

1
2 ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
Z A R A G O Z A

"ESTUDIO CLINICO E HISTOPATOLOGICO DEL EPULIS FISURADO"

Pasante: Bolaños Badillo Moisés

Plaza folio No. 89-007

Carrera: Cirujano Dentista

Programa de asignación: Programa de cirugía bucal
E.N.E.P. Zaragoza

Asesor: C. D. Arturo ~~Granados~~ Maguey.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
ESTADO DE QUERÉTARO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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

	Pag.
Introducción	1
Objetivos	3
Justificación	4
Planteamiento del problema	6
Variables	7
Hipótesis	8
Definición de conceptos	9
Marco teórico	10
Capítulo I	
Generalidades anatómicas de los tejidos blandos.....	11
Capítulo II	
Clasificación de lesiones de la cavidad bucal	24
Capítulo III	
Tumores inflamatorios	29
Capítulo IV	
Etiología, caracts. clínicas e histopatológicas del éculis fisurado	35
Capítulo V	
Métodos de diagnóstico	38
Capítulo VI	
Técnicas de preparación de muestras para estudio histológico	41
Capítulo VII	
Tratamiento del éculis fisurado	44
Métodos e instrumentos	47
Presentación de resultados	48
Interpretación de resultados	65

Conclusiones	68
Propuestas	70
Bibliografía	71

INTRODUCCION

Este trabajo es resultado de las observaciones hechas sobre algunos pacientes del area de cirugía bucal de la clínica multidisciplinaria "Zaragoza". Surge de la inquietud que causa el hecho de que a pesar de los cuidados y técnicas tan modernas para la elaboración de una prótesis de cualquier tipo, éstas causen lesiones sobre los tejidos que las soportan (Iatrogenia), volviéndose así un círculo vicioso, ya que al tratar de solucionar un problema de falta de un órgano dental al paciente se le condena a sufrir lesiones causadas por un aparato mal ajustado que paradójicamente se ha fabricado con la intención de devolver su salud al paciente.

Se tratará de abarcar los diferentes temas que pueden ser de interés para éste trabajo, aunque al hacer una revisión bibliográfica nos encontramos con el problema de no tener suficiente información al respecto, ya que se menciona al éoulis fusirado de manera pobre. Nos hace cuestionar cual es la causa de que no se de importancia a esta lesión ¿será que la cantidad de pacientes que la presentan es poca y que debido a ello no cause interés por parte de los investigadores? o que por ser una lesión con pocas probabilidades de malignizarse pierda importancia. Por lo tanto no trataremos de mencionar la importancia del número de casos que se han dado en la clínica, sino de mencionar cual es la causa de que se este dando ésta patología, para así justificar la importancia de la misma.

Se abordan temas como las características clínicas del epulis fisurado, sus características histopatológicas, Técnicas de laboratorio para su diagnóstico, técnicas quirúrgicas para su tratamiento y los datos que nos puede proporcionar el laboratorio de histopatología para el diagnóstico definitivo.

Esperamos contribuir con este trabajo para crear conciencia entre los cirujanos dentistas de la problemática a la que se está encaminando al paciente que requiere de una rehabilitación protésica, por el descuido en una labor que requiere todo nuestro entusiasmo y dedicación.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer las características clínicas e histopatológicas de la hiperplasia fibrosa inflamatoria (épolis - fisurado) de los pacientes del area de cirugía bucal de la clinica "Zaragoza".

Objetivos específicos:

- Conocer las características clínicas de la hiperplasia fibrosa inflamatoria de los pacientes que presentan ésta patología y que son atendidos en la clinica "Zaragoza".
- Determinar la etiología de la hiperplasia fibrosa inflamatoria.
- Conocer las características histopatológicas de la hiperplasia fibrosa inflamatoria.
- Conocer las técnicas de preparación de las muestras histológicas de los tejidos estudiados.

JUSTIFICACION

El proposito de éste trabajo es recopilar en uno mismo, los diferentes aspectos a los que se recurre para hacer un diagnóstico preciso de la hiperplasia fibrosa inflamatoria (epulis fisurada), surge de la inquietud que como alumnos causó el saber que un alto indice de pacientes que acude a la clínica Zaragoza solicitando tratamiento protésico, presentan una lesión causada por la prótesis que usan o que han dejado de usar por las molestias que causaba.

Se considera que las lesiones provocadas por prótesis mal adaptadas son consecuencia de deficiencias en el conocimiento de técnicas y fundamentos clínicos que involucran el tratamiento protésico.

Es necesario por lo tanto conocer las formas de tratamiento inicial para esta lesión y brindarle al paciente una solución momentánea a sus molestias, como sería el retirar la prótesis, para evitar que siga irritando, e indicarle al paciente, que es probable que la lesión desaparezca y de no ser así habría que eliminarla por medios quirúrgicos.

El conocer ésta lesión es importante y nos obliga a recordar que dentro de la clínica "Zaragoza" contamos con el apoyo de diferentes especialistas que nos ayudarán a brindarle al paciente una atención integral, y evitar en lo posible incurrir en el mismo error de elaborar solo una nueva prótesis, sin haber eliminado la lesión, ya que es

te podría exagerarla.

Durante algunos años de experiencia en el laboratorio dental nos hemos encontrado con la desagradable situación de que una gran mayoría de los dentistas solicitan al mecánico dental la elaboración de una prótesis parcial o total en un modelo anatómico (a veces incompleto), y dejando toda la responsabilidad y voluntad al técnico dental sin tomar en cuenta que el trabajo requiere de varias pruebas antes de ser terminado, argumentando que es más cómodo para el paciente no citarlo para las pruebas y sólo se concretan a entregar terminado el trabajo.

Nos preguntamos entonces ¿por qué el dentista tiene esta actitud para con sus pacientes?

Esperamos con éste trabajo ayudar a ampliar los conocimientos del dentista sobre el émulis fisurado y la manera en que puede ayudar a evitar que se presente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuales son las características clínicas e histopatológicas de la hiperplasia fibrosa inflamatoria detectada en los pacientes de 30 a 80 años de edad, de ambos sexos - que acudieron a la clínica "Zaragoza" en el periodo del - año de 1984 a julio de 1989?.

VARIABLES

En este trabajo se manejan variables dependientes e independientes dentro de las que se encuentran:

DEPENDIENTES: Hiperplasia fibrosa inflamatoria

- a) número de casos
- b) características clínicas

INDEPENDIENTES: Edad

Sexo

HIPOESESIS

El tratamiento de elección para la hiperplasia fibrosa inflamatoria, será necesariamente quirúrgico, independientemente de la evolución de la misma.

La etiología de la hiperplasia fibrosa inflamatoria es el constante traumatismo de una prótesis mal adaptada exclusivamente.

DEFINICION DE CONCEPTOS

HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA: Se considera el nombre más correcto para ésta lesión por las características histológicas que presenta. Ya que como la mayoría de los autores describen además de las características del epitelio y tejido conectivo describen la presencia de células inflamatoria que son linfocitos y plasmocitos principalmente.

EPULIS : Se le dá éste nombre a todo crecimiento de tejido que se presenta en la encía.

HIPERPLASIA: Es el aumento de tamaño de los tejidos o de un órgano producidos por el aumento de la cantidad de sus componentes celulares.

HIPERTROFIA: Es el aumento de tamaño de un tejido u órgano como consecuencia del aumento de tamaño de sus componentes celulares con la finalidad de afrontar demandas funcionales para un trabajo útil.

MARCO TEORICO

Capítulo I

GENERALIDADES ANATOMICAS DE LOS TEJIDOS
BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL

GENERALIDADES ANATOMICAS DE LOS TEJIDOS
BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL

La cavidad bucal representa la parte inicial del tu
be Digestivo, dicha cavidad está revestida de epitelio mu
oso fino y móvil, excepto en la brveda palatina y en las
encias en donde la mucosa es de consistencia firme, fibro
sa y muy irrigada. En la cavidad bucal tienen lugar las -
funciones de masticación e insalivación.

Los arcos dentarios dividen a la cavidad bucal en d
os partes:

1) Una interna bucal: tapizada por mucosa que descan
sa sobre la arcada dentaria y constituye la pared externa
del vestibulo bucal en su parte anterior.

2) Otra parte situada dentro de los arcos dentarios
constituyendo la boca propiamente dicha.

Las numerosas formaciones anatomicas que limitan la
cavidad bucal se reparten en distintas regiones:

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1) REGION LABIAL | 5) REGION LINGUAL |
| 2) REGION GENIANA | 6) REGION MANDIBULAR |
| 3) REGION PALATINA | 7) REGION DE LAS GLANDULAS |
| 4) REGION SUBLINGUAL | SALIVALES. |

En la mucosa se describe histológicamente un epitelio e un corión o dermis, glandulas, vasos y nervios.

El epitelio de revestimiento es de tipo pavimentoso estratificado, constituido por la capa basal o germinativa se encuentra tambien el cuerno mucoso o de Malpighi, cuyas celulas se aplanan apareciendo un citoplasma, granulaciones de queratohialina, dando lugar a la capa granulosa. La queratohialina se convierte en sustancia cornea al sufrir ésta cornificación y el estrato más superficial de epitelio experimenta fenomenos de descamación.

La dermis presenta dos capas: Superficial y profunda.

- a) Superficial- está erizada en numerosas protuberancias llenadas de papilas, perteneciendo casi todas al tipo vascular o nutritivo.
- b) Profunda- Posee la estructura del tejido conectivo que se dispone en haces de fibrillas. Los elementos celulares están representados por fibroblastos y celulas de la serie blanca, particularmente linfocitos.

En las regiones en que la mucosa bucal no está expuesta a frotamiento se encuentra separada de los planos profundos por un tejido conjuntivo más laxo o submucoso, que facilita la movilidad y desplazamiento de las capas superficiales. El corion nutre al epitelio manteniendolo en su integridad estructural y funcional.

Las glándulas son de tipo arracimado, con acinos serosos, mucosos o mixtos, se encuentran con abundancia y muy pequeñas a nivel del velo del paladar, de las mejillas y cara interna de los labios donde forman una capa continua y espesa, son raras a nivel alveolar.

Los vasos sanguíneos desembocan en cada papila según sus dimensiones, recibiendo a uno o varios capilares que nutren el territorio correspondiente al epitelio.

Los nervios de la mucosa bucal son abundantes y provienen del trigémino.

En la boca además de la saliva se encuentran los productos de la descamación epitelial, microorganismos, la placa dentobacteriana y el sarro, cuyo conjunto constituye lo que se denomina medio bucal.

1) REGION LABIAL

La región labial está situada en la parte media de la cara formando la pared anterior de la cavidad bucal, dicha región constituye la parte superior del tubo digestivo.

Comprende el labio inferior en continuidad superior por la comisura labial.

En la región labial comprendemos dos caras:

Una interna bucal, tapizada por mucosa que descansa sobre los dientes y constituye la pared externa del vestibulo bucal en su parte anterior.

Otra externa con una parte cutánea y otra parte mucosa delimitando el orificio en continuidad con la mucosa bucal. La línea de separación es particularmente neta y ligeramente saliente.

Los elementos constitutivos de los labios son de afuera hacia adentro:

- la piel espesa y resistente, adherida al fascículo muscular subyacente, es rica en folículos pilosos y en glándulas sebáceas.
- tejido celular subcutáneo, inexistente en la parte media aumenta progresivamente a medida que se acerca a la comisura y a la mejilla.
- cara muscular, que se haya constituida esencialmente por el orbicular de los labios en dos porciones: emi-orbicular de los labios superior e inferior, a este músculo de trayectoria elíptica vienen a adicionarse los fascículos rodeados de una serie de músculos como el mirtiforme, el elevador común del ala de la nariz y del labio superior. El elevador propio del labio superior, el canino, el cigomático y los risorios, hacia abajo el triangular de los labios y el cuadrado del mentón.

La región labial es ricamente vascularizada, de cada lado una arteria coronaria inferior y una superior que nace en la facial y se anastomosa con sus homólogas en la línea media, constituyendo un círculo arterial completo, situado cerca del borde libre, entre la capa muscular y la capa glandular.

El sistema veonoso circula por debajo de la piel formando una rica red anastomosada que desemboca en la vena facial y en los submentonianos.

2) REGION GENIANA

La region geniana es una zona de transito caracterizada por el pasaje de la arteria y de la vena facial.

La arteria facial cruza la mandibula a 3 cms. por delante del angulo de la mandibula; el tronco superior se dirige a los musculos del labio superior y a la region suborbitaria y de los parpados; el tronco inferior inerva los musculos del labio inferior, de la region mentoniana y de la parte inferior del carrillo.

El tercio anterior del conducto de Stenon atravieza la region horizontalmente, sobre una linea que parte de la base del lóbulo de la oreja al ala de la nariz, yendo por delante del masetero para abrirse hacia la mucosa bucal, frente al cuello del primero o segundo molar superior.

En la parte superior de esta region se distribuyen las ramas del nervio suborbitario, en la parte baja del mentoniano y en la parte superior del as del temporal bucal.

La región geniana no tiene tejido óseo, salvo en su parte superior y en su parte inferior.

Hacia arriba el plano óseo está formado por la región del maxilar superior hasta la cresta del vestibulo bucal; entre éstas dos zonas se encuentran la cara profunda de las mejillas tapizadas por la mucosa bucal, que limitan por fuera la cavidad y los vestibulos bucales.

3) REGION PALATINA

Se le da este nombre a la parte superior de la cavidad bucal siendo una zona de gran interes para el cirujano dentista por ser un sitio en el cual se presentan con frecuencia tumores de origen diverso, consta de dos porciones; la anterior, denominada boveda palatina y la posterior denominada velo del paladar.

Esta región está limitada anteriormente y lateralmente por la arcada dentaria, concava en todos sentidos, y de profundidad variable.

La boveda palatina está formada de fibromucosa, esqueleto óseo, vasos y nervios.

La fibromucosa cubre en su totalidad la parte ósea, es de gran resistencia y está intimamente adherida al periostio, formando la fibromucosa palatina cuyo espesor es variable, el rafe medio es muy delgado y puede ser perforado.

rado a ese nivel al desprenderlo del hueso con fines quirúrgicos.

El esqueleto óseo está formado por la unión de las la minas horizontales de los huesos palatinos y la cara inferior de las apófisis palatinas de los maxilares.

En la línea media anterior está el agujero incisivo, por donde sale la arteria y el nervio nasopalatino, y en los ángulos posterolaterales observamos los agujeros palatinos posteriores por donde sale la arteria palatina anterior que es rama de la maxilar interna, y el nervio palatino anterior.

VASOS Y NERVIOS- La arteria palatina anterior, rama de la maxilar interna, sale por el conducto palatino posterior, que irriga la bóveda palatina acompañada de venas anastomosadas con la arteria esfenopalatina, saliendo por el agujero palatino anterior.

VENAS - Están colocadas paralelamente a la arteria, desemboca varios troncos que son el: Plexo pterigoideo, las venas de la mucosa nasal, la lengua y de las amígdalas.

NERVIOS - Motores y sensitivos. Los primeros rigen la motilidad del velo del paladar; los sensitivos provienen del ganglio esfenopalatino, rama del nervio maxilar superior.

VELO DEL PALADAR- Forma parte de las paredes posterior y superior de la boca. Está formado por una aponeurosis, músculos y mucosa de revestimiento, la boveda palatina ósea y espinas nasal anterior.

Bordes laterales- Se insertan en el gancho de la apófisis pterigoides, se adelgazan hacia atrás terminando en un borde libre.

En ésta aponeurosis se insertan los músculos del velo del paladar que son cinco:

- 1.- Palatoestafilino: Se inserta en la espinas nasal posterior y termina en la úvula.
- 2.- Periestafilino interno: Se inserta en el peñasco por fuera del orificio del conducto carotideo y en el suelo de la porción cartilaginosa de la trompa de eustaquio.
- 3.- Periestafilino externo: Nace arriba de la fosita escifoide y en el borde anterior e interno del agujero oval. debajo se inserta en la cara inferior de la aponeurosis y actúa como tensor del velo del paladar.
- 4.- Faringoestafilino. Forma el pilar anterior, es elevador de la faringe y descensor del velo del paladar.
- 5.- Glosoestafilino.: Forma el pilar posterior. La mucosa de revestimiento va a cubrir la cara superior e inferior del velo del paladar.

Las arterias proceden de la esfenopalatina y palatina superior, ramas de la maxilar interna, la palatina superior desciende por el conducto palatino posterior y llega a la bóveda palatina encorvándose hacia adelante.

4) REGION SUBLINGUAL

Forma parte del piso de la boca, su forma es de un triángulo con su vértice dirigido hacia adelante, es limitado por el arco dentario por su parte lingual.

La región se encuentra sostenida por el arco dentario y mandibular abajo y atrás del hueso hioides.

En la línea media encontramos el frenillo lingual que está uniendo el piso de la boca con la lengua.

A los lados encontramos los orificios de desembocadura de los canales de Warton, atrás están varios orificios donde desembocan los canales de Bartholini y por delante de ellos están las carúculas sublinguales.

La mucosa de esta región es lisa y limitada arriba por el espacio donde está contenida la glándula sublingual sus canales excretorios, vasos y nervios, el conducto de Warton y parte de las glándulas submaxilar y sublingual.

5) REGION LINGUAL

La lengua es un órgano de gran movilidad situado en la cavidad bucal, en ella radica el sentido del gusto. Esta formada principalmente por los músculos de la lengua y por la mucosa lingual, aunque se menciona que el hueso hioides y la membrana hioglosa son parte de ella.

Los músculos de la lengua son ocho pares y uno impar tras de éstos se insertan en los huesos cercanos: palatogloso, faringogloso y amigdalogloso: dos proceden de los órganos y huesos próximos: Los linguales superior e inferior y por último el transverso de la lengua.

El músculo más voluminoso de la lengua es el geniogloso que tiene su inserción en la apófisis geni. irradiando sus fibras hacia la punta de la lengua, por fuera éste músculo está en relación con la glándula sublingual, con la arteria sublingual, con el nervio hipogloso, con el canal de Warton, y con los músculos estilogloso y lingual inferior. Su función es levantar y dirigir la lengua hacia adelante.

ESTILOGLOSO- Se inserta en las glándulas estiloideas que alcanzan el pilar posterior del velo del paladar donde se divide en dos ases, uno se divide al septum lingual y otro sigue a la punta de la lengua, es elevador de la lengua y la lleva hacia atrás.

HIOGLOSO - Se extiende del hueso hioides al septum lingual, se halla en relación por su cara externa con los músculos milohioides y digástricos, con la glándula submaxilar y el canal de Warthon por su cara interna se relaciona con el constrictor medio de la faringe, con el faringogloso y está cruzado de atrás hacia adelante por la erte_{ra} lingual. Su acción es abatir la lengua.

FARINGOGLOSO - Tiene un fascículo que sale del constrictor medio de la faringe, ya en el borde de la lengua se divide ya en ases superiores e inferiores.

PALATOGLOSO - Se inserta en la aponeurosis palatina, llega a la lengua recorriendo el borde de la misma y se confunde con las fibras del faringogloso y del estilogloso, es elevador de la lengua.

AMIGDALOGLOSO - Va de la capsula amigdalina a la base de la lengua, es elevador de la base de la lengua y la lleva contra el velo del paladar.

LINGUAL SUPERIOR - Es un músculo impar, está formado por tres ases, los dos laterales salen de las astas menores del hueso hioides y el medio de la epiglotis, las tres convergen hacia la parte media de la lengua, y termina en la punta de la misma. Este músculo acorta la longitud de la lengua hacia arriba y hacia atrás.

LINGUAL INFERIOR - Se inserta en las astas menores del hueso hioides, sus fibras se dirigen hacia la cara profunda de las mucosas: su acción es dirigir la punta de la lengua hacia abajo y hacia atrás, siendo abductor de la lengua.

TRANSVERSO LINGUAL - Recibe éste nombre por la posición de sus fibras que se insertan en el septum lingual, cruzando las fibras longitudinales de los músculos y fijándose en la capa profunda de la mucosa del borde lingual.

MUCOSA - Está compuesta por un corión constituido de tejido conjuntivo y fibras elásticas, además de las glándulas foliculosas, mucosas y corpúsculos del gusto.

La mucosa del dorso de la lengua y de los bordes de ésta, presenta papilas linguales que son de cinco tipos:

- a) Filiformes
- b) Ovoides
- c) Fungiformes
- d) Calciformes
- e) emisféricas

VASOS Y NERVIOS- La lengua está irrigada por sangre arterial de la lingual, la ranina y la sublingual; también recibe sangre de la palatina anterior y de la faringea inferior.

La inervación motora la da el nervio hipogloso mayor, la inervación sensitiva la da el nervio lingual, por delante de la arteria lingual y el glosofaríngeo da su inervación sensitiva.

La irrigación la suministra la arteria lingual y sus ramas dorsal de la lengua y ranina.

Las venas confluyen: Las de la punta y el cuerpo en el tronco venoso tirolinguefacial, las de la base de la lengua en el plexo perifaringeo.

6) REGION GINGIVODENTAL

Es la porción libre de la mandíbula y maxilar, sobre la que están articulados los dientes y tapizados por la encía que presenta una coloración rosa coral; está firmemente unida al hueso, tiene un margen libre que rodea los cuellos de los dientes y se extiende interproximalmente terminando por debajo del punto de contacto.

La encía del maxilar está irrigada por la arteria maxilar interna y sus cuatro ramas: infraorbitaria, alveolar, esfenopalatina, la encía de la mandíbula tiene su irrigación por la arteria lingual y dentaria inferior.

La encía, por sus características clínicas está dividida en encía marginal o no adherida, que es el margen libre que rodea a los dientes aproximadamente a un milímetro de ancho y forma la pared blanda del surco gingival.

Encía adherida se extiende desde la encía marginal hasta la mucosa alveolar que está unida al hueso y al cemento, consiste en un epitelio estratificado y un estroma conjuntivo.

Capitulo II**CLASIFICACION DE LESIONES DE LA CAVIDAD ORAL**

Existen ciertas dificultades en el diagnóstico de las lesiones de la cavidad oral.

Los tejidos de los maxilares y de la boca pueden originar numerosas variedades de lesiones. No solo pueden ser asiento de masas inflamatorias, lesiones tumorales y neoplasias benignas y malignas. Sino que tambien son asiento de varios y diversos tumores.

La variedad de terminologias contribuye a dificultar el diagnóstico de estas lesiones. Por ejemplo el granuloma es descrito en la bibliografía según una larga lista de diferentes nombras. No solo los terminos sinonimos son fonéticamente diferentes sino tambien su propio numero son causa de confusión y error. Una lesión de boca tal como un fibroma puede presentar diversidad de aspectos clínicos sin embargo, uno o más factores irritante lo deforman y originan otros cambios. Cuando estas variaciones se añaden a efectos potenciales debidos a infecciones secundarias y a necrosis de tejidos, por lo que tenemos que llegar forzosamente a la conclusión de que no hay un aspecto clínico único, común a la mayor parte de las lesiones de un tipo especifico.

Con una iluminación adecuada y un espejo bucal el dentista puede ver facilmente y examinar con detención todos los tejidos de la boca por lo que ninguna lesión debiera escapar a quien realice el examen.

Para simplificar el diagnóstico de las lesiones de la boca se ha decidido dividir las en dos grandes grupos;

1.- TUMORES BENIGNOS

2.- TUMORES INFLAMATORIOS

TUMOR

Tumor es un vocablo general que se refiere a todas las neoplasias sin importar si son benignas o malignas.

Es una lesión infiltrante o exofítica cuyo diagnóstico se hace en base a la exclusión de otras lesiones elementales elevadas, éste tejido anormal de nueva formación que se desarrolla con independencia del resto del organismo no tiene propósito útil.

1) TUMOR BENIGNO

Se llaman así porque no tienen características de malignidad, es decir, crece lentamente y solo por expansión en general están encapsulados y, por lo tanto, no invaden los tejidos circundantes; no producen metástasis y sólo causan la muerte cuando están situados en zonas vitales, por ejemplo en ciertas regiones del encefalo. Estos tumores se pueden curar por intervenciones relativamente conservadoras y la radiación carece de valor en la terapéutica de éstas lesiones.

Los tumores benignos y las proliferaciones semejantes a tumores de los tejidos blandos de la cavidad bucal comprenden cerca del 20 % de todas las biopsias hechas por el odontólogo. Estadísticamente entre las 15 lesiones que se observan con mayor frecuencia en la cavidad bucal (con excepción de la caries y enfermedad parodontal), constituyen tumores benignos o crecimientos parecidos de los tejidos blandos.

Al tratar el tema de los tumores de la boca debemos recordar en primer lugar que estamos refiriendonos a

lesiones semiológicas de aspecto clínico tumoral. Desde el punto de vista de la anatomía patológica general, puede tratarse de verdaderos tumores (blastomas), de falsos tumores (hiperplasias simples a hiperplasias malformativas. - como se observa, se trata de lesiones nosológicamente heterogéneas, como lo son un émulis, un nevo, un angioma o un epiteloma, que se presenta a veces como tumores en sentido semiológico. Su agrupación sólo cabe en un capítulo aparte.

Es difícil definir semiológicamente la lesión elemental y se hace por exclusión al eliminar otros elementos - que también se elevan en forma circunscrita sobre la mucosa como las navulas, los nodulos y las vegetaciones.

2) ALTERACIONES INFLAMATORIAS

La inflamación es un proceso basal de la cavidad bucal en la que puede observarse generalmente dos o tres de los síntomas fundamentales del celso (calor, dolor, rubor y tumor) puede establecerse un absceso que es una colección purulenta.

Las alteraciones inflamatorias constituyen todas aquellas lesiones producto de la reacción local vasculoconectiva frente a la acción de un agente irritante. Todas las inflamaciones cursan por tres fases:

- a) Degenerativa o necrótica
- b) Vasculo exudativa
- c) Reacción histica reparadora

La lesión inicial puede ser producto de la acción de agentes vivos y de sus productos (hongos, bacterias y virus) de sustancias químicas o acciones físicas o de mecanismos alérgicos.

Se clasifican las inflamaciones en dos grupos: Agudas y -

crónicas o granulomatosas. En las primeras predominan las reacciones vasculares y los exudados de origen hemático; mientras que en la inflamación crónica o granulomatosa predomina la proliferación de elementos histiocitarios.

Se entiende por granuloma que una reacción inflamatoria crónica que muestra sectores predominantes de hiperplasia histiocitaria reaccional. Comprende la mayoría de las lesiones inflamatorias crónicas tales como los granulomas infecciosos (bacterias, hongos, virus) y los granulomas de cuerpo extraño (talco, hilos de sutura, etc).

Muchos de estos granulomas muestran la estructura folicular tuberculoide, en otras épocas considerada como una estructura específica de la tuberculosis. No existe una inflamación absolutamente específica para una determinada zona, si bien en cada proceso inflamatorio puede sugerir una etiología o una patogenia con la predominación de los tipos de exudados, disposición de los granulomas y presencia del agente productor del fenómeno inflamatorio. Cada agente productor de reacción inflamatoria obliga al organismo a reaccionar de determinada manera, todo ello en función del grado de inmunidad natural o adquirida. Un mismo agente puede producir inflamaciones agudas (con predominio de polinucleares neutrofilos) o subagudas, (con predominio de elementos plasmolinfocitarios). Otros agentes pueden generar granulomas de diferentes tipos como en la lepra, donde un mismo tipo de bacilo puede generar un granuloma lepromatoso, rico en células de Virchow (histiocitos con el citoplasma cargado de bacilos y lípidos) o un granuloma folicular tuberculoide asociado con neuritis, según el grado de inmunidad natural del paciente.

Capítulo III**TUMORES INFLAMATORIOS**

TUMORES INFLAMATORIOS

Los tumores inflamatorios representan más de la mitad de todos los tumores de la boca por proceder generalmente de una irritación crónica, donde los tejidos orales están sueltos constantemente a las irritaciones asociadas con la masticación, mordeduras y el habla, así como las producidas por limaduras toscas, dentaduras y buques, líquidos irritantes, sustancias químicas y muchos otros factores.

Como su nombre lo indica, el tumor inflamatorio o granuloma, es una masa granulomatosa compuesta por elementos inflamatorios.

Los componentes histológicos de los granulomas son dependiendo de la etiología específica, localización, su posición de irritación e infección secundaria y de las diferentes respuestas de cada enfermo, siendo la diferencia histológica más aparente que importante, ya que la mayor parte de los tumores inflamatorios presentan en distintas porciones los siguientes elementos:

- 1) Elementos angioblásticos: una gran vascularización con numerosos capilares.
- 2) Células inflamatorias: Una acumulación intensa de células inflamatorias crónicas, en muchas ocasiones hay células plasmáticas y a veces células gigantes de cuerpo extraño y células polimorfonucleares.
- 3) Elementos fibroblásticos: Son característicos de los tumores, también varía la cantidad de tejido fibroso dependiendo del estado del tumor, observándose en algunas ocasiones...

Los granulomas de los tejidos blandos de la boca varía mucho según cada enfermo, depende su aspecto de la localización de la masa, de la presencia o no de irritaciones superpuestas, de las causas específicas y del tiempo de evolución del granuloma.

A pesar de estos factores variables, la mayor parte de los granulomas mantienen ciertos caracteres clínicos que son característicos de su naturaleza inflamatoria.

El granuloma puede desarrollarse en cualquier región de la boca, está bien localizado y generalmente tiene límites periféricos bien definidos: el color puede variar, sobre todo en lesiones antiguas, en éstas el tejido fibroso suele ser más abundante que en las lesiones recientes y por ésto su color es menos rojo o rosa de distinta intensidad. Los granulomas más frecuentes coloreados son de consistencia blanda, mientras que los más palidos son semiduros o duros debido a su mayor contenido de tejido fibroso. Cuando estos se localizan en mucosa bucal, en el piso de la boca, en lengua, labios o en pliegues mucobucales, suelen ser muy móviles, siendo esta la característica clínica de una enfermedad localizada no inflamatoria, y aquellos que se localizan en encía y en paladar pierden esta característica debido a la rigidez de la estructura histica subyacente.

Otra característica de los granulomas es que sangran muy fácilmente cuando se los lesiona o se los explora, pudiendo continuar la hemorragia por mucho tiempo.

También varía la superficie de estos tumores: muchos son redondeados, lisos, otros están cubiertos con una capa que rentifica

Adherente de color gris, otros presentan ulceraciones con signos concomitantes de destrucción y de necrosis hística, las superficies de algunos granulomas contienen fisuras - debido a lesiones causadas por los dientes de la dentadura.

El tumor inflamatorio puede ser asintomático, desconociendo el enfermo su existencia; por lo general el enfermo se dá cuenta de su existencia por su tamaño, ya que puede interferir en las funciones de la boca o por su tendencia a la hemorragia. El dolor es ocasionado por ulceración o necrosis de la lesión.

El aspecto clínico depende del grado de actividad - fibroblástica y de las proporciones de la inflamación.

Se han usado diferentes terminos para designar a éstos granulomas fibrosos: fibrogranuloma, granuloma fibrótico y fibroma irritativo. En ocasiones es difícil diferenciar el granuloma fibroso del fibroma.

C L A S I F I C A C I O N

El tumor inflamatorio o granuloma puede presentarse en cualquier lugar de la boca, incluidos los dientes y los maxilares y en tejidos blandos, ya que el aspecto clínico está dado por su localización. Hay numerosas terminologías para describir estos tipos de granuloma, los nombres más frecuentes están en relación a las distintas localizaciones de los granulomas: (1)

1) TEJIDOS DE LA MUCOSA (Bucal, piso de boca, lengua, labios, etc.)

a) Hiperplasia inflamatoria

b) Granuloma piogeno

- a) Hiperplasia alveolar inflamatoria
- b) Granuloma periferico de celulas gigantes
- c) Granuloma periferico con calcificación
- d) Epulis
- e) Granuloma de célula plásmatica
- f) Granuloma por cuerpo extraño

3) TEJIDOS MUCOBUCALES

- a) Tejido redundante
- b) Epulis fissuratum

4) TEJIDOS DEL PALADAR

- a) Pseudo papilosis
- b) Hiperplasia inflamatoria de dentadura

5) DIENTES

- a) En la corona del diente: pulpoma, pulpa polipoide y granuloma oular
- b) En el ápice: granuloma perirradical
- c) En el canal de la pulpa: resorcion interna

6) ALVEOLO DEL DIENTE

- a) Granuloma carnososo
- b) Granuloma del alveolo

7) MANDIBULA Y MAXILAR

- a) Granuloma reparativo de células gigantes.

8) GRANULOMA DE INDOLE DESCONOCIDA

(1) Tiecke, Fisiopatología bucal, pp. 168

Capítulo IV

ETIOLOGIA, CARACTERISTICAS CLINICAS E HISTOPATOLOGICAS DEL EMBLIS FISURADO

Epulis fisurado, tejido redundante ó hiperplasia fibrosa inflamatoria: Puede considerarse como una reacción de tipo inflamatoria hipertrófica e hiperplásica que se presenta como resultado de una etiología específica tal como la causada por la irritación del borde de una placa, que se produce cuando hay reabsorción del hueso que permite a la prótesis que se adapte al proceso alveolar adecuadamente. Con características clínicas que incluyen alargamientos fisurados o dispuestos en pliegues. Esta proliferación de tejido suele ser lenta.

El epulis fisurado se presenta con mayor frecuencia entre la tercera y la quinta década de la vida y con una incidencia aproximadamente doble en el sexo femenino. La irritación puede estar localizada en la porción anterior del maxilar o extenderse desde la línea media hacia distal, estos procesos tienden hacia la forma tumoral; persisten, crecen y permanecen mientras exista el factor irritante.

Todas éstas características clínicas de la hiperplasia fibrosa inflamatoria ayudan para su diagnóstico y proporcionan generalmente datos concluyentes para su diagnóstico. Existe la posibilidad de realizar una biopsia, como se menciona más adelante, ya que éste auxiliar proporciona a menudo los datos histológicos concluyentes.

No es clara la causa de la atrofia de los maxilares, desvinculada con una infección o enfermedad metabólica; sin embargo, la resorción excesiva del hueso alveolar es un motivo frecuente de problemas en la fabricación de la prótesis, sin importar cual sea la etiología. Cualquiera disminución de la zona de soporte protésico coloca una carga mayor sobre los tejidos remanentes de apoyo.

y cada una de sus partes tiene que tolerar una proporción, se puede inflamar, tornarse sensible, o presentar dolor, todo lo cual provoca mayor resorción. Conforme disminuye la altura del proceso alveolar, las inserciones que tienen los tejidos blandos con el hueso se tornan comparativamente más superficiales y los músculos chocan con mayor fuerza contra la prótesis.

HISTOPATOLOGIA DEL EPULIS FISURADO

Los cortes microscópicos muestran que la lesión está compuesta de tejido conectivo fibroso infiltrado de células inflamatorias como los linfocitos y plas mocitos, y cubierto de una capa de epitelio escamoso estratificado que puede ser de espesor normal. (2)

Cabe hacer notar que tanto el color, la consistencia y la presencia de algunas células inflamatorias aumentará en número e intensidad conforme vaya aumentando el tiempo de evolución de la misma, por lo que no es raro encontrar en cortes histológicos de una misma lesión, diferentes características celulares y clínicas, por lo que volvemos a remarcar la importancia de una buena historia clínica para evitar confusiones con los datos histológicos.

(2) Orban, Histología y embriología Buc. Edit. P.M.M. pp. 225

Capitulo V**METODOS DE DIAGNOSTICO**

METODOS DE DIAGNOSTICO

La historia clínica es un factor muy importante para el diagnóstico odontológico.

Los datos más importantes que debemos tomar en cuenta son, los macroscópicos observables en la clínica y aun con mayor exactitud aquellos en que se observan las estructuras microscópicas. Se debe advertir que ninguno de los datos - deberá considerarse aisladamente, y cuantos más datos podamos reunir en cada caso, tanto más exacto será el diagnóstico.

Los estudios histopatológicos son los medios para hacer la diferenciación precisa de ciertos neoplasmas, de benignos a malignos.

La biopsia es la extirpación y el examen del tejido de un individuo vivo. Incluye cuantos exámenes puedan verificarse en un tejido para llegar a un diagnóstico definitivo.

La biopsia debe ser acompañada por datos clínicos correctos del paciente. Debemos recordar que un tumor bien encapsulado y pequeño debe ser extirpado totalmente al ser sometido a la biopsia, aprovechando que se ha sometido a la intervención se debe eliminar totalmente.

La ubicación tiene gran importancia, puesto que un tumor relativamente benigno que se desarrolla en un lugar inaccesible y adyacente a tejidos vitales y vulnerables, puede ofrecer un pronóstico más serio que una lesión de malignidad que se encuentra en un lugar accesible. Aparte de las consecuencias que pueden resultar de la neofor-

mación y su acción mecánica se observa cierta tolerancia al tumor a pesar de su volumen.

El crecimiento de los tumores benignos es principalmente central cuando se desarrolla en la profundidad de un órgano o un tejido.

Este crecimiento encuentra una resistencia, por lo que la neoformación toma una forma considerable esférica.

Es de gran importancia llegar a un diagnóstico del tumor antes de planear un tratamiento por medio de todos los estudios auxiliares de diagnóstico.

Además de la biopsia mencionada anteriormente se cuenta con procedimientos de laboratorio que son de gran ayuda en el diagnóstico. Debe recordarse que las pruebas de laboratorio sólo deben efectuarse cuando estén indicadas por los datos obtenidos en la historia clínica y las impresiones que se obtienen después del examen del paciente. El abuso de las pruebas de laboratorio y los resultados de las mismas, sin un examen adecuado del paciente, conducirá a diagnósticos erróneos y al manejo inadecuado de los mismos.

Por su utilidad se mencionan algunos de los exámenes más frecuentes.

- Análisis de orina
- Hematología
- Química sanguínea
- Examen general de orina.

Capítulo VI

TECNICAS DE PREPARACION DE MUESTRAS PARA ESTUDIO HISTOLOGICO

TECNICAS DE PREPARACION DE MUESTRAS PARA ESTUDIO HISTOLOGICO

Antes de que cualquier muestra tisular se pueda estudiar con el microscopio, debe ser tratada de cierto modo que permita hacer claramente visibles las estructuras que van a ser examinadas. El conocimiento de algunos procedimientos básicos en la preparación de muestras de tejidos, aumentará considerablemente la comprensión de las estructuras histológicas observadas en las preparaciones microscópicas que examina durante su estudio histológico.

La preparación de los tejidos para estudio bajo el microscopio es una técnica y una ciencia conocidos como técnica histológica o microtécnica. Los métodos especiales de técnica histológica parecen ser de variedad casi infinita, pero los métodos rutinarios de la preparación tisular, comprenden el corte de la muestra en cortes delgados, después el montaje de los cortes sobre el porta objetos, su tinción con colorantes histológicos, y la colocación de un cubre objetos sobre ellos para conservarlos.

Los detalles del procedimiento varían necesariamente con la naturaleza de la muestra y el carácter de las estructuras de interés particular.

Se usan comúnmente cuatro métodos diferentes en la preparación de los tejidos bucales para examen microscópico:

- 1.- Las muestras incluidas en parafina y cortadas. Este es el método más frecuentemente empleado en la preparación de los tejidos blandos, para estudio con un microscopio ordinario de luz, y consiste en incluir la muestra en parafina y después hacer cortes de 4 a 10 micras de espesor. Los cortes se montan en portaobjetos, se tapan por una serie de colorantes selectos, y se tapan con un cubre objetos.

2.- Las muestras incluidas en celoidina y cortadas.

Las piezas que contienen hueso o dientes necesitan una preparación diferente. Se debe descalcificar (eliminar la sustancia mineral) antes de poder seccionarlas en el microtomo y para su corte se incluyen ordinariamente en celoidina y no en parafina.

3.- Las muestras de tejido descalcificado desgastadas para hacer cortes delgados.

Los cortes de diente o hueso no descalcificado se pueden obtener preparando un corte, por desgaste. Se hace aplicando la muestra no descalcificada, sobre una piedra abrasiva y giratoria, hasta que desgasta a un corte de alrededor de 30 micras de espesor, o menos.

4.- Muestras de tejido blando congeladas y cortadas.

Cuando es importante que las muestras de tejido patológico sean estudiadas inmediatamente, o si los reactivos empleados para la inclusión en parafina o celoidina destruirían los caracteres tisulares que se quieren estudiar, sin fijar, se pueden congelar y cortar sin ser incluidos en ninguna sustancia de sostén. Estos cortes se llaman cortes por congelación. (3)

Capítulo VII**TRATAMIENTO DEL EPULIS FISURADO**

El aumento en la frecuencia y la notable importancia de los problemas protésicos causados por la excesiva resorción de los huesos maxilares, quedan remarcados por la multitud de técnicas quirúrgicas diseñadas para manejarlos.

El tratamiento de elección para el epulis fisurado consiste primero en la eliminación del agente irritante, después de lo cual si es una lesión incipiente, suele desaparecer. Si no lo hace en un tiempo razonable, debe ser extirpado quirúrgicamente. Y por las características del epulis fisurado se suele realizar por medio de la técnica de biopsia excisional.

Cuando se manejan lesiones que parecen benignas al examen clínico, se debe utilizar la técnica de biopsia siempre que se pueda porque no solo se dispone de toda la lesión para el examen sino también la eliminación completa de la lesión, es por lo general, la única forma de tratamiento utilizable para la mayor parte de los estados susceptibles de examen histológico. En tales circunstancias la biopsia también constituye el tratamiento para el epulis fisurado y de tal manera no se necesitan más que raciones.

Con demasiada frecuencia las muestras quedan arruinadas cuando se apastan usando las pinzas dentadas o hemostáticas, complicación que se puede evitar si se hace la captura adecuada de la lesión con una o más suturas que, después, pueden emplearse para mover y controlar el espécimen y para tensar los tejidos blandos para su eliminación. Se ejerce tracción sobre la mucosa para eliminar alrededor de su inserción.

Después de cortar la mucosa que rodea la base de la lesión se separa el espécimen de los tejidos subyacentes, combinando la disección aguda con bisturí y la roma con pinzas curvas; de inmediato se coloca el trozo de tejido en un frasco previamente marcado o en un recipiente que contenga solución fijadora que puede ser formol al 10%. Si la herida resultante está sobre una superficie cubierta con mucoperiostio insertado se acostumbra cubrir el defecto con una placa base o una prótesis revestida con pasat de óxido de zinc y eugenol o acondicionador de tejidos.

Cuando se manejan lesiones pequeñas y pedunculadas con una base sésil, muchas veces es posible cerrar el defecto mucoso con este recurso sin aplicar tensión, logrando así la cicatrización por primera intención. En otros casos sólo se puede reducir el tamaño del área que se deja cicatrizar por granulación al avanzar la mucosa suturada con los tejidos mesodérmicos subyacentes.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS

Para poder recopilar la información sobre las características clínicas de los pacientes que presentaron el éupolis fisurado, se realizaron las siguientes actividades:

Fase I Localización del número de biopsia y nombre del paciente que presentó la lesión, esto se hace buscando en la libreta de control y resulta - dos del laboratorio de histopatología de la - clínica Zaragoza.

Fase II Con el número de biopsia y fecha de estudio de la misma, se buscó en las ordenes que elabora cada alumno y que anexa a la muestra histológica, encontrando marcada la localización que describe el alumno y algunas de las características clínicas de la lesión.

Fase III Localización del reporte del laboratorio de histopatología en donde se indican las características histológicas de la lesión y el diagnóstico histológico de la misma.

Fase IV Vaciamiento de los datos en cuadros de clasificación, dividiéndolos por edad, sexo, número de casos.

Fase V Elaboración de gráficas y cuadros para poder interpretar los resultados.

Fase VI Interpretación y presentación de resultados.

RESULTADOS

TABLA No. 1

Edad año	1984	1985	1986	1987	1988	1989
30-39	-	-	1	-	-	-
40-49	-	1	-	-	-	-
50-59	2	1	5	3	2	1
60-69	-	1	1	-	1	-
70-79	-	-	-	1	-	-

Tabla que muestra la distribución por edad del éculis fisurado en 20 pacientes del sexo femenino, atendidas de 1984 a 1989 en la clínica multidisciplinaria "Zaragoza".

TABLA No. 2

EDAD	TOTAL DE PACIENTES 1984 - 1989
30-39	1
40-49	1
50-59	14
60-69	5
70-79	1
TOTAL DE PACIENTES 22	

Número de casos por edad en 10 años de edad. Pacientes con enfermedad registrada atendidos de 1984 a 1989.

TABLA No. 3

Edad año	1984	1985	1986	1987	1988	1989
30--39	-	1	-	-	-	-
40--49	-	1	-	-	-	-
50--59	-	-	1	-	-	-
60--69	1	-	1	-	-	-
70--79	-	-	-	1	-	-
80--89	-	-	-	1	-	-

Tabla que muestra la distribución por edad del opúsculo resuscitado en 6 pacientes de sexo masculino, atendidos de 1984 a 1989 en la clínica multidisciplinaria "zaragoza"

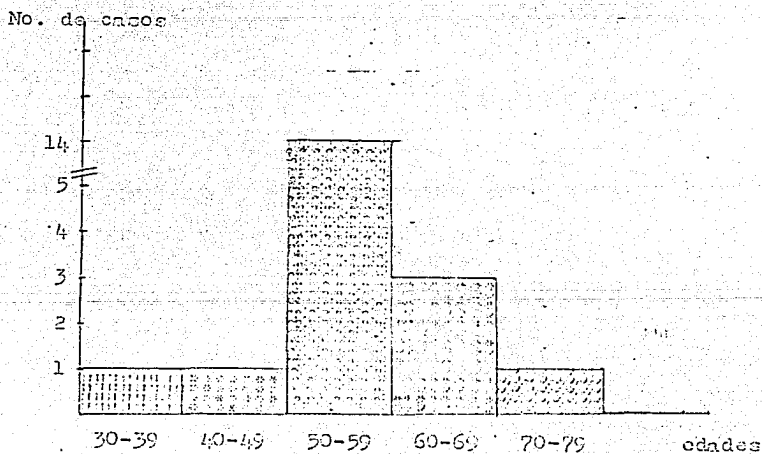
Tabla No. 4

EDAD	TOTAL DE PACIENTES 1984 - 1989
30 - 39	1
40 - 49	1
50 - 59	1
60 - 69	1
70 - 79	1
80 - 89	1
	TOTAL 6

Número de casos por edad en 6 pacientes de sexo masculino con epulis nasuradas atendidos de 1984 a 1989 en la clínica "ZURRAGOZA"

Gráfica No. 1

Gráfica que representa el número de casos de epulis fisurado por edad en pacientes de sexo femenino, atendidos en la clínica de concentración "Paragoza".



Gráfica No. 2

Gráfica que muestra la frecuencia del epulis figurado en relación a la edad y al sexo de los pacientes localizados para la muestra.

No. de casos



TABLA No. 5

LOCALIZACION	No. DE CASOS
MUCOSA VESTIBULAR SUPERIOR	19
MUCOSA LINGUAL	-
MUCOSA PALATINA	-
MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR	7

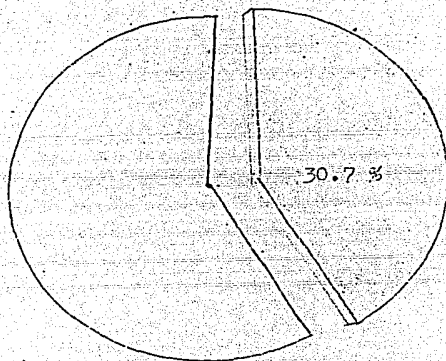
La tabla muestra la distribución en la localización del epulis fisurado en 26 pacientes revisados en la Clínica Zaragoza

TABLA No. 6

C A R A C T E R I S T I C A		No. DE CASOS	TOTAL	%
D O L O R A LA PRESION	SI	8	26	30.7 %
	NO	18		69.2 %
C O L O R	ROJO	5	26	19.2 %
	BLANCO	-		-
	ROSA	21		80.7 %
S U P E R F I C I E	LISA	7	26	27.7 %
	RUGOSA	19		73 %
B A S E	SESIL	6	26	23 %
	PEDUNCULADA	20		77 %
C O N S I S T E N C I A	FIRME	17	26	65.3 %
	BLANDA	9		34.5 %
E V O L U C I O N	LENTA	24	26	92.3 %
	RAPIDA	2		7.6 %

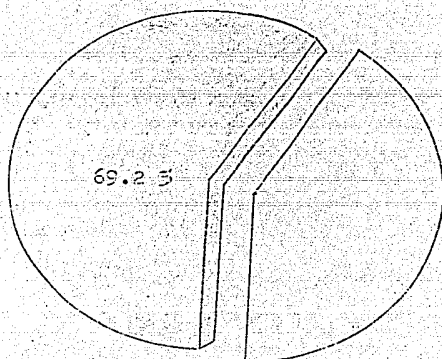
En esta tabla se observan las características clínicas del
 épulis risurado y su frecuencia en 26 pacientes.

El 30.7 % de los pacientes con epulis fisurado refieren dolor al producir presión sobre la lesión.



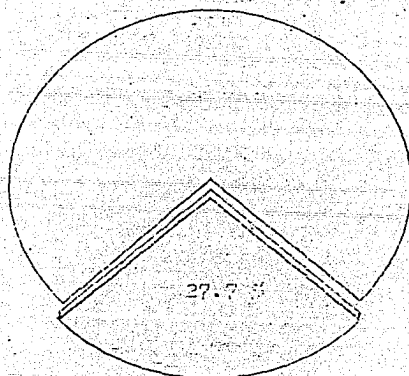
Hay algunas razones por las que se presenta dolor en la lesión, Puede ser por presentarse en una fase inicial o bien puede presentar ulceración.

El 69.2 % de los pacientes no refieren dolor al producir presión.



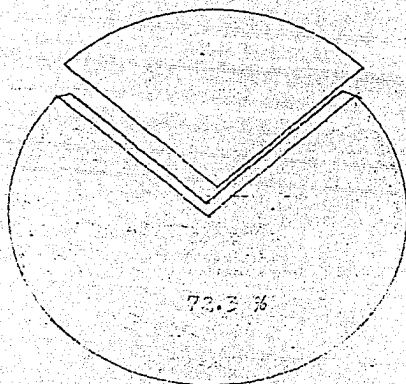
Se trata de una hiperplasia crónica, que esta compuesta de tejido conectivo principalmente, por lo tanto a mayor tiempo de evolución, menor dolor a la presión.

El 27.7 % de los pacientes presentarán lesiones de superficie lisa.



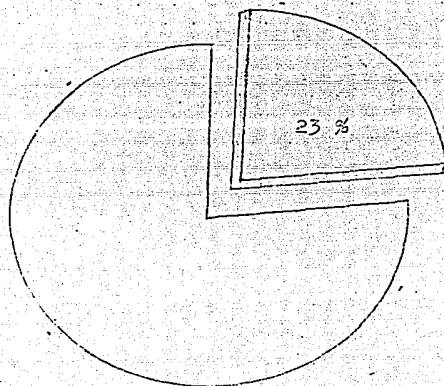
La superficie lisa de ésta lesión se debe principalmente a que puede cursar por etapas de inflamación aguda que provoca cierto edema y por lo tanto esa superficie lisa.

El 72.3 % de los pacientes presentaron superficie rugosa en la lesión.



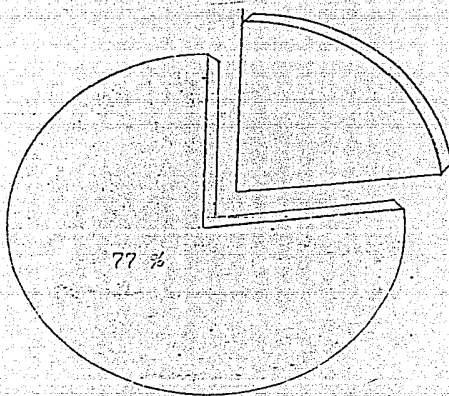
Como es una lesión de consistencia firme y fibrosa presenta superficie rugosa como la mayoría de estas lesiones.

El 25 % de los pacientes presentan lesiones de base sesil.



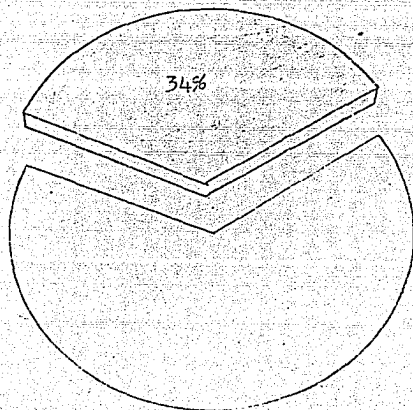
Pudiera deberse a que el flanco de la prótesis no presione lo suficiente para delimitar la base como sucede en la mayoría de estos pacientes.

El 77 % de los pacientes presentaban lesiones de base pedunculada.



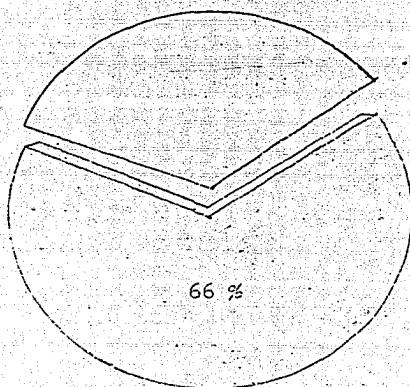
El dato mencionado en esta página nos hace suponer que la presión que ejerce el flanco de la prótesis sobre la hiperplasia, delimita la extensión de la base y por ello se presenta de tipo pedunculada.

El 34 % de los pacientes presentan lesiones de consistencia blanda.



Se presenta un menor porcentaje de lesiones de consistencia blanda, ya que ésta no es una característica del óvulo fisurado y se podría interpretar como una de las primeras etapas en la evolución de la hiperplasia.

El 66 % de los pacientes presentan lesiones de consistencia firme.



Por tratarse de una lesión caracterizada por la acumulación de fibras colágenas, se presenta con mayor frecuencia la lesión de consistencia firme.

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se dan a conocer los resultados de la estadística realizada en la clínica "Zaragoza" en 26 pacientes que presentaron éoullis fisurado de 1984 a 1989.

: En la tabla número 1 se ilustra la presencia de éoullis fisurado en mujeres, dividiéndolas por edad y el año en que fueron diagnósticadas.

Se observa que en el año de 1984 solamente se presentaron 2 casos de la lesión, que se piensa sea debido a que es el año en que comenzó a funcionar el laboratorio de histopatología y por lo tanto se hubieron de recibir pocas muestras histológicas para estudio.

Contrariamente en el año de 1986 se presentaron 7 casos, que nos hace pensar que en ese año hubo mayor cantidad de casos para diagnóstico.

A partir del año de 1987 se han presentado menor cantidad de pacientes, que pensamos se deba a que también los grupos de la escuela la han disminuido su cantidad de pacientes por la disminución también de la cantidad de alumnos y por lo tanto las muestras histológicas disminuyeron.

Quizá uno de los puntos importantes en este análisis sea que nos permite comprobar que el éoullis se presenta con mayor frecuencia en la quinta década de la vida y más frecuente en el sexo femenino, como lo mencionan Shaffer, Baskar y Zegarelli, refiriéndose a la frecuencia en sexo y edad. Ya que en esta edad es más factible encontrar pacientes que utilicen prótesis total

sis total o parcial que puedan causar la lesión o que el paciente pueda sufrir la atrofia alveolar derivada de el uso prolongado de la prótesis. (tabla No. 2) .

En la tabla número 3 se prevalencia de 1 caso por edad en pacientes de sexo masculino que indica menor frecuencia de la lesión en el sexo masculino.

Se consideran cuatro sitios anatómicos para la localización del ópulis fisurado (tabla No. 5) y observamos que con mayor frecuencia se encuentra en la mucosa vestibular superior y en segundo lugar en la mucosa vestibular inferior, sin encontrarse en otro sitio.

Si consideramos que ésta lesión es provocada por la irritación constante del borde de una prótesis mal adaptada y que los flancos de la prótesis se adaptan sobre la mucosa vestibular comprueba también lo que la bibliografía menciona a éste respecto.

Se hace un análisis de las características clínicas del ópulis fisurado y que se manejan en la hoja de características que hay en el laboratorio de histopatología y que se marcan en la tabla número 6 como las más frecuentes para la lesión.

Se observa que el 69.2 % de los pacientes no refieren dolor al presionar la hiperplasia, mientras que el 30.8 refieren dolor a la presión. Teniendo que recordar que estos datos están íntimamente relacionados con la evolución ya que a mayor tiempo de evolución hay mayor acumulación

de fibras colagenas y en consecuencia menor sensibilidad.

El color tiene tambien una relación importante con el tiempo de evolución y como el cóulis fisurado crece lentamente comprobamos este dato con lo siguiente. El 80% de las lesiones presentan coloración rosada, contra 19.2% de coloración roja.

Al considerarse como una lesión hiperplásica y fibrosa, se debe considerar tambien una lesión con superficie rugosa (73%) y tambien la consistencia firme (65.3%).

La evolución lenta (92.3%) es característica de una lesión benigna, que tambien es importante considerarla para su diagnóstico.

Cabe hacer mención que todos los datos descritos anteriormente son el resultado del análisis hecho de los resultados del laboratorio y que muchas veces no se tiene la misma apreciación sobre las características clínicas de las lesiones, y que es lo que ocasiona ciertas variaciones en los resultados.

CONCLUSIONES

Después de haber elaborado esta breve revisión bibliográfica y hacer las observaciones a los pacientes que presentaron esta lesión podemos concluir que:

Perdidos los dientes el odontólogo encuentra en los maxilares la principal base de sosten para la prótesis de reemplazo, ésta base no siempre se encuentra en buen estado, y se puede deber a factores sistémicos, patologías locales o secuelas quirúrgicas.

La prótesis total procura la conservación de la salud de los desdentados, mediante el reemplazo de los órganos dentarios por aparatos artificiales colocados en los maxilares, que tienen la finalidad de restaurar las funciones masticatorias, fonéticas y demás deficiencias que provoca la falta de dientes.

Queda absolutamente demostrado que son dos las únicas causas de que se presente el edulismo fisurado y son:

- a) La constante irritación del borde de una prótesis total mal adaptada por deficiencias en la elaboración de la prótesis total o parcial.
- b) La atrofia progresiva de los procesos alveolares por el uso prolongado de la prótesis, que en consecuencia provocará el desajuste de la prótesis y seguir el mecanismo de la primera causa.

También se pudo concluir que definitivamente es más frecuente encontrar esta lesión en mujeres y en la quinta década de la vida.

Las lesiones de éoulis fisurado son consecuencia en un gran porcentaje del descuido del odontólogo para la elaboración de las prótesis de sus pacientes.

También existen dos tipos de tratamiento para la hiperplasia en cuestión y son los siguientes.

- a) El primer caso consistirá en la eliminación del agente irritante y esperar a que desaparezca la hiperplasia o la úlcera, lógicamente si la lesión no es muy amplia ni fibrosa.
- b) Si no desaparece la lesión con la eliminación del agente irritante o si es grande y fibrosa se decide la eliminación quirúrgica de la lesión.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PROPUESTAS

- 1.- Todo paciente que ingresa a la clínica, deberá llenar un cuestionario médico y odontológico para poder hacer un diagnóstico preciso de sus patologías o patología.
- 2.- Implementar un curso de cirugía presrotésica en el área de la clínica, ya sea incluido en el plan de estudios o como un curso de actualización para el odontólogo.
- 3.- El profesor deberá exigir dentro de las posibilidades al alumno que mande las muestras a estudio histopatológico para poder obtener un diagnóstico final y para llevar un registro de los mismos.
- 4.- Establecer una cantidad de procedimientos mínimos aprobatorios para la clínica y poner más énfasis en la calidad de la atención que en ella se da, porque por la presión de tiempo y de pacientes los alumnos pierden el interés de la atención eficiente.
- 5.- El cirujano dentista que se encuentre con cualquier patología deberá tener destreza manual, además de basarse en conocimientos de fisiología, patología, técnicas quirúrgicas y demás áreas de las que se dispone para lograr resultados óptimos para el paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- William G. Shaffer
Tratado de patología bucal.
Editorial Interamericana.
Tercera edición.
México 1977
pp. 503-514

- 2.- Tiecke, Stuteville y Calandra.
Fisiopatología bucal
Editorial Interamericana.
Primera edición.
México 1960.
pp. 166-168.

- 3.- Glicman, Irving.
Periodontología clínica
Edit. Interamericana.
Cuarta edición.
México 1974
pp. 84-109

- 4.- Geoffrey I. Howe.
Cirugía bucal menor
Editorial el manual moderno
Tercera edición.
México 1987.
pp. 397-413

- 5.- Arthur W. Ham
Tratado de histología
Edit. Interamericana
Sexta edición.
México 1970.
pp. 25.
- 6.- Orban, A. Balint
Histología y embriología bucales.
Edit. La prensa médica mexicana.
primera edición.
México 1969.
pp. 376
- 7.- Gustav O. Kruger
Cirugía bucomaxilofacial.
Editorial panamericana.
Quinta edición
México 1986.
pp. 118 y 119
- 8.- Ozawa Deguchi, Jose Y.
Prostodencia total
Programa del libro de texto universitario U.N.A.M.
Quinta edición.
México 1984
pp. 108 y 116