

CAPITULO IV

RANULA

La ránula es una rara manifestación en la cual un gran quiste repleto de mucina se desarrolla por debajo de la lengua en el piso de la boca, es una lesión de extravasación mucocida, siendo común en la glándula sublingual y ocasionalmente se presenta en la glándula submandibular.

La ránula es una cavidad de tamaño variable que contiene un fluido viscoso claro, parecido al moco, se puede encontrar revestida de tejido epitelial o tejido conectivo comprimido; las r nulas al igual que los mucocidos pueden ser de dos tipos, r nulas de extravasación o por retención. (2, 3, 12, 18).

A las r nulas se les ha clasificado por su localización de dos formas: una es la ránula sublingual, ránula submandibular y ránula del recién nacido; y la otra es ránula superficial y ránula profunda. (7, 18, 13)

RANULA SUBLINGUAL. Es la más frecuente, se encuentra situada abajo de la mucosa bucal, en la región latero sublingual y puede sobrepasar la línea media, descansa sobre el músculo milohioideo, se presenta en forma unilateral y -

unilobular, produciendo un aumento de volumen intrabucal.

(5, 9, 18, 21)

RANULA SUBMANDIBULAR. (Suprahiodea, subtiroidea, hendida o profunda), es una lesión poco frecuente que se localiza en la región submandibular (ocasionalmente perfora el músculo milohioideo) produce una prominencia en el cuello a región submandibular. (5, 9, 18, 21)

RANULA DEL RECIEN NACIDO. La lesión se localiza en la carúncula sublingual.

La ránula ha recibido diferentes nombres como son: - Quiste de retención, mucocele de la glándula sublingual, - quiste congénito de la glándula sublingual, tumor enquistado, quiste de la glándula mucosa, ránula suprahiodea, ránula subtiroidea, ránula hendida o sumergida o profunda, - ránula simple, ránula submandibular, ránula sublingual, ránula congénita; siendo el término más usual el de la "ránula", que proviene del latín Rana, se le da este nombre por ser una lesión de paredes delgadas que semeja el aspecto del paciente con el de la rana croar. (2, 3, 9, 10, 13)

CARACTERISTICAS CLINICAS

La ránula es una lesión benigna, es una eminencia re-

donde u ovoidal localizada en la porción anterior del piso de la boca, generalmente está localizada sobre el músculo milohioideo, que puede extenderse posterior e inferiormente a la región submandibular, usualmente es una lesión unilateral, aunque puede presentar bilateral, normalmente suele ser unilobular aunque puede presentarse multilobular - con prolongaciones a las estructuras vecinas, su diámetro es variable, si es superficial la lesión su tamaño es pequeño y va de 1 a 3 cms. de diámetro; si es profunda su tamaño es mayor, su volumen puede aumentar hasta alcanzar un tamaño considerable rechazando la lengua hacia arriba y extendiéndose hasta el lado contrario del frenillo, en este caso, le da la apariencia de ser bilobulada, es indolora, cuando se presenta de gran tamaño dificulta la fonación, masticación y deglución; es de consistencia blanda, de apariencia vesiculada, superficie lisa y brillante, fluctuante, de color azul o violácea, transparente debido a la delgadez de sus paredes, se deprime a la presión, de crecimiento lento, aumenta de tamaño durante las comidas y disminuye después de ellas, su contenido es comparable con la clara de huevo; cuando es profunda la mucosa que la recubre es normal, si se presenta en las primeras etapas de la vida puede llegar a deformar la mandíbula por la presión, produciendo como consecuencia trastorno en la oclusión dentaria. (2, 3, 6, 10, 18, 19)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es importante el poder realizar un diagnóstico diferencial comparativo de la ránula con otros tipos de lesiones debido a la similitud clínica que pueden presentar; - las diferentes lesiones similares son: Celulitis, sianolitis, sialodentitis, quiste del conducto de Wharton, quiste de inclusión dermoide, y epidermoide, quiste del conducto tirogloso, quiste de la hendidura branquial, hemanjioma, linfangioma, higroma quístico, lipoma y adenoma - pleomorfo. (6, 10, 18).

TRATAMIENTO

Para el manejo de los aumentos quísticos del piso de la boca se han sugerido gran variedad de métodos para su tratamiento, entre los cuales podemos encontrar a la incisión simple y drenaje, fistulización, civilización, extirpación parcial y total de la lesión químicamente con el uso de yodo, nitrato de plata, ácido tricloroacético, aspiración e inyección de una solución esclerótica que contenía fenol, sodio borático y ácido salicílico en glicerina; el uso de oxalato de bismuto y radiación, cauterización, electrodesecación del forro interior de la lesión, escisión con electroscapelo de la pared superior de la lesión y marzupialización, siendo la marzupialización el

tratamiento de elección por ser un procedimiento simple - que evita dañar los conductos adyacentes y producir un mínimo de complicaciones postoperatorias y pocas recidivas. (6, 10, 12)

MARZUPIALIZACION

(OPERACION DE PARTCH)

Este procedimiento consiste en la escisión de la pared superior de la lesión, suturada la cubierta del quiste a la mucosa del piso de la boca y haciendo continua la cavidad de la lesión con la cavidad bucal, para llevarse a cabo esta técnica es necesario realizar la asepsia y aislamiento de la zona por intervenir en la forma usual.

ANESTESIA. Se realiza el bloqueo regional bilateral lingual por infiltración, se procede a colocar una serie de suturas para no perder relaciones, ya delimitada la lesión se procede a realizar la escisión de la pared superior de la lesión.

INCISION. Se realiza la incisión siguiendo los puntos de sutura inmediatamente por dentro de estos, al salir el contenido líquido, se eleva el fondo de la cavidad y se hace continua con el piso de la boca adquiriendo las características de los tejidos adyacentes.

SUTURA. Se realiza en la periferia de la lesión - -
uniendo el borde con la mucosa de la boca por medio de pun-
tos aislados.

ASPECTO HISTOPATOLOGICO

MACROSCOPICAMENTE. Fragmento delgado irregular, de -
coloración rojiza, consistencia blanda; cuando se realiza
la técnica de enucleación la pieza quirúrgica macroscopica-
mente presenta las mismas características del mucocele.

MICROSCOPICAMENTE. La ránula es una lesión idéntica
al mucocele, salvo que se encuentra asociada con las glán-
dulas de mayor tamaño, encontrándose una diferencia histo-
lógica cuando es originada la lesión por retención por pre-
sentar una pared de tejido conjuntivo con infiltración ley-
cocitaria. (3, 6, 13).

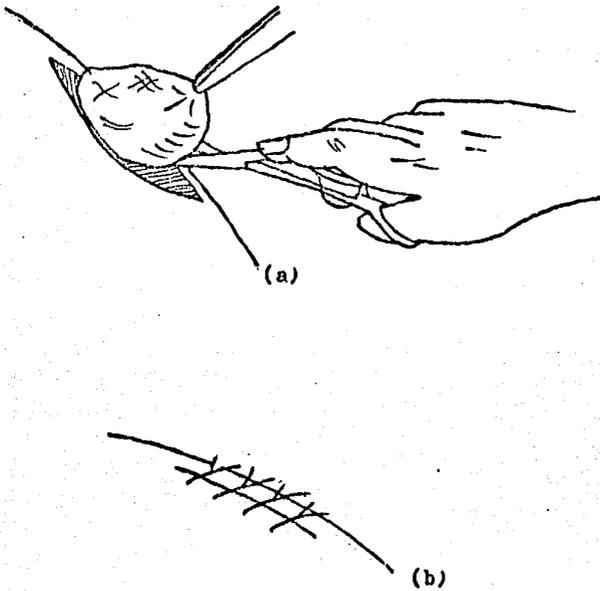


FIG.7- TECNICA DE ENUCLEACION.

a) DISECCION DE LA BASE(FONDO) DE LA LESION.

b) AFRONTAMIENTO DE LOS BORDES Y SUTURA.

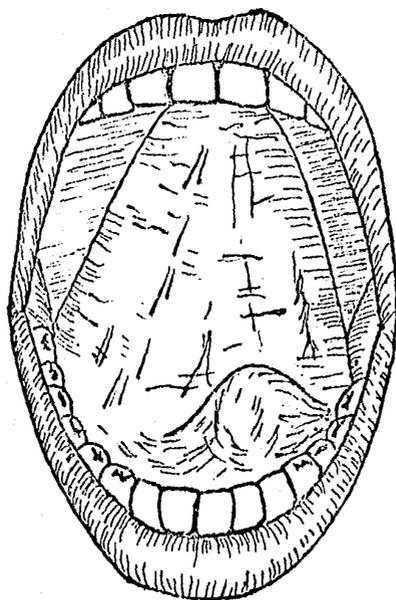


FIG.8._ ASPECTO CLINICO DE LA RANULA.

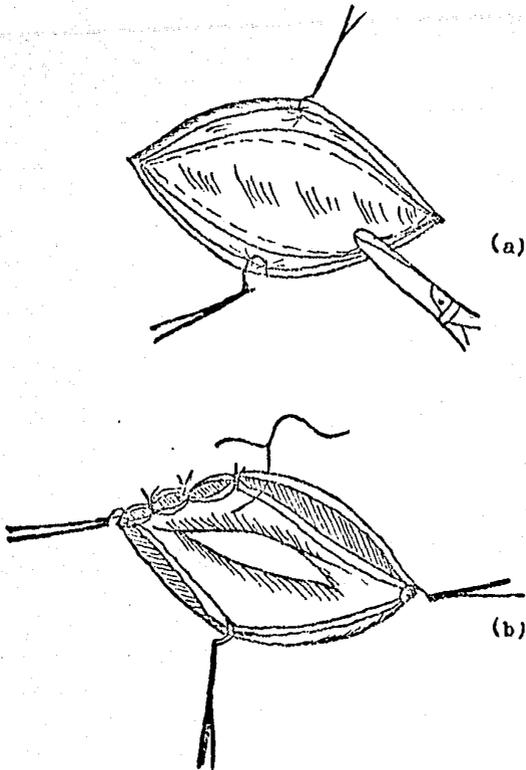


Fig.9. - TECNICA DE MARSUPIALIZACION.

**a) ESCISION Y ELIMINACION DE LA PARED
O TECHO DE LA LESION.**

**b) SUTURA DE LA CAPSULA DE LA LESION
CON LA MUCOSA BUCAL.**

CASUISTICA

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad que se presenta a la clínica de Odontología de la U.A.G. De nombre Robles Chávez Andrés, y que se remitió al Departamento de Cirugía Bucal para la valorización y tratamiento de lesión en el labio inferior.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre diabética, hermana alérgica al sol; pero sin - importancias patológicas para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Paciente con hábitos higiénicos aceptables y dietéticos.

Cuadro inmunitario completo.

Fuma ocasionalmente pero sin presentarse como un hábito.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Fiebres eruptivas y debido a que ha tenido problemas - digestivos.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Fecha de comienzo, principales síntomas:

Hace 2 meses aproximadamente apareció el problema con

una duración de 4 a 5 días sin presentar malestar alguno.

Impresión diagnóstica: MUCOCELE

Tratamiento: Extirpación quirúrgica

Pronóstico: Bueno.

Exámenes de laboratorio: Se le indicó la biometría hemática, tiempo de sangrado y coagulación, y tiempo de trombina y tromboplastina

OPERACION EFECTUADA. TECNICA:

1. Se utilizó anestesia carbocafna.
Técnica Mentoniana, línea media.
2. Incisión con bisturí con hoja # 15.
3. Operación. Se procedió a extirpar el mucocele tomándose este con pinzas Alis y cortándose desde la base con tijeras Mayo curvas para después extirpar algunas glándulas sanas para evitar recidivas.
4. Para cohibir hemorragias, se utilizaron cuatro pinzas de Kelly rectas dejándose por un tiempo de 1 a 2 minutos.
5. Se utilizó hilo de seda 000 con aguja atraumática, con 5 puntos de sutura separados.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS:

Se le indicaron analgésicos, tomar una tableta cada 4 horas, para evitar molestias.

Fisioterapia (frío).

Se le citó para retirar suturas y revisión.

CASO CLINICO:

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, que se presenta a la Clínica de Odontología de la Universidad Autónoma de Guadalajara, de nombre León Martínez Irma Adriana y que se remitió al servicio de Cirugía Bucal, para la valoración y tratamiento de lesión en labio inferior a nivel de la mucosa labial.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin importancias patológicas para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Paciente con hábitos higiénicos y dietéticos aceptables; toxicomanías negadas; cuadro inmunológico completo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Fiebres eruptivas propias de la infancia, resto negado.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Fecha de comienzo, principales síntomas: Hace un mes notó un aumento de volumen a nivel de la mucosa labial inferior, no presenta dolor, sólo siente un poco de incomodidad al mantener cerrada la boca.

Exploraciones espaciales: A la exploración intrabucal se observa un aumento de volumen a nivel de la mucosa bucal del labio inferior del lado izquierdo, de coloración violácea, que a la palpación es semiblanda, fija, de 1.5 cms. No desaparece a la presión y es circunscrita.

Impresión diagnosticada: Mucocèle, en mucosa bucal inferior izquierda.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica: eliminación del mucocèle.

Pronóstico: Bueno.

Exámenes de laboratorio: se le indicó biometría hemática, tiempo de sangrado y coagulación, tiempo de trombina y tromboplastina.

NOTA OPERATORIA:

1. Asepsia y antisepsia.
2. Anestesia: Mentoniana e incisiva.
3. Incisión con hoja de bisturí # 15
4. Eliminación de la lesión.
5. Revisión de los tejidos.
6. Limpieza de la cavidad.
7. Sutura con seda 000

INDICACIONES:

Fisioterapia con frío (hielo) 20 minutos, por 20 minutos de descanso durante el 1er. día.

El 2o. día fisioterapia con calor, aplicarse compresas húmedas calientes, 4 aplicaciones al día.

Se le recetó prodolina sólo en caso de dolor, 1 tableta cada 4-6 horas y se le citó para retirar suturas para el 27 de febrero de 1986.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino, de 32 años de edad, que se presenta al servicio de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología, para valoración y tratamiento de lesión en piso de la boca.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Paciente con hábitos higiénicos y dietéticos aceptables; toxicomanías negadas; cuadro de inmunización completo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Fiebres eruptivas propias de la infancia, resto negado.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia su padecimiento cuatro meses antes de su ingreso al servicio; caracterizado por aumento de volumen en el piso de la boca que dificulta la deglución. Por lo que acudió al dentista quién le practicó la incisión y drenaje obteniéndose un líquido mucoso espeso y transparente. Apa-

reciende nuevamente la lesión un mes después.

Exploración física local: Presenta aumento de volumen en el piso de la boca del lado izquierdo de 3 cms. de diámetro con superficie suave. Translúcida, color violáceo - fluctuante y no dolorosa a la palpación, con mínimo desplazamiento de la lengua.

Impresión diagnosticada: Ránula.

Tratamiento: Marzupialización.

Pronóstico: Bueno

Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, pruebas de coagulación, plaquetas, glucosa y general de orina con cifras dentro de los límites normales.

TECNICA QUIRURGICA:

1. Asepsia y antisepsia y aislamiento del campo operatorio.
2. Bloqueo regional bilateral del nervio lingual.
3. Puntos de referencia por medio de seda 000, e incisión - sobre la lesión.
4. Eliminación de la pared superior o techo de la lesión y salida del material mucoso.
5. Sutura del borde de la lesión con la mucosa del piso de la boca con Dexon 000.
6. Control médico postoperatorio e indicaciones.

CONCLUSIONES

El mucoccele y la ránula son dos lesiones clínicamente similares, varían únicamente en su localización ya que la ránula se presenta en glándulas mayores y con mayor frecuencia en la glándula sublingual y más rara en la glándula submandibular, y su localización es exclusivamente en el piso de la boca.

El mucoccele se presenta en glándulas menores o accesorias y su localización más frecuente es en el labio inferior.

Su etiopatogenia se divide en dos:

Los pseudoquistes que son por extravasación y los quistes verdaderos por retención.

La ránula y el mucoccele son lesiones benignas.

El tratamiento para ambas lesiones en forma independiente es la enucleación y/o marzupialización, siendo las recidivas escasas.

Con este manual logramos facilitar la identificación de ránula y mucoccele mediante la recopilación bibliográfica; ilustración gráfica de técnicas quirúrgicas y reporte de casos clínicos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. APRILE HUMBERTO

Anatomía Odontológica (orocervicofacial).

Librería "El Ateneo"

5a. Edición.

Buenos Aires, 1971.

2. ARCHER HARRY W.

Cirugía Bucal y Maxilofacial.

Tomo 1

2a. Edición.

Editorial Mundi.

Buenos Aires, 1978.

3. Bhaskar, S. N.

Patología Bucal.

Librería "El Ateneo".

2a. Edición.

Buenos Aires, 1977.

4. BHASKAR BOLDEN Y WEIRMAN.

"Experimental Obstructive Adenitis in the nose"

5. BHASKAR, BOLDEN y WEINMANN

"Pathogenesis of Mucocoeles"

Journal Dental of Research"

Vol. 35 No. 6 December 1956.

6. CATONE, G.A., MERRIL HENNY

"Sublingual Gland Mucus - escape.

Phenomenon-treatment by excision

of Sublingual Gland"

Journal Oral Surgery.

Vol. 27 - Octubre 1969.

7. HARRISON, J. A.

"Salivary Mucoceles"

Oral Surgery, Oral Pathology and

Oral medicine.

Vol. 39 No. 2. February, 1975.

8. Katsuhisa Shindo.

"A mucocele in the anal canal"

The American Journal of Pathology.

Vol. 23 No. 3, June 1972.

9. Kruger, Gustavo.

Tratado de Cirugía Bucal.

Editorial Interamericana.

4a. Edición 1984.

10. LESSON THOMAS, C. ROLAND LESSON.
"Histología"
2a. Edición, 6a. Reimpresión.
Editorial Interamericana.
México, 1974.

11. MALPICA, DOMINGUEZ.
"Mucocele, Etiología y Tratamiento"
Revista A. D. M.
VOL. XXX No. 1 Enero 1973.

12. MANDEL L., y BAWRMASH,
"Bilateral Ranulas"
Journal of Oral Surgery.
Vol. 89 No. 6. December 1974.

13. Oral Pathology Diagnosis and Medicine.
"Congenital Ranula"
Dental Abstrac.
Vol. 25 No. 2 February 1980.

14. Ries Centeno Guillermo.
"Cirugía Bucal"
Librería "El Ateneo".
7a. Edición.
Buenos Aires.

15. ROBIN'S, S. H.

"Tratado de Patología"

3a. Edición.

Editorial Interamericana.

16. ROBINS HJORTING, HANSEN Y BIRMINGHAM.

"Pathology Changes Associated Whit

mucus retencion cysts of salivary glands"

17. RODRIGUEZ, SAN MIGUEL, O. I.

"Lesión Traumática del Conducto

Parotideo o de Stenon"

Revista Odontólogo Moderno.

Agosto, 1978.

18. SHAFER G. WILLIAM.

Tratato de Patología Bucal.

3a. Edición.

Editorial Interamericana.

Buenos Aires, 1977.

19. THOMA, K. H.

Patología Oral.

Salvat Editores, S. A.

Barcelona, 1979.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

20. THANA KURT, H.
Oral Surgery.
Vol. II.
Third Edition 1948.
Editorial the C.V. Mosby Company.

21. ZEGARELLI, EDUARDO V.
Diagnóstico en Patología Bucal.
Salvat Editores, S. A.
Barcelona, 1972.

22. CAWSON, R.A.
Cirugía y Patología Odontológicas.
3a. Edición.
Editorial El Manual Moderno, S. A.
México, D. F. 1983.

23. WAITE, DANIEL E.
Cirugía Bucal Práctica.
Compañía Editorial Continental, S. A.
México, D. F., 1982.
2a. Impresión.

24. ORBAN, BALENT G.
Histología y Embriología Bucal.
La Prensa Mexicana.

3a. Reimpresión, 1980.

México, D. F.

25. GORLIN, R. J., GOLDMAN, H. M.

Patología Oral (Thoma).

1a. Edición Barcelona.

Editorial Salvat, 1973.