

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### NEOPLASIAS OSEAS BENIGNAS DE LOS MAXILARES

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

LUCIA DEL CARMEN ESPINOSA MERCADO

ASESOR: DRA. <sup>GELIA</sup>MARGARITA GOMAR FRANCO

GUADALAJARA, JAL.

1990



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE.

INTRODUCCION. . . . .	1
CAPITULO I	
CARACTERISTICAS CLINICAS E HISTOLOGICAS.	
A)-GRANULOMA REPARATIVO GIGANTOCELULAR (CENTRAL) . . . . .	3
Características clínicas. . . . .	3,4
Características histológicas. . . . .	4
B)-MIXOMA. . . . .	5
Características clínicas. . . . .	5,6
Características histológicas. . . . .	6
C)-CONDROMA. . . . .	7
Características clínicas. . . . .	7,8,9
Características histológicas. . . . .	10
D)-LESIONES OSTEOFIBROSAS CENTRALES. . . . .	11
Características clínicas. . . . .	11,12
FIBROMA(ejemplo de lesión osteofibrosa). . . . .	12,13
	14
Características histológicas. . . . .	14,15
FIBROMA(ejemplo de lesión osteofibrosa). . . . .	15
E)-QUERUBISMO. . . . .	16
Características clínicas. . . . .	16,17
	18,19

Características histológicas. . . . .	19
F)-OSTEOMA. . . . .	20
Características clínicas. . . . .	20
Exóstosis. . . . .	20,21
Osteoma Cavitario. . . . .	21
Osteomas Centrales. . . . .	21
Osteoma Compacto. . . . .	22
Osteoma Periférico. . . . .	23
Osteoma Esponjoso. . . . .	23
Características histológicas. . . . .	23
G)-TORI. . . . .	24
Características clínicas. . . . .	24
Torus Palatinus. . . . .	25,26
Torus Mandibularis. . . . .	26
Características histológicas. . . . .	26,27
H)-HEMANGIOMA DEL HUESO. . . . .	28
Características clínicas. . . . .	28,29
	30
Características histológicas. . . . .	31

CAPITULO II

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

A)-GRANULOMA REPARATIVO GIGANTOCELEAR (CENTRAL). . . . .	33
Características radiográficas, pronóstico y tratamiento. . . . .	33

B)-MIXOMA. . . . .	34
Características radiográficas,pronóstico y trata- miento. . . . .	34,35
	36
C)-CONDROMA. . . . .	37
Características radiográficas,pronóstico y trata- miento. . . . .	37,38
D)-LESIONES OSTEOFIBROSAS. . . . .	39
Características radiográficas pronóstico y trata- miento. . . . .	39,40
E)-QUERUBISMO. . . . .	41
Características radiográficas,pronóstico y trata- miento. . . . .	41,42
	43
F)-OSTEOMA. . . . .	44
Características radiográficas,pronóstico y trata- miento. . . . .	44
G)-TORI. . . . .	45
Características radiográficas,pronóstico y trata- mientp. . . . .	45
H)-HEMANGIOMA DEL HUESO. . . . .	46
Características radiográficas,pronóstico y trata- miento. . . . .	46,47
	48.
CASOS CLINICOS:	
Casos clínicos. . . . .	50
QUERUBISMO. . . . .	51,52
	53,54,55,56,57

GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES. . . . .58,59

CONCLUSIONES. . . . . 60,61

BIBLIOGRAFIA. . . . . 62,63

64,65.

INTRODUCCION.

Todo cirujano dentista debe tener una información de las alteraciones que se pueden llegar a presentar en la cavidad oral; en esta ocasión nos referiremos en especial a ocho Neoplasias Oseas de los Maxilares, de las cuáles es muy importante tener conocimientos que al usarlos correctamente nos darán enormes satisfacciones en nuestra práctica diaria.

En unas cuantas palabras podemos decir que las Neoplasias Oseas benignas detectadas a tiempo nos evitarán problemas mayores, ya que en algunas ocasiones el no ser atendidas debidamente pueden llegar a sufrir alguna transformación maligna.

Será muy triste el que un paciente sufra las consecuencias por no haber tenido nosotros la capacidad para saber distinguir entre una lesión y otra; las características clínicas, histológicas y radiográficas que son específicas de cada tumor y poder valorar las Neoplasias Oseas y así atenderlas a tiempo, logrando con esto un tratamiento y pronóstico favorables.

**CAPITULO I.**

**CARACTERISTICAS CLINICAS E HISTOLOGICAS.**

Los tumores de los Maxilares que no se originan a partir de la lámina dentaria o sus derivados, se clasifican como no odontogénicos y pueden ser benignos o malignos. En esta ocasión solo hablaremos de los tumores benignos más comunes.

A)-GRANULOMA REPARATIVO GIGANTOCELULAR (CENTRAL):

Características clínicas:

Es llamado también Granuloma de células gigantes, puede localizarse en el interior del maxilar (central) o puede afectar la encía (periférica). Como estamos hablando de Neoplasias Óseas solamente haremos referencia de las características clínicas e histológicas del granuloma central debido a que el periférico se localiza en tejidos blandos.

Aparece a cualquier edad con un porcentaje del 75% en personas menores de 30 años, el 60% en menores de 20 años; Aproximadamente el 15% ocurre durante la primera década de vida. Es más común en la mujer que en el hombre, se localiza en la mandíbula más que en el maxilar y preferentemente en la zona de molares y premolares, no raras veces cruzando la línea media.

Aunque a veces la lesión es asintomática, suele ser expansiva, es decir, produce un agrandamiento discernible clínicamente o radiográficamente. Los dientes regionales pueden migrar y la mucosa está intacta y es normal. No es raro que existan antecedentes de un traumatismo en la región, incluso la extracción de un diente.

#### Características histológicas:

Observado al microscopio el Granuloma reparativo gigantocelular (central) presenta numerosas células gigantes multinucleares, gran cantidad de pequeños vasos sanguíneos, abundantes fibroblastos jóvenes con núcleos vesiculares ovoídes, focos de hemosiderina irregularmente dispersos por la lesión y zonas de trabéculas óseas, hay formación de hueso en tres cuartas partes de las lesiones.

La histología del granuloma reparativo gigantocelular a veces no puede distinguirse de los nódulos pardos del hiperparatiroidismo. Sin embargo, los nódulos pardos se asocian con una secreción excesiva de paratohormona, destrucción ósea generalizada, aumento del calcio y fosfatasa alcalina en la sangre, disminución de fósforo sanguíneo y otros síntomas generalizados.

## B)-MIXOMA.

### Características clínicas:

El Mixoma es una lesión de los maxilares que expande el hueso y causa la destrucción de la corteza.

Puede surgir en cualquier parte del esqueleto o de los tejidos blandos; Los maxilares constituyen la localización más común de las lesiones que afectan los huesos. Han sido asociados también con dientes faltantes o impactados.

El Mixoma presenta una ligera preferencia por localizarse en mandíbula (pudiendo encontrarse central o periféricamente). Algunos casos se presentan fuera de las áreas dentales, se han señalado casos en el cóndilo o en el cuello de éste.

No muestra preferencia por ningún sexo, es más frecuente en la segunda y tercera década de vida; entre 23 a 30 años. Rara vez se presenta antes de los 10 años o después de los 50.

El tumor no es una lesión que crezca rápidamente y el dolor puede o no ser una característica,-- produce un agrandamiento de la zona afectada;también puede haber migración y aflojamiento de los dientes debido a que expande el hueso y causa destrucción de la corteza.Se presenta en forma de tumefacción indolente, descubierta de manera casual,siendo su consistencia blanda, los mixomas de los maxilares propenden a recurrir.

#### Características histológicas:

Macroscópicamente,el tumor posee la consistencia de la jalea,se observan numerosas células estrelladas.

El tumor no está encapsulado e infiltra los espacios medulares;es benigno y no produce metástasis. Esta formado de tejido conjuntivo laxo,con células estrelladas separadas por una sustancia intracelular mucoides fluida,opalescente.Este tejido,inexistente en la economía del adulto,no se halla más que en el cordón umbilical.

### C)-CONDROMA.

#### Características clínicas:

El Condroma es un tumor benigno del hueso que aparece habitualmente en los huesos tubulares del esqueleto, no se encuentran libres en las partes blandas, sino tan sólo junto al hueso maxilar o en éste. Se observan particularmente en los jóvenes.

El Condroma puede surgir en la mandíbula o en el maxilar, llega a producir agrandamiento, migración y resorción de los dientes.

Los lugares de predilección son la línea media, las partes laterales posteriores y la región articular del maxilar inferior, (región condílea y coronóide).

El lugar más frecuente de localización en el maxilar superior, es la cresta alveolar anterior o el paladar.

Las protuberancias se extienden muchas veces -- hacia arriba, dentro de los senos paranasales o hacia la base del cráneo.

Los Condromas de los maxilares son tumores --- raros, que se desarrollan con preferencia en las primeras fases de la vida del sujeto.

Cuando se localizan en el cóndilo los Condromas acarrearán el agrandamiento del correspondiente lado -- del maxilar y la asimetría de la cara. Por lo demás, se manifiestan por un abultamiento lento del maxilar -- afectado.

En el maxilar superior abomban el paladar y --- pueden seguir creciendo hacia las cavidades de la nariz y de los senos maxilares.

Cuando el crecimiento tiene lugar a partir de varios centros se originan formaciones nodulosas. Cuando no son tratados; Los Condromas pueden adquirir considerable tamaño. Su consistencia es elástica, y hasta - dura.

Los Condromas pueden ser centrales: encondroma - (particularmente en el maxilar inferior); o bien peri-

férico:pericondroma (preferentemente en el maxilar superior,sobre el reborde alveolar).Pueden adquirir un volumen enorme.

Cuando el tumor es más periférico,aparece como una masa cubierta por mucosa.Cuando tiene situación central puede haber destrucción y exfoliación de los dientes,así como protuberancia de la lámina lingual -- o bucal.Los tumores en las regiones coronoides o condílea producen una masa ósea dura que da lugar a dolor al masticar y desvía al maxilar hacia el lado libre.

Características histológicas:

Los cortes microscópicos revelan cartílago hialino con condrocitos normales; también puede haber zonas de cartílago calcificado.

Los Condromas son tumores cartilagosos o mixo-cartilagosos bastantes típicos.

La diferenciación histológica entre tumores cartilagosos benignos y malignos no predice su comportamiento clínico y muchas veces no se aprecia su grado de malignidad. La existencia de células multinucleadas y un aumento de tamaño de los núcleos son signos indicativos de un tumor más maligno.

#### D)-LESIONES OSTEOFIBROSAS CENTRALES.

##### Características clínicas:

Las lesiones Osteofibrosas centrales de los maxilares se caracterizan por la cantidad variable de hueso. Han sido llamadas de muy diversas maneras, por lo -- que existe una considerable confusión acerca de su terminología.

Las lesiones pueden aparecer a cualquier edad, pero por lo común se presentan en los niños y en los adultos jóvenes. Son de crecimiento lento e indoloras, pero suelen producir un agrandamiento vestibular o labial del maxilar y deformidad de la cara. Los dientes -- pueden migrar.

El comportamiento de estas lesiones osteofibrosas varía grandemente; no obstante, todas son benignas -- y no producen metástasis ni experimentan transformaciones malignas. Sin embargo tienden a recidivar muchas -- veces y el raspaje puede prevenir la recidiva.

Las lesiones del maxilar pueden extenderse a los senos y a la órbita.

Un ejemplo de una lesión Osteofibrosa central - es el Fibroma, del cual haremos mención de una manera más específica.

## FIBROMA

Son raros y pueden ser periféricos o centrales.

Los fibromas periféricos son, en realidad, tumores hiperplásicos de las encías.

Los fibromas centrales son tumores encapsulados (fibromas o tumores hiperplásicos). Se localizan habitualmente en la parte media de la rama horizontal del maxilar inferior; se caracterizan tan sólo por un aumento de volumen del hueso. El diagnóstico únicamente es posible por el examen histológico.

Nos referiremos solamente a los fibromas centrales, porque estamos hablando de neoplasias óseas; y los fibromas periféricos no corresponden a esta clasificación debido a que son tumores hiperplásicos de las encías.

Los fibromas centrales (intraóseos) de los maxilares son tumores raros y su origen puede ser dentario o no dentario. Los primeros derivan del embozo de los dientes y los últimos representan, en la gran mayoría de los casos, el estadio de curación de tumores de tejido de granulación.

Los fibromas intraóseos se presentan con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar, y muestran un crecimiento lento que se extiende a muchos años.

Al igual que los quistes, no suelen determinar alteraciones en el nervio alveolar inferior, debido a su lento crecimiento, y se sustraen, pues, a un descubrimiento precoz. Cuando toda la sección transversal del hueso maxilar sucumbe a la atrofia por compresión, acaecen fracturas espontáneas, con una movilidad de resorte en el maxilar inferior.

Los fibromas centrales mayores se hacen aparentes por engrosamiento del hueso maxilar. Si la cortical ha sido completamente destruida se percibe, a la palpa-

ción, la consistencia renitente o dura del tumor, bajo -- una mucosa que conserva su lisura. Contrariamente a como sucede en los grandes quistes, se hecha de menos la crepitación de pergamino.

#### Características histológicas:

Las lesiones osteofibrosas centrales de los maxilares se caracterizan microscópicamente por la presencia de tejido conectivo fibroso de distintos grados de maduración.

Esto significa que las lesiones pueden consistir exclusivamente en fibroblastos jóvenes en proliferación, que pueden mostrar fibroblastos y fibras colágenas, o que pueden ser predominantemente colágenas. El segundo componente es una sustancia calcificada (por lo general, -- hueso) cuya cantidad también varía desde unos focos aislados hasta una red densa de trabéculas.

El tejido óseo forma focos de distintas configuración. Las superficies de las distintas trabéculas óseas muestran aposición y resorción de hueso.

La perifería de los tumores indica resorción de las tablas.

**Características histológicas del fibroma:**

Presenta células conjuntivas maduras y regulares, con haces de fibras entrecruzadas y masas redondeadas - de hueso primitivo calcificado, que dan al corte del recio tumor, la sensación de finos granos de arena.

Faltan en ellos las células gigantes, que se hallan siempre en otros tipos de tumores. Además, histológicamente, el fibroma está casi siempre bien limitado y es de fácil enucleación. Cuando predomina la imagen de una osificación más intensa se habla de osteofibroma.

### E)-QUERUBISMO:

#### Características clínicas:

El Querubismo es una anomalía del hueso que se localiza casi exclusivamente en el maxilar superior y en el inferior. Fue descrito también como enfermedad multilocular familiar.

El Querubismo es una enfermedad poco común y se han visto más casos en hombres que en mujeres.

El individuo afectado es normal al nacer, pero aparece una hinchazón mandibular bilateral que se manifiesta al principio de la infancia, entre el tercero y quinto año de vida. Sin embargo en algunos casos aparece antes, pero nunca antes de los 18 años.

La mayor parte de los casos afecta sólo la mandíbula. Los maxilares son firmes y duros a la palpación y puede haber linfadenopatía regional.

Suele ser bilateral y afecta la zona de los premolares, molares y el proceso coronoide de la mandíbula.

Sin embargo una lesión única puede iniciarse en la parte anterior de la mandíbula y posteriormente - aparecer en la región molar o atacar el maxilar.

La tumefacción del maxilar es progresiva; produce un agrandamiento de la cara (el paladar también puede estar agrandado) comunicándole al paciente un aspecto -- querúbico, es indolora, sólida al tacto y simétrica de -- los maxilares, de la mandíbula o del maxilar, que da lu-- gar a la cara rechoncha característica de un querubín.

En el querubismo no existen manifestaciones sistémicas asociadas. Puede hacerse evidente la migración - de los dientes y gérmenes dentales, y los pacientes pueden presentar una linfadenopatía cervical. La lesión crece rápidamente durante dos o tres años; el crecimiento - luego decrece y finalmente se interrumpe.

Por lo general no quedan vestigios de la deformidad para la época en que el paciente llega a la edad adulta.

La dentición decidua se pueden exfoliar de manera espontánea y prematura empezando a los tres años de edad. La dentición permanente con frecuencia es defectuosa, con ausencia de numerosos dientes y desplazamiento y falta de erupción de los que están presentes. La mucosa bucal por lo regular está intacta y de color normal.

El tamaño de los maxilares aumenta rápidamente - hasta alrededor de los 7 años de edad y el niño adquiere muchas veces un aspecto querubíco, especialmente si - este cambio se asocia con alteración del suelo de la - órbita y desplazamiento hacia arriba del globo y exposición de los bordes de la esclerótica.

Estas hinchazones han producido en algunos pacientes un aspecto grotesco.

En estos pacientes ha habido limitación de los movimientos maxilares y dificultades en el habla, deglución, masticación y respiración. El paladar puede estar difusamente agrandado.

Después del séptimo año el proceso parece quedar detenido hasta la pubertad, en cuyo periodo se observa - frecuentemente una mejoría en las facies. Las lesiones - maxilares superiores son las primeras en regresar, siendo las tumefacciones del maxilar inferior muchas veces activadas todavía a la edad de 20 años.

#### Características histológicas:

Las lesiones de Querubismo revelan escasez relativa de células gigantes en la mayoría de los casos de Querubismo, tejido conectivo fibroso, que puede ser altamente celular o mostrar abundante colágeno, con pocas células, y espículas de hueso.

También se puede encontrar en estas lesiones una diversidad de células inflamatorias, y la lesión parece algo más fibrosa.

**F)-OSTEOMA:****Características clínicas:**

Es un tumor benigno que puede localizarse en el endostio. Su crecimiento es extremadamente lento y puede detenerse espontáneamente.

Los osteomas del maxilar, mandíbula y otros huesos faciales se asocian con pólipos del intestino, y quistes epidérmicos de la piel.

Bajo el termino de osteomas se reunen las exóstosis, los osteomas cavitarios, los osteomas centrales, osteomas periféricos, osteoma compacto y osteoma esponjoso.

**Exóstosis:**

Las exóstosis, se desarrollan en la superficie de cualquiera de los maxilares. (Hay que excluir de éstas - las formaciones exuberantes, congénitas, en el centro del paladar) (torus palatinus) (y en la cara lingual del maxilar inferior, las cuales no muestran un crecimiento tumoral genuino).

Las exóstosis asientan, como masas redondeadas, -  
sésiles o pediculares, sobre el hueso maxilar y tienen  
una dureza ósea.

Son lugares de elección la región del agujero men-  
toniano, las caras internas y externas del ángulo de la  
mandíbula, la cara interna de ésta y el borde del maxi-  
lar.

#### **Osteoma Cavitario:**

Se desarrollan en las paredes de los senos de la  
cara, de preferencia en los frontales y del etmoides, así  
como en los senos maxilares; Los osteomas cavitarios pue-  
den acarrear fenómenos de rechazamiento en la órbita,  
y causar un abombamiento del maxilar superior.

#### **Osteomas Centrales:**

Los osteomas centrales están rodeados por todas  
partes de estructura ósea normal. Al crecer, abomban el -  
maxilar y causan dolores, por compresión de los nervios  
sensitivos. Cuando se localizan en el cóndilo condicio-  
nan una asimetría de la mandíbula.

### Osteoma Compacto:

Se presenta como una masa dura y circunscrita -- que crece fuera del hueso o como masa densa dentro del hueso. Crece muy lentamente y es asintomática, aparte de producir asimetría facial.

Si está localizado en una zona que soporta una dentadura, puede desarrollarse una ulceración debajo de la prótesis. En ocasiones existe una resticción del movimiento maxilar si el crecimiento es grande y tiene su origen en la región coronoide o condiloidea.

El osteoma aparece en todas las edades, pero es más frecuente en adultos con más de 40 años de edad.

La localización es más frecuente en el maxilar inferior que en el superior.

El osteoma compacto tiene un color blanco amarillento y es homogéneo, como el marfil.

### Osteoma Periférico:

Es un bulto óseo duro, oval o redondo, con una superficie lisa, muchas veces lobulada. Estos tumores pueden estar fijados al hueso por una base ancha o por un tallo delgado.

### Osteoma Esponjoso:

El osteoma esponjoso consiste en trabéculas de hueso lamelar maduro dentro de una medula adiposa o fibrosa. En ocasiones lo atraviesan algunas trabéculas más gruesas.

### Características histológicas:

Los cortes microscópicos revelan hueso laminar denso y maduro.

G)-TORI:

Características clínicas:

Se denomina tori (exostosis) a las excrescencias óseas en la superficie perióstica del maxilar superior y la mandíbula. Puede observarse en cualquier lugar, de los maxilares y a cualquier edad; suelen presentar las siguientes características.

La línea media del paladar constituye la localización más frecuente (alrededor del 20% de la población norteamericana), y en este sitio la lesión recibe el nombre de torus palatino.

El segundo lugar de preferencia es la mandíbula (cerca del 8% de la población), donde la lesión se encuentra habitualmente en la superficie lingual de las zonas premolares y molares. En esta localización se denomina torus mandibularis.

**Torus Palatinus:**

El termino se emplea para designar una excrecencia ósea convexa, de crecimiento lento y base aplanada, situada en la región de la sutura mediopalatina sobre la superficie bucal del paladar duro. Aunque se observa algunas veces en niños (probablemente un 2% ó 3%), generalmente aparece después de la pubertad. Su frecuencia varía según la edad, con un aumento mayor después de la pubertad y una frecuencia doble en mujeres que en hombres, la lesión comienza antes de los 30 años.

Las teorías sobre su origen son abundantes, pero la más posible parece ser la genética.

No es raro que los pacientes no se den cuenta de su presencia hasta ser advertidos de ello por su médico o dentista. Su única importancia clínica reside en su interferencia con la construcción de los dientes cuando socava y es muy lobulada. Algunas veces puede ser traumatizado.

La morfología de torus varía mucho y se ha clasificado diversamente según su frecuencia plana, nodular, fusiforme y lobular.

#### Torus Mandibularis:

El término torus mandibularis designa una o varias exostosis sobre la superficie lingual de la mandíbula, su morfología es muy variable. Puede ser único o lobulado. La exostosis es bastante grande algunas veces e interfiere el habla.

El torus mandibularis suele ser bilateral en la población caucasica, pero no simétrico. Se extiende en la mayoría de los casos desde el canino hasta el primer molar.

#### Características histológicas:

La observación de los cortes microscópicos pone de manifiesto una capa periférica de hueso cortical -- con una zona central de médula y trabéculas óseas.

El torus palatinus posee una corteza de hueso -- compacto, duro y una área central de hueso más esponjoso. Algunas veces puede haber una médula grasosa.

#### H)-HEMANGIOMA DEL HUESO:

##### Características clínicas:

El Hemangioma central de los maxilares es extremadamente peligroso y raro. La mandíbula se ve más afectada con frecuencia dos veces más que el maxilar superior.

Son lesiones de crecimiento lento y asintomáticas, es decir son de crecimiento lento limitado, o también rápido y extenso.

Cuando el crecimiento es rápido, se dilata la tabla cortical y conduce al aflojamiento de los dientes. Los dientes que se aflojan pueden mostrar un movimiento oscilante hacia adentro y fuera de sus alvéolos. En la zona cervical de los dientes puede observarse pérdida de sangre. En algunos casos es posible sentir alguna -- pulsación por encima de las lesiones de los maxilares, pero este hallazgo no es constante.

El aumento rápido de tamaño se observa en particular en los primeros meses de la vida, llevando un curso paralelo con el crecimiento del organismo.

La tendencia al crecimiento se reduce con el -- avance de la edad, y hasta llega a suspenderse por completo. Es rara la involución parcial espontánea a consecuencia de inflamación, con cicatrización consecutiva.

Los hemangiomas orales son de color rojo o azul.

Clínicamente, es frecuente encontrar tanto en la - piel como en las partes blandas de la cabeza, cuello y - cavidad oral; en esta última localización suelen aparecer en la lengua, labios y mucosa bucal, aunque ninguna es-- tructura es inmune a su aparición. Son indoloros y por - lo general palidecen a la presión.

Los hemangiomas de los maxilares sólo se presen- tan como cavernomas, si bien son raros, tienen importancia para el estomatólogo por cuanto, por su apertura con oca- sión de la extracción de los dientes, puede provocar in- tensas hemorragias.

Se han visto casos de muerte por hemorragia, como consecuencia de una extracción.

La edad preferida es la de los dos primeros decenios de la vida. Estos tumores desarrollan inadvertidamente en los maxilares. los ahuecan y determinan el aflojamiento y la caída de los dientes, que es lo que llama la atención de los pacientes. También puede constituir el primer síntoma doloroso y la parestesia en los labios.

El cavernoma se encuentra solitario, en parte sólo en el hueso y en parte en conexión con hemangiomas - de las partes blandas vecinas.

El cavernoma del maxilar superior, se manifestaba sólo en que la mucosa del paladar dejaba transparentarse un color azulado por la dilatación de los pequeños vasos.

Se recomienda pensar en la existencia de un cavernoma óseo simultáneo cuando se observan alteraciones, incluso de pequeño grado, de los vasos de las partes blandas. Así como también de los abultamientos inexplicables de los maxilares.

Características histológicas:

Microscópicamente, los hemangiomas se subdividen en dos tipos:

Tipo Capilar (cuando sus espacios ocupados por sangre y revestidos por endotelio son pequeños).

Tipo Cavernoso (si los vasos que lo forman son de mayor tamaño).

En los hemangiomas cavernosos puede resultar difícil, en ocasiones la identificación del endotelio.

Los núcleos cuando existen, son, a menudo pequeños e hiper cromáticos. No es raro que cuando los espacios vasculares afectan la mucosa oral, ocupen una posición inmediata, subepitelial.

Si su situación es más profunda, los hemangiomas consisten en canales vasculares arracimados que circulan a través del tejido o forman el estroma, el cual está compuesto, además de tejido conjuntivo fibroso, escaso y edematizado o bien es notablemente colágeno.

Existen numerosos espacios o vasos, llenos de sangre, en la médula ósea.

## **CAPITULO II.**

### **CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.**

A)-GRANULOMA REPARATIVO GIGANTOCELULAR (CENTRAL).

Características radiográficas, pronóstico y tratamiento:

Las radiografías muestran una zona quística única o un aspecto semejante a pompas de jabón.

Cuando el granuloma reparativo gigantocelular aparece como una zona radiolúcida única, no es posible diagnosticarlo por la radiografía.

El raspaje constituye el tratamiento de elección.

El pronóstico es excelente, y las recidivas después del raspaje local son raras.

La irradiación o la cirugía radical están contraindicadas.

**B)-MIXOMA:**

Características radiográficas, pronóstico y tratamiento:

Las radiografías muestran una zona radiolúcida - única o de un aspecto semejante a pompas de jabón.

NOTA: Tanto el mixoma como el granuloma reparativo gíngivocelular (central), presentan el mismo aspecto radiográfico, por lo tanto el aspecto de pompas de jabón no se considera como diagnóstico.

El mixoma es extremadamente raro.

También puede presentar un aspecto moteado o de panal de miel en el hueso, puede aparecer como una radiolucencia destructiva expandida, la cual algunas veces tiene un patrón multilocular.

Puede ser difícil su erradicación.

En las lesiones de los maxilares se utiliza el raspaje y la remoción local conservadora. Si no se realiza una escisión completa, lo más probable es que recidive.

La supresión operatoria, es indispensable, debe realizarse bien por los tejidos sanos de alrededor y no debe consistir sólo en una ligera abrasión del hueso con cucharilla cortante para separar el blando tejido neoplásico.

En los tumores pequeños es menester llevarse, con la masa extirpada, una buena capa de tejido óseo vecino y en los mayores se hace necesaria la resección del maxilar superior o la resección con continuidad del maxilar inferior.

Cuando se ha mostrado la malignidad es necesario recurrir a un proceso radical.

En conclusión el tratamiento es quirúrgico: enucleación, con legrado o sin él, resección, electrocoagulación, raspaje, remoción local conservadora y cauterización.

El pronostico es bueno, el tumor no es insensible a la radiación.

Los mixomas de los maxilares propenden a la recidiva y sufren a menudo la transformación mixosarcomatosa.

El tumor no está encapsulado e infiltra los espacios medulares; es benigno y no produce metástasis. Por su consistencia y su naturaleza infiltrativa, puede ser difícil de erradicar.

### C)-CONDROMA.

Características radiográficas, pronóstico y tratamiento:

Las radiografías muestran una zona radiolúcida - única o con focos radiopacos. Sus contornos muestran -- una sombra más marcada que las partes blandas sobre las que se reconoce su expansión.

Cuando está afectado de calcificación o hasta de osificación el tumor aparece moteado o jaspeado.

Las formaciones quísticas o las partes mixomatosas en el tumor son causa de aclaramiento más marcados.

La lesión es peligrosa por varios motivos:

- 1)-Puede experimentar una transformación maligna.
- 2)-Infiltra los espacios medulares y es difícil de erradicar.
- 3)-A pesar del aspecto aparentemente inofensivo, se comporta como condrosarcoma de baja malignidad.

Si el tumor es lesionado por la actividad masti-  
catoria o abierto por la biopsis,propende a la necrosis  
por causa de su mezquina vascularización.

Como la diferenciación entre tumores benignos y  
malignos cartilagosos resulta en ocasiones difícil,el  
tratamiento debe ser en general bastante radical,es de-  
cir,con extirpación quirúrgica en bloque llegando bas-  
tante más allá de los límites del tumor.

Incluso los condromas benignos son localmente -  
invasivos y este diagnóstico debe ser juzgado con re-  
servas,aplicando un tratamiento radical.

Para saber si son o no benignos,es recomendable  
un examen histológico minucioso para obtener la conclu-  
sión de que no muestra ya los signos de una transforma-  
ción maligna.Si el examen histopatológico o un creci-  
miento acelerado permiten reconocer semejante curso se  
impone un proceder radical.

#### D)-LESIONES OSTEOFIBROSAS:

Características radiográficas, pronóstico y tratamiento.

Las radiografías muestran una zona radiolúcida - con focos radiopacos o una masa enteramente radiopaca. En sus etapas más tempranas, la lesión puede presentarse completamente radiolúcida.

Cuanto más sustancias óseas contiene el tumor - tanto mayor es el número de zonas de sombras irregulares diseminadas por la imagen.

Cuando el crecimiento es más infiltrante sus límites pueden ser más borrosos, sin que por eso tenga -- que tener carácter de malignidad.

Todas las lesiones osteofibrosas varían grandemente; no obstante, todas son benignas y no producen metastásis ni experimentan transformaciones malignas.

El tratamiento consiste en la enucleación del - tumor, con extirpación simultánea de la superficie ósea limitante y poder eliminar también, con seguridad, las -

En el MAXILAR INFERIOR, los grandes tumores pueden exigir la resección en la continuidad.

En el MAXILAR SUPERIOR, se exige la apertura del antro sinusal.

Por el hecho de que estas lesiones no producen metástasis y muchas responden bien al raspaje, el tratamiento local conservador ha de ser el de elección.

La irradiación de estas lesiones está contraindicada y es peligrosa.

## E)-QUERUBISMO:

Características radiográficas, pronóstico y tratamiento:

Las radiografías de la zona afectada ponen de manifiesto una lesión multilocular.

Se revela también una destrucción bilateral del hueso de uno o ambos maxilares con expansión y adelgazamiento graves de las placas corticales.

Tanto los dientes que han erupcionado como los que no han hecho erupción muestra desplazamiento. Los dientes pueden faltar o presentar malformaciones, y los que han erupcionado pueden estar flojos. Las raíces pueden experimentar resorción.

Los huesos del cráneo y el resto del esqueleto por lo regular no presentan hallazgos anormales, aunque en unos pocos casos se ha informado de lesiones en otros huesos, como las costillas y los huesos largos.

La región de la tuberosidad del maxilar superior y antro también puede estar invadida, pero el pro-

ceso aquí está menos definido que en el maxilar inferior. Hay numerosos dientes desplazados y sin salir que parecen flotar en espacios parecidos a quistes.

Al llegar al estadio adulto, es posible que existan pocos signos radiográficos de que el proceso haya afectado a los maxilares, aparte de algunas zonas dispersas de una manera ósea algo aumentada.

El desplazamiento fibroso del hueso desplaza a los dientes deciduos del maxilar inferior. Muchas veces faltan dientes permanentes en desarrollo o están deformados o sin erupción.

Los terceros molares no parecen desarrollarse en individuos con este síndrome, se piensa que esta enfermedad está de alguna manera relacionada con estos dientes. Sin embargo se opina que las alteraciones dentales son secundarias al cambio óseo.

Como dijimos al principio, el querubismo está caracterizado por una notable dilatación simétrica y radiotransparencias multiloculadas nítidamente definidas

atravesadas por algunos tabiques óseos.

La lesión del querubismo es tan característica que resulta fácil identificarla incluso sin anamnesis o radiografía.

Como la lesión es de crecimiento autolimitado y suele mejorar espontáneamente, se prescindirá del tratamiento hasta después que el niño haya entrado en la pubertad.

Cuando el enfermo tiene más edad, pasada la pubertad, algunas veces se aconseja la corrección quirúrgica de los maxilares por razones estéticas, o por problemas en la función.

La terapéutica radiactiva para esta enfermedad ósea benigna está contraindicada. A la edad de 30 años, los maxilares del paciente pueden parecer radiográficamente normales en la estructura ósea.

## F)-OSTEOMA:

Características radiográficas, pronóstico y tratamiento.

En los Osteomas cavitarios y en los centrales la radiografía muestra, en caso de tumores duros, una sombra masiva y densa, una estructura ósea regular, y, en casos de la forma esponjosa, a veces, tan sólo cierta irregularidad de la estructura del hueso.

El tipo periférico de crecimiento aparece como una masa densa y radiopaca que sobresale de la corteza ósea.

El tratamiento consiste en la extirpación. Los osteomas del condilo exigen la resección del mismo.

El abordar el tumor mediante una resección parcial parece arriesgado, por la posible excitación a la transformación maligna, así como por la mala y hasta nula tendencia a la curación de las superficies de sección del tumor, una vez infectadas.

## G)-TORI.

Características, radiográficas, pronóstico y tratamiento:

Los torus palatinus suelen ser radiográficamente bastante opacos y, cuando son grandes, pueden quedar - sobrepuestos en las radiografías de los dientes.

Los torus linguales, se identifican con bastante facilidad las imágenes radiopacas de los torus superpuestos sobre las raíces de los dientes mandibulares (placas - periapicales) y sus radiopacidades densas, bien limitadas que hacen prominencia en la superficie.

Los tori deben eliminarse cuando interfieran con la función o con la correcta adaptación de una prótesis. No recidivan.

Lingual mandibular No recidivan.

#### H)-HEMANGIOMA DEL HUESO:

Características radiográficas, pronóstico y tratamiento.

Las radiografías ponen de manifiesto una radiolucidez con aspecto semejante a celdillas de abeja.

De contorno impreciso, irregular, borroso, de aspecto de panal o polilocular, con eventual desaparición de la nitidez del contorno del maxilar afectado.

En algunos casos se han descrito radiolucencias con trabeculas lineales.

Desde el punto de vista del tratamiento, hay que tomar en consideración la radioterapia. Sin embargo la dosis a administrar tiene que ser muy alta y puede provocar trastornos del crecimiento en los jóvenes, y tampoco es de seguro resultado.

Los hemangiomas alcanzan un tamaño considerable y afectan de modo tal a las porciones anatómicas asociadas que hacen difícil su erradicación quirúrgica.

En estos casos se hace evidente su falta de encapsamiento que dificulta considerablemente la extirpación del tumor.

El diagnóstico clínico es difícil, pero cuando se sospecha la existencia de la lesión, la aspiración es de gran valor.

Durante la extracción de un diente, la hemorragia es profusa y a menudo incontrolable. Podrán ser necesarios la ligadura de las carótidas externas, el taponamiento y, finalmente, la resección del maxilar, así como la compresión del lugar sangrante, con la punta de los dedos, durante diez a veinte minutos.

En la mandíbula se logra la resección sin dificultades especiales, porque cabe aislar en masa el tumor, previa ligadura paulatina de todos sus vasos aferentes y eferentes.

La intervención en el maxilar superior solamente parece admisible cuando se hayan agotado todas las restantes posibilidades terapéuticas.

Cuando se ha realizado una preparación completa y se recurra a los métodos complementarios adecuados, -- como narcosis por intubación, flebotomía, transfusión -- permanente, acopio de suficiente cantidad de sangre de remplazo, hipotensión artificial, hibernación, ligadura -- de ambas arterias carótidas externas y electrocoagulación.

**CASOS CLINICOS.**

### CASOS CLINICOS:

El estudio de los tumores de la cavidad bucal - constituye un aspecto importante dentro de la odontología por el papel que juega el Cirujano Dentista en el - diagnostico y tratamiento. Por lo tanto; para que los - conceptos anteriores queden bien definidos , presentare los reportes correspondientes a dos tumores.

A)-Querubismo.

B)-Granuloma central de células gigantes.

La información acumulada nos servira de referencia, para tener una idea más amplia sobre los pasos a - seguir en un momento dado, si se nos llegara a presentar algun caso en nuestra practica diaria.

### QUERUBISMO:

El Querubismo se trata de una displacia que afecta los maxilares de los niños, manifestada por el abultamiento mandibular bilateral que causa ensanchamiento de las mejillas. Además, se acompaña de masas intraorales - alveolares firmes y protuberantes, dientes faltantes o fuera de posición y sin ninguna manifestación de dolor. Frecuentemente puede afectar el maxilar superior. La linfadenopatía submaxilar es descrita como un signo constante y temprano que tiende a subsistir después de la edad de cinco años y desaparece, por lo general, a los 12 años.

La invasión maxilar produce con mucha frecuencia una desviación de los ojos hacia arriba produciendo un logoftalmos. Esta mirada hacia el cielo combinada con el característico abultamiento facial, ocasionaron que \*Jones, lo denominara querubismo. Dicho vocablo proviene del hebreo Kerub=querube=querubín=niño angelical y mofletudo (cachetón).

\*Maestro en ciencias de la Universidad de Nebraska. 1933  
 Profesor de Odontología infantil de la Universidad --

Intercontinental.

-Profesor de Post-Grado de la Universidad Tecnológica -  
de México.

Es más frecuente en varones que en mujeres. También se ha observado desarrollo unilateral y en algunos casos la progresión bilateral con el paso del tiempo. El niño afectado es normal al nacer; el proceso se manifiesta clínicamente en forma temprana: el caso más precoz ha sido en un niño de 18 meses. La progresión rápida puede ocurrir durante los siguientes años, causando entidades clínicas que varían de acuerdo a la anatomía alterada y la severidad de la afectación genética.

El maxilar puede ser afectado simultáneamente y dar lugar a que los ojos sean desplazados superiormente por la alteración del piso de la órbita y causar frecuentemente obliteración parcial del paladar, que da como resultado una hendidura en forma de V.

Las expansiones grotescas dan como resultado dificultades concomitantes en la masticación, el habla, la deglución y la respiración.

Conforme el niño llega a la pubertad, la apariencia facial puede empezar a mejorar y llegar a las características faciales del adulto.

A menudo, las lesiones maxilares tienden a regresar y las alteraciones mandibulares pueden continuar -- hasta los 15 años de edad.

Radiográficamente, las lesiones aparecen como zonas radiolúcidas múltiples, multiloculadas y bien definidas en la mandíbula y el maxilar.

El calcio y el fósforo están dentro de los límites normales, mientras que la fosfatasa alcalina puede estar elevada.

#### PRESENTACION DEL CASO:

Niño de 7 años de edad con ensanchamiento bilateral de las mejillas, que fue llevado para un examen dental por evolucionar con retardo de la erupción de dientes permanentes y pérdida prematura de dientes temporales.

-La historia clínica no dio datos anormales en aparatos y sistemas.

-La estatura y desarrollo físico del paciente se encontraron en relación a su edad.

-La historia dental y los antecedentes familiares no fueron de importancia para el caso.

El examen clínico constató un abultamiento facial del área mandibular.

-La deformación facial fue consecuencia de una expansión bilateral de la mandíbula y de rama ascendente.

-Los maxilares se encontraron firmes y sin ninguna manifestación de dolor a la palpación.

-Los tejidos blandos se encontraron normales.

-Todos los dientes primarios estaban presentes con excepción del central superior izquierdo, el lateral inferior derecho, el central inferior derecho, y el canino inferior derecho.

-Los únicos dientes permanentes erupcionados fueron los primeros molares superiores.

El examen Radiográfico mostró zonas radiolúcidas múltiples, multiloculadas y bien definidas en la mandíbula y en la rama ascendente, con adelgazamiento cortical.

-Los cóndilos no se encontraron alterados.

-Se observaron numerosos dientes fuera de posición y -- sin erupcionar, dando la impresión de flotar en múltiples espacios radiolúcidos.

-La radiografía panorámica, así como la radiografía oclusal mandibular, mostraron apariencia densa granular de la mandíbula o de cristal esmerilado.

Todos los datos clínicos y radiográficos permitieron establecer el diagnóstico de displasia fibrosa hereditaria o querubismo.

El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con el quiste óseo aneurismático con el granuloma de células gigantes y el tumor de células gigantes.

Granuloma de células gigantes:

\*Aparece en la primera y segunda década

\*Ataca la mandíbula pero también los senos nasales y el hueso temporal.

Quiste óseo aneurismático:

\*Aparecen en la primera y segunda década.

\*Es raro en mandíbula.

\*Es expansivo.

Tumor de células gigantes:

\*Se desarrolla en la tercera y cuarta década.

\*Tratamiento el curetaje.

Querubismo:

\*Aparece en edades tempranas.

\*Afecta sólo los maxilares.

\*Es expansivo pero afecta la dentición.

\*Progresa rápidamente durante la infancia, tiende a estacionarse y hasta mostrar regresión cuando el paciente se acerca a la pubertad.

\*La extensión de las lesiones no permite cualquier posibilidad de tratamiento quirúrgico. Pasada la pubertad la corrección quirúrgica de los maxilares por razones estéticas a veces puede ser aconsejable.

\*La radioterapia no tiene indicación alguna.

\*A la edad de 30 años, los maxilares pueden aparecer radiográficamente normales.

\*No tiene ninguna asociación sistémica.

Debemos de emplear ampliamente nuestro juicio crítico para determinar la conducta terapéutica en caso de querubismo. ya que, un error de diagnóstico y tratamiento nos puede llevar al fracaso.

**GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES:**

Reporte de 8 casos:

Este estudio está basado en el análisis de 8 casos tratados en el servicio de cirugía bucoodentomaxilar del Hospital General del Centro Médico Nacional.

Los parámetros en que se basa este estudio son - los siguientes: sexo, edad, localización, tiempo de evolución, aspectos clínicos, aspectos radiológicos, tratamiento recidivas y aspectos histopatológicos.

SEXO: Afecta al sexo femenino.

EDAD: Afecta entre los 15 a los 38 años de edad.

LOCALIZACION: Es más frecuente en mandíbula.

Aparece más en anteriores, tanto en maxilar como en mandíbula.

TIEMPO DE EVOLUCION: Es variable, desde un mes hasta dos años.

ASPECTOS CLINICOS: No existió ningún dato clínico en el estudio que pudiera considerarse como patognomónico de la lesión y en términos generales las características -- clínicas correspondientes a las similares de cualquier lesión benigna:

-Crecimiento lento, indoloro, consistencia ósea y desplazamiento de corticales vestibular y lingual que causaban importante asimetría facial.

ASPECTO RADIOGRAFICO: Lesión multilocular, siendo una imagen característica más no patognomónica. Puede ser unilocular.

-Desplazamiento de los órganos dentarios.

TRATAMIENTO: Legrado simple como tratamiento rutinario.

RESIDIVAS: Si se trata la lesión de la manera adecuada no se presentan residivas.

ASPECTO HISTOPATOLOGICO: Macroscópicamente el tamaño de la lesión varió de 3 a 9 cms.- con un promedio de 5.1 cms

-La mayoría de las lesiones fueron descritas como café pálido o café marrón, por la presencia de hemosiderina.

-De límites imprecisos de una lesión fibrosa.

-Abundantes células gigantes.

### CONCLUSIONES:

Las Neoplasias Óseas benignas de las cuales hemos hablado son importantes para el odontólogo de práctica diaria.

Devemos enfatizar que es muy necesario distinguir correctamente una lesión de otra, para poder manejar de una manera más específica cada alteración.

En ocasiones se encontraran algunas características similares que nos dejaran confusiones; sino se -- tiene la adecuada información, no se llegara al diagnóstico acertado, como es en el caso del Granuloma reparativo gigantocelular y el Mixoma; Los cuales presentan - el mismo aspecto radiográfico, aunque el aspecto de pompas de jabón no se considera como diagnóstico, es una característica común entre las dos neoplasias.

Para poder llegar a un acuerdo se verán otros - aspectos como son el clínico e histológico que en ambos son muy diferentes.

En cuanto al tratamiento, en todas las Neoplasias es quirúrgico. Varían un poco las técnicas, ya que en -- algunas se aconseja la cirugía radical, la conservadora, enucleación, raspaje, aspiración, o la radioterapia, como es en el caso del Hemangioma del hueso.

Cuando se habla de un pronóstico este será favorable si se detecta a tiempo la lesión, ya que algunas pueden llegar a sufrir transformaciones malignas y su erradicación será más difícil, y, he aquí la importancia de conocer las Neoplasias Óseas benignas, para su correcto diagnóstico.

## BIBLIOGRAFIA.

## 1.-Bhaskar, S.N.

Patología Bucal.

Editorial El Ateneo.

México.

Sexta edición 1971.

Pág:217-227.

## 2.-Dechaume Michel.

Estomatología.

Editorial Toray-Masson.

Barcelona.

1969.

Pág:609,611.

## 3.-Gorlin, J. Robet, D. D. S, Ms.

Thoma Patología Oral.

Editorial Salvat.

1973.

Barcelona.

Segunda Reimpresión 1977.

Pág:572,573,991,992,593,594.

## 4.-Levy, B.M.

Tratado de Patología Bucal.

Editorial Interamericana.

Cuarta edición.

1987.

Pág:300,302,729.

## 5.-Lynch A Malcol.

Medicina bucal de Burket-Diagnostico y  
Tratamiento.

Editorial Interamericana.S.A. de C.V.

México Df.

1986.

Octava edición.

Paq:332,320-322.

## 6.-Peña Torres Leandro.

Revista ADM.

Granuloma Central de Células Gigantes.

Volumen XXXVIII.

Núm 5.

Septiembre-October.

1980.

Pág:297-299.

## 7.-Shuchardt Karl.

Tratado General de Odonto-Estomatología.

Tomo III.

Vol II.

Editorial Alhambra S.A.

Madrid-México.

1963.

Pág:914.

## 8.-Solares Roberto C.D,Ms.

Displacia Fibrosa Hereditaria (querubismo).

Revista ADM.

Volumen XLIV.

Tomo I ..

Enero-Febrero.

1987.

Pág:26-29.

## 9.-Spouge J.D.

Patología Bucal.

Editorial Mundi SAIC,y F.

Buenos Aires Argentina.

Pág:291-293.

10.-Zegarelli Edward V.

Diagnostico en Patología Oral.

Salvat editores S.A.

Mallorca 41.

Barcelona (españa).

Segunda Edición.

Pág:259,260,264.