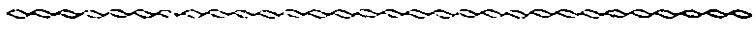


870122

26
Dij

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México



ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS
NEOPLASIAS MEZENQUIMATOSAS OSEAS DE LOS
MAXILARES

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

JUAN OTONIEL GAMEZ ROMERO

ASESOR: DR. MARIO ALBERTO GOMEZ DEL RIO

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.



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.

" ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS
NEOPLASIAS MEZENQUIMATOSAS OSEAS
DE LOS MAXILARES ".

I N D I C E

| | Pág. |
|--|------|
| Introducción..... | 1 |
| CAPITULO I Generalidades sobre la anatomía de los- maxilares y estructuras adyacentes..... | 4 |
| A) Cavidad bucal..... | 5 |
| B) Denticiones..... | 8 |
| C) Hueso alveolar..... | 9 |
| D) Huesos de la cara..... | 10 |
| CAPITULO II Neoplasias benignas óseas mezenquimato- sas de los maxilares..... | 18 |
| A) Condroma..... | 20 |
| B) Fibromixoma..... | 21 |
| C) Displasia fibrosa..... | 23 |
| D) Osteoma..... | 26 |
| E) Fibroma odontogénico..... | 27 |
| F) Cementoma..... | 28 |
| G) Fibroma osificante..... | 30 |

| | Pág. |
|------------------------------|--------|
| H) Fibroma cementante..... | 32 |
| I) Odontoma compuesto..... | 34 |
| J) Odontoma complejo..... | 35 |
| CAPITULO III | |
| Tratamiento..... | 37 |
| A) Condroma..... | 38 |
| B) Fibromixoma..... | 38 |
| C) Displasia fibrosa..... | 41 |
| D) Osteoma..... | 42 |
| E) Fibroma odontogénico..... | 45 |
| F) Cementoma..... | 46 |
| G) Fibroma osificante..... | 46 |
| H) Fibroma cementante..... | 48 |
| I) Odontoma compuesto..... | 50 |
| J) Odontoma complejo..... | 50 |
| Conclusiones..... | 52 |
| Bibliografía. | |

I N T R O D U C C I O N .

Esta tesis se ha realizado con el fin y propósito que el estudiante de Odontología lea y comprenda sin muchos tecnicismos el tema al cual nos vamos a referir. Y al cirujano dentista como un manual de dichas neoplasias.

Las Neoplasias Benignas Oseas Mezenquimatosas es el título de ésta tesis.

Tal vez haya una interrogatoria ¿porqué ese tema en especial, habiendo tantas patologías en boca?.

Para mí fue muy importante la selección de éste tema. (¿Porqué?)

Porque se han observado con frecuencia alguna de estas neoplasias en muchos pacientes que tal vez para el lector como para mí han sido causa de diagnóstico, plan de tratamiento y su tratamiento. Como para algún lector sea algo raro o que hasta el momento por no ejercer o ser estudiante no ha tenido una experiencia personal en algún caso similar.

Es de gran importancia el estudio y conocimiento que se adquiere de cualquier patología oral y es por lo que he tomado las neoplasias benignas óseas mezenquimatosas de la cavidad oral. Las cuales tienen una etiología digna de tomarse en cuenta.

Es verdad las neoplasias benignas óseas mezenquimato -
sas en la mayoría de los casos no son dolorosas ni están -
constituidas como neoplasias malignas, pero si son invaso -
ras como se verá en el Capitulo II, ante las experiencias -
y estudios realizados por patólogos bucales y aquí recopi -
lados algunos de esos conocimientos como se ha mencionado -
con anterioridad las neoplasias óseas mezenquimatosas, son
invasoras y en ocasiones cuando son detectadas por el ciru -
jano dentista es porque ya está implicado algún diente o -
alguna estructura bucal.

Nos podemos percatar del problema mediante estudios ra -
diográficos realizados con otro fin o al realizar la revi -
sión bucal del paciente nos damos cuenta de que existe un -
problema y en otro de los casos el paciente refiere sentir
o creer que por una u otra razón hay algo que siente en la
boca que en otro tiempo no lo sentía y que le causa alguna
molestia.

Por la razón que se menciona, se da en el Capítulo I -
una breve reseña de la anatomía bucal de las estructuras -
adyacentes para saber qué porción de ésta nos está afectan -
do el tumor así como su localización.

En el Capítulo II se expone en sí el diagnóstico, el -
cual es de gran importancia para no errar y poder llevar -
al paciente al final del tratamiento con un verdadero éxi -

to, además en éste capítulo se estudia la etiología como el cuadro clínico de los tumores que aquí se mencionan.

En el capítulo III se da el tratamiento que como se verá tiene que ser realizado como un verdadero profesionalismo para evitar problemas graves al paciente y además nos percataremos de los métodos utilizados por algunos profesionistas dedicados a ésta labor y al éxito que han tenido como el fracaso a consecuencia de un mal tratamiento mal realizado.

C A P I T U L O I

GENERALIDADES SOBRE LA ANATOMIA DE LOS MAXILARES Y ESTRUCTURAS ADYACENTES.

En éste capítulo se expondrán las generalidades sobre la anatomía de los maxilares y estructuras adyacentes como se ha mencionado anteriormente, ésto con el fin de que toda persona que lea ésta tesis antes de pasar al capítulo II en donde se tratan las neoplasias benignas óseas mezenquimatosas de los maxilares, tengan una idea o cierto conocimiento de las estructuras a las cuales nos estamos refiriendo que está afectando dicho tumor por lo que se dará a continuación de una manera general como está compuesta, que es lo que forma, que es en sí la anatomía de los maxilares. Por lo que para poder entender ésto se dará a continuación el nombre y la ubicación de los huesos más importantes que forman y dan la formación de los maxilares y las estructuras adyacentes las cuales son muy importantes como se verá a continuación ya que unidas forman la configuración bucal y dan el adecuado funcionamiento ya que complementan la anatomía y estructuración no sólo de los maxilares sino del organismo humano en general.

Este capítulo es de gran importancia ya que gracias a éste, el lector al leer el capítulo II se dará cuenta de -

la magnitud de la invasión que dicha neoplasia mencionada está afectando tal o cual estructura anatómica o adyacente. Este capítulo nos abrirá el camino para analizar el plan de tratamiento o el tratamiento en sí que se debe realizar como se verá en el capítulo III y que está afectando en el sistema oral del individuo y hasta qué grado.

A) CAVIDAD BUCAL.

La cavidad bucal se encuentra situada en la parte inferior de la cara, en el comienzo del tubo digestivo; tiene una forma irregularmente ovalada, con el mayor diámetro en sentido anteroposterior. Se le describen varias paredes y dos orificios.*

Las paredes son: 1.- La anterior, representada por el labio superior y el labio inferior. 2.- Dos laterales, formadas por las mejillas. 3.- Inferior, donde encontramos, la lengua y, por debajo de la lengua la región sublingual. 4.- Superior y posterior constituida por el paladar. El paladar tiene dos porciones: la parte anterior es el paladar duro y la posterior se denomina paladar blando, cuya zona móvil se conoce con el nombre de velo palatino.

El borde posterior, libre, del velo del paladar, presenta en la línea media un prolongamiento cónico: la úvula

palatina, en cuyo espesor se encuentra el músculo de la úvula.

De la base de la úvula parten, a cada lado dos repliegues mucosos que se dirigen divergiendo hacia abajo y terminan en la lengua y en la faringe: son los pilares o arcos palatinos, se distinguen por su situación en arco anterior y arco posterior. En el espesor del arco anterior, se encuentra el músculo palatogloso y en el del arco posterior el músculo palatofaríngeo.

Los arcos palatinos y la pared lateral de la faringe, limitan una excavación, el seno o fosa amigdalina, donde se aloja la amígdala palatina.

Los orificios bucales son dos: el orificio bucal anterior, hace comunicar la boca con el exterior; alargado transversalmente cuando los labios se tocan, es la hendidura bucal.

En cada extremidad de esta hendidura, se encuentra el ángulo bucal que está limitado por la reunión de los dos labios o comisura labial.

El orificio bucal posterior, es irregular en su forma, es llamado istmo de las fauces y hace comunicar la boca con la parte bucal de la faringe o faringe bucal.

El istmo de las fauces, está limitado arriba y a los lados por la úvula y los arcos palatinos anteriores; aba-

jo, por el dorso de la lengua.

La superficie interna de la cavidad bucal, está tapizada y protegida por la mucosa bucal.

Relacionadas o dependientes de ésta mucosa, se encuentran en la boca las siguientes formaciones: el frenillo labial superior, el frenillo labial inferior, la encía, el frenillo lingual, la carúncula sublingual, el pliegue frangiado, las papilas linguales, la papila incisiva, los pliegues palatinos transversales, el rafe palatino y la foviola palatina, ésta última inconstante.

Los arcos dentarios dividen la boca en dos partes: una externa, por fuera de los dientes, el vestíbulo de la boca; la otra más amplia por dentro de los arcos dentarios, la cavidad bucal propiamente dicha.

La mucosa del vestíbulo bucal, después de revestir la cara interna de los labios y de las mejillas, se refleja, arriba y abajo sobre el maxilar y la mandíbula para formar la encía vestibular (gíngiva vestibulares).

Los surcos o fondos de saco que se constituyen por el hecho de ésta reflexión son: el surco vestibular superior (fornix maxillaris) y el surco vestibular inferior (fornix mandibularis). (7)

B) DENTICIONES.

El hombre tiene dos dentaduras o denticiones, conocidas con los siguientes nombres: la primera o temporaria de cidua caduca, de leche; la segunda o permanente, definitiva, sucedánea.

Difiodontos son los seres con dos denticiones, para distinguirlos de los monofiodontos, con una dentición, y de los polifiodontos, con varias denticiones.

Por vestigios encontrados en la odontogénesis, han sido señaladas una dentición pretemporaria y una dentición postpermanente aunque en la práctica se usan los términos dentadura y dentición, se debe recordar que dentadura es el conjunto de piezas dentarias ya formadas y consideradas en su lugar y posición.

Dentición comprende el estudio del origen, mineralización, crecimiento y erupción de los dientes.

Todos los dientes humanos se componen de tres partes: corona, cuello y raíz.

La corona dentaria conforma los arcos dentarios y realiza las funciones destinadas del diente, anatómicamente se caracteriza porque en su superficie externa se encuentra el esmalte.

La raíz sirve fundamentalmente para la fijación del

diente; y en su superficie externa está el cemento.

Donde entran en contacto el esmalte de la corona con el cemento de la raíz se constituye el cuello anatómico.

Los dientes permanentes, se clasifican por su distinta situación, forma y función en los siguientes grupos: incisivos, caninos, premolares y molares.

La dentadura temporaria está compuesta de: incisivos, caninos y molares.

La dentadura permanente tiene treinta y dos dientes.

La dentadura temporaria consta de veinte dientes, cinco piezas en cada hemimaxilar.(7)

C) HUESO ALVEOLAR.

El hueso alveolar es la parte del maxilar y de la mandíbula que rodea íntimamente la raíz de cada diente, su función principal es la de servir de sostén o de estabilizar al diente.

Se sostiene generalmente que el hueso alveolar se desarrolla con los dientes y que por lo tanto en la falta congénita de éstos no se desarrolla el hueso alveolar y se reduce considerablemente la dimensión vertical del cuerpo del maxilar y de la mandíbula. De lo dicho anteriormente hay discrepancias en la opinión de algunos autores.

Todos los huesos del esqueleto están formados por una-

estructura esponjosa, rodeada por una capa compacta o cortical. El hueso alveolar está formado, de manera semejante, por hueso esponjoso rodeado de lámina periférica compacta. La capa compacta interna recibe también el nombre de lámina peridental, pues rodea la raíz del diente. Una importante diferencia adicional es que el hueso alveolar sirve directamente de sostén a otro órgano; el diente.

El diente en desarrollo o en erupción no contribuye a aumentar la dimensión vertical del cuerpo de hueso maxilar, como puede observarse radiográficamente.

Durante la erupción preclínica o clínica la posición de la cresta de la apófisis alveolar en relación con el diente dependerá del grado de erupción y del grado de crecimiento del cuerpo del hueso del maxilar. (2)

D) HUESOS DE LA CARA.

La cara se divide en dos porciones: la mandíbula superior y la mandíbula inferior.

La mandíbula superior consta de trece huesos. De ellos uno sólo es hueso impar: el vómer. Los restantes son huesos pares: maxilar superior, malar, hueso propio de la nariz, unguis o lagrimal, palatino y cornete inferior.

La mandíbula inferior, consta de un solo hueso: el ma-

maxilar inferior.

Maxilar superior, está situado en la parte central y anterior de la cara e interviene en la constitución de las más importantes fosas y localidades de la misma.

Tiene una forma cuadrilátera y por lo tanto dos caras, cuatro bordes y cuatro ángulos.

La cara interna del maxilar superior destacan a nivel de su tercio inferior, una gran saliente que se dirige hacia la línea media de la cara: la cual es la apófisis palatina del maxilar superior, dicha apófisis presenta una cara superior que forma parte del piso de las fosas nasales; una cara inferior que interviene en la constitución de la bóveda del paladar; un borde interno que se articula con el homólogo de la apófisis palatina opuesta. Un borde externo que se continúa con el resto del hueso. Un borde anterior que contribuye a formar parte del orificio anterior de las fosas nasales y un borde posterior que se articula con el borde anterior de la rama horizontal del palatino. En el tercio anterior de la apófisis palatina del maxilar superior, sobre su cara interna, destaca la presencia de un canal que al articularse con el del lado opuesto forma el conducto palatino anterior.

A nivel del ángulo anterosuperior del maxilar superior, destaca la cara interna de una gran saliente vertical ila-

mada apófisis ascendente del maxilar superior.

Su cara interna presenta dos crestas anteroposteriores: la superior se articula con la masa lateral del etmoides y la inferior que lo hace con el cornete inferior.

Hacia arriba de la apófisis palatina y hacia atrás y - abajo de la apófisis ascendente, el resto de la cara interna del maxilar superior está formado por las siguientes - formaciones: el canal nasal (continuación del canal lacri- mal) situado atrás de la apófisis ascendente. El orificio- del seno maxilar, cerrado parcialmente por cuatro huesos - que se sitúan a su alrededor; arriba las masas laterales - del etmoides; abajo el cornete inferior; adelante, el un - guis y atrás la porción vertical de palatino. Y la tubero- sidad del maxilar o borde posterior, que se articula con - el palatino.

La cara externa del maxilar superior destaca una gran saliente que forma parte del esqueleto del pómulo o meji - lla: la apófisis piramidal del maxilar superior.

La apófisis piramidal presenta una base, un vértice y tres caras con sus bordes.

La base se confunde con el resto del hueso.

El vértice se articula con el hueso malar. La cara superior se llama orbitaria, y sobre ésta cara destaca la - presencia del canal suborbitario el cual termina en un ori

ficio localizado sobre la cara anterior de la apófisis piramidal. Este orificio (agujero suborbitario) da paso al nervio suborbitario así como a la arteria y vena del mismo nombre.

La cara anterior de la apófisis piramidal presenta la abertura del conducto suborbitario; sobre el espesor óseo de ésta pared, se encuentra el conducto dentario anterior, que se dirige hacia los alvéolos dentarios y da paso al nervio dentario anterior.

La cara posterior de la apófisis piramidal forma parte de la fosa cigomática. Presenta orificios pequeños llamados agujeros dentarios posteriores que dan paso a los nervios del mismo nombre, así como a ramas de la arteria alveolar.

El borde inferior de la apófisis piramidal forma la mayor parte del límite anterior de la fosa cigomática; el borde posterior se articula parcialmente con el ala mayor del esfenoides, y entre ambos dejan un espacio llamado hendidura esfenomaxilar, que da paso al nervio del maxilar superior. Finalmente hacia adelante de la apófisis piramidal. El resto de la cara externa del maxilar superior a éste nivel cara facial está ocupada por la eminencia y fosas caninas. La fosa mirtoforme y la rama ascendente del maxilar, en cuya superficie se origina el elevador común del

labio superior y del ala de la nariz.

El borde superior del maxilar superior se articula con tres huesos: adelante con el lacrimal, en medio con el etmoides y atrás con la apófisis orbitaria del palatino.

El borde anterior del maxilar superior forma parte del orificio anterior de las fosas nasales. Destacan en él la espina nasal anterior, la escotadura nasal y el borde anterior de la apófisis ascendente.

El borde posterior del maxilar superior se llama también tuberosidad del maxilar.

El borde inferior del maxilar superior sirve para la implantación de las raíces dentarias por lo que presenta una serie de cavidades o alvéolos. De allí el nombre que recibe de borde alveolar.

El ángulo del maxilar superior el más importante es el anterosuperior y está ocupado por la rama ascendente.

El seno maxilar tiene una forma piramidal y presenta una pared anterior que corresponde a la fosa canina. Su pared superior corresponde a la órbita y la pared posteroinferior a la fosa cigomática. La abertura o base corresponde a la pared externa de las fosas nasales y el vértice, a la pared interna del hueso malar.

Su punto más profundo se localiza a un centímetro por abajo del piso nasal. (10)

Las articulaciones de los huesos de la cara son: los dos huesos propios de la nariz o nasales que forman el dorso de la misma.

Los dos maxilares superiores que forman el piso de la órbita, las paredes laterales y el piso de la cavidad nasal y la bóveda del paladar o techo de la boca.

Los dos huesos malares que forman los pómulos. El maxilar inferior o mandíbula.

Los dos huesos palatinos que se localizan atrás de los maxilares superiores.

El hueso vómer que forma el tabique medio nasal

Los dos cornetes inferiores asidos a la cara lateral de la cavidad nasal.

Los dos huesos unguis que participan en la formación de las órbitas oculares, modelan las paredes internas, en ellas se encuentran las glándulas lagrimales. (9)

La mandíbula o maxilar inferior como componente de los huesos de la cara se dice que es un hueso impar y móvil situado en la parte inferior y posterior de la cara que aloja a las piezas dentarias inferiores formando con el hueso hioides el esqueleto del piso de la boca. Conectado por estructuras blandas a los dos temporales, permite la realización de variados movimientos, cuyos ejes están localizados a nivel de la articulación temporomandibular.

Su forma es comparada a una herradura horizontal abierta hacia atrás (cuerpo), de cuyos extremos libres emergendos prolongaciones o ramas ascendentes.

El origen de la mandíbula deriva del esqueleto visceral (primer arco); su osificación es conjuntiva.

El cuerpo del maxilar inferior es rectangular y más alto que ancho tiene dos porciones: inferior y superior o apófisis alveolar.

En la cara externa de la mandíbula se encuentra: la apófisis coronoides, la escotadura sigmoidea, el cóndilo, la rama ascendente, el ángulo o gonion, la línea oblicua externa, el cuerpo mandibular, el orificio mentoneano, la fosita mentoneana, la eminencia mentoneana y el borde alveolar.

En la cara posterointerna de la mandíbula se encontramos: la apófisis coronoides, la cresta temporal, la cresta condílea, el orificio dentario inferior recubierto por la espina de Spix, el canal milohioideo, el ángulo o gonion, fosita submaxilar, la línea oblicua interna o milohioidea, la fosita sublingual, la fosita digástrica, la apófisis geni, el borde parotídeo, el cuello del cóndilo y el cóndilo.

En la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula encontramos el orificio del conducto dentario, el canal milohioideo, la cresta condílea, la fosita para el músculo

pterigoideo externo. El cóndilo, la apófisis coronoides, -
la cresta temporal, la fosa retromolar, el trigémino retro
molar, la escotadura sigmoidea y la línea milohioidea.(3)

C A P I T U L O I I

NEOPLASIAS BENIGNAS OSEAS MEZENQUIMATOSAS DE LOS MAXILARES.

Este capítulo que se da a continuación, es la base de esta tesis.

Para poder comprender y captar el mensaje a fin de este capítulo, se han dado en el capítulo anterior algunos conocimientos primordiales acerca de la anatomía de los maxilares así como de las estructuras adyacentes de éstos. Por lo tanto al referirnos a los tumores que a continuación se dará, el lector de antemano tendrá una clara ubicación de la zona o zonas afectadas.

El tema que en este capítulo es mencionado, para mí y para todo cirujano dentista, es de gran importancia ya que cada uno de los tumores o neoplasias a las que nos vamos a referir están clasificadas como benignas por lo que en ocasiones hay quien no les da la importancia ni interés y mucho menos una preocupación como al ver la clasificación de maligna, por lo que aquí se verán las neoplasias benignas óseas mezenquimatosas de los maxilares son de gran importancia debido a la expansión que tiene y a las estructuras que pueden llegar a afectar. Son varias las neoplasias benignas óseas mezenquimatosas de los maxi

lares pero en ésta tesis sólo veremos las más comunes que se presentan en la cavidad bucal por lo cual doy como principio su etiología ya que ésta nos llevará y dará las causas de la formación de éstas neoplasias y el diagnóstico el cual es de gran importancia para no claudicar entre la clasificación de una y otra neoplasia.

El fin de éste capítulo es que el lector se pueda percatar de la magnitud e importancia que tiene el conocimiento de toda anomalía que pudiera existir no sólo en el paciente sino en nosotros mismos, ya que todo lo que no es normal y nos está dando por consecuencia algún cambio ya sea en el color, tamaño, posición o molestia, es una patología ya que no está desempeñando dicha estructura la función para la que fue creada y es ahí en donde debe entrar la experiencia profesional para llevar al paciente a un diagnóstico acertado mediante información que el mismo paciente nos puede otorgar, así como los datos clínicos que presenta la misma tumefacción, por lo que a continuación veremos la etiología y diagnóstico de algunas neoplasias benignas óseas mezenquimatosas de los maxilares.

A) CONDROMA.

El condroma es un tumor central benigno aunque no es muy común en los huesos de los maxilares.

Etiología.- El condroma suele aparecer en donde hay restos cartilaginosos vestigiales por lo que se justifica la aparición en el maxilar como en la mandíbula. Esta neoplasia se origina como una hinchazón indolora y lentamente progresiva del maxilar.

Para llegar a un diagnóstico y sacar de ahí el mismo veremos lo siguiente: el condroma es una lesión que tiene importancia clínica por la propensión del tumor a experimentar la generación maligna en ciertas circunstancias, - aún después de permanecer inactivo durante largo periodo.

El condroma es una neoplasia que se presenta a cualquier edad y no manifiesta predilección por el sexo.

Como cualquier otra neoplasia el condroma es capaz de aflojar los dientes.

La mucosa que la cubre rara vez se ulcera.

La parte anterior del maxilar superior, es el sitio más común de éste tumor particularmente en la línea media hacia el lingual o entre los incisivos centrales.

En el maxilar inferior el lugar de aparición más común es detrás del canino y afecta el cuerpo de la mandíbula.

la y las apófisis coronoides o los cóndilos.

La radiografía revela una zona radiolúcida irregular o moteada en el hueso.

El condroma es una lesión destructora que produce resorción radicular de los dientes adyacentes. (11)

B) FIBROMIXOMA.

El fibromixoma es una neoplasia benigna central.

Veremos que etiológicamente.- El fibromixoma es un tumor peculiar de los maxilares ya que no ocurre en otros huesos puesto que se origina en los tejidos mezenquimatosos embrionarios de un diente.

Se dice que aparentemente es de origen odontogénico y que probablemente tiene su origen en el tejido conjuntivo de la papila dental.

El fibromixoma se origina en la porción mezenquimatosa del germen dental, sea en la papila dental, folículo o ligamento periodontal. Por las pruebas o casos revisados, lo anterior parece ser lo más probable debido a la frecuencia de ésta lesión en maxilares y la ausencia casi total en cualquier otro hueso del esqueleto.

Diagnóstico.- El fibromixoma de los maxilares, es un tumor localmente invasor que no forma metástasis.

El fibromixoma se produce con mayor frecuencia en la segunda o tercera década de la vida.

Raras veces aparece antes de los diez años y después de los cincuenta años.

No tiene predilección especial por el sexo.

El mixofibroma tiene una leve predilección por la mandíbula, y por lo general está asociado con dientes ausentes o incluidos.

El mixoma odontógeno es una lesión central de los maxilares expande hueso y puede destruir la corteza.

Es de crecimiento lento y el dolor puede o no ser una característica.

En algunos casos la radiografía revela un aspecto moteado o en panal de abeja del hueso, mientras que en otros aparece una imagen radiolúcida destructiva expansiva, que a veces tiene estructura multilocular.

El desplazamiento de dientes por la masa tumoral es un hallazgo relativamente común y en ocasiones se presenta resorción radicular.

El tumor suele extenderse antes de ser descubierto.

La invasión del antro ocurre con frecuencia en las lesiones de maxilar.

Puede haber parestesia del labio en caso de invasión del conducto mandibular. (11)

C) DISPLASIA FIBROSA.

Encontramos que la displasia fibrosa de los huesos puede afectar un hueso y se le denomina displasia fibrosa monostótica o puede afectar varios huesos y se le denomina displasia fibrosa poliostótica.

Etiología.- La displasia fibrosa es de origen óseo y éste puede aumentar de tamaño y eventualmente deformarse, ocurre desde la formación del hueso y cesa su crecimiento en la época en que ocurre la maduración del hueso. Esta lesión puede estar en un hueso y ser única en la mandíbula o en el maxilar y en ocasiones se ven involucrados varios huesos del cuerpo. La displasia fibrosa se revela por calcificaciones de forma irregular.

Encontramos en éste tumor varias características que nos ayudan a ver un diagnóstico claro como es lo siguiente: la displasia fibrosa afecta más frecuentemente a las mujeres que a los hombres.

Es una enfermedad que suele comenzar precozmente, si bien sus manifestaciones clínicas pueden no aparecer hasta la adolescencia o la juventud, lo anterior se debe a la lentitud de su crecimiento y es lo que impide su descubrimiento precoz.

Sin embargo como resultado de su actividad continua y prolongada, el hueso puede aumentar de tamaño y eventual -

mente deformarse.

Estas anormalidades clínicas se descubren fácilmente - en los jóvenes cuando los huesos faciales, especialmente - la mandíbula están afectados.

En general la actividad de crecimiento cesa durante la vida adulta, aproximadamente en la época en la que ocurre la maduración del hueso.

En algunos casos la actividad ha persistido pero su - progreso es de ordinario lento.

Es dudoso que después de esto clínicamente otros nuevos huesos sufran también de displasia fibrosa. (12)

El cuadro clínico de la displasia fibrosa, se caracteriza por el hecho de que sus signos y síntomas sólo se limitan al hueso o huesos afectados.

Las lesiones pueden ser de tan pequeño tamaño y de tan escasa actividad que escapen a su descubrimiento clínico, - ni sean advertidas tampoco por el propio paciente. En tales casos suelen ser descubiertas accidentalmente durante un examen radiográfico.

En la displasia fibrosa moderada o grave, el paciente se queja sobre todo de un agrandamiento indoloro o de una deformidad o asimetría de la cara o mandíbula, existente - desde hacia ya mucho tiempo.

El examen extraoral y la palpación revelan que la asi-

metría, como la de un tumor, es firme, inmóvil, dura como el hueso y no sensible.

En la cavidad bucal, el agrandamiento mandibular o maxilar es impresionante. De ordinario único y unilateral, el agrandamiento presenta una forma redondeada, una textura dura como el hueso y está recubierto por los tejidos alveolares, de color rosado normal.

Ocasionalmente el agrandamiento masivo interfiere con las funciones fisiológicas normales de la boca y se convierte así en la causa de una cierta molestia.

Al expandirse en el interior del hueso, las lesiones de la displasia fibrosa pueden provocar el desplazamiento de dientes respecto de sus posiciones normales en el arcodentario. Resultan de ello grados variables de mala oclusión.

Habitualmente el paciente ya se ha dado cuenta desde hace muchos años de la lesión y de su agrandamiento lento y gradual.

La imagen radiográfica es similar en una lesión única en la mandíbula o en el maxilar superior (monostática) o si en el tipo más frecuente, en que la mandíbula es uno entre los varios huesos atacados (poliostática).

La participación del maxilar superior puede obliterar el seno parcialmente o en gran parte.

Las displasias fibrosas monostóticas o poliestóticas - pueden ser de uno a dos centímetros de diámetro y son pequeñas y si son mayores alcanzan varios centímetros.

Su forma también varía, algunas presentan bordes periféricos definidos y distintos, otras carecen de límites apenas visibles y parecen confundirse gradualmente con las - tramas trabeculares normales vecinas.

La displasia fibrosa se revela en las radiografías por calcificaciones de forma irregular, como manchas o puntos de distinto tamaño en medio de un fondo radiotransparente y regular.

Los dientes situados dentro de las lesiones de la displasia fibrosa pueden estar desplazados por la expansión - del tumor. (14)

D) OSTEOMA.

El osteoma es una neoplasia benigna del hueso.

Etiología.- El osteoma es una neoplasia que puede existir en el cuerpo del hueso u originarse en su periferia al igual que los demás es de origen mezenquimatoso.

El osteoma puede estar constituido por hueso esponjoso o por hueso compacto denso.

Diagnóstico.- Encontramos que los osteomas pequeños -

son asintomáticos por otro lado, los tumores de mayor tamaño, especialmente los de localización más periférica, se presentan como abultamientos o prominencias, duros como el hueso, de color normal y de contorno liso y bien definido.

El osteoma es indoloro y su historia revela en general una larga duración y un lento patrón de crecimiento.

En la mayor parte de los casos el osteoma se ve como una radiopacidad redonda, muy bien delineada y de densidad homogénea.

El osteoma está constituido por hueso compacto pero a veces éste es esponjoso. (14)

E) FIBROMA ODONTOGENICO.

El fibroma odontogénico es un tumor central de maxilares, es muy raro encontrar un caso de éstos.

Etiología.- El fibroma odontogénico se cree que se origina en uno de los componentes mesodérmicos del diente o del germen de éste y por lo tanto podría derivar del ligamento periodontal, papila dental o del folículo dental.

Diagnóstico.- Debido a su origen, el fibroma odontogénico está en estrecha cercanía con el diente, con la raíz, o en el caso de un diente retenido con la corona.

El fibroma odontogénico se presenta con mayor frecuencia

en niños y en adultos jóvenes y tiene predilección por la mandíbula.

Por lo general es asintomático, excepto la hinchazón del maxilar.

Este tumor produce una imagen radiolúcida expansiva y multilocular similar a la del ameloblastoma. (12)

F) CEMENTOMA.

El cementoma es una proliferación benigna.

Etiología.- El cementoma es una neoplasia originada de los elementos celulares en el ligamento periodontal. Su causa específica se desconoce aún cuando se hayan sugerido factores traumáticos, tales como disarmonías oclusivas y otras irritaciones locales. Se ha sugerido también la infección cuyo papel tampoco ha sido comprobado. El cementoma no está tampoco asociado con la presencia de enfermedades generales específicas.

El cementoma no es una enfermedad rara.

Al desarrollarse el tumor destruye la lámina dura y se propaga periapicalmente, sustituyendo al hueso trabecular de alrededor por una masa de tejido fibroso, dentro de la cual hay cantidades variables de material calcificado, del tipo de cemento u óseo.

Diagnóstico.- El cementoma se presenta más en mujeres que en hombres y es más frecuente en mujeres de raza negra que en mujeres de raza blanca.

La edad en que aparece el cementoma es variable.

La lesión suele ser asintomática, clínicamente negativa y son descubiertas durante los exámenes radiográficos dentales de rutina.

El cementoma es un tumor que crece despacio y su evolución global puede extenderse durante varios años.

El cementoma ocurre sobre todo en la región anterior de la mandíbula, asociado con las raíces de los incisivos y caninos; con menor frecuencia en las regiones posteriores de la mandíbula y todavía menos frecuente en el maxilar superior.

La mayor parte de las lesiones son múltiples, es decir, son afectados dos o más dientes de hecho la mayoría de los cementomas son múltiples.

Se acepta generalmente que el cementoma se origina como resultado de la actividad proliferante de las células del tejido conjuntivo del ligamento periodontal.

El periodo calcificante prosigue lentamente a menudo durante varios años, hasta que se alcanza la calcificación casi completa, en algunos casos puede no alcanzarse éste periodo a causa de la lentitud de la calcificación.

No se ha observado nunca la transformación del cemento ma en una neoplasia maligna.

El cementoma es una lesión intraósea, localizada periapicalmente alrededor de uno o más dientes que rara vez afecta a la corteza del hueso. Aún en aquellos casos en cuya lesión es extensa y propagada, raras veces se manifiesta la asimetría o la deformidad anatómica de el hueso afectado. (14)

G) FIBROMA OSIFICANTE.

El fibroma osificante es una neoplasia ósea central que ha causado considerables controversias debido a la confusión de la terminología y criterios de diagnóstico.

Hay notable similitud entre las características clínicas de ésta lesión y las del fibroma cementante central, tumor aceptado por muchos investigadores como de origen odontógeno.

Etiología.- El fibroma osificante es causado por los osteoblastos con formación ósea siendo éstas las células proliferantes teniendo un crecimiento lento.

Diagnóstico.- El fibroma osificante se presenta a cualquier edad pero es más común en adultos jóvenes, puede estar afectado cualquiera de los dos maxilares pero hay pre-

dilatación por la mandíbula.

La lesión suele ser asintomática hasta que la proliferación produce una notable hinchazón y leve deformación; el desplazamiento de los dientes es un signo clínico temprano.

Es un tumor de crecimiento relativamente lento y puede estar presente por años antes de ser descubierto. Por causa del crecimiento lento, las láminas óseas corticales y la mucosa o piel que las cubren están, casi invariablemente intactas.

La neoplasia ofrece un cuadro radiográfico extremadamente variable, según el estadio de la evolución. Pero sea cual sea su estadio de desarrollo, la lesión es siempre bien circunscrita y está demarcada del hueso circundante, a diferencia de la displasia fibrosa.

En sus estadios incipientes el fibroma osificante aparece paradójicamente, como una zona radiolúcica sin manifestaciones de radiopacidades internas. A medida que el tumor madura, hay una creciente calcificación, de modo que la zona radiolúcica se mancha con zonas opacas hasta que por último la lesión aparece como una masa radiopaca relativamente uniforme.

El desplazamiento de los dientes adyacentes es común así como la invasión de otras estructuras circundantes, la

lesión se compone básicamente de muchas fibras colágenas, entrelazadas. (11)

H) FIBROMA CEMENTANTE.

Este tumor es una neoplasia ósea que ha provocado considerables controversias debido a la confusión de la terminología y el criterio de diagnóstico. Ahora, es considerado como una entidad definida ya que es una verdadera neoplasia.

Etiología.- Vemos que en fibroma cementante las células proliferantes son las del cementoblasto con formación de cemento y a medida que la lesión madura las islas de cemento aumentan en cantidad incrementando el grado de calcificación.

Diagnóstico.- En el fibroma cementante central encontramos para su diagnóstico que éste puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en adultos jóvenes y de edad mediana.

Puede atacar cualquiera de los maxilares, pero habría una marcada predilección por la mandíbula.

Por lo general, la lesión es asintomática, hasta que el crecimiento produce una hinchazón notable y leve deformidad; el desplazamiento de diente es un rasgo clínico incipiente.

Es un tumor de crecimiento relativamente lento, y llega a existir durante años sin ser descubierto.

Debido a éste crecimiento lento, las láminas óseas corticales y la mucosa o piel suprayacente están casi invariablemente intactas.

La neoplasia presenta un cuadro radiográfico muy variable, según su fase evolutiva.

La lesión está siempre bien circunscrita y demarcada de el hueso circundante a diferencia de la displasia fibrosa verdadera.

En sus fases iniciales o por lo menos en una forma de la enfermedad, el fibroma cementante aparece como una lesión radiolúcida sin evidencia de radiopacidad interna.

A medida que el tumor va madurando, hay una creciente calcificación, de manera que en la zona radiolúcida aparecen opacidades hasta que, finalmente, la lesión se presenta como una masa extremadamente radiopaca.

El desplazamiento de los dientes adyacentes es común, así como también la invasión de otras estructuras adyacentes.

La lesión básicamente se compone de muchas fibras colágenas delicadas, entrelazadas, raras veces organizadas en haces, mezcladas con grandes cantidades de fibroblastos o cementoblastos activos y proliferantes. (11)

1) ODONTOMA COMPUESTO.

El odontoma compuesto es uno de los tumores odontogénicos más comunes.

Etiología.- Se le ha llamado odontoma compuesto al tumor cuando las estructuras calcificadas exhiben suficiente semejanza anatómica con los dientes normales aunque los dientes sean pequeños y deformados.

Diagnóstico.- Por lo general el odontoma compuesto se diagnostica en la segunda y tercera década.

La mayoría de los odontomas compuestos ocurren en la región incisivo canina del maxilar superior.

El tumor es pequeño y no es maligno. Suelen diagnosticarse durante un examen radiográfico dental corriente, donde su aspecto es muchas veces bastante característico, consistiendo en una masa de pequeñas estructuras parecidas a los dientes rodeadas por una estrecha banda radiotransparente.

Frecuentemente éstos tumores aparecen entre las raíces de los dientes anteriores deciduos, impidiendo la erupción de sus sucesores permanentes.

Los dientes son enanos y generalmente deformados. Casi todos tienen raíces simples. Algunos tumores tienen hasta tres o cuatro dientes mantenidos juntos dentro de una cápsula de tejido conjuntivo. (4)

J) ODONTOMA COMPLEJO.

Los odontomas complejos como los odontomas compuestos-juntos son probablemente los tumores odontogénicos más frecuentes.

Etiología.- Las causas de esta neoformación es debido que en el desarrollo del diente normal hay una degeneración de la lámina dental poco después de la formación de tejido duro y el odontoma complejo corresponde a este estado de inducción.

Diagnóstico.- La mayoría de los odontomas complejos se diagnostican en la segunda y tercera década del paciente.

No tiene preferencia sexual.

El odontoma complejo no es maligno y suele permanecer bastante pequeño, aunque algunas veces es gigante.

El odontoma complejo contiene también todos los elementos maduros de los dientes, es decir el esmalte, la dentina, la pulpa y el cemento, pero las formaciones de este tipo presentan imágenes radiográficas tan extrañas, que escasamente, o en nada se asemejan a la anatomía de los dientes.

En la mayor parte de los casos se ven masas uniformemente radiopacas, claramente rodeadas por una zona radiotransparente estrecha o ancha y que en este último caso, se extiende y circunda la corona de un diente bien formado

y no salido, dando así también la imagen de una calcificación extensa en el interior de un quiste dentigero. (1)

A veces, el diente del cual se origina el odontoma queda incorporado en el interior del tumor; otras veces el diente sale, rompe su vinculación y deja atrás el odontoma.

Estos odontomas son más fáciles de identificar radiográficamente que los demás odontomas, puesto que el odontoma complejo su aspecto puede simular al de la displasia fibrosa, el osteoma y el fibroma osificante.

El odontoma complejo ocurre con mayor frecuencia en la región del segundo y tercer molar y son algo más frecuentes en el maxilar inferior, que en el maxilar superior.

(14)

C A P I T U L O I I I

TRATAMIENTO.

En este capítulo se darán los tratamientos de cada una de las neoplasias mencionadas en el capítulo II.

Por lo tanto este capítulo III es de gran interés, ya que después de haber conocido la anatomía de los maxilares y las estructuras adyacentes en el capítulo I y posteriormente en el capítulo II haber leído las causas por las cuales se originan mencionadas neoplasias y además después de haber estudiado y analizado el diagnóstico de cada una de éstas neoformaciones, en éste capítulo III se han recopilado los tratamientos al igual que el plan de tratamiento - que doctores que se han dedicado en especial a éstas neoplasias mediante el estudio y práctica han dado a conocer ofreciéndonos sus técnicas quirúrgicas y sus deducciones. Por lo tanto en cada tratamiento está la experiencia y el conocimiento de las mejores técnicas quirúrgicas o procedimientos que se deben efectuar para volver a su estudio a algún órgano afectado y cuando por la invasión del tumor ya no fuera posible esto al menos evitar que otras anatomías maxilares así como estructuras adyacentes se ven invadidas y cesen sus funciones adecuadas. Nos percataremos de los cuidados postoperatorios que debe tener el paciente de

pendiendo de la neoplasia que haya presentado teniendo en consideración cuales de éstas son o no recidivantes, además si alguna de éstas neoplasias tienen tendencia a malignisarse por lo tanto se verá si el pronóstico es favorable o no lo cual es de gran importancia no sólo para el doctor que está atendiendo el caso, sino debe ser mayor para el que las padece.

A) CONDROMA.

El tratamiento del condroma es de tipo quirúrgico; consistiendo en la extirpación de la masa de nueva formación y de las partes vecinas donde están asentados. Grandes tumores centrales que en las formas no benignas requieren la resección del hemimaxilar donde asientan. La radioterapia no es activa en esos procesos. (8)

La extirpación incompleta va seguida de recidivas repetidas o reparación del tumor, y de la probabilidad de transformación maligna en condrosarcoma, con metástasis extensas y muerte. (12)

B) FIBROMIXOMA.

El fibromixoma se caracteriza por ser una neoplasia infiltrativa no encapsulada que produce destrucción local de

los tejidos calcificados y blandos pero no despliega capacidad para dar metástasis.

Por lo tanto el manejo quirúrgico de éste tumor plantea varios factores engorrosos porque su comportamiento sería distinto de un caso a otro y la consistencia gelatinosa del tumor dificulta su erradicación local.

Los mixomas de los maxilares han sido tratados con procedimientos conservadores y radicales. La extirpación incompleta ocasiona recurrencia local.

Se dice que el tratamiento del fibromixoma sólo se debe hacer resección en las lesiones masivas y que el tratamiento radical debe reservarse para las lesiones recurrentes.

Es más probable que ocurran recurrencias después de tratamientos conservadores locales como en enucleación y curetaje.

Treinta y un caso de fibromixoma informaron que en la enucleación o curetaje, seguida a veces por cauterización química o eléctrica ha dado excelente resultado.

Sostienen que la resección en bloque se debe considerar para las lesiones más extensas.

Hay un tratamiento más agresivo para el fibromixoma en la que se destruye mucho tejido haciendo cirugía radical junto con radioterapia.

Con todos los tratamientos anteriormente realizados, se ha visto que hay recurrencias de acuerdo con los artículos publicados y las experiencias de Laskin, parece ser que las lesiones del maxilar superior son más agresivas que las lesiones similares de la mandíbula. Esto sucedería porque la trama trabecular laxa del maxilar opone menos resistencia a la infiltración que la trama trabecular más densa de la mandíbula. Se ha observado que las medidas quirúrgicas locales para las lesiones del maxilar produjeron un índice de recidivas más alto que para las lesiones de la mandíbula.

Según Laskin, el tratamiento adecuado conforme su experiencia es, en las lesiones pequeñas menores de un centímetro cuando están en la mandíbula, se pueden tratar bien con cirugía conservadora. Sin embargo esta modalidad terapéutica sólo se debe hacer en pacientes a los cuales se puede seguir con posterioridad, ya que en ocasiones hay recidivas entre tres meses y diez años después de la operación. Las lesiones más grandes y todas las del maxilar superior tienen un alto índice de recidivas después del tratamiento conservador. Se recomienda hacer una resección segmentaria o completa en todas las lesiones del maxilar. Se logra buena técnica quirúrgica eliminando el tejido blando cuando está invadido.

En conclusión el tratamiento de elección es la escisión quirúrgica amplia o la resección en bloque conservadora, salvo cuando hay una invasión o recurrencia masiva, entonces se prefiere la resección radical. (5)

C) DISPLASIA FIBROSA.

Es raro en la displasia fibrosa que se pueda hacer la escisión completa y por lo general no está indicada la resección. En consecuencia, el tratamiento quirúrgico debe limitarse a obtener un buen resultado estético en la cara o remodelar la apófisis alveolar para mejorar la retención de la dentadura, eliminando quizá más hueso del necesario para que pueda ocurrir reparación. El hueso suele ser muy blando y se puede tallar con facilidad con un escoplo de mano. Por lo general se debe repetir la operación, en particular a la edad en que el crecimiento del esqueleto cesa.

Como la interferencia quirúrgica puede acelerar el crecimiento en algunos casos, en los pacientes en que no tienen deformidad no se debe hacer otra cosa que una biopsia confirmatoria.

La radioterapia para tratar las lesiones displasia óseas está contraindicada ya que por estudios realizados en cuatro casos (tres en el maxilar superior y uno en la

mandíbula) en que una displasia fibrosa tratada con irradiación se complicó con un sarcoma. Perkins y un colega - que describieron un sarcoma en un caso de displasia fibrosa poliostósica también dijeron que la radioterapia es peligrosa además de ineficaz.

A todos los pacientes con displasia fibrosa se les debe examinar periódicamente por la posibilidad de malignización aunque no se haya hecho radioterapia. (5)

D) OSTEOMA.

Para los tratamientos del osteoma se debe hacer con escisión, pero el procedimiento exacto depende de su localización. Los osteomas del maxilar superior se escinden por vía intrabucal. En el paladar hay que movilizar un gran sector de mucosa haciendo la incisión a lo largo del margen alveolar. En algunos casos se puede incidir alrededor de todo el paladar para poder reflejar la mucosa sin perturbar los vasos sanguíneos que emergen de los agujeros palatinos. El tumor mismo se visualiza con facilidad después de haber desprendido con una legra los tejidos blandos que lo cubren. Una vez expuesto por completo el osteoma, se le elimina con fresa y osteótomos. Muchas veces hay

que delinear primero el corte con fresas quirúrgicas, en especial si la superficie del tumor es ebúrnea. El sitio quirúrgico se alisa con limas para huesos y fresas y la herida se debrida cuidadosamente. Al cerrar la incisión recuérdese que muchas veces se necesita menos tejido después de haber retirado la neoformación ósea, de modo que se debe recortar cuidadosamente la mucosa para que no se forme un hematoma submucoso.

La escisión de los osteomas unidos a la mandíbula puede hacerse por vía intrabucal o extrabucal, según el sitio del tumor. Si el osteoma está unido a la superficie lingual en la región de la apófisis alveolar, es fácil retirarlo a través de una incisión de tamaño adecuado realizada a lo largo del margen gingival. Una vez desprendido el mucoperiostio, se puede localizar y exponer el tumor mediante divulsión. El pedículo se transeca con una fresa o escoplo. Una vez eliminado el tumor, se alisa el resto del pedículo con una lima o fresas para huesos a los efectos de emparejar la superficie de la mandíbula. La herida se cierra con puntos separados. Si existe rezumación persistente de sangre, se inserta un dique de goma como drenaje y se lo sutura al borde de la incisión para evitar que se forme un hematoma. El drenaje se retira al día siguiente.

Los osteomas insertados en la superficie externa de la porción dentígena de la mandíbula también se pueden extirpar con un procedimiento similar a través de una incisión en el surco labial o vestibular. Tómese la precaución de no lesionar el nervio mentoniano.

Los osteomas subcutáneos, que pueden estar en la superficie externa o interna de la rama o en el borde inferior de la mandíbula, se escinden por medio de una incisión cutánea debajo del ángulo de la mandíbula, la cual puede prolongarse hacia adelante en la medida necesaria para extraer la masa ósea después de haberla desprendido. En ocasiones para esto hay que ligar la arteria facial y su vena. A causa de su tamaño, estos tumores son fáciles de exponer y de escindir después de haber desprendido todas sus inserciones de partes blandas. Algunos de estos tumores son sésiles o están implantados por medio de una base ancha y a menudo hay que realizar el corte en el hueso y no en la lesión misma porque la superficie tumoral es extremadamente dura. La eliminación de osteomas múltiples puede requerir una serie de operaciones.

Los osteomas de la apófisis coronoides pueden retirarse mediante un abordaje intrabucaal. La incisión en la mucosa se hace a lo largo del borde anterior de la rama ascen-

dente, se desprenden los tejidos blandos de ambos lados y se los separa y la base de la apófisis coronoides se divide con una gran fresa de corte transversal de Lindemann. - Hecho el corte, se desprende el músculo temporal y se retira el tumor. Conviene pasar un alambre transóseo a través de la apófisis coronoides o tomar ésta con una pinza antes de seccionarla porque el músculo temporal podría arrastrar el fragmento a la fosa intratemporal y dificultar su extracción.

Los osteomas del seno maxilar se sacan mediante un abordaje de Caldwell-Luc. Puede ser que haya que hacer una abertura muy grande en la pared externa del seno para retirar el tumor si no se lo secciona. La sección se debe hacer con una fresa antes de desprender la lesión porque es por demás difícil cortarla una vez desprendida. (6)

E) FIBROMA ODONTOGENICO.

El tratamiento indicado para esta neoplasia es la eliminación quirúrgica conservadora o curetaje y eliminación completa que determinará la cura.

Aunque es cierto que la no presentación de recurrencia puede considerarse como una evidencia de cirugía ade -

cuada. Aunque la mayoría de los casos el tumor no es encapsulado, la masa fibrosa se separaría con facilidad del tejido óseo circundante. (13)

F) CEMENTOMA.

Se requiere mucha precaución en la interpretación y tratamiento del cementoma teniendo mucho cuidado de las zonas radiolúcidas que se presentan en las etapas tempranas que pueden parecerse al granuloma.

El cementoma requiere solo del reconocimiento y observación periódica. No es necesario extraer los dientes o instituir procedimientos endodónticos.

No se debe realizar la extirpación quirúrgica ya que ésta hace que los dientes adyacentes pierdan su vitalidad. (13)

G) FIBROMA OSIFICANTE.

Para realizar el tratamiento del fibroma osificante se debe lograr el acceso a éste cortando y levantando el mucoperiostio, la naturaleza del método quirúrgico depende de la localización y extensión del quiste. Si el quiste óseo es completamente enucleado o se trata con el método -

de Partsch o sus modificaciones depende más de su tamaño y localización que del diagnóstico real del mismo.

Cuando la enucleación es el método de elección, el hueso suprayacente tiene que quitarse con cinceles alveolotomos o fresas para hueso. Muchas veces el hueso es sumamente delgado y puede quitarse fácilmente con una pinza hemostática.

Frecuentemente existe erosión a través de todo el hueso y la membrana quística se inserta al periostio o cubierta de tejido blando y tiene que ser separada de éstos.

Ello se complica a veces con infección secundaria y formación de un conducto fistuloso con gran cantidad de tejido cicatrizal.

El saco quístico tiene que ser expuesto para levantarlo cuidadosamente de su lecho óseo.

Moose ha aconsejado hacer un colgajo osteoperióstico al operar tumores y quistes de la mandíbula con cubierta ósea delgada.

Esta técnica consiste esencialmente en hacer a la vez una incisión a través del mucoperiostio y de la capa cortical ósea. Esto puede hacerse con un bisturí si el hueso es delgado o colocando un cincel afilado en la incisión del colgajo dándole unos golpes ligeros para que penetre en el

hueso. Entonces se levanta el hueso adherente al mucope -
riostio para exponer la lesión quística. Este procedimien -
to se hace en las paredes labial y bucal de los maxilares -
superiores y la mandíbula. Después de la remoción de el tu -
mor regresa el colgajo a su posición original y se sutura.
La conservación del hueso insertado al periostio aumenta -
la superficie osteogénica de los tejidos alrededor del -
coágulo sanguíneo que llena la cavidad tumoral. Esto aumen -
ta la posibilidad de cicatrización por primera intención y
también forma un mejor núcleo para la regeneración del hue -
so. Las fracturas que ocurren en este hueso delgado cuando
se levanta el colgajo no son importantes siempre que los -
fragmentos de hueso no se separen totalmente del periostio.
Si se desinsertan entonces se quitan y se descartan.

La aplicación de empaques de gasa, Gelfoam o astillas
del hueso depende del tamaño y localización del tumor. Es -
tos apósitos tienden a evitar el sangrado y la formación -
de hematoma con la disolución resultante del coágulo san -
guíneo y el drenaje séptico y también ayuda a la cicatriza -
ción. (5)

H) FIBRONA CEMENTANTE.

Para el tratamiento del fibroma cementante, se requie

re mucha precaución en la interpretación de la zona radiolúcida que se presenta en las etapas tempranas que puede parecerse al granuloma. Las lesiones que pueden diagnosticarse como fibroma cementificante pueden requerir eliminación, algunas veces cirugía radical debido a la expansión y al compromiso de grandes zonas. (13)

El fibroma cementante es una lesión expansiva ya que no exhibe tendencia a infiltrar, se debe realizar con ésta neoplasia una cirugía conservadora, y se observa una escasa propensión a las recidivas. Para las lesiones recurrentes el tratamiento es conservador, ya que en raras ocasiones éstas lesiones alcanzan un tamaño extraordinario. El tumor al estar rodeado por una cápsula de tejido conectivo fibroso que permite separarla del hueso normal adyacente con una enucleación conservadora y curetaje.

Cuando la lesión ha adquirido un tamaño extremadamente grande, el tratamiento de elección sería la resección por la gran destrucción ósea.

Se sabe que ésta lesión tiene una capacidad ilimitada para crecer y que puede ocurrir una fractura patológica. -

(6)

I) ODONTOMA COMPUESTO.

J) ODONTOMA COMPLEJO.

El tratamiento de los odontomas es siempre quirúrgico.

Estos tumores pueden ser intervenidos bajo anestesia general o local.

Los tiempos quirúrgicos son los clásicos: incisión amplia, que permita visualizar y exteriorizar el tumor. La osteotomía es sencilla porque el hueso en general está adelgazado; se realiza a escoplo y martillo o con fresa según la preferencia del operador. La enucleación del tumor es la mayor parte de las veces sencilla.

Es importante vigilar la cavidad ósea y extraer toda la membrana envolvente, en la cual existen sustancias duras y epitelio odontógeno que pueden ser causa de recidivas.

Operados correctamente no recidivan nunca, cuanto más pueden encontrarse en nuevas radiografías algún denticulo olvidado en la intervención. Para la operación del odontoma, se traza la incisión del Neumann posteriormente se desprende el colgajo, se hace la osteotomía y extracción de algún diente que esté interfiriendo en el odontoma compuesto o complejo.

Realizada la osteotomía aparece el odontoma, se secciona el odontoma con un escoplo y se realiza la extracción de ambos hemisferios, se procede a la regularización de los bordes óseos, se realiza la obturación de la cavidad ósea con gasa yodoformada.

Un odontoma compuesto o combinado se puede extirpar de la siguiente manera: se realiza la incisión, desprendimiento del colgajo, se realiza la osteotomía a escoplo de la tabla ósea externa, reseca la tabla externa aparecen los denticulos que forman el odontoma, se extraen los denticulos con un elevador recto posteriormente se efectúa la regularización de los bordes óseos con pinza gubia, terminando la operación se adapta el colgajo y se sutura. (8)

C O N C L U S I O N E S .

Después de haber realizado ésta tesis, por medio de la investigación, estudio y recopilación de datos de personas totalmente dedicadas al estudio y tratamiento de las neoplasias mencionadas en el capítulo II y tratadas en el capítulo III, he llegado a ésta conclusión, la cual espero no difiera de la opinión del lector.

Las neoplasias benignas óseas mezenquimatosas, podemos decir de ellas que han sido clasificadas y nombradas entre los tumores benignos óseos de la boca y que tienen una importancia desde su etiología, la cual nos hace leer y meditar su origen así como el diagnóstico el cual se debe realizar con cuidado, precaución, ya que de éste depende cien por ciento el resultado final para lo cual es indispensable la toma de radiografías y en ocasiones hasta la biopsia.

El cuadro clínico en éstos tumores nos es de gran ayuda para la diferenciación en cierto grado de un tumor y otro ya que nos da las características de éstas.

Todo lo anterior es de gran importancia y hasta cierto grado bonito para el cirujano dentista pero al llegar al tratamiento nos damos cuenta que éstas neoplasias benignas óseas mezenquimatosas, no son tan benignas como lo dice el

nombre que se le ha otorgado ya que en el tratamiento nos hemos percatado que dichas neoplasias son invasoras y que en ocasiones produce malposición de dientes o al haber invadido estructuras óseas provocan deformación facial, lo cual es molesto para el paciente y además implica costos elevados así como un problema a nivel sistémico.

El tratamiento o extirpación quirúrgica es una etapa al menos para el cirujano dentista de gran interés y de mucha satisfacción por saber que está colaborando para dar al paciente una estabilidad en el bienestar en el funcionamiento oral.

Pero el pronóstico de estas neoplasias nos hace verlas no tan benignas ya que en su mayoría y por lo descrito en el capítulo II si se ha realizado un diagnóstico equivocado o un tratamiento inadecuado como se ve en el capítulo III y al referirnos al tratamiento se está incluyendo por supuesto la intervención quirúrgica. Las neoplasias benignas óseas mezenquimatosas recidivan y la gran mayoría de éstas tienden a malignizarse con frecuencia ocasionando la muerte del paciente, además suelen ser tratadas por radiación las cuales en ocasiones dan resultados positivos y en otras desencadenan la malignidad del tumor.

Por lo mencionado en los capítulos anteriores, nos damos cuenta que las neoplasias que aquí se han tratado, es-

tán a un paso de malignizarse o de recidivar. Por lo que se le debe poner un verdadero interés a cualquier tumor de éstos que presente alguno de nuestros pacientes y por bien de él y por ética profesional, el cirujano dentista, nos debemos dar cuenta del límite que tenemos como profesionistas y dar el paso o remitir al paciente con un cirujano maxilofacial o un doctor capacitado cuando el tratamiento así lo requiera para dar los resultados más acertados al paciente y no arriesgar su vida.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- CRISTOPHER, DAVIS. .
Tratados de Patología Quirúrgica.
México, Interamericana, 1988.
629, 630, 631, 410.
- 2.- DIAMOND, MOSES.
Anatomía Dentaria.
México, Hispano Americana, 1982.
70, 71
- 3.- FIGUN, EDUARDO Y GARINO, RICARDO.
Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada.
Argentina, El Ateneo. 1978.
41, 42.
- 4.- GORLIN, ROBERT Y GOLDMAN, HENRY.
Patología Oral.
España, Salvat, 1975.
520, 521, 522, 523, 524.
- 5.- KRUGER, GUSTAVO
Tratado de Cirugía Bucal.

México, Interamericana, 1984.

211, 212, 484.

6.- LASKIN, DANIEL

Cirugía Bucal y Maxilofacial.

Argentina, Panamericana, 1987.

532, 533, 534, 535, 540, 541, 546, 640.

641, 642, 644, 667.

7.- PAGANO, JOSE LUIS.

Anatomía Dentaria.

Buenos Aires, Mundi, 1965.

30, 33, 34.

8.- RIES CENTENO, GUILLERMO.

Cirugía Bucal.

Argentina, El Ateneo, 1975.

667, 690, 701, 702, 703.

9.- RODRIGUEZ PINTO, MARIO.

Anatomía Fisiología e Higiene.

México, Progreso, 1981.

32, 33.

10.- SANDOVAL MARTINEZ, FRANCISCO Y REYES GARAY, JORGE.

Anatomía.

Guadalajara, U.A.G., 1982.

81, 82, 83, 84, 85, 86, 87.

11.- SHAFER, WILLIAM Y LEVI, BARNET.

Tratado de Patología Bucal.

México, Interamericana, 1982.

276, 279, 290.

12.- STANLEY, ROBBINS.

Patología Estructural y Funcional.

México, Interamericana, 1975.

840, 843.

13.- WAITE, DANIEL.

Tratados de Cirugía Bucal Práctica.

México, 1984.

366, 367, 369, 370.

14.- ZEGARELLI, EDWARD Y KUTSCHER, AUSTIN.

Diagnóstico en Patología Oral.

España, Salvat, 1982.

320, 321, 322, 323, 405, 406, 408.