

520/22

33

24

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"LESIONES DE ORIGEN VASCULAR QUE AFECTAN
CAVIDAD ORAL O MAXILARES"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JOANA PERLA LEDEZMA ORONA

ASESOR: MARIO ALBERTO GOMEZ DEL RIO
GUADALAJARA, JAL., 1989



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	Página
CAPITULOS	
1.- Generalidades sobre la Angiología de cabeza y cuello	1
A) Arteria Carótida Externa	1
B) Ramas Colaterales de carótida externa	1
C) Ramas Terminales de la carótida externa	3
a) temporal superficial y	
b) maxilar interna	3
c) Ramas colaterales de maxilar interna	3
D) Venas	5
E) Sistema Linfático	6
11.- Lesiones Vasculares mas comunes	7
A) Hemangioma y su división	7
B) Hemangioma capilar	8
C) Hemangioma cavernoso	11
D) Hemangioma Juvenil	13
E) Hemangioma Racemoso	14
F) Hemangioendotelioma	16
G) Glomangiomas	18
H) Hemangiomatosis	19
1.- Enfermedad de Rendu-Osler-Weber	20
2.- Síndrome de Sturge-Weber	21

3.- Síndrome de Hippel-Lindau	22
4.- Síndrome de Maffucci	23
I) Lesiones vasculares benignas reparadoras	24
J) Fístula Arteriovenosa	26
K) Sarcoma de Kaposi	28
L) Hemangiopericitoma	29
II.- Linfagioma	31
A) simple, cavernoso y quístico	31
B) Linfagioma elefantiasico	33
C) Hemolinfagioma	34
III.- Tratamiento de las lesiones	36
A) Tratamiento de hemangioma simple y cavernoso	36
B) Tratamiento de hemangioma racemoso	37
C) Tratamiento de hemangiendotelioma	37
D) Tratamiento de tumor Glómico	38
E) Tratamiento de hemangiomatosis	38
F) Lesiones vasculares Reparadoras	40
G) Tratamiento de Fístula arteriovenosa	41
H) Tratamiento de Sarcoma de Kaposi y.....	42
Hemangiopericitoma	43
I) Linfagioma	44
Conclusiones	
Bibliografía.	

INTRODUCCION

El interés de las enfermedades vasculares ha aumentado enormemente en los últimos años, puesto que el progreso y desarrollo de la cirugía vascular moderna, hace posible un diagnóstico y tratamiento eficaz para un número cada día mayor de enfermedades y procesos.

Toda descripción de las enfermedades vasculares y de su terapéutica exige previamente una clasificación que es muy difícil de fijar.

Así, pues, no se puede evitar cierto desorden, en cuanto a las clasificaciones establecidas sobre enfermedades vasculares, porque unas toman como base los territorios vasculares, que comprenden, mientras que otras se apoyan en los múltiples cuadros patológicos.

Al hablar de enfermedades vasculares, se tiene que tomar en cuenta, la angiología normal, y como se trata de tumores vasculares de cabeza y cuello, en la primera parte se mencionarán generalidades sobre la angiología de cabeza y cuello.

Los tumores vasculares engloban un amplio espectro de lesiones benignas y malignas, cuya histiogénesis, comportamiento biológico y tratamiento, no están bien definidos.

Los tumores vasculares de cabeza y cuello mas frecuentes se clasifican en dos grupos:

- 1.- Hemangiomas: tumores constituídos por vasos sanguíneos
- 2.- Linfagiomas: tumores constituídos por vasos linfáticos.

Tomando en cuenta sus características histológicas y clínicas, y por último se indicará su pronóstico y tratamiento.

CAPITULO 1

GENERALIDADES SOBRE LA ANGIOLOGIA DE CABEZA Y CUELLO

A) Arteria Carótida Externa: se distribuye por la cara y caja craneal, se extiende desde el borde superior del cartilago tiroideos al cuello del cóndilo del maxilar inferior, donde se divide en dos ramas terminales: arteria temporal superficial y Arteria Maxilar Interna.

Para localizar la carótida externa, sirven de puntos de referencia algunos órganos, así Farabeuf ha definido un triangulo siempre fácil de evidenciar, para buscar la arteria: su base vertical posterior, es trazada por la vena yugular interna, el borde inferior está constituido por un afluente grueso de la yugular, el tronco colector por las venas tiroideas superiores, linguales, faciales, faríngeas, o tronco tirolinguofaringeofacial de Farabeuf, y por último el borde superior, está representado por el nervio hipogloso mayor, el vértice del triangulo está indicado por el punto donde se entrecruzan a la entrada de la región submaxilar, el nervio hipogloso mayor y la vena facial mas superficial.

B) Ramas Colaterales de la Carótida Externa:

Durante su trayecto, la arteria carótida externa emite sucesivamente 6 ramas colaterales, llegada a la altura del cuello del cóndilo termina bifurcándose y formandose sus dos ramas terminales. De las seis ramas colaterales de la carótida externa, tres, se dirigen hacia adelante: la tiroidea superior la lingual, y la facial, dos se dirigen hacia atrás:

la occipital, y auricular posterior, la sexta se dirige hacia adentro: faríngea inferior.

1. Arteria Tiroidea Superior: primera de las ramas colaterales de la carótida externa, nace al mismo nivel de la bifurcación de la carótida primitiva, se dirige hasta el asta mayor del hioides, desciende hasta el lóbulo del cuerpo tiroides donde termina.

2.- Arteria Lingual.- Nace en la parte anterior de la carótida externa, cerca del asta mayor del hioides y se dirige hasta la punta de la lengua, donde termina, después de haber dibujado numerosas flexuosidades, irriga piso de boca, glándula sublingual y lengua.

3.- Arteria Facial: se designa algunas veces con el nombre de maxilar externa y se desprende de la parte anterior de la carótida externa, y se dirige a glándula submaxilar, y rodea de abajo a arriba el borde inferior del maxilar, se dirige a comisura de labios, sigue al ala de nariz y mejilla y termina en ángulo interno del ojo.

4.- Arteria Occipital: se extiende desde la carótida externa, a la parte posterior de la cabeza, y de aquí su nombre, nace en parte posterior de la cabeza, exactamente en parte posterior de carótida externa, se dirige siguiendo el digástrico, hasta llegar a protuberancia occipital externa, donde termina.

5.- Arteria Auricular Posterior: nace del lado posterior de la carótida externa, y a veces de un tronco común con ella, penetra después en glándula parótida y se dirige después al surco auriculomastoideo que forma el pabellón de la oreja donde termina.

6.- Arteria Faríngea Inferior: es la menor de las ramas colaterales de la carótida externa, nace en el lado interno de esta arteria y se dirige a la base del cráneo pasando entre farínge y carótida interna.

C) Ramas Terminales de la Carótida Externa:

Las ramas terminales de la carótida externa son dos: Temporal Superficial y Maxilar Interna.

a) Arteria Temporal Superficial, una de las ramas terminales de la carótida externa, nace a nivel del cuello del cóndilo, del maxilar inferior, y se dirige a la región temporal, cruzando superficialmente el arco cigomático, en su origen, la arteria temporal superficial, está cubierta por la glándula parótida, sale de la glándula a la altura del arco cigomático y sigue un trayecto completamente superficial.

b) Arteria Maxilar Interna: se extiende desde la región parotídea, donde nace, hasta el fondo de la fosa pterigomaxilar, donde termina, muy profunda atravieza sucesivamente fosa cigomática y fosa pterigomaxilar, describiendo flexuosidades muy numerosas, da un total de 15 ramas y se dividen según la dirección que toman:

D) Ramas colaterales de Maxilar Interna:

1.- Timpánica: penetra por la cisura de Glaser en caja de tímpano, ahí termina.

2.- Meningea Menor: penetra a cráneo por agujero oval y se pierde en ganglio de Gaser.

3.- Meningea Media: penetra en cráneo por agujero redondo menor irriga cavidad craneal.

- 4.- Temporal Profunda Media: pasa por debajo de músculo temporal y lo irriga, es voluminosa.
 - 5.- Temporal Profunda Anterior: nace de la maxilar interna y llega a cara profunda del músculo.
 - 6.- Dentaria Inferior: nace en cuello del cóndilo, desciende con el nervio dentario inferior, hasta el agujero mentoniano, entre los dientes, hueso alveolar, ligamentos periodontales, y encía circundante, se divide en dos ramas terminales: arteria mentoniana e incisiva, ésta irriga dientes anteriores y la mentoniana estructuras del labio inferior y mentón.
 - 7.- Arterias Maseterinas, Bucal, Pterigoideas, Palatina: Dan irrigación a los músculos que dan su nombre, además de irrigar la región que las rodea.
 - 8.- Alveolar, se distribuye a lo largo del maxilar, irriga conductos dentarios posteriores y raíces de molares.
 - 9.- Infraorbitaria: penetra por conducto infraorbitario y desemboca en la cara.
 - 10.- Vidiana: penetra por conducto vidiano y se distribuye en faringe.
 - 11.- Pterigopalatina: recorre conducto pterigopalatino y se pierde en parte superior de faringe.
- Rama Terminal:**
- Después de haber suministrado las 14 ramas que anteceden, la arteria maxilar interna, considerablemente disminuída toma el nombre de esfenopalatina, penetra en fosa nasal a través de agujero esfenopalatino.

ñ) Venas.--

Las venas de cabeza y cuello suelen acompañar a las arterias y drenan las zonas por donde pasan.

En las venas, la dirección de la corriente sanguínea es a menudo contraria a la gravedad movida por la acción suave de los músculos, por ejemplo: la vena dentaria anterior va hacia atrás y arriba.

En casi todas las partes del cuerpo, las venas poseen válvulas en su interior, para impedir el reflujó de sangre, pero sin embargo esto no ocurre en las venas faciales.

En las venas de la cabeza y cuello hay una gran variabilidad pero todas drenan en la vena yugular interna.

E) Sistema Linfático:

Ayuda al sistema venoso en el drenaje del organismo.

Se compone de vasos linfáticos que comienzan en capilares ciegos y luego se convierten en vasos linfáticos mayores, y ganglios linfáticos que son agrandamientos o veideose glándulas intercaladas en el trayecto de los vasos.

Los vasos linfáticos siguen el trayecto de las venas, y existen ahí, donde hay venas, con excepción del sistema nervioso central, músculos esqueléticos, y zonas sin irrigación, como uñas, pelos, esmalte, cartílago y córnea ocular.

El líquido que circula por los vasos, es el linfa y contiene linfocitos, formados en los ganglios linfáticos.

El sistema linfático tiene a su cargo la filtración de cuerpos extraños que invaden los tejidos.

La filtración se efectúa en ganglios linfáticos, estos reducen la velocidad de circulación linfática y destruyen bacterias gracias a la acción de los linfocitos.

CAPITULO 11

LESIONES VASCULARES MAS COMUNES

A) Hemangiomas.--

Los tumores de origen vascular son comunes, tanto en piel como en membranas mucosas, pero es probable que la mayoría se trate de anomalías de desarrollo y no verdaderas neoplasmas, pero el término "hemangioma", es el de común aplicación a éstas lesiones.

El hemangioma es un tumor que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos, suele ser de naturaleza congénita, y por lo general, tiene evolución benigna, aunque no invariablemente, por lo que muchos autores coinciden que esta lesión, particularmente la forma congénita, no es una verdadera neoplasia, sino una anomalía del desarrollo, o hamartoma, es decir, una proliferación anormal de tejidos de estructuras naturales de la zonas.

Estos tumores raras veces invaden los tejidos circundantes. Los tumores vasculares o Angiomas se dividen en dos grandes grupos:

- 1.- Hemangiomas: tumores vasculares constituidos por vasos sanguíneos, y
- 2.- Linfangiomas: tumores vasculares constituidos por vasos linfáticos.

Aunque el nombre Angioma engloba ambas clases de tumores, siempre que no se especifica su índole sanguínea o linfática se sobreentiende que se refiere a los angiomas san-

guíneos o hemangiomas.

Se han propuesto varias clasificaciones, pero las mas importantes en lo que respecta a tejidos bucales son las siguientes:

- b) Hemangioma Capilar
- c) Hemangioma Cavernoso
- d) Hemangioma Juvenil
- e) Hemangioma Racemoso
- f) Hemangiendoteloma
- g) Glomangiomas
- h) Hemangiomatosis:
 - 1.- Enfermedad de Rendu-Osler Webber
 - 2.- Síndrome de Sturge-Weber
 - 3.- Síndrome de Hippel-Lindau
 - 4.- Síndrome de Maffucci
- i) Lesiones Reparadoras
 - 1) Granuloma Piógeno
 - 2) Granuloma gravidarum
 - 3) Angiomatosis Intravascular
- j) Fístula Arteriovenosa
- k) Sarcoma de Kaposi
 - 1) Hemangioepicítoma
- ll.- Linfangiomas:
 - a) simple, cavernoso y quístico
 - b) linfangioma elefantiasico
 - c) Hemolinfangioma

B) Hemangioma Capilar o Simple:

Está integrado por glomérulos capilares que conservan su independencia.

Su estructura puede ser normal, y lo patológico radica esencialmente en su desproporcionada abundancia, si bien constituye el elemento fundamental del tumor.

Los tumores de otra índole, cuyo estroma es muy rica en vasos, reciben el nombre de telangiectásicos.

La proporción entre tejido conjuntivo y cavidades vasculares difiere en alto grado.

En unos casos los capilares están dilatados, llenos de sangre y separados por delgadísimos tabiques conjuntivos.

En otros casos, los capilares están colapsados y separados por gran cantidad de tejido conjuntivo o adiposo, en estos casos puede existir una gran discrepancia entre el aspecto histológico del tumor (exangue) y el que ofrecía en el vivo antes de extirparlo (lleno de sangre).

Los hemangiomas pueden aparecer en cualquier territorio — dotado de capilares, prácticamente puede decirse que se le encuentra en cualquier punto del organismo.

Los hemangiomas inasequibles a la exploración directa, se diagnostican por las hemorragias que ocasionan (hemangiomas de las mucosas) o por la compresión que originan (hemangiomas cerebrales o raquídeos).

Solo los hemangiomas cutáneos se diagnostican desde el principio.

Los hemangiomas cutáneos pertenecen al grupo de las lesiones que en Dermatología se denominan genéricamente nevos.

Los nevos vasculares pueden tener las mas variadas disposiciones, desde el angioma puntiforme, hasta el angioma plano muy extenso. Su carácter constante es el color rojo vivo o vinoso. Patentes desde el nacimiento, muchos remiten espontáneamente a los pocos años, otros permanecen estacionarios o crecen lentamente, con frecuencia no determinan -- trastorno alguno, pero los angiomas extensos de la cara, -- constituyen una deprimente tara antiestética.

El nevo es raramente lo bastante voluminoso como para distorcionar el contorno superficial de la piel y en la mucosa pueden ser muy difíciles para detectar.

El angioma simple puede desarrollarse en cualquier punto de organismo dotado de vasos. En la cabeza son bastantes frecuentes, en la piel de la cara y cráneo, y en las mucosas, y hasta en los propios centros nerviosos. En las extremidades, son frecuentes en la piel, y relativamente frecuentes en los músculos.

Tambien se desarrollan en los huesos, sobre todo en vértebras. Las mujeres son afectadas alrededor de dos veces mas frecuentemente que los hombres, y mas de la mitad de estas lesiones se manifiestan en la cabeza y cuello. Las lesiones intraorales afectan con mayor frecuencia a la mucosa -- yugal y la lengua, la mayoría presentan, las características de anomalías del desarrollo, mas bien que verdaderos -- neoplasmas. Así pues, aparecen tempranamente en la vida, y cesan de crecer ya sea antes o coincidiendo con el momento en que el crecimiento cesa normalmente en los tejidos afectados.

Muchas de las lesiones menores aún aparecen regresar es --
pontáneamente y desaparecer dentro de un corto período des-
pués del nacimiento.

C) Hemangioma Cavernoso o Cavernoma:

Se origina a expensas de un angioma simple, del que se dis-
tingue por estar integrado por vasos que han perdido su in-
dependencia comunicando libremente entre sí.

Al principio el angioma cavernoso, tiene la estructura del
simple, al transformarse, los vasos contiguos sufren una a-
trofia de su pared, adelgazan y finalmente, se perforan.

Los tabiques se convierten en simples espolones, que, a su
vez, pueden desaparecer, así se constituyen lagunas irre-
gulares, ampliamente comunicantes, rara vez desaparece to-
do vestigio y tabicamiento, y, entonces, el angioma, con --
vertido en una bolsa de sangre, recibe el nombre de angio-
ma quístico, hemangiocistoma, e quiste sanguíneo.

Clínicamente los síntomas del hemangioma cavernoso depen --
den de su localización, en la piel de la cara o en la muco-
sa bucal y pueden determinar deformaciones antiestéticas, --
hasta verdaderas monstruosidades. Las deformaciones de la --
lengua, y de los labios, denominadas macroglosia y macro --
queilia, por regla general son angiomas o linfangiomas.

Los hemangiomas cavernosos inasequibles a la exploración, --
se ponen de manifiesto por los signos propios de todo tumor
signos de oclusión o compresión, o bien por síntomas que le
son propios como hemorragias o erosión de los huesos adya --
centes. Es frecuente la trombosis intralagunar, así como --

su calcificación (flebolitos o angiolutos), estas calci —
ficaciones aparecen destacadas en las rontgenografías, sien —
do útiles para el diagnóstico diferencial.

Los hemangiomas cavernosos de la piel son tumores redondea —
dos, lobulados, blandos e indolentes, la piel que los recu —
bre siempre está mas o menos alterada y presenta un color —
rojo vivo o azulado, ó sólo algún punteado o mancha con di —
chos colores. Su emplazamiento, en unos casos, parece sub —
cutáneo, en otros, el tumor crece desde el principio, en —
forma vegetante hacia afuera, en cuanto a su evolución debe
recalcarse que nunca se comportan como tumores verdaderamen —
te malignos.

Por regla general, aparecen desde el nacimiento, crecen muy —
lentamente, durante los primeros años de edad y después per —
manecen estacionarios, incluso algunos pueden retrogradar,
sin embargo, algunos hemangiomas, que permanecieron duran —
te años estacionarios, adquieren inesperadamente, o con mo —
tivo de un traumatismo o embarazo, intensa actividad de —
crecimiento, el tumor crece torpidamente, sin las carácte —
rísticas de los tumores benignos, pues los tejidos circun —
yacentes, se le incorporan, contribuyen a su edificación
y desaparecen, tampoco crece con las características de —
los tumores malignos, pues, a diferencia de estos, no des —
arrolla metástasis, y, además en su crecimiento destruye
un determinado tipo de tejidos, pero preserva los restantes
En otros casos, el crecimiento del tumor, es de tipo hidro —
dinámico, los vasos que le constituyen aumentan de calibre,
estableciendo comunicación mas fácil entre los sistemas ar —
terial y venoso.

D) Hemangioma Juvenil:

Es un tumor de la infancia, que en las regiones bucales, aparece con mayor frecuencia, en las glándulas parótidas, y submaxilares, o en los labios.

Por lo general, los pacientes, tienen menos de 3 años, y muchos cuentan solo con meses.

El lugar afectado presenta un agrandamiento difuso y el tumor que no es rojo ni azul, aparece como una masa sólida con el color de la mucosa normal, las lesiones crecen lentamente.

Características Microscópicas:

Consisten en una gran cantidad de pequeños vasos, muchos de los cuales, todavía no canalizados, que infiltran difusamente la región, los lóbulos de las glándulas salivales pueden estar remplazados completamente por estos vasos, de modo que solo la presencia de unos pocos conductos, permite identificar al tejido como perteneciente a una glándula salival.

De una manera similar, la musculatura labial, se halla sustituida e infiltrada por pequeños vasos sanguíneos y brotes endoteliales.

E) Hemangioma Racemoso ó Angioma Arterial Racemoso, Aneurisma Cirsoideo, Aneurisma por Anastomosis:

El aneurisma cirsoideo tiene un asiento muy preciso, se desarrolla en la región superficial de la cabeza o en los extremos de los miembros, con mucho mayor frecuencia en la mano que en el pie, en los demás territorios es rarísimo. Se han observado aneurismas cirsoideos congénitos, un gran número se desarrollan espontáneamente en muy diversas edades, y en otros, este desarrollo va precedido de la presencia en la misma región de un angioma o de una contusión, cuando la contusión afecta a la piel sana, cuesta trabajo admitir que el traumatismo abriera comunicaciones arteriovenosas. Si se tiene en cuenta su localización preferente en la cabeza y en los dedos, es de creer, que en ambas regiones, la piel descansa directamente sobre el hueso, y que éstas son regiones con abundantes anastomosis arteriovenosas. Es posible que la contusión no origine la comunicación arteriovenosa sino que tan solo aumente su diámetro.

El aspecto del aneurisma cirsoideo es muy característico y llamativo, constituye un tumor difuso, irregular, blando y parcialmente reducible, formado por un conjunto de vasos dilatados, tortuosos y pulsátiles, que dan a la mano que palpa la sensación de un paquete de gusanos.

De este tumor parten vasos dilatados, dilatación que se extiende algunas veces a gran distancia.

La sección de estos tumores muestra a simple vista, que están constituidos por cavidades vasculares que ocupan el lu-

gar del tejido celular subcutáneo y rechazan la piel que los cubre. Dichas cavidades son numerosas, aplicadas unas contra otras y con dimensiones muy dispares. Las mayores alcanzan el diámetro de las grandes arterias, las menores son invisibles a simple vista. La pared de estas cavidades vasculares es muy delgada, y de estructura dispar, recuerdan en unos casos, la arterial, si bien, practicamente desprovista de tejido elástico. En otras, su estructura se parece a la de las venas, mientras otras, las menores, poseen solamente un revestimiento endotelial, y raras fibras musculares a su alrededor, semejando arteriolas o vénulas distendidas. Las cavidades mas pequeñas, invisibles a simple vista, corresponden observadas al microscopio, a capilares distendidos, carentes como ellos, de fibras musculares. Las arterias aferentes y las venas eferentes del tumor tienen como característica su alargamiento, dilatación y flexuosidad. La dilatación arterial se acompaña de disminución del espesor de sus tunicas y de atrofia de sus elementos musculo elásticos. Arterias y venas adquieren de esta suerte caracteres semejantes, siendo difícil su distinción. Se sustenta que las arterias toman aspecto venoso y que las venas se arterializan, unas y otras, dilatadas, pulsátiles y con la estructura parecida se aplanan después de seccionadas, lo cual no ocurre en las arterias normales.

El aneurisma circoideo crece progresivamente adaptandose a las nuevas condiciones hidrodinámicas creadas por la comunicación arteriovenosa.

El tejido celular perivascular va desapareciendo y transformandose en tejido escleroso, que adhiere unos vasos a otros.

La piel puede ulcerarse, sobreviniendo hemorragias graves y mortales. Los huesos adyacentes pueden resorberse progresivamente, habiendo observado algunas veces la perforación de la bóveda craneana y hasta hemorragias meníngeas. El desarrollo del aneurisma cirsoideo va precedido de un angioma o de un traumatismo.

En unos casos la relación con uno u otro es patente, en otros el angioma puede haber desaparecido muchos años antes de desarrollarse. El aneurisma cirsoideo, lo mismo vale para el traumatismo, mientras en unos casos el tumor cirsoideo se desarrolla a los pocos días, en otros aparece transcurridos varios años.

F) Hemangiendoteliooma:

Es un tumor vascular maligno constituido por conductos sanguíneos revestidos por un endotelio atípico con tendencia a anastomosarse.

Los hemangiendotelioomas, son verdaderas neoplasias, estos, tienen crecimiento invasor, destructor, recidivante y desarrollan metástasis. Su crecimiento no es de índole histodinámica, sino debido a la proliferación desordenada, anárquica y autónoma de sus células. Los caracteres histológicos de malignidad se exageran en las metástasis o en las recidivas, no siendo razón que un tumor considerado hemangioma después de extirpado se califique de angiosarcoma en la recidiva o en las metástasis.

Características Clínicas: esta neoplasia puede originarse en cualquier zona del organismo, pero es más común encontrarla en la piel y tejidos subcutáneos. Las lesiones primarias de la cavidad bucal, si bien poco comunes, fueron registradas en diversas localizaciones, incluidos labios, paladar, encía, lengua, y zonas centrales del maxilar y mandíbula.

El hemangioendotelioma, se presenta en cualquier edad, y se observó hasta en el momento del nacimiento, de manera muy similar a su contraparte benigna, el hemangioma. Este hemangioendotelioma infantil o juvenil, es una forma benigna del hemangioendotelioma maligno. Se propuso que — esta lesión es simplemente un estadio menos maduro del desarrollo del hemangioma capilar y que, con el tiempo, es previsible que se transforme en el hemangioma común.

El aspecto del hemangioendotelioma es similar al del hemangioma, y, por lo común, se manifiesta como una lesión plana o levemente elevada de tamaño variable, de color rojo oscuro, o rojo azulado, a veces ulcerada, y con tendencia a sangrar después de un traumatismo leve. El tumor puede atacar el hueso y producir un proceso destructivo.

Características histológicas: el hemangioendotelioma típico se compone de masas celulares o de células endoteliales que suelen disponer en columnas. La formación capilar está mal definida, aunque es posible discernir conductos vasculares anastomosados. La coloración argéntica para la reticulina muestra mejor esta vascularidad y característicamente, las células tumorales, se hallan dentro de la vaina de reticulina que encierra a cada vaso, las células individuales son grandes, poliédricas o levemente aplanadas con límites imprecisos y un núcleo redondo con múltiples nucleolos minúsculos. Las figuras mitóticas aparecen en algunas lesiones pero no son un hallazgo constante. El hemangioendotelioma es una lesión infiltrativa y no está encapsulada. Entre los tumores vasculares malignos el hemangioendotelioma es el más frecuente, puede presen-

tarse en cualquier territorio orgánico y a cualquier edad, si bien suele ser neoplasia de niños y jóvenes.

A simple vista destaca su carácter vascular.

Tienen tendencia hemorrágica, tanto hacia el interior, como al exterior. El crecimiento puede ser rápido desde el principio o le precede un período estacionario.

El hemangioendotelioma tiene crecimiento invasor y origina metástasis por vía sanguínea, muy rara por vía linfática.

G) Glomangiomas o Tumores Glómicos:

Se les llamó así por desarrollarse a expensas de las anastomosis arteriovenosas peculiares de la piel, y a las que por formar corpúsculos muy semejantes al glomus coccígeo denominó glomus neuromioarteriales.

La palabra glomus, del latín, significa, pelotón u ovillo, disposición morfológica que presentan indefectiblemente, y el calificativo neuromioarteriales deriva de los tres elementos principales que los integran: cavidades vasculares, células musculares y fibras nerviosas.

Su curso clínico es siempre tan típico y parecido que el diagnóstico se hace con toda seguridad si se conoce su existencia. Sin causa patente o después de un leve traumatismo, el paciente experimenta un vivo dolor en un punto circunscrito de la piel, con mayor frecuencia en un dedo de la mano y debajo de la uña. El dolor se presenta en forma de crisis que pasan primero, se vuelven cada vez más frecuentes, aumentan de intensidad y se irradian a distancia. El menor contacto o el efecto del frío desencadena o exagera el dolor, el calor lo alivia o calma.

Al principio el exámen de la zona dolorosa no consigue descubrir alteración alguna, mas adelante se observa en la misma, una mancha azulada o un pequeño tumor que presenta a menudo dicho color.

Si se incide la piel a su nivel, se descubre en la propia dermis, o en el tejido subcutáneo, un pequeño tumor redondeado, liso e bien circunscrito, de un tamaño que no suele exceder al de un guisante.

H) Hemangiomatosis:

Concepto:

Con el nombre de hemangiomatosis o angiomatosis se designa una enfermedad caracterizada por la aparición de tumores vasculares de origen multicéntrico que se manifiestan como enfermedad de todo el sistema, diseminados ampliamente por la totalidad del organismo.

En ocasiones esta enfermedad tiene carácter congénito y familiar con características de benignidad histológica como en la enfermedad de Rendu-Osler, otras su curso es francamente neoplásico y maligno, como en la enfermedad de Kaposi, y en otras, finalmente, la lesión vascular, se asocia a otros trastornos mesodérmicos como en la enfermedad de Lindau.

1.- Enfermedad de Rendu-Osler-Weber:

ó Angiomatosis Hemorrágica Familiar ó Telangiectasia Hereditaria Hemorrágica:

Síntomas: es una enfermedad familiar hereditaria, caracterizada por hemorragias repetidas de preferencia epistaxis, asociadas a telangiectasias o angiomas cutáneos y de las mucosas.

Suele manifestarse desde la juventud, por hemorragias de diferente origen, que preceden al desarrollo de lesiones mucosas o cutáneas visibles. Desde luego las epistaxis son las hemorragias mas frecuentes. A partir de los 28 años aproximadamente, aparecen las lesiones macroscópicas de las mucosas o de la piel. Estas lesiones consisten en telangiectasias que ocupan preferentemente la pituitaria, a menudo asociadas a pequeños angiomas de la cara, de color rojo vinoso.

En los casos tardíos pueden encontrarse el hígado y bazo aumentados de volúmen.

Curso: la enfermedad suele empezar en la niñez con un período de hemorragias, preferentemente epistaxis, sin lesiones anatómicas.

Mas tarde, de los 20 a 40 años, aparecen las telangiectasias, y los angiomas, finalmente, la enfermedad puede originar una anemia grave o la muerte por hemorragia.

Diagnóstico: se basa en los antecedentes de hemorragias familiares, que se registran en ambos sexos, y se acompañan de telangiectasias y angiomas cutáneos, y de las mucosas. Son normales los tiempos de sangría y de coagulación, el número de plaquetas y la reagración del cóagulo sanguíneo. Solo hay, en ocasiones, una anemia secundaria moderada, consecutiva a las hemorragias.

La cara, labios, lengua, rinofaringe, y mucosa intestinal son las áreas de localización mas frecuentes de las lesiones angiomasas. La epistaxis, es el síntoma inicial, en la mayoría de los pacientes. La telangiectasias pueden adoptar tres aspectos: en forma de araña, puntiformes o nodulares.

La enfermedad se trasmite por un gen autosómico dominante.

2.- Síndrome de Sturge-Weber ó Angiomatosis Encefalofacial ó Encéfalo-trigemina.

Es una afección congénita, bastante rara, que se caracteriza por la combinación de un angioma venoso de las leptomaninges de la corteza cerebral, con lesiones angiomasas ipsolaterales de la cara, y a veces, del cráneo, maxilares y tejidos blandos bucales.

Así, este trastorno, puede ser calificado como una variante del hemangioma.

Características Clínicas: por lo general, pero no invariablemente, se observan los típicos angiomas capilarvenosodérmicos (o nevus flammeus). Estos nevos están presentes al nacer el individuo y se confinan casi exclusivamente a la zona de la piel inervada por el nervio trigémino. Otro rasgo común es la presencia de calcificaciones circunvoluntarias intracraneanas típicas discernibles en radiografías de cráneo.

En algunos pacientes hay lesiones oculares, que consisten en glaucoma, angioma de la coroides u otras anomalías. Las manifestaciones neurológicas se hallan entre las características mas salientes de la enfermedad y comprenden trastornos convulsivos, hemiplejía espástica y retar-

do mental. Estas manifestaciones guardan relación directa con el angioma leptomeníngeo y las calcificaciones, vinculadas estas últimas, con el trastorno vascular.

Manifestaciones Bucales: en algunas ocasiones, las lesiones angiomasas también atacan la encía y la mucosa bucal.

Por lo general no hay dificultad en el diagnóstico debido a la presencia de las lesiones faciales.

3.- Síndrome de Hippel-Lindau:

ó Hemangioblastomatosis Cerebelorretiniana:

Este síndrome como su nombre lo indica, consiste en una malformación vascular del cerebelo y la retina.

Las lesiones retinianas son angiomas capilares, por lo general múltiples, que causan pérdida progresiva de la visión, la lesión cerebelar consiste de un hemangioblastoma de crecimiento lento, casi siempre múltiple, con un gran componente quístico, también se presentan hemangioblastomas espinales y medulares.

Los síntomas y signos clínicos consisten de ataxia cerebelosa progresiva, cefalalgia y papiledema.

En raras ocasiones, puede escucharse un soplo vascular sobre la cabeza, en muchos casos, se ha observado policitemia, relacionada posiblemente con la producción de eritropoyetina que ha desaparecido después de la extirpación del tumor.

La enfermedad, es transmitida con carácter autosómico dominante pero muchos casos, son esporádicos.

Muy pocas veces, estos tumores aparecen antes de la adolescencia. Las lesiones cerebelosas son múltiples, y se acompañan de uno ó mas hemangioblastomas espinales, no todos tienen una lesión retiniana.

4.- Síndrome de Maffucci:

Es una discondroplasia con hemangiomas cutáneos y/o mucosos, cavernosos y manchas pigmentarias.

Con respecto a los hemangiomas, a veces, se observan en la mucosa bucal, labios, paladar, y especialmente en la lengua.

Es poco frecuente, y menos todavía la afectación oral, se menciona a causa de su asociación con hemangiomas múltiples, en ésta enfermedad, los hemangiomas orales, se presentan siempre, esta enfermedad también está asociada con flebectasia y lesiones hipofaríngeas.

Por lo general, los hemangiomas y condrosarcomas, de los huesos afectados, constituyen las complicaciones clínicas más importantes.

Los signos fundamentales son:

- 1) encondromas múltiples y deformidades de los huesos, que se traducen en talla baja
- 2) múltiples hemangiomas de la piel, que a veces se los observa en la mucosa bucal, labios, paladar y especialmente en la lengua.
- 3) manchas pigmentarias, no parece tratarse de una afección familiar, y comienza con frecuencia después del año de edad.

I) Lesiones Vasculares Benignas Reactivas o Reparadoras. Algunas proliferaciones vasculares y/o endoteliales, como respuesta a un traumatismo, o a una presunta estimulación endotelial, pueden simular hamartomas o neoplasias del endotelio vascular.

1.- Granuloma piógeno: consiste en una proliferación endotelial con la formación de numerosos espacios vasculares, acompañada de un componente inflamatorio y fibroblástico. Estas lesiones son reactivas a traumatismos, y el exuberante tejido de granulación que las compone, puede ser microscópicamente indistinguible de un hemangioma.

Debido a su relación con un traumatismo, las encías, son el área afectada en el 65% al 70% de los casos, seguidas de los labios, lengua, mucosa bucal, paladar y mucosa alveolar.

En la nariz suelen asentar en la región anterior del tabique y en el cornete inferior.

2.- Granuloma Gravidarum: tiene un aspecto idéntico al granuloma piógeno y presenta asimismo, una predilección por el área gingival.

Se desarrolla durante los primeros meses de gestación y desaparece a su término.

También se denomina "hemangioma del embarazo".

En la cavidad nasal se localiza en la porción anterior del tabique.

3) Angiomatosis Intravascular:

ó Hiperplasia endotelial papilar intravascular:

Es una lesión proliferativa exuberante (forma papilar de la organización de un trombo), que puede confundirse con un angiosarcoma.

Se localiza en el tejido celular subcutáneo de la región peribucal.

Microscópicamente, la situación intravascular de la lesión y la ausencia de la mitosis y áreas con componente celular sólido, sin diferenciación vascular, constituyen los datos diagnósticos característicos de esta lesión benigna.

J) Aneurisma Arteriovenoso ó Fístula Arteriovenosa:

Es una lesión rara, que se confunde clínicamente con el hemangioma.

Esta es una comunicación directa entre una arteria, y una vena, por medio de la cual, la sangre pasa a la circulación capilar.

El aneurisma arteriovenoso, puede ser congénito ó adquirido, el último suele ser de origen traumático.

Se presenta en los tejidos blandos, como en el caso del paladar y en el reborde alveolar, o en el centro del maxilar inferior.

Estos aneurismas, se clasifican típicamente como sigue:

- 1) aneurisma cirsoide, que es una masa tortuosa de pequeñas arterias y venas que unene una arteria y una vena mayores.
- 2) varicoso, que consta de un saco tapizado de endotelio, que conecta una arteria y una vena
- 3) várice aneurismática, que es una conexión directa entre una arteria y una vena dilatada.

Los síntomas mas frecuentes de la fístula arteriovenosa congénita son:

- 1) hiperplasia global de la extremidad
- 2) dilatación de los vasos regionales (flebectasia)
- 3) aumento de la temperatura local en todo el miembro, o por lo menos en la proximidad de la fístula, Si ésta se halla situada en la raíz del miembro, el índice oscilométrico, puede estar disminuído en el sector distal.
- 4) Aumento del contenido en oxígeno en la sangre venosa,

5) alteraciones óseas hipertróficas y atróficas

Diagnóstico. Angiografía

El diagnóstico de certeza de la comunicación arteriovenosa congénita, sólo puede basarse en la angiografía.

En algunos casos, el arteriograma, pone de manifiesto claramente las fístulas, entre los sistemas arterial y venoso.

En otros casos, aunque la fístula no resulte visible, - el hecho de que el sistema venoso aparezca lleno de sustancia opaca simultáneamente con el sistema arterial, sin que lo estén vasos mas distales, revela que el medio de contraste, siguiendo el curso de menor resistencia, ha alcanzado el sistema venoso, sin pasar por la red capilar. Esta comprobación ayuda a corroborar el diagnóstico, pero no localiza con exactitud la fístula o las fístulas presentes.

K) Sarcoma Hemorrágico Idiopático Múltiple de Kaposi ó Sarcoma de Kaposi ó Angioreticuloendotelioma:

Es una enfermedad rara, mas frecuente en los varones, que en las mujeres, no hereditaria, que suele aparecer, en la edad media, en personas de buena salud aparente.

Es una enfermedad neoplásica multifocal, del sistema vascular, con escasa afectación cutánea, en la región cervicofacial. Las lesiones cutáneas, consisten en placas o nódulos de color azul oscuro o púrpura.

En un 10% de los casos, esta lesión se asocia a linfoma o leucemia.

Las lesiones extracutáneas, suelen afectar al tracto digestivo, donde las hematemesis son la comunicación principal. Generalmente, la proliferación neoplásica evoluciona de forma indolente, aunque pueden advertirse cambios sarcomatosos, francamente agresivos, en algunos pacientes.

En la cara y cuello, la piel de la nariz, paladar, orofaringe y laringe, destacan como lugares mas frecuentes de afectación.

La aparición de manchas o nódulos dérmicos duros, violáceos asociados a un edema duro que pronto dificulta los movimientos de los dedos, es simétrica.

De momento el estado de salud general es bueno.

Cuando aparece en manos o pies, los nódulos indurados, van recubriendo progresivamente los miembros, y alcanzan la cara y el tronco.

Mas adelante son invadidas de igual manera, las víceras y las mucosas, las hemorragias cutáneas o viscerales originan la muerte.

Histológicamente:

Se encuentran numerosos vasos capilares y linfáticos rodeados por células abundantes, cuya verdadera índole no se ha precisado, pero, al parecer, son células reticulo-endoteliales.

L) Hemangiopericitoma.-

Es una neoplasia vascular, que se caracteriza por la proliferación de capilares rodeados por masas de células redondas o fusiformes. Se asemeja al tumor glómico, pero carece de su estructura organoide, su encapsulamiento, y su manifestación clínica dolorosa, sugirió su nombre: "hemangiopericitoma", luego de haberse demostrado mediante cultivo de tejido del tumor glómico, que la célula característica era probablemente el "pericito", célula con propiedades contráctiles, pero sin miofibrillas, aunque se ha supuesto relacionada con las células musculares lisas.

Al observarse la semejanza de las células neoplásicas con las del tumor glómico, que habían sido identificadas como "pericitos" y su grupo de neoplasias, los denominó hemangiopericitomas.

Características Clínicas:

El hemangiopericitoma es un tumor raro, del que se ha comprobado una vasta distribución anatómica, incluida la cavidad bucal.

No tiene predilección de sexo, y las edades extremas, de los pacientes van del nacimiento a la edad avanzada, la mayoría de los casos se producen antes de los 50 años.

Las lesiones son firmes, aparentemente circunscritas, y con frecuencia nodulares, y pueden o no presentar enrojecimiento indicador de su naturaleza vascular.

Aunque el tumor sea encapsulado, al operarlo, esto no suele ser confirmado microscópicamente.

La mayoría de los tumores crecen con rapidez y son, por lo tanto, de corta duración, si bien, se conocen tumores con -- muchos años de evolución.

Características Histológicas:

La gran variación histológica de los casos de hemangiopericitoma, suele plantear considerables dificultades en su diagnóstico. La lesión se caracteriza por la proliferación profusa de capilares ocultos. Cada vaso a su vez, está rodeado por una vaina de tejido conectivo, por fuera de la cual se encuentran masas de células tumorales.

Esta relación de las células tumorales con las vainas musculares, puede ser demostrada mediante la tinción argéntica y es importante establecer la diferencia entre este tumor y el hemangioendotelioma.

11.- Linfagioma.-

El linfagioma o angioma linfático, consiste en una lesión hística caracterizada por la presencia de un tumor formado por varios linfáticos, representan una malformación vascular, con capacidad neoformativa.

Anatomía Patológica.-

Histológicamente se admiten 3 variedades de linfagiomias:

A) Simple, Cavernoso y Quístico.

El linfagioma simple, igual que el angioma simple o capilar está constituido por capilares linfáticos dilatados, que conservan su independencia. El linfagioma cavernoso o linfagiocavernoma, está constituido como el hemangioma cavernoso, por lagunas linfáticas, ampliamente comunicantes.

El linfagioma quístico o linfagiocistoma (higromas) consiste en una bolsa uni o multilocular, con contenido linfático, siendo lo que antes se denominaba quistes serosos congénitos.

Clínica:

Estos tumores linfáticos, pueden ser circunscritos difusos y, con gran frecuencia producen hipertrofias localizadas, tales como la de la lengua (macroglosia), de los labios (macroquilia) o de los miembros en los que ocasionan la hipertrofia o gigantismo de un dedo, o de toda la extremidad (linfaedema congénito).

Con el nombre de adenolinfocela o linfadenocela se expresa la transformación quística, tumoral de uno o varios ganglios linfáticos. Los linfagiomias son congénitos o aparecen en los primeros años de edad, correspondiendo a una malformación vascular, en cambio, los adenolinfocelas, son tumores desa -

rrollados en la edad adulta, y de tipo adquirido. En el interior de los linfagiomas con relativa frecuencia se producen hemorragias, que pueden llevar a cabo confuciones con los hemangiomas.

El que los linfagiomas suelen ser multiloculares, y que el contenido linfático se encuentre puro, en algunas de estas cavidades, permite establecer el diagnóstico acertado.

Una de las regiones donde con mayor frecuencia aparecen - los linfagiomas es en el cuello.

Muy a menudo, el tumor está perfectamente desarrollado desde el nacimiento, y por su enorme volumen puede ser causa de distocia. En otros casos el tumor es pequeño, pudiendo pasar inadvertido durante los primeros meses, después, paulatinamente, se va desarrollando un tumor indolente, multilobulado, en la cara lateral del cuello, en la región parotídea, en el centro, o mas abajo, en la región supraclavicular, primero rodeado de piel, con el aspecto absolutamente normal, o provista de un punteado o placa angiomatosa.

Su consistencia es uniformemente blanda y fluctuante, si su cavidad es única, pero en los multiloculares, al lado de las zonas que producen esta sensación, se encuentran otras, pequeñas, mas duras, cuyo contenido líquido está sometido a una tensión mucho mayor.

La consistencia del tumor es completamente irreducible.

Por regla general, el linfagioma crece de modo progresivo, aunque pueden observarse regresiones espontáneas, pero no curaciones definitivas. Su malignidad es puramente local, debido a su poder invasor, jamás producen metástasis, ni alteran el estado general.

La infección, ulceración y linforragias, constituyen sus complicaciones mas importantes.

Forma Quística.-

Se presenta con mayor frecuencia en cuello.

Se trata de un tumor voluminoso, congénito, subcutáneo, por lo general lateralizado, que se adhiere a planos profundos y puede llegar aún a mediastino, hacia abajo y hacia arriba comprometer, las regiones parotídeas, piso de boca y lengua.

Perforan la región donde se encuentran o asientan, pueden ser voluminosos y blandos y establecer amplias conexiones - vasculares linfáticas con la circulación general.

Se asocian con linfagiomias capilares, que se ubican arriba o alrededor del tumor, se inflaman muy facilmente y no sufren transformación sarcomatosa.

B) Linfagiomias Elefantíasicos.

Toman todo un miembro, o un sector topográfico de la cara, boca o genitales.

Los miembros presentan elefantiasis, es decir, tienen todos sus diámetros aumentados, hay un gran edema duro, y el diagnóstico diferencial con elefantiasis adquiridas, está dado en especial por el límite superior neto, entre la parte sana del miembro afectado y la parte enferma.

Su aparición es congénita o precoz.

La piel es espesada, con varicocidades, a veces con ulceraciones. Este proceso se asocia con otras malformaciones, es-pina bífida oculta, alteraciones dentarias, alopecia etc.

Puede ser uni o bilateral.

C) Hemolinfagioma.--

Es una lesión bastante frecuente.

Se le observa habitualmente en la lengua, y en la cara, mucosa del labio, ocupando varios centímetros.

Está constituido por múltiples elementos de aspecto vesicular, de contenido claro, seroso, o bien, sanguinolento, que por lo general se entremezclan.

Los elementos del hemolinfagioma, se distribuyen difusamente, y su aspecto es muy característico.

Otra localización, en orden de frecuencia, es la mucosa yugal. A veces tienen en su interior, flebolitos calcificados.

Histología:

Los linfagiomatos bucales, están constituidos por una masa de vasos linfáticos, de paredes y endotelios delgados, sin hematíes en su interior, sino linfa coagulada unicamente.

Estos caracteres los diferencian de los hemangiomas de paredes mas gruesas y que contienen glóbulos rojos en su interior.

El tamaño de los espacios linfáticos varía considerablemente, en el tipo simple son pequeños, en el cavernoso son grandes, este es el aspecto mas común.

Los espacios linfáticos están separados por tabiques conectivos, y el propio linfagioma en conjunto, tambien tiene una envoltura conectiva.

El epitelio mucoso que recubre a los linfagiomatos, es por lo general, atrófico o acantótico.

Diagnóstico.-

En algunos linfangiomas de la boca, el diagnóstico suele ser fácil.

El tipo hemolinfangioma, es el de mas fácil diagnóstico, se observan múltiples vesículas de contenido claro y hematíes entremezcladas, que permiten reconocerlo.

Las lesiones suelen ser superficiales, pero puede haber un linfangioma quístico en la profundidad.

Se reconoce también, el tipo superficial, con elementos vesiculares claros y aislados.

La confusión con vesículas y ampollas es casi imposible.

Estas son frágiles, no así los elementos vesiculoides del linfangioma.

Además, la punción, de uno de los elementos permite salir mas contenido, con el que sería de esperar a causa de su conexión con el sistema linfático.

Otra forma de sencillo diagnóstico, es la elefantiasica, - que se ve en la lengua.

Algunos elementos vesiculoides, alrededor, o en su superficie la delatan.

El recordar que el linfangioma es congénito, o aparece precozmente, hace el diagnóstico clínico, en caso de duda, y la histología lo confirmará.

CAPITULO III

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES

A) Tratamiento de Hemangioma Simple y Cavernoso:

Se comprobó que muchos hemangiomas congénitos remiten espontáneamente, a una edad relativamente temprana.

Los casos en que no hacen esta remisión, o en los que aparecen en personas de edad avanzada, han sido tratadas de -- diversas maneras, incluídas la :

1) cirugía, 2) irradiación, (externa o con radio) 3) agentes esclerosantes como el morruato o psiliato de sodio, inyectados en la lesión, 4) nieve carbónica, 5) crioterapia, y 6) compresión.

Cada una de las formas de tratamiento, tienen defensores y opositores, pero en manos capacitadas, cada una tiene su lugar apropiado.

Muchos autores consideran que el tratamiento de estos hemangiomas es quirúrgico, pero que su extirpación, debe ser completa y precoz.

Los hemangiomas son muy susceptibles a los rayos X, pero esta susceptibilidad disminuye con los años.

La rontgenoterapia, en algunos casos, puede asociarse a la ligadura arterial a distancia, para disminuir el caudal sanguíneo.

B) Hemangiomas Racemoso o Aneurisma Cirsoideos.

Los aneurismas cirsoideos deben extirparse en bloque.

La multiplicidad de las comunicaciones arteriovenosas, no permite su ligadura aislada.

En ocasiones las comunicaciones con intraóseas, y no debe dudarse en extirpar una falangeta, por ejemplo: mientras persistan comunicaciones arteriovenosas, la recidiva es segura.

Las ligaduras a distancia, son completamente ineficaces.

Hemangioma Juvenil.

Su tratamiento es el mismo que en los tipos capilar y cavernoso, pero sus posibilidades de regresión espontánea son mejores.

C) Hemangioendotelioma.-

Para el tratamiento del hemangioendotelioma, se ha utilizado tanto la cirugía, como la irradiación con rayos X.

La intervención quirúrgica repetida, sin extirpación completa, invita a la metástasis en ganglios linfáticos regionales o en órganos distantes por diseminación, por el torrente sanguíneo.

De 7 pacientes, 5 tenían metástasis y 3 murieron de la neoplasia, esta forma tumoral es tan rara que no se puede extraer una conclusión, sobre el pronóstico, pero debería ser clasificada, como una lesión parcialmente peligrosa, siempre se trata o debe tratarse como una neoplasia maligna.

D) Glomangiomias ó Tumor Glómico.--

Se hace una incisión a nivel de la lesión, y se descubre en la propia dermis, o el tejido subcutáneo, un pequeño tumor redondeado, y bien circunscrito, generalmente pequeño, su extirpación de técnica sencillísima, determina la desaparición completa e inmediata de las crisis dolorosas.

E) Hemangiomas.-

Enfermedad de Rendu-Osler-Weber:

El tratamiento de la enfermedad es variado, según sea su gravedad.

Las hemorragias espontáneas se cohiben con taponamiento a presión, en particular las nasales.

A veces, las zonas angiomatosas se cauterizan, se tratan mediante irradiación, con Rayos X o se eliminan por cirugía.

Raras veces la enfermedad es tan grave, que ponga en peligro la vida. Sin embargo, se han registrado numerosas muertes por causa de hemorragias intensas.

Siempre es importante la electrocoagulación de los angiomias, las transfusiones de sangre y la administración de hierro.

Síndrome de Sturge-Weber.-

El tratamiento de la enfermedad, es esencialmente del campo de la neurocirugía.

Por lo general, las lesiones, son demasiado extensas, para poderlas tratar quirúrgicamente, aunque algunos cirujanos, (neurocirujanos) han aconsejado la hemisferectomía, para la epilepsia intratable.

La medicación anticunvulsiva, está indicada, pero es difícil dominar las crisis convulsivas.

La mayor parte de los pacientes, con esta malformación, sobrevive muchos años, a menudo con transtornos mentales, residuales.

Síndrome de Hippel-Lindau.-

Requiere tratamiento quirúrgico, y si el nódulo del tumor, se encuentra en la pared del quisto, los resultados de la extirpación, pueden ser excelentes, si el tumor no es operado, debido a su tamaño o multiplicidad, se deberá ensayar la radiación.

Las lesiones retinianas, cuando son pequeñas, son detenidas mediante fotocoagulación.

Síndrome de Maffucci:

Su tratamiento se llevará a cabo según el caso, porque se presenta en raras ocasiones, lo ideal sería el tratamiento quirúrgico precoz, antes de su extensión, porque se sitúan profundamente, y causa fracturas de los huesos afectados, y ésta es la complicación clínica mas importante.

F) Lesiones Vasculares Reparadoras

Granuloma Piógeno

Granuloma Gravidarum

Angiomatosis Intravascular

Son lesiones reactivas a traumatismos, benignas, así como se desarrollan, tienden a desaparecer.

El tratamiento será sintomático.

G) Fístula Arteriovenosa.--

Desde el punto de vista terapéutico se comprende toda la importancia que tiene la localización de las comunicaciones arteriovenosas congénitas y la evaluación de su calibre.

El único medio exploratorio que permite lograrlo es la angiografía.

La visión del territorio arterial, venoso y de las comunicaciones anormales que los unen, constituye una medida indispensable para decidir la terapéutica mas eficaz.

Si las comunicaciones arteriovenosas son pocas y accesibles, la intervención debe dirigirse, a suprimir dicha comunicación o comunicaciones para incomunicar los sistemas arterial y venoso.

En un primer tiempo, debe descubrirse la arteria principal, de la que emanan los conductos de unión y ligarlos en su origen.

En un segundo tiempo pueden extirparse los vasos dilatados.

En otros casos, la arteriografía, no pone de manifiesto, - las comunicaciones arteriovenosas, éstas son múltiples y - pequeñas, por lo tanto, es imposible su ligadura aislada.

En estos casos, debe extirparse el tumor vascular o las venas dilatadas, con lo cual se irán interrumpiendo y ligando dichas comunicaciones.

H) Sarcoma de Kaposi.-

La erradicación quirúrgica de la enfermedad es difícil, debido a la multiplicidad de las lesiones.

Son varias las formas de irradiación con Rayos X, utilizadas con buen éxito, comparable al obtenido en el tratamiento de otras lesiones vasculares.

Si el pronóstico es bueno, debido a la naturaleza crónica lentamente progresiva de la enfermedad.

Muchas lesiones ceden realmente a cabo de un tiempo.

Hubo casos que se prolongaron 25 años, para finalmente, terminar con la muerte.

Existen datos que informan que el tiempo de supervivencia promedio de un grupo de pacientes que murieron de esta enfermedad, fue de 9 años, con límites de 1 a 22 años, en tanto que existen datos que proponen la duración promedio entre el diagnóstico y la muerte y fue de 8 años.

Hemangiopericitoma.-

El tratamiento de la mayoría de los casos conocidos de hemangiopericitoma ha sido la excisión quirúrgica.

Algunos pacientes han curado por este medio, en tanto que otros (13x100 en la serie de Stout) tuvieron metástasis, no solo en los ganglios linfáticos, sino también en órganos alejados.

Stout, señaló que no se sabe de ningún hemangiopericitoma congénito, que haya sido maligno, sin embargo, en hallazgos de otros autores, en 224 casos con información disponible, el índice de recidiva total, local y a distancia - del hemangiopericitoma, era de 52x100.

I) Linfagioma.-

Shafer considera que el tratamiento de un linfagioma es considerablemente diferente al de un hemangioma.

Probablemente, la extirpación quirúrgica, sea el tratamiento mas conveniente, parece ser que el linfagioma es mas radiorresistente o insensible a los agentes esclerosantes, como el morruato de sodio, que el hemangioma.

Thoma recomienda la extirpación quirúrgica de los linfagomas, con un cuchillo de endotermia, siempre que estos sean pequeños, y si se tratara de tumores grandes, deberán tratarse por medio de Rayds X, o con inyecciones de soluciones esclerosantes y así se efectúa la obliteración de los espacios sanguíneos, de manera que la extirpación va acompañada de muy poca hemorragia; los linfagomas, simples y cavernosos, deben tratarse por la extirpación, y los quísticos, mediante aplicaciones intersticiales de radio.

Los linfagomas, aunque no son radiosensibles, a veces con la radioterapia profunda, en manos hábiles, pueden tener buenos resultados.

La cirugía en las formas circunscritas, puede ser útil, pero no en las elefantiasicas que obligarán a una amputación lingual.

Se puede intentar efectuar, inyecciones de hialuronidasa, que actuarían sobre la parte conectiva que desempeña un papel importante en las formas elefantiasicas. En algunos casos, no queda otro remedio que llegar a la — amputación quirúrgica parcial de la lengua, cuando traen dificultades funcionales ostensibles.

Conclusiones.--

La práctica quirúrgica de las lesiones localizadas en la cabeza y cuello, precisa un conocimiento especial, por -- parte del cirujano, que opera en esta región anatómica -- que incluye órganos vitales y estructuras muy complicadas o complejas.

Además de la anatomía normal, el cirujano debe reconocer cuando se trata de anomalías del desarrollo que pueden estar presentes en ésta área.

Asimismo, debido a la coincidencia de múltiples tejidos, existe una gran variedad de procesos patológicos, que hay que tener en cuenta a la hora de establecer un diagnóstico concreto y elegir la terapéutica mas apropiada.

Cuando las lesiones son pequeñas, o circunscritas, y si el paciente, tiene un estado de salud bueno, la cirugía puede llevarse a cabo en el consultorio del cirujano.

Cuando las lesiones son demasiado extensas, o no se pueden tratar quirúrgicamente, se tendrán que remitir a un neurocirujano.

Por otra parte, el comportamiento biológico de las diferentes lesiones, varía ostensiblemente, por lo que a menudo no es válido un criterio quirúrgico único.

BIBLIOGRAFIA

- Basmajian, Anatomía. Sexta Edición. México, Interamericana, 1976. 272 p.p.
- Cristopher, Dave, Tratado de Patología Qurúrgica. Décima Edición. México, Interamericana, 1974. 741 p.p.
- Dechaume, Michel, Estomatología. Barcelona, España, Toray Masson, 1969. 167, 612, 613 p.p.
- Florey, Lord, Patología General. Cuarta Edición. Barcelona, España, Salvat Editores, 1972. 565 p.p.
- Gall ó Brunson, Tratado de Patología Humana. México, Interamericana, 1975. 750 p.p.
- Giunta, John, Patología Bucal. México, Interamericana, 1978. 102, 103 p.p.
- Grinspan, David, Enfermedades de la boca. Argentina, Buenos Aires, Mundi, 1976. 2099, 22102 p.p.
- Irby, William, Actualizaciones en Cirugía Bucal. Argentina, Mundi, 1981. 295 p.p.
- López Acevedo, César, Manual de Fatología Oral. Guatemala, Universitaria, 1975. 225, 236, 240, 241 p.p.
- Patsch, Carl, Enfermedades Quirúrgicas de boca y maxilares. Segunda reimpresión. Tomo 1. Barcelona, Labor, 1947. 270 p.p.
- Pons, Agustín, Pedro, Tratado de Patología y Clínicas Médicas. Tercera Edición. Tomo 11. Barcelona, Salvat Editores, 1969. 134 p.p.

- Pindborg, J.J; Atlas de enfermedades de la mucosa oral. Tercera Edición. Barcelona, Salvat Editores, 1981. 112 p.p.
- Raspall, Guillermo, Tumores de la cara, boca, cabeza y cuello. Barcelona, Salvat Editores, 1971. 135, 136, 137, 138 p.p.
- Shackelford, Richard, Diagnóstico Quirúrgico. Tomo III. Barcelona, Salvat Editores, 1971. 1548 p.p.
- Shackelford, Richard, Tumores de la cabeza y cuello. Tomo I. Barcelona, España, Salvat Editores, 1971. 381 p.p.
- Shafer, William, Tratado de Patología Bucal. Tercera Edición. México, Nueva Editorial Interamericana, 1977. 142, 148 p.p.
- Spouge, J. D. Patología Bucal. Buenos Aires, Argentina, Mundi, 1977. 303, 395, 397 p.p.
- Testut, Jacob, Anatomía Topografica. Octava Edición. Barcelona Salvat Editores, 1972. 321 p.p.
- Testut, Latarjet, Anatomía Humana. Novena Edición. Barcelona, Salvat Editores, 1978. 430 p.p.
- Waite, Daniel, Tratado de Cirugía Bucal Práctica. Segunda Edición. México, Compañía Editorial Continental, 1984. 349 p.p.
- Zegarelli, Diagnóstico en Patología Oral. Segunda Edición. Barcelona, España, Salvat Editores, 1977. 256, 257, 264, 265 p.p.