

29
142



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Odontología

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE
LOS TUMORES BENIGNOS Y
MALIGNOS DE LA CAVIDAD
ORAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
Ma. de Jesús García Estrada

Asesor: C. D. VICENTE MENDOZA ROSAS

MEXICO, D. F. 1989

FALLA DE ORIGEN





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.

I N D I C E

	Pag.	
I	INTRODUCCION.	1
II	GENERALIDADES.	3
III	BIOPSIA.	6
IV	TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL.	11
V	TUMORES PREMALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL.	19
VI	TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL.	29
VII	TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO.	52
VIII	TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO.	85
IX	TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN MUSCULAR.	116
X	TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN MUSCULAR.	119
XI	TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN NERVIOSO.	125
XII	TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN NERVIOSO.	133
XIII	CONCLUSIONES.	136
XIV	BIBLIOGRAFIA.	

I INTRODUCCION

Se ha demostrado que sólo un 20 ó 30 % de los enfermos tratados de cancer de la boca viven de 5 años o más después del tratamiento. Esta proporción mejoraría si la regla fuese un diagnóstico y un tratamiento precoz.

El término "tumor" se puede utilizar refiriéndose a cualquier agrandamiento de tejido localizado ya sea la enfermedad de naturaleza inflamatoria, quística o neoplásica, la mayoría de los cánceres de la boca son tumores, pero no todos los tumores son cancerosos. El dentista debería estar suficientemente calificado para saber diferenciar lo normal de lo anormal de los tejidos bucales.

Lamentablemente existe un sin número de dificultades en el diagnóstico, ya sea por la variedad de los mismos, la nomenclatura confusa de los mismos y sus aspectos clínicos variables.

DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO DE LOS TUMORES.

1.- LA GRAN VARIEDAD DE LOS TUMORES:

En la cavidad oral no solo se localizan masas inflamatorias, quistes tumorales y neoplasias benignas o malignas, sino que también se localizan en ellos muchos y distintos tumores que son característicos de la boca y de los maxilares.

2.- NOMENCLATURA CONFUSA DE LOS TUMORES.

Las distintas terminologías que se utilizan crean confusión alrededor del diagnóstico del tumor. También por la infinidad de tumores que existen producen en el clínico confusión y comprensión defectuosa.

3.- ASPECTOS CLINICOS VARIABLES:

Un tumor de la boca puede tener distintos aspectos clínicos. Los dientes contiguos pueden alterar la forma aplanando el tumor, la superficie puede estar inflamada, erosionada o ulcerada por el tratamiento local. Puede ser de color blanco, grisáceo en lugar de rosado debido a la gran queratinización producida por las irritaciones locales superpuestas.

VENTAJAS DEL CIRUJANO DENTISTA EN EL DIAGNOSTICO DEL TUMOR.

1.- Atención precoz al tumor por parte del enfermo.- El descubrimiento precoz de la lesión por parte del enfermo proporciona al clínico datos importantes en relación con el tiempo, evolución, etiología y duración del proceso; información que puede constituir una gran ayuda para establecer un diagnóstico -- clínico,

2.- Visualización del tumor.- Ello no solo asegura que la exploración sea completa sino que, en el caso de los tumores visibles, proporciona una fuente importante de datos y diagnósticos. Puede determinarse de forma rápida y exacta la localización específica del tumor, su tamaño, forma, superficie, color y extensión.

3.- Palpación digital.- Durante la palpación se puede determinar su consistencia, si es blando, semiduro o de naturaleza ósea, los datos como crepitación, movilidad o rigidez de la masa y los signos de induración pueden desempeñar un importante papel en el diagnóstico clínico.

4.- Facilidad de realización de biopsias.- Estas pueden ser realizadas fácilmente en el consultorio dental y sin la necesidad de hospitalizar al paciente.

II GENERALIDADES

NEOPLASIA

LAS CARACTERISTICAS SON:

- 1.- Hace presa de un huésped.
- 2.- No tiene finalidad.
- 3.- Son autónomos.

Las células cancerígenas tienen una función que es la división celular una vez empezada la producción de células lo cual es muy elevado y aumentan dentro de los órganos, por lo tanto se reduce el espacio, existe una hipertensión y los órganos mueren por isquemia.

LAS NEOPLASIAS SE CLASIFICAN EN BENIGNAS Y MALIGNAS.

BENIGNAS: Las cuales se caracterizan por:

- a) La lesión no amenaza la vida.
- b) Tienen un desarrollo lento.
- c) No presentan metástasis.

MALIGNAS: Estos se diferencian por lo siguiente:

- a) La lesión avanza rápidamente.
- b) Produce isquemia y necrosis en tejidos subyacentes.
- c) La invasión se lleva a cabo por medio del tejido linfático y vía sanguínea.
- d) Es no encapsulado y su extirpación es difícil.

La invasión del tumor no encapsulado es infiltrativo, pues presenta prolongaciones, no respeta ninguna barrera anatómica y la metástasis es su mejor forma de propagación; las células se adaptan a cualquier tejido, destruyendo al órgano y la propagación

se realiza rápidamente hacia los demás órganos.

FACTORES QUE GOBIERNAN LA LESION:

1.- Vías naturales de difusión.

La lesión primaria tiene una capacidad de transportarse hacia - zonas distantes del lugar de origen.

2.- Volumen o rapidez de crecimiento.

A mayor crecimiento de la lesión es mas fácil enviar a las células a otros tejidos.

3.- Numen de énvolos terminales.

A mayor cantidad de énvolos el tumor se disemina mayormente.

DIFERENCIA ENTRE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

	B E N I G N O	M A L I G N O
ESTRUCTURAS.	Parecido al tejido de origen.	Frecuentemente atípica
CRECIMIENTO.	Solo expansivo y formación de cápsula.	Infiltrativo y expansivo no se forma cápsula.
RITMO DE CRECIMIENTO.	Lento mitosis escasa.	Rápido con mucha mitosis.
EVOLUCION.	Puede detenerse.	Habitualmente progresivo hasta producir la muerte.
METASTASIS	No existe.	Existen frecuentemente.
CONSECUENCIAS CLINICAS.	Solamente peligrosas por localización complicaciones <u>accidentales</u> producción <u>excesiva</u> de hormonas.	Intrínsecamente peligrosas.

III BIOPSIA

DEFINICION:

El término biopsia (del griego bios: vida y opsis: visión), fué creado a fines del siglo pasado por el dermatólogo Francés Besnier, para designar la extracción en un ser vivo de una porción de tejido u órgano, con el propósito de investigar la naturaleza de una lesión mediante exámen microscópico.

Actualmente también se incluye bajo ésta denominación el estudio de especímenes provenientes de intervenciones quirúrgicas - de las mas diversas índole, en donde la intención primaria no es la biopsia, sino el tratamiento en sí. Es así como el patólogo dispone de una gran variedad de material para el estudio, resultado de la descamación, punción, incisión y excisión de lesiones orgánicas superficiales y profundas. Puede afirmarse -- que en los momentos actuales, no existe ningún órgano inaccesible a este tipo de exploración.

En la cavidad bucal, se emplean las biopsias para confirmar un diagnóstico de lesión maligna frente a una lesión clínicamente sospechosa, o como ayuda diagnóstica para el estudio de lesiones no neoplásicas, como nódulos y papilomas mucosos, liquen -- plano erosivo, eritema multiforme, lupus eritematoso, pénfigoide y gingivitis descamativa, etc. Puesto que en ocasiones las paredes de un quiste dental puede dar origen a un carcinoma, se ha recomendado mandar al laboratorio de histopatología todos -- los tejidos recogidos de lesiones periapicales.

TIPOS DE BIOPSIAS

BIOPSIA POR PUNCIÓN: Se utiliza un fórceps especial tipo punzón para remover una porción de la lesión. La punción con trocar es particularmente útil para obtener tejido de lesiones duras y densas o de las recubiertas por mucosa intacta. Después de la anestesia local, se introduce el trocar en el tejido y se hace girar en uno y otro sentidos. El cilindro de tejido que así queda liberado se extrae con unas pinzas y se corta en su base con bisturí o tijeras.

La hemorragia suele poderse dominar ejerciendo presión directa sobre el punto de biopsia durante unos minutos.

BIOPSIA EXCISIONAL: Es la eliminación completa de la lesión patológica, eliminándola radicalmente de manera circunscrita, como su nombre lo indica es una excisión total; suele realizarse cuando el tamaño de la lesión es tal que puede ser retirada con un margen de tejido normal y se puede cerrar la herida primaria.

BIOPSIA INCISIONAL: Es la eliminación de una porción de tejido patológico junto con algo de tejido normal para su identificación; es de gran utilidad en lesiones grandes.

CITOLOGIA EXPOLIATIVA: En esta técnica las células se raspan de la superficie de la lesión, se extienden sobre un porta-objetos, se fijan y se tiñen, entonces las células sospechosas pueden identificarse. La técnica de tinción de Papanicolau (frotis pap) a obtenido resultados favorables en la biopsia del cuello uterino, pero no se dispone de tal precisión en las lesiones de la cavidad oral, tiene la ventaja de no requerir anestesia para obtener los especímenes.

Sin embargo, debe hacerse incapié en que el diagnóstico final -

será indudablemente necesaria la biopsia quirúrgica.

- 1.- La citología no es un substitutivo de la biopsia quirúrgica, sino su complemento.
- 2.- Es un procedimiento rápido, simple, indoloro.
- 3.- Sirve como verificación de biopsias negativas falsas.
- 4.- Es especialmente útil en el control periódico para la detección de recidivas de carcinomas previamente tratados.
- 5.- Es valiosa para estudiar lesiones cuyo aspecto macroscópico es tal que no justifica la biopsia.

El citólogo deberá poseer suficiente experiencia para la valoración que es:

- CLASE I (NORMAL) Indica solo células normales.
- CLASE II (ATÍPICA) Indica la presencia de atípias menores, - pero sin indicios de cambios malignos.
- CLASE III (INDETERMINADA) Las células presentan una mayor atípia que sería sugerente de cáncer, pero no son definidas y representarían lesiones precancerosas o carcinoma in-situ. Se recomienda la biopsia.
- CLASE IV (SUGERENTE DE CANCER) Algunas células presentan características malignas o muchas células con características dudosas. La biopsia es obligatoria.
- CLASE V (POSITIVA DE CANCER) Las células son obviamente malignas. La biopsia es obligatoria.

BIOPSIA POR ASPIRACION: Se introduce la aguja de aspiración unida a la jeringa a través de la herida provocada por el bisturí y se dirige hacia el centro de la masa, se aplica aspiración y se extrae la jeringa. Se aplica un apósito de gasa con una tira de tela adhesiva. El material obtenido se extiende en uno o más porta-objetos, los cuales se secan al aire para teñirse después o fijarse en solución de alcohol-éter, similar a la utilizada para frotis de Papanicolaou.

CON ELECTROSECCION: La unidad de electrocauterio generalmente no se usa para tomar la biopsia debido a la destrucción adicional de los tejidos, provocada por este instrumento lo cual hace - la interpretación histológica más difícil.

TECNICA DE BIOPSIA

Es un procedimiento simple el cual puede ser realizado por el odonólogo como un procedimiento corriente de consultorio si se toman ciertas precauciones y se siguen ciertas reglas. Para - tener la seguridad de obtener una muestra adecuada, es preciso considerar los siguientes puntos:

- 1.- No pintar la superficie de la zona para biopsia con yodo ni con antiséptico muy coloreado.
- 2.- Si se utiliza anestesia infiltrativa, no inyectar la solución anestésica directamente en la lesión. En cambio in- yectar en la periferia de la lesión.
- 3.- Utilizar un bisturí filoso para no desgarrar tejidos.
- 4.- Incluir un borde de tejido normal en la muestra.

5.- Poner cuidado en no mutilar la muestra al tomarla con la -- pinza.

6.- Fijar el tejido inmediatamente en formol al 10 por 100, o - alcohol al 70 por 100.

Debe acompañarse de información apropiada con respecto al caso; ésta incluye el nombre y edad del paciente, la historia clínica que puede incluir una descripción del tratamiento recibido y la impresión o diagnóstico clínico. Debe incluirse una descrip-- ción cuidadosa de la lesión y su localización señalando en par-- ticular su color, movilidad, fijación, ulceración, induración o cualquier término descriptivo que ayuda a la impresión clínica.

El tamaño de la lesión en milímetros puede ser en extremo impor-- tante en el diagnóstico diferencial final.

IV TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

- 1.- PAPILOMA.
- 2.- QUERATOACANTOMA. (CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS,
AUTOLIMITADO, VERRUOMA)
- 3.- NEVO CELULAR PIGMENTADO.

PAPILOMA

ETIOLOGIA: Producida por factores irritativos crónicos en la mucosa bucal, otra de la etiología es generada por un virus, el papiloma intrabucal puede ser en condiciones raras heredada, -- tiene crecimiento exofítico. Muestra en parte un crecimiento autónomo, originado por químico irritativo o mecánico.

ASPECTO CLINICO: Se caracteriza por acúmulo de pequeños nódulos duros que pueden suprimirse por raspado. En la superficie no queratinizada de la mucosa puede tener aspecto blando y rojo difícil de distinguir. Una lesión rugosa a coliflor, exofítica, tiene mayores probabilidades de ser un papiloma que una hiperplasia fibrosa. Suele presentarse en todas las edades y se le localiza más frecuentemente en el dorso de la lengua, paladar, úvula y mejilla.

HISTOLOGICAMENTE: Esta compuesto de células epiteliales proliferantes con el cuerpo de inclusión eosinófilos prominentes. Hiperplasia simple fibromatosa.

TRATAMIENTO: Electrocoagulación es de elección en los labios ya que plantea problemas estéticos. Se puede realizar también una excisión simple.

PRONOSTICO: Favorable.

QUERATOACANTOMA: (CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
AUTOLIMITADO, MOLLUSCUM SEBACEO,
VERRUCOMA Y QUISTE SEBACEO).

ETIOLOGIA: Se a señalado en muchos casos que es debido a la -
exposición excesiva a la radiación actínica, los hidrocarburos
carcinógenos y el trauma físico, algunos factores genéticos y
virales, aunque su etiología es desconocida.

ASPECTO CLINICO: El queratoacantoma puede ser localizado o ge-
neralizado, se ve más frecuente en hombres que mujeres, suele -
presentarse en las zonas cutáneas del cuerpo expuestas al sol,
sobre todo en la cara, orejas y extremidades, puede comenzar co-
mo una pápula dolorosa, que rápidamente crece en un tiempo de -
seis a doce semanas, el primer estadio de la lesión es una masa
nodular sólida, a veces dolorosa, prominente, bien limitada, --
gris, recubierta por piel en su periferia y que presenta una --
costra de color marrón sobre su porción central umbilical.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: La lesión esta formada por epi-
telio escamoso estratificado que prolifera hacia el tejido co--
nectivo subyacente. En el borde más profundo del tumor, hay -
islas invasoras de epitelio y con frecuencia no es posible dife-
renciar esta zona de un carcinoma epidermoide.

Los rasgos más característicos de estas lesiones se hallan en -
los márgenes, donde el epitelio adyacente normal se eleva hacia
la porción central del cráter; después se produce un cambio a--
brupto en el epitelio normal a medida que se acerca al epitelio
acantótico hiperplástico. Por esta razón si en la biopsia no
se incluye el borde adyacente a la muestra, es imposible hacer
el diagnóstico.

TRATAMIENTO: Comunmente la lesión se trata por excisión qui--

rúrgica.

PRONOSTICO: Favorable.

NEVO CELULAR PIGMENTADO

ETIOLOGIA: Considerado como una anomalía del desarrollo más que una auténtica tumoración. Su origen aún se encuentra sometido a controversias aunque se origina en las personas de tendencia morena por la gran proliferación de células melanóticas, suele ser hereditario.

Nevo significa (marca de nacimiento) el cual consiste en una -- proliferación subepitelial de las células productoras de melanina, escasamente colorables (células névicas). Ocasionalmente se presenta en la cavidad bucal, pero es mucho más frecuente en la piel.

Se conoce una cantidad de diferentes tipos de nevos, que fueron clasificados por Allen y Spitz, como sigue:

- 1) INTRADERMICO (lunar común).
- 2) LIMITROFE.
- 3) COMPUESTO.
- 4) MELANOMA INFANTIL.
- 5) NEVO AZUL (Jadassohn-Tieche), a estos se puede agregar.
- 6) EFELIDE (peca) melánctica de Hutchinson.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Es importante que se establezca la diferencia, pues el pronóstico de las lesiones es diferente.

NEVO COMPUESTO: es una lesión que consta de dos elementos: uno intradérmico y uno limítrofe superpuesto.

MELANOMA INFANTIL: Se localiza principalmente en niños, suele ser idéntico al melanoma maligno del adulto. Algunas veces, - sin embargo esta lesión presenta rasgos clínicos malignos antes

de la pubertad. En esencia esta lesión es clínicamente benigna, pero histológicamente maligna.

NEVO AZUL: Es una estructura mesodérmica verdadera compuesta de melanoblastos que solo raras veces experimenta transformación maligna. Se produce principalmente en nalgas, dorso de pies y manos, cara y ocasionalmente en otras zonas. La lesión es lisa en su superficie crecen pelos y su color varía del pardo al azul o negro azulado.

EPELIDES MELANOTICA DE HUTCHINSON: (También conocido como lén tigo maligno y melanosis precancerosa de Dubreuilh). Se manifiesta clínicamente como una lesión macular pigmentada similar a otros nevos. Sin embargo, la lesión es considerada premaligna puesto que en algunos casos se transforma en melanoma maligno.

El tamaño de los diversos nevos benignos varía notablemente de un paciente a otro y de una lesión a otra; algunos tienen 1mm. a 1cm. de diámetro y otros son extremadamente grandes, y a veces cubren gran parte de la superficie cutánea.

Los nevos pigmentados son, por lo común, de origen congénito, pero con frecuencia no hace su aparición hasta la pubertad.

MANIFESTACIONES BUCALES: Puede aparecer en cualquier sitio, pero son más frecuentes en el sector anterior de la encía, labios y paladar. Algunas lesiones carecen de pigmentación y son excrecencias planas de color normal. Deben ser diferenciadas de zonas manchadas de pigmentación melánica comunes en negros y a veces en caucásicos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Las células névicas son células grandes bien delimitadas, con núcleo ovoide y vesicular y citolo

plasma pálido. Tienden a agruparse en capas o cordones y pueden contener gránulos de pigmento melánico en su citoplasma. - La disposición de estas células en estructura alveolar se denomina en tecas.

A veces se ven células névicas gigantes multinucleares, pero tienen poca importancia diagnóstica. Las figuras mitóticas no son comunes.

NEVO INTRADERMICO: Las células névicas están situadas dentro del tejido conectivo. De este modo, en el nevo intradérmico, las células névicas no se hallan en contacto con el epitelio su superficial.

NEVO LIMITROFE: Esta zona de demarcación falta y las células névicas hacen contacto con el epitelio superficial y pueden unirse con él. Este epitelio que las cubre suele ser delgado e irregular y tiene células que aparentemente cruzan la unión y proliferan hacia el tejido conectivo. El llamado efecto decadente. Esta actividad limítrofe tiene serias implicaciones -- porque los nevos limítrofes frecuentemente se transforman en melanomas malignos.

NEVO COMPUESTO: Tiene características del nevo intradérmico y del limítrofe. Desde la epidermis se dispersan nidos de células névicas, mientras en la dermis también hay grupos grandes de estas.

MELANOMA INFANTIL: Se compone de células pleomórficas de tres tipos básicos: células fusiformes, ovales o epiteliales y gigantes tanto mononucleares como multinucleares. Se dispone en ca pas bien circunscritas y por lo general, hay considerable actividad limítrofe.

NEVO AZUL: Es de dos tipos;nevo azul común y nevo azul celular. En el nevo azul común los melanocitos alargados con largos procesos dendríticos ramificados se disponen en haces, paralelos a la epidermis, en el tercio medio e inferior de la dermis. No hay actividad limítrofe. Los melanocitos están típicamente llenos de gránulos melánicos, que a veces ocultan el núcleo, y estos gránulos llegan a extenderse hacia los procesos dendríticos, en el nevo azul celular hay otro tipo más de células; una célula fusiforme grande y redonda con citoplasma pálido vacuolado. Estas células suelen ordenarse en estructura alveolar.

EFERIDE MELANOTICA DE HUTCHINSON: Presenta una alteración limítrofe difusa compueta de melanocitos atípicos vacuolados que reemplaza la capa basal y también dispuestos en nidos o en tecas. Normalmente la melanogénesis es muy prominente. En la dermis subyacente también hay un infiltrado linfocitario característico.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: Puesto que es muy común, resulta --obvio es imposible de erradicar todas las lesiones. Se acostumbra recomendar la eliminación de los lunares pigmentados si aparecen en zonas irritadas por la ropa, como la cintura o el cuello, o si de pronto comienzan a aumentar de tamaño a obscurecerse o a ulcerarse.

No se sabe si el traumatismo simple de un nevo limítrofe produce transformación maligna.

Se aconseja la excisión quirúrgica de todos los nevos pigmentados intrabucales como medidas profilácticas, debido a la constante irritación de la mucosa en casi todas las zonas intrabucales, provocada por la alimentación, cepillado, etc.

V TUMORES PREMALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

- 1.- HIPERQUERATOSIS. (BENIGNA)
- 2.- LEUCOEDEMA.
- 3.- CARCINOMA INTRAEPITELIAL. (CARCINOMA IN SITU)
- 4.- ERITROPLASIA. (ERITROPLASIA DE QUEYRAT)
- 5.- FIBROSIS SUBMUCOSA BUCAL.

HIPERQUERATOSIS (BENIGNA)

ETIOLOGIA: Puede asociarse con una causa manifiesta, como la de morderse los labios; o la causa puede ser desconocida. Generada por el Pachyderma oris; es un engrosamiento anormal del estrato córneo.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Es la lesión blanca más común de la cavidad bucal; es dos veces más frecuente en el hombre que en la mujer, y tiene una duración promedio de 28 meses.

LOCALIZACION: Se localiza en la mucosa mandibular, mejillas, labio, paladar, piso de boca, mucosa maxilar y lengua.

MICROSCOPICAMENTE: Se caracteriza por una gruesa capa de queratina (hiperqueratosis) o paraqueratosis. Se emplea este último término cuando la capa de queratina muestra restos de núcleos epiteliales. Puede haber un espesamiento de las crestas epiteliales y del estrato de Malpighi (acantosis) y alargamiento de las crestas, pero las células epiteliales individuales son todas normales. El tejido conectivo debajo del epitelio puede aparecer normal o mostrar infiltración de linfocitos y plasmocitos.

TRATAMIENTO: La lesión puede desaparecer espontáneamente en el tiempo de dos o tres semanas.

Puede llevarse a cabo la excisión; tratando de eliminar únicamente la zona afectada; no recidiva a menos que persista la causa.

LEUCOEDEMA.

Se le considera una variante de la mucosa normal.

ETIOLOGIA: En algunos países como Nueva Guinea, se ha demostrado una íntima relación en el leucoedema y el fumar "sticks" (tabaco importado envuelto en papel de periódico).

ASPECTO CLINICO: La mucosa bucal presenta un aspecto gris -- blanquecino "agudo" o burdo y arrugado, notable en pacientes -- con pigmentación intensa.

La red vascular subyacente y el aspecto granulado fino de la mucosa quedan enmascarados por el edema, el mayor espesor y la ligera hiperplasia del epitelio. La mucosa muestra una superficie irregular sin cambios de queratinización. Estos cambios -- tisulares suelen ser bilaterales y afectan primariamente la mucosa de labios y mejillas, en la región posterior, cerca de la línea interdientaria.

El cambio de aspecto de los tejidos se debe también a células -- paraqueratósicas parcialmente separadas de la superficie de la mucosa.

El diagnóstico suele ser fácil los tejidos son muy flexibles, y por palpación no muestra cambio físico. (A diferencia de la leucoplasia bucal) cuando existen arrugas sobre el epitelio adematoso e hiperplásico de la mejilla. Los tejidos pueden adoptar el aspecto de las lesiones lineales del liquen plano bucal. Estas dos enfermedades se distinguen fácilmente distendiendo la mucosa de la mejilla, las lesiones lineales blanquecinas del liquen plano se acentúan.

TRATAMIENTO: Solo se realizará la observación, ya que el trastorno carece de importancia clínica no se aplica tratamiento, - no existen pruebas de que tienda a sufrir cambios malignos.

CARCINOMA INTRAEPITELIAL
(CARCINOMA IN SITU, ENFERMEDAD DE BOWEN)

Es la existencia de un epitelio que manifiesta una malignidad - morfológica, pero que no demuestra invasión del tejido conjuntivo subyacente.

ETIOLOGIA: Es de naturaleza desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Su aspecto clínico es variable y muchas veces las alteraciones encontradas son mínimas. La zona afectada puede aparecer como una ligera elevación, o ser plana o incluso deprimida. La superficie tiende más bien a adoptar un aspecto granuloso o aterciopelado. Otras veces, el carcinoma in situ, adopta la forma de manchas brillantes atróficas, - de un color rojo más intenso que el de la mucosa circundante. Existen placas blanquecinas algunas veces. Esta forma de carcinoma intraepitelial es una entidad específica conocida como retroplasia.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Se caracteriza por hiperqueratosis (hipertrofia de la capa córnea de la piel), acantosis (lesión histológica de la epidermis, caracterizada por la hipertrofia del cuerpo mucoso), disqueratosis (alteración de la queratinización de las células epidérmicas); y variación de la forma y el tamaño de las células epiteliales de la capa espinosa. Existe una desorganización completa de las células en todas las capas de la epidermis.

Pueden observarse variaciones extremas en cuanto al tamaño y la forma de las células, que a menudo son hiper cromáticas con grandes núcleos. La actividad mitótica es notable, y cabe encontrar imágenes de divisiones anormales. Por su parte, la mem--

brana basal está indemne y bien delimitada.

El proceso puede extenderse descendiendo hacia los conductos de las glándulas mucosas que desembocan en la superficie afectada, las cuales muestran un aumento de tamaño y sustitución por el mismo tipo de células observadas en la superficie. La misma reacción puede apreciarse en el carcinoma in situ de la faringe y cervix, sin que ello sea sinónimo de invasión.

TRATAMIENTO: Las lesiones han sido enucleadas quirúrgicamente, irradiadas, cauterizadas e incluso expuestas al bióxido de carbono sólido (nieve carbonica). Si la lesión no es tratada se cree que en la última instancia se producirá la invasión carcinomatosa.

PRONOSTICO: Favorable.

ERITROPLASIA
(ERITROPLASIA DE QUEYRAT)

Es una entidad clínica y que constituye una lesión de las mucosas que, en una gran proporción de casos, tiene alteraciones epiteliales que van de una displasia leve al carcinoma in situ e incluso al carcinoma invasor. Se pensaba que la eritroplasia y la enfermedad de Bowen de las mucosas era lo mismo, las evidencias actuales indican que son enfermedades diferentes con diferente evolución clínica.

ETIOLOGIA: Puede ser originada por afecciones como candidosis, tuberculosis, histoplastosis, antiguamente se creía que era una manifestación sifilítica, aunque no se le encuentra relacionada con dicha enfermedad.

CARACTERISTICAS CLINICAS: En la cavidad oral existen tres diferentes manifestaciones clínicas de la eritroplasia:

- 1.- **FORMA HOMOGENEA:** Se presenta como una lesión blanda, rojo brillante, con márgenes rectos o festoneados bien definidos, por lo general de gran extensión, común en la mucosa bucal y que a veces esta en el paladar blando y más raramente en la lengua y piso de boca.
- 2.- **ERITROPLASIA ENTREMEZCLADA CON PLACAS LEUCOPLASICAS:** En la cual las zonas eritematosas son irregulares y de rojo no tan brillante como en la forma homogénea, vista con mayor frecuencia en la lengua y piso de boca.
- 3.- **LESIONES BLANDAS Y ROJAS:** Ligeramente elevadas de contorno irregular o superficie finamente nodular moteada con minúsculas placas blandas, que suelen ser denominados "leucoplasia moteada".

Esta última forma aparece en cualquier sector de la cavidad bucal no se han registrado suficientes casos de eritroplasia como para extraer datos coherentes respecto de la predilección por el sexo, la distribución por edades y otra información estadística.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Generalmente los casos de eritroplasia son histológicamente carcinomas epidermoides invasores o carcinomas in situ en el momento en que se hace la biopsia. Ocasionalmente se observa una displasia epitelial menos grave.

La razón del aspecto clínico rojo de la lesión se hace evidente cuando se estudia histológicamente. Se verá que las prolongaciones de tejido conectivo se extienden a gran profundidad en el epitelio y que el epitelio que está sobre los extremos de estas prolongaciones suele ser muy delgado. Además, los capilares de estas prolongaciones superficiales están bastante dilatados. Finalmente las ausencias de una cantidad significativa de ortoqueratina (sustancia orgánica que forma la base de la epidermis, uñas, pelo y tejidos córneos, semejantes a las proteínas por sus estructura química y que, al descomponerse, da tirosina y leucina) o paraqueratina (sustancia que se localiza en la capa córnea de la piel superficial también contribuyen al tono rojo de la lesión).

TRATAMIENTO: Se puede llevar a cabo la irradiación o suelen ser tratadas quirúrgicamente o con nieve carbónica.

Si no se le trata oportunamente puede convertirse en maligno.

PRONOSTICO: Reservado.

FIBROSIS SUBMUCOSA BUCAL

Es una enfermedad crónica insidiosa que afecta cualquier parte de la cavidad bucal y a veces la faringe, aunque ocasionalmente va precedida por la formación de vesículas, asociadas con ellas, o ambas cosas, siempre se presenta junto con una reacción inflamatoria yuxtaepitelial seguida de un trastorno fibroelástico de la lámina propia con atrofia epitelial que lleva a la rigidez de la mucosa bucal y causa trismo e imposibilidad de comer. Predomina en el Sudeste Asiático.

ETIOLOGIA: Es desconocida, aunque se le relaciona más con los habitantes de la India, algunas manifestaciones sugieren que puede estar relacionada con un componente peculiar de la dieta, -- los picantes. Otros posibles agentes etiológicos son deficiencia de vitamina b, deficiencia de proteínas y mascado de nuez de areca.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Se caracterizan por una sensación de ardor de la boca principalmente al comer alimentos condimentados. Esto acompañado o seguido, de la formación de vesículas (en el paladar) úlceras o estomatitis recurrente, con excesiva salivación o con xerostomía y sensación defectuosa del gusto. Por último, los pacientes experimentan rigidez en ciertas zonas de la mucosa bucal con dificultades para abrir la boca y deglutir, a semejanza del escleroderma.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: En casos avanzados de fibrosis submucosa, el epitelio bucal es casi invariablemente, en extremo atrófico con pérdida completa de los brotes epiteliales. También puede haber atipia epitelial.

El tejido conectivo subyacente revela gran hialinización con homogeneización de los heces de colágena. La cantidad de fibro-

blastos está marcadamente reducida y los vasos sanguíneos están completamente obliterados o estrechados. Puede haber cierta cantidad de infiltrado celular inflamatorio crónico. Algunas coloraciones especiales y estudios con microscopio electrónico de la colágena revelan alteraciones marcadas.

TRATAMIENTO: La administración sistemática de corticosteroides y la aplicación local de hidrocortisona proporcionan ciertas remisiones temporales, o el tratamiento quirúrgico.

PRONOSTICO: Favorable.

VI TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

- 1.- CARCINOMA BASOCELULAR.
- 2.- CARCINOMA ESPINO CELULAR (CARCINOMA EPIDERMOIDE).
- 3.- CARCINOMA DE LABIO.
- 4.- CARCINOMA DE LENGUA.
- 5.- CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA.
- 6.- CARCINOMA GINGIVAL.
- 7.- CARCINOMA VESTIBULAR.
- 8.- CARCINOMA DE PALADAR.
- 9.- CARCINOMA DEL SENO MAXILAR.
- 10.- CARCINOMA VERRUCOSO.
- 11.- LINFOEPITELIOMA Y CARCINOMA DE CELULAS DE TRANSICION.
- 12.- MELANOMA MALIGNO (MELANOCARCINOMA).

CARCINOMA BASOCELULAR

ETIOLOGIA: No se sabe a ciencia cierta si surge de las células de la capa basal de la epidermis o de las células de anexos cutáneos especializados. Tal vez posiblemente surja de ambos; también puede intervenir la radiación ultravioleta como factor etiológico importante en el desarrollo del carcinoma basocelular.

LOCALIZACION: Suele localizarse en la línea imaginaria que une las comisuras bucales y otra que une las eminencias cartilaginosas por delante del conducto auditivo externo. Se ha sugerido la posibilidad de que la alta incidencia en esta área está vinculada con las líneas de fusión de los procesos faciales embrionarios. Se supone que pequeñas acumulaciones de células epiteliales pueden persistir en las líneas de fusión para luego registrar proliferación neoplásica. En el tercio medio de la cara, no se origina en la cavidad oral a menos que llegue por invasión e infiltración desde la superficie de la piel.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Es más frecuente en personas que están en la cuarta década de vida, o mayores pero se observó también en niños y jóvenes. Es más común en hombres que en mujeres, puesto que están más expuestos, a los elementos naturales que las mujeres.

Comienza como una pequeña pápula levemente elevada, que se ulcera, cicatriza y después aparece de nuevo, se agranda, pero sigue evidenciando períodos de intentos de cicatrización. Al final la ulcera costrosa, que se presenta como superficial, forma un borde liso y engrosado, como consecuencia de la expansión lateral de las células tumorales por debajo de la piel. Las lesiones que no son tratadas siguen agrandandose, infiltran los tejidos vecinos y más profundos e incluso penetran en profundidad hacia el cartilago o el hueso.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Se caracteriza por la aparición de nidos, islas o capas de células con membranas celulares imprecisas con grandes núcleos intensamente teñidos y cantidades variables de figuras mitóticas. Las células individuales no presentan una gran variación de su aspecto. La periferia de los nidos celulares está compuesta por una capa de células, por lo común bien polarizadas, muy semejantes a las células de la capa basal cutánea.

La célula basal se desarrolla en varias direcciones, puede formar pelos, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas o epitelio escamosos y, eventualmente queratina. Por esta razón, es previsible que el carcinoma basocelular haga por lo menos intentos malogrados por formar estas estructuras.

En el carcinoma celular típico, las células tienen pocas tendencias a diferenciarse.

TRATAMIENTO: Cada lesión debe ser considerado por separado cuando se contempla la selección del tratamiento. Por lo general se pueden esperar resultados igualmente buenos de la excisión quirúrgica del tumor y de la irradiación con rayos X.

PRONOSTICO: Favorable.

CARCINOMA ESPINO CELULAR
(CARCINOMA EPIDERMOIDE)

ETIOLOGIA: Su etiología es extremadamente difícil, aunque se le enfoca mejor mediante la aplicación de técnicas epidemiológicas que utilizan factores de frecuencia, entre las cuales cabe citar los factores etiológicos ambientales más comunes a los -- que se atribuye la formación del cancer bucal, que son: tabaco, alcohol, sífilis, deficiencias nutricionales, luz solar, traumatismo, sepsis e irritación originada por dientes y prótesis agudas.

Este tumor da metástasis, infarto ganglionar y se generaliza en tiempo variable, según el tipo histológico del tumor.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: En el carcinoma epidermoide intrabucal hay considerables variaciones histológicas, aunque por lo general tienden a ser neoplasias moderadamente diferenciadas con ciertas manifestaciones de queratinización.

Se producen lesiones altamente anaplásicas, pero son raras, estas lesiones tienden a dar metástasis temprano y en gran extensión causando la muerte con rapidez. El carcinoma epidermoide bien diferenciado se compone de capas y nidos de células cuyo origen obvio es el epitelio escamoso. Las células suelen ser grandes y sus núcleos tienen gran variabilidad en la intensidad de la reacción tintorial.

Los núcleos que se tiñen intensamente con hematoxilina se denominan hiper cromáticos. Existen queratinización celular individual y la formación de numerosas perlas epiteliales, o de queratina, de diversos tamaños. Puede estar alterada su forma característica, así como la típica disposición de una respecto a otra. Su ritmo de crecimiento individual es más rápido y esto

se refleja en la mayor cantidad de figuras mitóticas, aún la mayor variación de tamaño, forma y reacción tintorial y el incumplimiento de la función de una célula escamosa diferenciada: La formación de queratina.

Se creo un reconocimiento de diferentes grados de diferenciación en el cual la lesión de grado I era altamente diferenciada (sus células producían mucha queratina), mientras que las de grado VI era muy indiferenciada (las células eran sumamente anaplásicas y practicamente no formaban queratina). Hoy en día se modifica el diagnóstico de la neoplasia mediante un adjetivo -- descriptivo que indica la diferenciación. La única ventaja de la graduación de los tumores es que el grado revela la anaplasticidad de la lesión, la cual a su vez indica la rapidez general del crecimiento, rapidez de la extensión metastásica, reacción general previsible después de la irradiación con rayos X y el pronóstico.

TRATAMIENTO: Su diagnóstico precoz es el mejor tratamiento, - para utilizar de esta forma el tratamiento adecuado; el cual -- puede ser radioterapia o quirúrgico, radioterapia y quirúrgico, quirúrgico y radioterapia o radioterapia, quirúrgico, radioterapia.

PRONOSTICO: Reservado.

CARCINOMA DE LABIO

ETIOLOGIA: El factor más común es el consumo del tabaco, posiblemente los productos de la combustión del tabaco podían tener cierta importancia en la etiología del cancer del labio; otro factor sería la mala higiene bucal aunque resulta difícil establecer científicamente el papel de tales factores en la etiología del cancer.

LOCALIZACION: Por lo general se presenta en los varones, la lesión se desarrolla en el borde del vermilión del labio inmediatamente por fuera de la línea de cierre y a medio camino entre la línea media y la comisura del labio.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Al principio, es una pequeña zona de engrosamiento, induración y ulceración o irregularidad de la superficie. A medida que la lesión se agranda, crea un pequeño defecto crateriforme, o produce un crecimiento exofítico y proliferativo de tejido tumoral. Algunos pacientes tienen grandes masas fungosas en un lapso relativamente corto, mientras que en otros pacientes el avance es muy lento. El carcinoma de labio suele tardar en hacer metástasis, y puede producirse una lesión voluminosa antes que haya manifestaciones de la afección de los ganglios linfáticos regionales. Cuando se produce la metástasis, suele ser ipsolateral y ataca los ganglios submentonianos o submaxilares. Puede haber metástasis contralateral, especialmente si la lesión está cerca de la línea media del labio.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: La mayoría de los carcinomas de labio son lesiones bien diferenciadas.

CARCINOMA FUSOCELULAR: Es una variante histológica interesante del carcinoma epidermoide el cual se presenta principalmente en el labio y a veces en otras zonas intrabucales, aunque también se presenta en diversas partes del organismo. En cortes seriados, las células fusiformes se presentan en continuidad directa con el epitelio suprayacente.

Las células propiamente dichas tienen actividad mitótica, pleomorfismo e hiperromatismo de los núcleos, cuya forma varía entre ovalada y la fusiforme. Las células se agrupan en cordones y haces y forman estructuras ramificadas.

CARCINOMA ESPINOCELULAR ADENOIDE: Es un tumor de la piel, que también se produce con considerable frecuencia en los labios.

El tumor se origina en estructuras pilosebáceas, aunque también es posible que aparezca en zonas simplemente ganglios elevados con costras, escamas o ulceraciones. Hay proliferación del epitelio displásico superficial hacia el tejido conectivo, como en el carcinoma epidermoide.

Las extensiones laterales y profundas de este epitelio tienen las características estructuras tubulares y sólidos que tipifican la lesión.

Estas estructuras semejantes a conductos están tapizados de una capa de células cuboides y contienen o encierran células acantolíticas o disqueratósicas.

TRATAMIENTO: El carcinoma de labio a sido tratado por excisión quirúrgica o con rayos X con éxito aproximadamente igual, según en cierta medida, la duración y la extensión de la lesión y la presencia de metástasis.

Son muchos los factores que influyen en el éxito o el fracaso -

del tratamiento del carcinoma de labio. El tamaño de la lesión, su duración, presencia de ganglios linfáticos metastásicos o su ausencia y el grado histológico de la lesión son todos elementos que han de ser cuidadosamente considerados por el terapeuta al planificar su enfoque del problema neoplásico.

PRONOSTICO: Reservado.

CARCINOMA DE LA LENGUA

ETIOLOGIA: Existen diferentes opiniones en cuanto a su etiología una de las causas principales que se sugieren es la relación que existe sobre la base de una glositis crónica producida por la sífilis, irritación crónica reconocida desde hace mucho como carcinógeno en ciertas circunstancias. Pero Wynder planteó la interrogante de que la neoplasia podría estar relacionada con la arsenoterapia, tratamiento de elección antes del advenimiento de los antibióticos, y no con la sífilis propiamente dicha. Otros factores que contribuyen a la generación del carcinoma de lengua sería la mala higiene bucal, traumatismo crónico y el consumo de alcohol y tabaco.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Se presenta una masa o una úlcera indolora, aunque en algunos pacientes la lesión se hace finalmente dolorosa, especialmente cuando se infecta en forma secundaria, el tumor comienza como una úlcera indurada en la superficie, con bordes levementes elevados y evoluciona hasta convertirse en una masa fungosa exofítica o se infiltra en las capas profundas de la lengua, produciendo fijación e induración sin grandes alteraciones superficiales.

La lesión típica se produce en el borde lateral o en la superficie ventral de la lengua, cuando aparece en el dorso de la lengua se debe a que el paciente a tenido antecedentes de glositis sífilítica. Suelen ser asintomáticas son ipsolaterales y bilaterales.

TRATAMIENTO: Cuando la neoplasia es detectada a tiempo la radioterapia resulta favorable para su eliminación; pero en casos avanzados llega a diseminarse rápidamente a través de los gan--

glios linfáticos causando la muerte del paciente.

PRONOSTICO: Reservado.

CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA

ETIOLOGIA: El fumar especialmente la pipa o cigarro ha sido considerado importante por algunos investigadores en la etiología del cancer en esta localización.

CARACTERISTICAS CLINICAS: El carcinoma del piso de boca es una úlcera indurada de tamaño variable, situada a un lado de la línea media, puede ser dolorosa o no. Es mas frecuente en la porción anterior del piso en la zona posterior. El carcinoma de piso de boca puede invadir los tejidos más profundos e incluso extenderse hacia las glándulas submaxilares y sublinguales. La cercanía de este tumor a la lengua, que produce cierta limitación del movimiento de ese órgano, suele inducir un peculiar engrosamiento o embotamiento de la voz.

Las metástasis desde el piso de boca son más comunes en el grupo de ganglios linfáticos submaxilares, y como la lesión primaria se genera cerca de la línea media donde el avenamiento linfático es cruzado, suele haber metástasis contralaterales. Afortunadamente, la metástasis a distancia son raras.

LOCALIZACION: Es más frecuente en el segmento anterior a ambos lados de la línea media, cerca de los orificios de las glándulas salivales; a veces se presenta en las regiones más posteriores, a nivel de los dientes molares. No es rara la invasión directa de estos cánceres hacia la base de la lengua, las encías contiguas y la cortical lingual de la mandíbula debido a la estrecha relación de las lesiones con estas estructuras.

TRATAMIENTO: Su propagación a través de los ganglios linfáticos submaxilares es rápida impidiendo de esta forma una posible recuperación del paciente; además incluso los tumores pequeños

tienen propensión a recidivas después de la excisión quirúrgica.

PRONOSTICO: Suele ser desfavorable.

CARCINOMA GINGIVAL

ETIOLOGIA: La sífilis no es que un factor tan importante como lo es en el carcinoma de la lengua y la relación con el consumo de tabaco es incierta.

A veces se origina un carcinoma gingival después de la extracción de un diente. Los casos que presentan este fenómeno probablemente se deben a que el carcinoma gingival se extiende por el ligamento periodontal y proliferan bruscamente después de la extracción dental.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Se manifiestan como una zona ulcerada o si no, una proliferación exófitica granular o verrucosa.

Es más común en la mandíbula que en el maxilar, el tumor aparece más frecuentemente en zonas descendentadas, aunque también lo hace en sectores donde hay dientes.

En el maxilar superior, el carcinoma gingival va hacia el seno maxilar o se extiende hacia el paladar o hacia los pilares amigdalinos. En la mandíbula, la extensión hacia el piso de la boca o, en sentido lateral, hacia los carrillos, así como hacia el hueso es bastante común. A veces en las fases tardías, se producen fracturas patológicas.

Las metástasis son una secuela común del carcinoma gingival; -- más frecuente la del maxilar que la de la mandíbula.

TRATAMIENTO: El tratamiento debe ser de enfoque quirúrgico radical, con disección en bloque del tumor primitivo, maxilar y ganglios.

PRONOSTICO: En sus inicios neoplásicos el pronóstico suele ser más favorable.

CARCINOMA VESTIBULAR

ETIOLOGIA: Se piensa que la etiología más común es el mascado de tabaco, y el hábito de mascar nuez de betel, muy difundido - en el lejano Oriente.

El traumatismo crónico por el mordisqueo del carrillo y la irri tación producida por dientes irregulares no parece tener rela-- ción con la aparición del carcinoma, aunque cuando ellos exis-- ten, a veces se observan zonas focales de leucoplasia.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Las lesiones aparecen a lo largo de la línea correspondiente al plano de oclusión, o debajo de ella. La posición anteroposterior es variable; algunos casos se dan cerca del tercer molar, otros delante hacia la comisura.

La lesión es ulcerativa y dolorosa, en la cual es común la indy ración e infiltración de los tejidos más profundos. Algunos - casos, son superficiales y proliferan de la superficie hacia -- fuera, en vez de invadir los tejidos, los tumores de este últi-- mo tipo reciben el nombre de proliferación exofítica o verruco-- sa.

TRATAMIENTO: Quirúrgico.

PRONOSTICO: Favorable.

CARCINOMA DEL PALADAR

ETIOLOGIA: Es un hallazgo sumamente raro, tiene aproximadamente el mismo porcentaje de aparición que el carcinoma de mucosa vestibular piso de la boca y encía. Suele presentarse más en varones y su etiología es incierta, aunque se da más en personas que son fumadores de pipa.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Suele manifestarse como lesiones -- mal definidas, ulceradas y dolorosas, a un lado de la línea media sin embargo llega a extenderse en sentido lateral para incluir la encía lingual o hacia atrás para abarcar el pilar amigdalino o incluso la úvula. El tumor de paladar duro avanza hacia el hueso, o a veces hacia la cavidad, en tanto que las lesiones de paladar blando lo hacen hacia la nasofaringe.

Las metástasis a los ganglios linfáticos regionales ocurre en una considerable proporción de casos, pero hay pocos datos sobre si estos son más comunes en el carcinoma del paladar blando o del duro.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: Se han utilizado tanto la cirugía -- como los rayos X en el tratamiento del carcinoma epidermoide -- del paladar suele ser favorable en los casos incipientes en que la neoplasia no se a extendido hacia los ganglios linfáticos.

CARCINOMA DEL SENO MAXILAR

ETIOLOGIA: Su etiología es desconocida y la sinusitis crónica no parece predisponer el carcinoma del seno maxilar. Se podría señalar que, si bien la mayoría de los casos de carcinoma del seno maxilar son de tipo epidermoide, algunos de tipo adeno carcinoma provendrían de las glándulas alojadas en la pared del seno.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Avanza irremediamente antes que el paciente tome conocimiento de su presencia. Es más común en los varones, se presenta en personas mayores y ocasionalmente en jóvenes. El carcinoma antral se presenta como una hinchazón o el abultamiento del reborde alveolar superior, el paladar o el pliegue mucovestibular, aflojamiento o alargamiento de los molares superiores y la hinchazón del sector inferior de la cara, y el costado del ojo. Existe como molestia la obstrucción unilateral o la descarga nasal. La expansión real de la neoplasia que determina las manifestaciones clínicas de la enfermedad está reflejada por la extensión de la lesión de las paredes del seno.

Si está atacada la pared mesial del seno, suele haber obstrucción nasal. La afección de la pared superior o techo produce el desplazamiento del ojo, en tanto que la invasión de la pared lateral origina el abultamiento de la mejilla. Puede producirse la ulceración y la metástasis de la cavidad bucal o la piel, pero solo en fases tardías. La ausencia de metástasis no indica una evolución favorable, puesto que muchos pacientes con esta enfermedad mueren por la infiltración local.

TRATAMIENTO: Se ha empleado tanto la cirugía como los rayos X. Si el cancer se halla confinado al seno y estructuras infe-

riores, la menimaxeilectomía da resultados clínicos favorables en algunos casos. La radiación debe emplearse en cabeza y cuello.

PRONOSTICO: En pacientes con carcinoma antral no es favorable.

CARCINOMA VERRUCOSO

ETIOLOGIA: Se origina en personas masticadoras de tabaco generalmente sustancias hinaladoras o personas con prótesis mal adaptadas.

Es una forma de carcinoma epidermoide de la cavidad bucal el cual es de crecimiento lento, básicamente exofítico y solo invasor en la superficie, por lo menos en fases tardías de la lesión.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Se localiza generalmente en pacientes ancianos entre los 60 y 70 años de edad.

Generalmente se encuentran en la mucosa vestibular y encía o reborde alveolar, aunque a veces los vemos en el paladar y el piso de la boca.

La neoplasia es fundamentalmente exofítica y de naturaleza papilar, con superficie arrugada que a veces esta cubierta de una película leucoplásica blanca.

Las lesiones de la mucosa vestibular se pueden extender mucho antes de atacar las estructuras contiguas más profundas. Las lesiones del reborde, andibular o de la encía proliferan hacia el tejido blando que la cubre y se fijan rápidamente el perostio, para invadir y destruir en forma gradual la mandíbula.

Los ganglios linfáticos regionales suelen estar sensibles y crecidos, simulando un tumor metastático, pero esta infección ganglionar, es inflamatoria.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Suelen ser engañosas y existe por lo tanto un diagnóstico equivocado por lo cual el patólogo requerirá de otra muestra, hay una marcada proliferación epite-

lial y penetración hacia el tejido conectivo, pero sin llegar a ser una verdadera invasión. El epitelio es diferenciado y con poca actividad mitótica pleomorfismo o hiperchromatismo. Los espacios tienen forma de fisuras cubiertos de una gruesa capa de paraqueratina se extiende desde la superficie hasta zonas profundas.

Aunque las lesiones pueden ser extensas, la membrana basal suele quedar intacta. Puede o no haber infiltrado celular inflamatorio crónico abundante.

TRATAMIENTO: Como la lesión es de crecimiento lento y tarda en hacer metástasis, estas lesiones pueden ser tratadas por medio de la excisión relativamente conservadora, sin procedimientos mutilantes.

PRONOSTICO: Es mejor que el del carcinoma epidermoide bucal.

LINFOEPITELIOMA Y CARCINOMA DE CELULAS DE TRANSICION

ETIOLOGIA: Su etiología es desconocida, afecta generalmente a la nasofaringe, bucofaringe, lengua, amígdalas y estructuras anatómicas asociadas como las fosas nasales y senos paranasales. Este grupo de neoplasia se compone del linfoepitelioma, carcinoma de células de transición y del carcinoma escamocelular indiferenciado.

CARACTERISTICAS CLINICAS: La lesión primaria del linfoepitelioma o del carcinoma de células de transición es muy pequeña, casi siempre completamente oculta, ligeramente elevadas y francamente ulcerada o con superficie granular o erosionada. El tumor está indurado y en algunas circunstancias aparece como una proliferación exofítica o fungosa. Como la lesión primaria -- suele ser pequeña, el paciente asiste a la consulta hasta que -- las metástasis en los ganglios linfáticos se han producido. -- Los síntomas más comunes son el crecimiento de los ganglios linfáticos, dolor en la garganta, obstrucción nasal, dificultad auditiva, dolor de oído, cefalea, disfagia, epistaxis y síntomas oculares. Estos tumores aparecen en zonas similares a las del linfoepitelioma el cual es una lesión que aparece principalmente en la nasofaringe de personas jóvenes o de edad mediana.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: El carcinoma epidermoide de células de transición se compone de células que proliferan en láminas o en cordones o nidos. Las células individuales son moderadamente grandes, redondeadas o poliédricas y tienen citoplasma levemente basófilos y contornos celulares imprecisos. La queratinización y la formación de perlas están ausentes por completo. -- El estroma tiene poco o ningún infiltrado linfocitario. El linfoepitelioma: Sus células proliferan en forma de sincitio, con -- el estroma infiltrado por cantidades variables de linfocitos. Sus

células individuales son grandes y poliédricas con contornos imprecisos. El citoplasma es levemente eosinófilo.

Los núcleos son grandes, ovales o vesiculares y contienen, en forma características, uno o dos nucléolos eosinófilos grandes.

TRATAMIENTO: La irradiación con rayos X ha sido el tratamiento más comunmente aceptado, en los primeros estadios de la neoplasia, también en los ganglios linfáticos regionales se utiliza los Rx.

PRONOSTICO: Es desfavorable en los síntomas avanzados de la lesión.

MELANOMA MALIGNO
(MELANOCARCINOMA)

ETIOLOGIA: Puede ser de origen traumático, algunos investigadores clasifican al melanoma maligno en los tipos melanóticos y nevocítico. Neoplasia rara de la boca, el melanótico se origina en lesiones melanóticas no nevoides, el nevocítico se origina de un nevo limítrofe. Si el melanoma surge de un nevo limítrofe pre existente o de la piel sana, evoluciona de una de las tres formas siguientes:

- 1.- En la efilide melanótica de Hutchinson (lentigo maligno).
- 2.- Como un melanoma de extensión superficial (melanosis pre-maligna).
- 3.- Como un nódulo.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Es muy raro antes de la pubertad y generalmente ocurre después de los 30 años. Es una zona agrandada y pigmentada, rodeada de un eritema, con frecuencia existente de costras, hemorragias o ulceración de la superficie.

Existe un grado de pigmentación que va del pardo claro al azul oscuro o negro.

El melanoma juvenil: Aparece principalmente en los niños y es similar al melanoma maligno; excepto que tiene evolución clínica benigna. Es dos veces más común en varones que en mujeres.

MANIFESTACIONES BUCALES: Principalmente se localiza en el reborde alveolar y paladar, también se observaron casos en el maxilar inferior, mejillas, carrillos, lengua y piso de la boca. La lesión puede aparecer como una zona intensamente pigmentada, ulcerada y sangrante que progresivamente tiende a aumentar de -

tamaño. Puede o no haber manifestaciones radiográficas de lesión ósea.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Es una lesión intensamente celular; sus células tienen tamaño y forma relativamente uniforme, tienden a disponerse en estructura alveolar compacta, y llegan a la profundidad del tejido conectivo. Las células son de forma cuboide o fusiforme.

En las lesiones no ulceradas, se ven alteraciones limítrofes, - que consisten en aflojamiento y proliferación hacia abajo de -- las células epiteliales hacia el tejido conectivo.

TRATAMIENTO: Es la resección quirúrgica radical de la parte afectada con disección de los nódulos linfáticos regionales.

PRONOSTICO: Desfavorable.

VII TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO

- 1.- FIBROMA.
- 2.- OSTEOMA.
- 3.- GRANULOMA REPARATIVO DE CELULAS GIGANTES (EPULIS).
- 4.- QUISTE OSEO ANEURISMATICO.
- 5.- LIPOMA.
- 6.- HISTIOCITOSIS Y RETICULOENDOTELIOSIS.
- 7.- HEMANGIOMA.
- 8.- TALANGIECTASIA HEMORRAGICA (ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER, WEBER).
- 9.- SINDROME DE STURGE WEBER (ANGIOMATOSIS ENCEFALOTRIGEMINAL).
- 10.- ANGIOFIBROMA NASOFARINGEO (FIBROMA NASOFARINGEO JUVENIL).
- 11.- LINFANGIOMA.
- 12.- MIXOMA.
- 13.- CONDROMA.
- 14.- CONDROBLASTOMA GENIGNO (TUMOR GIGANTE CELULAR CONDROMATOSO EPIFISARIO, TUMOR DE GODMAN).
- 15.- FIBROMA CONDROMIXOIDE.
- 16.- OSTEOMA OSTEOIDE.
- 17.- OSTEOLASTOMA (ESTEOMA OSTEOIDE GIGANTE).
- 18.- TORUS PALATINO Y MANDIBULAR.
- 19.- EXOSTOSIS MULTIPLE.

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO

Las neoplasias benignas presentan una características común como son una masa redondeada, prominente, pedunculada, color rosa pálido y de consistencia dura y de forma parecida, la mayoría de estos proceden de los tejidos.

FIBROMA: Tumor benigno de tejido conjuntivo fibrilar; compuesto de células de tejido conjuntivo.

FIBROMA BLANDO: Contextura laxa, rico en sustancia fundamental fluida conteniendo histiocitos, linfocitos y células plasmáticas.

FIBROMA DURO: Consistente y rico en fibras se localiza en la capa propia de la mucosa lingual y con sustancia colagena.

ETIOLOGIA: Se le puede considerar de etiología hereditaria; aunque algunos investigadores creen que la lesión es de origen odontógeno, derivado del ligamento periodontal en especial porque sólo se presenta en la encía y contiene oxitalano. También puede desarrollarse a consecuencias de los traumatismos.

LOCALIZACION: Se presenta en todas las edades; pero más en la edad avanzada, por lo general son solitarios pero en ocasiones son múltiples. Se localiza generalmente en la lengua, pliegue de las mejillas, la encía y el suelo de la boca. Dentro del fibroma se encuentra el caso de la neurofibromatosis de Recklinghausen hereditaria, la cual abarca, lengua, encía, paladar, mu cosa de mejillas, suelo de la boca y labios.

CLINICAMENTE: Forma nódulos más o menos redondeadas, adherencias poliposas o también induraciones difusas.

FIBROMA DE LA LENGUA: Se incuba en forma de tuberosidad formando pólipos de anchos pedículos. Crecen lentamente.

TRATAMIENTO: Por el hecho de que estas lesiones no producen metástasis y muchas responden bien, el tratamiento local conservador ha de ser el quirúrgico.

PRONOSTICO: Favorable; la irradiación de estas lesiones está contraindicada y es peligrosa.

OSTEOMA

Neoplasia benigna que se caracteriza principalmente por la proliferación del hueso laminal o esponjoso en localización endosteal periostica.

ETIOLOGIA: Es de naturaleza desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Es una lesión no común, puede desarrollarse a cualquier edad, es más común en adultos jóvenes.

LA LESION PERIOSTOTICA: Se presenta como una tumefacción bien definida en el maxilar produciendo por esto una asimetría la -- cual hay que tener cuidado con no llegarla a confundir con una osteomielitis, es de crecimiento lento.

LA LESION ENDOSTEAL: Una de sus características es que se llega mucho tiempo en presentar las manifestaciones, raras veces -- llega a producir dolor. El osteoma como la presentación de varios de ellos suelen caracterizar el síndrome de Gardner.

OSTEOMAS DE TEJIDOS BLANDOS: (Osteoma mucoso, Osteoma cutáneo) Sumamente raros, se originan principalmente en lengua y algunas veces en mucosa. El hueso es de corticales normales bien delimitados y compacto.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS: Zona radiopaca bien circunscrita lo cual puede confundirse con hueso de reparación.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Hueso compacto, normal, lesión bien delimitada y no encapsulada encontrándose algunas veces tejido mixomatoso.

TRATAMIENTO: Eliminación quirúrgica.

PRONOSTICO: Favorable.

GRANULOMA REPARATIVO DE CELULAS GIGANTES
(EPULIS)

EPULIS (TUMOR DE LAS ENCIAS).

ETIOLOGIA: Se debe a irritaciones o lesiones locales, asientan en ambos maxilares; en las caras vestibular o palatina y lingual. Se desarrolla a cualquier edad, presentándose más en el sexo femenino.

ASPECTO CLINICO: Se presentan como masas lobuladas o de superficie lisa, brillante, de color rojo (rojo vinoso) y con franco aspecto de tejido hemorrágico, sangran con facilidad a los roces masticatorios, a la presión digital de estudio o espontáneamente.

Son asintomáticos, pueden ocasionar esta sensación al producir - el rechazo de los dientes vecinos en el desarrollo del seudo tumor. Se asocian a menudo a hiperparatiroidismo, se necesitan - estudios clínicos, radiográficos y de laboratorio que descarten o aseguren el hiperparatiroidismo. Presenta dolor durante la - inflamación.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Se presenta como masas no encapsuladas de estroma de tejido conectivo reticular y fibrilar conteniendo células conectivas ovoides o fusiformes jóvenes y células gigantes multinucleares.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS: Erosión superficial del hueso -- con margen patognomónico de un gancho óseo periférico.

TRATAMIENTO: Se lleva a cabo por medio de la extirpación quirúrgica, a veces su localización profunda impide su total extirpación y por ello hay recidivas. En estos casos será necesaria una cirugía más radical, que comprenderá la extracción del dien-

te afectado junto con un proceso alveolar.

PRONOSTICO: Favorable.

QUISTE OSEO ANEURISMATICO

Lesión osea solitaria clasificada como independiente por Jaffe Lichtentes en 1942.

ETIOLOGIA: Se origina como consecuencia de una persistente alteración local de la hemodinámica que conduce al aumento de la presión venosa y al ulterior desarrollo de un lecho vascular dilatado y estancado en la zona osea transformada.

CARACTERISTICAS CLINICAS: En algunos casos no hay ni tumoración ni deformación y puede que falten los síntomas subjetivos, el descubrimiento de la lesión es puramente casual, durante un estudio radiográfico dental habitual, la palpación puede demostrar una tumoración asintomática, de consistencia ósea. O puede sugerir una masa semi sólida hipersensible o ligeramente dolorosa. Antes de penetrar en la lesión se encuentra una excesiva hemorragia y la sangre "mana" de los tejidos. El tejido semeja una gran esponja empapada de sangre con grandes poros -- que son espacios cavernosos de la lesión.

Se da con cierta frecuencia en los maxilares, aunque es probable que muchos esten mal diagnosticados como otras lesiones óseas. Es más frecuente en el sexo femenino y en personas jóvenes.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS: El hueso está expandido, aparece quístico con aspecto de panal o de pompas de jabón y la imagen radiolúcida es excéntrica. La cortical ósea puede estar destruida y es evidente la reacción perióstica.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso que contiene muchos espacios cavernosos o sinusoidales ocupados por sangre. Estos espacios presentan trombosis o no. Los fibroblastos jóvenes son abundantes en el

estroma conectivo así como las células gigantes multinucleares - con una distribución similar a la del granuloma de células gigantes.

TRATAMIENTO: El curateado o la extirpación quirúrgica es el -- tratamiento adecuado, o dosis bajas de irradiación. Su recidiva es mínima.

Existe la posibilidad que al irradiar la zona exista la amenaza del sarcoma por irradiación, por lo cual la irradiación de las lesiones benignas a sido seriamente discutido.

PRONOSTICO: Favorable.

LIPOMA

Tumoración benigna de células maduras del tejido conjuntivo adiposo con predilección en tejido de cuello.

ETIOLOGIA: Es desconocida, aunque hace suponer que se debe a trastornos congénitos y hereditarios de producción; utilización y depósito de las grasas que conducen a la aparición de esta neoplasia.

LOCALIZACION: Se ha observado en todas las estructuras orales pero de modo predominante en la lengua, mejillas y suelo de la boca.

CLINICAMENTE: Son unas masas amarillas, blandas y de lento crecimiento, a menudo tienen una periferia delicada, lisa y encapsulada o pseudo-encapsulada. Raras veces son dolorosas, a pesar del gran tamaño que alcanzan alguna ocasión.

Tiene un aspecto graso y amarillento inconfundible. En algunas ocasiones las de mayor tamaño pueden sufrir necrosis y hemorragias, siendo la lobulación otra de sus características.

RADIOGRAFICAMENTE: Da una imagen redondeada y con una radiotransparencia claramente bien diferenciada del músculo y tejido fibroso vecinos.

HISTOLOGICAMENTE: Las células grasas maduras se caracterizan por aquello que no tienen (es decir, la grasa citoplasmática disuelta durante el proceso histico). Los restos celulares aparecen como grandes zonas redondeadas con un núcleo aplanado y en situación periférica, consiste en lóbulos de células adiposas.

TRATAMIENTO: Excisión total. Su recidiva es rara.

PRONOSTICO: Es favorable.

HISTIOCITOSIS Y RETICULOENDOTELIOSIS

ETIOLOGIA: Se cree que la reticulosis tienen origen inflamatorio. Ello tiende a distinguirlas de las enfermedades de Niemann-Pick y de Gaucher, en las que la proliferación de histiocitos se asocia a las alteraciones del metabolismo de los lípidos.

Hay cierta discusión sobre si el granuloma eosinófilo, enfermedad de Letterer Siwe y enfermedad de Han-Schüller-Christian son enfermedades diferentes o apenas fases de la misma enfermedad.

RETICULOSIS DISEMINADA AGUDA Y SUBAGUDA (ENFERMEDAD DE LETTERER-SIWE) Forma aguda de histiocitosis.

Se trata generalmente de una aguda, grave y amplia proliferación de células del sistema reticuloendotelial, las masas granulomatosas y la infiltración celular afectan a numerosos tejidos y órganos, entre los que se encuentra el hígado, bazo, ganglios linfáticos, piel, pulmones y médula ósea. La enfermedad se presenta generalmente en los dos primeros años de vida, tiene un curso rápido y fulminante y termina fatalmente en un tiempo relativamente corto.

CUADRO CLINICO: Es parecido al de la enfermedad de Niemann-Pick y a la de Gaucher, con hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatía, anemia, lesiones cutáneas y otras manifestaciones, todas ellas atribuidas a la acumulación de histiocitos y que contribuyen al grave estado que caracteriza a esta enfermedad.

La boca y los maxilares pueden no estar afectados debido al rápido y fatal desenlace.

Cuando la enfermedad es subaguda, el curso es menos fulminante y la enfermedad es más larga; pueden encontrarse lesiones granulo-

matosas en las encías y lesiones destructivas de la mandíbula y del maxilar.

RETICULOSIS DISEMINADA CRONICA (ENFERMEDAD DE HAN-SCHÜLLER-CHRISTIAN).

Comienza en los primeros cinco años de vida y a veces más tarde y se caracteriza también por una proliferación y una infiltración de las células reticuloendoteliales.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Varía dependiendo de la localización e intensidad de las masas granulomatosas y de la infiltración celular. A veces se encuentra la clásica tríada de signos, -- que son de gran valor diagnóstico: Radiotransparencias en el cráneo y en los maxilares discretas, ovals o redondeadas que se componen de acúmulos masivos de histiocitos; diabetes insípida, por la disfunción pituitaria, debida a la infiltración de histiocitos y exoftalmos, procedencia de los ojos causadas por una infiltración masiva de los reticulocitos.

Esta forma de reticulosis se manifiesta a menudo en la boca y en los maxilares junto a las lesiones sistémicas, las alteraciones gingivales y de los huesos contiguos son sugestivas, o incluso -- específicas, de la reticulosis crónica.

Las encías estan agrandadas, enrojecidas y a veces tienen tendencia a la hemorragia. El aspecto de las encías es granular y si progresan adquieren una apariencia granulomatosa. En los estadios precoces sólo se afectan los tejidos marginales o interproximales aunque, al progresar la enfermedad, las lesiones se extienden y afectan a las superficies hísticas de la boca y de la lengua.

En el maxilar las lesiones se extienden al paladar, afectando -- en porciones o totalmente los tejidos blandos del paladar. La

encia anterior se afecta sólo en los casos más graves. Las raíces quedan visibles y se observan unos sacos periodontales profundos y una anormal caída de dientes, lo cual hace pensar en una periodontitis grave infantil, pero también se observa en la forma crónica de reticulosis y, por ello, su hallazgo obliga a considerar esta enfermedad.

RADIOGRAFICAMENTE: Los alveolos dentarios óseos que sostienen uno o varios molares de leche pueden encontrarse en diversos estadios de destrucción, presentando una imagen de periodontitis avanzada; a veces las lesiones granulomatosas son centrales, presentándose como unas radiotransparencias homogéneas de tamaño moderado, redondeadas u ovaladas; cuando las lesiones son apicales, parecen patosis periapicales de origen odontogénico, lo cual hace pensar por su aspecto en quistes óseos centrales.

TRATAMIENTO: Las lesiones responden al curetaje local.

PRONOSTICO: Es bueno.

HEMANGIOMA

Lesión muy común caracterizada por la proliferación de los vasos sanguíneos de la zona.

ETIOLOGIA: La mayoría son congénitos y se dividen en capilar, cavernosos, hipertróficos, sistemático, metastizante, telegiectasia hemorrágica hereditaria, racimoso y pueden ser observados a cualquier edad y se presentan en ambos sexos.

CLINICAMENTE: Se presentan como lesiones elevadas, parcialmente elevadas o sumergidas, circunscritas o difusas, de color rojo o azuladas, de superficie lisa y de tamaño variable. Generalmente son blandos y resistente a la palpación y pueden blanquearse cuando se ejerce presión.

LOCALIZACION: Frecuentemente se localiza en la lengua, la mejilla, pero suele presentarse en cualquier otra parte.

Las lesiones pueden producir un agrandamiento considerable del lugar afectado y por tanto dificultar la fonación y la masticación.

Debido a la hemorragia interna trombosis y organización pueden experimentar fibrosis y la regresión espontánea.

MICROSCOPICAMENTE: El hemangioma capilar consiste en gran cantidad de capilares revestidos de endotelio y lleno de sangre -- que pueden infiltrar difusamente la mucosa o presentarse en numerosos racimos. El hemangioma cavernoso esta compuesto por pequeñas o gran cantidad de amplios espacios de paredes delgadas, llenos de sangre y revestidos de células endoteliales planas. El epitelio que cubre las lesiones suele estar intacto.

TERAPEUTICA: Agentes esclerosantes (azucar invertido, o norruato de sodio) el cual se inyecta directamente en la lesión. Posible la extirpación quirúrgica completa.

Puede afectar estructuras profundas como los maxilares, las glándulas salivales, la articulación temporo mandibular, la superficie de mucosa y piel.

Al realizarse la extirpación es indispensable tomar las precauciones necesarias como controlar cualquier hemorragia (tipo de sangre y compatibilidad cruzada, férulas y medios para ligar las ramas de la carótida externa). En general la electro coagulación causa menos hemorragia. Se han escrito en los últimos años métodos que incluyen criocirugía émbolos intravasculares con esferas de silicona y otros enfoques no quirúrgicos.

TRATAMIENTO: Son quirúrgico, radiación externa o radio, agentes esclerosantes (Monorruato de sodio o nieve carbónica). Crioterapia.

PRONOSTICO: Favorable.

TALANGIECTASIA HEMORRAGICA.
(ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER, WEBER)

ETIOLOGIA: Es transmitida por los dos sexos como dominante mendeliano simple. Enfermedad congénita y hereditaria que se caracteriza por numerosas zonas telangiectásicas o angiomatosas - ampliamente distribuidas en la piel y mucosas de la cavidad bucal y que tiende a experimentar repetidas hemorragias afecta -- tanto a varones como a mujeres.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Las lesiones telangiectásicas se -- presentan en forma de pápulas ligeramente elevadas, ovoideas, -- violáceas o rojizas, cuyo diámetro oscila entre 1 y 3 mm. Esta afección se va haciendo más marcada en la adolescencia y en la edad adulta. A medida que las personas afectadas van envejeciendo, las telangiectasias se hacen más numerosas y aumentan de tamaño, pudiendo formar pequeños aglomerados de angiomas o tumores vasculares, simultáneamente con el paso de los años, los episodios hemorrágicos traumáticos o espontáneos aumentan en importancia y frecuencia, ocasionando, a veces el desangramiento.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: La causa real de la hemorragia es un defecto intrínseco primario de las células endoteliales - que permiten su desunión, o un defecto del lecho tisular de sostén perivascular que debilita a los vasos y no la falta de fibras elásticas como se pensó en una época.

DIAGNÓSTICO: Los datos de la biopsia, aunque no son destacados, manifiestan una deficiencia del tejido conjuntivo y de las fibras musculares lisas en las delgadas paredes de los capilares, su tratamiento es variado según su gravedad. Las hemorragias espontáneas se cohiben con taponamiento a presión, en particular las nasales.

TRATAMIENTO: A veces, las zonas angiomasos o telangiectásicas se cauterizan, se tratan mediante la irradiación con Rx, o se eliminan por cirugía. Raras veces la enfermedad es grave, sin embargo, se han registrado numerosas muertes por hemorragias intensas.

PRONOSTICO: Favorable.

SINDROME DE ESTÜRGE WEBER
(ANGIOMATOSIS ENCEFALOTRIGEMINAL)

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

CARACTERISTICAS CLINICAS: Los primeros signos de la enfermedad se encuentran presentes al nacer el individuo, se localizan en la zona de piel inervada por el nervio trigémino. Existe calcificaciones circunvoluntarias intracraneanas típicas discernibles en radiografías de cráneo, se presenta el escleroderma o esclerosis sistémica progresiva, síndrome de Crest (calcinosis cutis, fenómeno de Raynaud, disfunción esofágica, esclerodactilia, telangiectasia), se presenta glaucoma, existen trastornos convulsivos, hemiplejía espástica y retardo mental. Afecta tanto a varones como mujeres y es transmitida por contacto sexual como simple carácter mendeliano dominante.

En algunos casos las lesiones angiomasas también atacan la encía y la mucosa bucal. No existe dificultad en el diagnóstico debido a la presencia de las lesiones faciales, generalmente -- suele presentarse en paladar, zona de labios, así como piso de la boca.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Existe un defecto en los vasos sanguíneos de la piel y de la mucosa que provoca este tipo de enfermedad, es un defecto de las células endoteliales o del tejido perivascular de soporte, lo cual debilita los vasos, cuando el sangrado es intenso da como resultado una anemia moderada y trombocitopenia.

TRATAMIENTO: Es esencialmente el campo de la neurocirugía, aunque a veces es posible tratar las convulsiones mediante drogas anticonvulsivas.

Las áreas angiomasas se caracterizan algunas veces tratándolas con radiación o extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO: Favorable.

ANGIOFIBROMA NASOFARINGEO
(FIBROMA NASOFARINGEO JUVENIL)

Se le encuentra en los adolescentes varones y se produce en la nasofaringe exclusivamente, se extiende hacia la cavidad bucal en algunos casos.

ETIOLOGIA: Se ha sugerido la existencia de una base endocrina para la lesión, pero esta relación aún es incierta.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Existe obstrucción nasal, epistaxis y sinusitis. Se le debe diferenciar de los pólipos nasales corrientes, al cual es similar superficialmente. Conforme va creciendo, se produce la depresión del paladar y la deformidad facial, por ser un tumor no encapsulado y que se origina en el tejido blando de la nasofaringe.

Se le puede encontrar en la cavidad oral en la zona palatina o amigdalina, con obstrucción nasal, aunque también aparece en la parte posterior del maxilar superior e incluso de la mandíbula, las cuales son idénticas a las lesiones nasofaríngeas, se les considera de naturaleza similar.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Existe trombosis y oclusión en asociación con vasculitis debido a la trama vascular y el estroma conectivo que son los componentes básicos, los cuales son de forma irregular, de diferente grosor y constan de un revestimiento endotelial simple. Cuando las células del estroma son abundantes, existe semejanza con el hemangioma esclerosante, algunas veces hay células multinucleadas del estroma y por alteraciones ocasionales nucleares.

A esta lesión se le puede confundir con un sarcoma.

TRATAMIENTO: El tratamiento generalmente es quirúrgico, complementado a veces con irradiación de rayos X. Son comunes -- las recidivas múltiples, pero probablemente no se produce transformación maligna.

PRONOSTICO: Favorable.

LINFANGIOMA

Tumor benigno, cuyas células forman espacios ocupados por linfa o líquido seroso y están revestidos por una capa única de endotelio.

ETIOLOGIA: Al igual que la mayoría de las lesiones angiomasas suele tratarse más de una anomalía de desarrollo que de un neoplasma y se clasifican en: Linfangioma simple, Cavernoso, Hipertrofico, Sistemático difuso o higioma.

LOCALIZACION: Por lo general se localizan frecuentemente en la lengua y se presenta desde el nacimiento.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Se diferencia de los hemangiomas -- por ser incoloros, son de consistencia blanda e indoloro y no poseen características clínicas precisas.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS: Revelan unos espacios vasculares de tamaño grande y pequeños, revestidos por una capa única de células endoteliales. En ocasiones se aprecian estructuras valvulares. Característico que estos espacios carezcan de elementos sanguíneos aunque pueden contener líquido linfático.

TRATAMIENTO: No experimentan transformaciones malignas, no responde a la irradiación por ser radiosensibles, tampoco responden a las soluciones esclerosantes por ser reversibles; en cambio la escisión quirúrgica, si fuera posible constituye el tratamiento de elección.

PRONOSTICO: Reservado por su tendencia a la recidiva.

MIXOMA

ETIOLOGIA: La predilección del mixoma por desarrollarse en los maxilares no tiene una explicación fácil y sugiere un origen odontogénico, posiblemente a partir de tejidos pulpaes primitivos a los que se asemeja superficialmente.

CARACTERISTICAS CLINICAS: No muestran preferencia por ningún sexo suelen presentarse a cualquier edad y puede afectar tanto el maxilar superior como la mandíbula, es de crecimiento lento; suelen ser de consistencia blanda y no presentan la movilidad - característica de las neoplasias benignas, ya que no están bien encapsulados y pueden infiltrar los tejidos vecinos. Es de su importancia que el odontólogo lo distinga fácilmente del mixoma odontogénico. Además suele provocar agrandamiento de la zona afectada, aflojando los dientes. El tumor posee la consistencia de jalea.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS: Esta compuesta de células estrelladas o en forma de aguja en un tejido fibroso y mucoso lazo, es un tumor muy raro de la boca.

RADIOGRAFICAMENTE: Muestra una zona radiolúcida única o de un aspecto semejante a pompas de jabón. Las tablas son delgadas y pueden estar expandidas.

TRATAMIENTO: Se ensayará el raspaje y la remoción local conservadora, también se puede realizar la extirpación quirúrgica, aunque pueden recidivar después de la extirpación quirúrgica -- nunca se transforma en tumores metastatizantes.

PRONOSTICO: Suele ser benigno si se llega a efectuar una escisión amplia y completa, además de que este tumor no es maligno.

CONDROMA

ETIOLOGIA: Tumor benigno de origen del tejido cartilaginoso o del tejido conjuntivo determinado en esta dirección especial de la formación cartilaginosa. Es sumamente raro en los maxilares.

ASPECTO CLINICO: Se presenta a cualquier edad y no manifiesta predilección por el sexo. Se origina como una hinchazón indolora y lentamente progresiva del maxilar, y como cualquier otra neoplasia, es capaz de producir agrandamiento, migración y aflojamiento de los dientes. La mucosa que lo cubre raras veces se ulcera. La parte anterior del maxilar superior es el sitio más común de este tumor porque es aquí donde se encuentran restos cartilaginosos vestigiales; generalmente en la línea media, hacia 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, o las apófisis coronoides o los cóndilos. Se han observado algunos casos periféricos como en el paladar blando y el condroma u osteocondroma común de la lengua.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS: Revelan una zona radiolúcida irregular o moteada en el hueso. El condroma es una lesión destructora y además se ha comprobado que produce resorción radicular en los dientes adyacentes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Los cortes microscópicos revelan cartílago hialino con condrocitos normales, también pueden haber zonas de cartílago calcificado.

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 microscópico aparentemente inofensivo de muchos condromas, se comportan como confrosarcomas de baja malignidad.

TRATAMIENTO: Su tratamiento es quirúrgico, puesto que el tumor es resistente a la radiación el cual debe consistir en la escisión local radical.

PRONOSTICO: De esta enfermedad es reservado.

CONDROBLASTOMA BENIGNO
(TUMOR GIGANTE CELULAR CONDROMATOSO EPIFISARIO)
TUMOR DE GODMAN

Es una neoplasia benigna del hueso; una entidad definida que afecta los huesos largos pero a veces se da en la mandíbula.

ETIOLOGIA: Desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Aparece en personas jóvenes, los varones están más afectados que las mujeres al 2 por 1; la mayoría de los casos afecta los huesos largos de los miembros superiores e inferiores. Se han localizado casos en el cóndilo --mandibular.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Esta compuesto de células poliédricas relativamente uniforme y estrechamente apretadas con focos ocasionales de matriz condroide, células gigantes multinucleares dispersas; asociadas con zonas de hemorragia, necrosis o calcificación del material condroide.

TRATAMIENTO: Extirpación quirúrgica conservadora.

PRONOSTICO: Favorable.

FIBROMA CONDROMIXOIDE

Tumor benigno raro de origen cartilaginoso .

ETIOLOGIA: Desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Se presenta en personas jóvenes. La mayoría de los casos en huesos largos, en los huesos de las manos y de los pies, cintura pélvica y esporádicamente en cualquier otro sitio. Se han encontrado casos en el área anterior de la mandíbula, con extensiones a cada lado de la sínfisis. Presenta dolor como característica primordial pues es la primera sintomatología de la lesión, la hinchazón es rara.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Presenta zonas mixomatosas, zonas fibrosas y de aspecto condroide, a veces se encuentran focos de calcificación.

TRATAMIENTO: Extirpación quirúrgica conservadora.

PRONOSTICO: Reservado ya que la recidiva no es rara.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

OSTEOMA OSTEÓIDE

Tumor benigno de hueso.

ETIOLOGIA: Es desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Suele presentarse en personas jóvenes, raro después de los treinta años. Se lo localiza frecuentemente en niños menores de 10 años, predomina en varones al -- 2 por 1.

Se manifiesta en el fémur o en la tibia, presenta un dolor intenso, puede existir tumefacción localizada de los tejidos blancos sobre la zona afectada del hueso que puede estar sensible.

Se manifiesta más en la mandíbula que en el maxilar y pocas de estas afectan el seno del maxilar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS: Presenta un cuadro patognomónico que se caracteriza por una pequeña zona radiolúcida ovoide o redondeada rodeada de un borde de hueso esclerótico. La radiolucidez central puede presentar cierta calcificación, no mayor de un centímetro.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Consiste en un nido central de tejido osteoide, con grados variables de calcificación, entremezclados con tejido conectivo vascular. El periostio suprayacente presenta neoformación ósea y se observan colecciones de - linfocitos en este tejido intersticial.

TRATAMIENTO: Eliminación quirúrgica.

PRONOSTICO: Favorable si es eliminado completamente.

OSTEOBLASTOMA
(OSTEOMA OSTEOIDE GIGANTE)

ETIOLOGIA: Desconocida con frecuencia es tomada por un tumor óseo maligno.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Se origina en personas jóvenes, menores de veinte años.

Existe predilección por el sexo masculino. La lesión se caracteriza clínicamente por dolor e hinchazón en el sitio del tumor y su variación varía, su localización es en la columna vertebral, sacro, huesos largos y la bóveda craneana. Se produce tanto en la mandíbula y el maxilar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS: Aparece circunscrita, en algunos casos, hay destrucción ósea, en otros hay suficiente neoforación ósea para producir un aspecto radiolúcido y radiopaco -- mixto manchado.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Existe vascularidad de la lesión con muchos capilares dilatados distribuidos en todo el tejido.

- 1.- Cantidades moderadas de células gigantes multinucleares - dispersas en el tejido.
- 2.- Osteoblastos en activa proliferación que cubren las trabéculas irregulares de hueso nuevo.

TRATAMIENTO: Extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO: Favorable.

TORUS PALATINO Y MANDIBULAR

ETIOLOGIA: La etiología más convincente de que tanto el torus palatino como el mandibular son de naturaleza hereditaria, lo cual hace suponer que sigue una pauta mendeliana dominante.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Ambos predominan más en las razas de los esquimales y los indios norteamericanos, mientras que en las islas aleutianas tienen una incidencia elevada de torus mandibular, el torus palatino afecta más a las mujeres que a los hombres aunque el mandibular se presenta en ambos sexos; aparecen generalmente a la edad de 30 años.

El torus palatino tiene la forma de una saliente en la línea media del paladar y adquiere varias formas, las cuales desde el punto de vista clínico se han clasificado en: Plano, Fusiforme, nodular o lobular, la mucosa que recubre el torus está intacta, pero a veces aparece más pálida, si se traumatiza se ulcera. El torus propiamente dicho se compone de hueso compacto con un centro de hueso esponjoso.

El torus mandibular es una saliente ósea que se localiza en la superficie lingual de la mandíbula; en la línea milohioidea, -- por lo común a la altura de los premolares.

Su tamaño y forma varían considerablemente, suelen ser bilaterales, también son unilaterales al rededor del 20 por 100 de los casos.

Tanto las protuberancias unilaterales como las bilaterales pueden ser únicas o múltiples y con frecuencia son visibles en las radiografías dentales periapicales, no existen correlación en

la frecuencia de la presencia simultánea; lo cual sugiere que - estas dos anomalías no están relacionadas.

TRATAMIENTO: Eliminación quirúrgica.

PRONOSTICO: Reservado.

EXOSTOSIS MULTIPLE

ETIOLOGIA: Es desconocida, pero es posible que algunas de ellas presenten una proliferación reactiva ya sea a una oclusión traumática o a la presencia de enfermedad periodóntica crónica de los dientes asociados a la misma. La exostosis multiple -- suele reservarse para las hiperplasias múltiples que se desarrollan en las epífisis en vías de crecimiento de los huesos largos.

Se piensa que las mismas son el resultado de la proliferación -- de islotes de cartilago epifisiario desplazado durante el desarrollo de pequeñas hiperplasias óseas nodulares ubicadas, por lo general, en la superficie facial de la región molar del maxilar superior más o menos a nivel de la mitad de las raíces.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Por lo general se localiza en la superficie vestibular de la zona de los molares. Adopta una disposición de collar justamente en el límite entre la encía y la mucosa del vestibulo.

Están formados por hueso estructura normal y cubiertos por mucosa también normal, aunque al igual que en los torus puede aparecer adelgazada y ligeramente esquémica por la presión del crecimiento subyacente. Se presentan como pequeñas protuberancias nodulares sobre las cuales la mucosa puede aparecer blanqueada. Suele ser asintomático.

TRATAMIENTO: No requieren eliminación específica a no ser que ello se deba a razones de estética, periodóntica o protéticas, no recidivan.

PRONOSTICO: Favorable.

VIII TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO

- 1.- FIBROSARCOMA.
- 2.- LESIONES FIBROSAS (FIBROMAS OSEOS).
- 3.- LIPOSARCOMA.
- 4.- HEMANGIOENDOTELIOMA.
- 5.- HEMANGIOPERICITOMA.
- 6.- SARCOMA DE KAPOSÍ (HEMORRAGICO IDIOPATICO, ANGIORRETI-
CUENDOTELIOMA).
- 7.- SARCOMA DE EWING (MIELOMA ENDOTELIAL SARCOMA DE CELU--
LAS REDONDAS).
- 8.- CONDROSARCOMA.
- 9.- OSTEOSARCOMA (SARCOMA OSTEOGENO).
- 10.- LINFOMA MALIGNO.
- 11.- LINFOSARCOMA.
- 12.- ENFERMEDAD DE HODGKING.
- 13.- ENFERMEDAD DE BURKITT (LINFOMA AFRICANO DE LOS MAXILA-
RES).
- 14.- LEUCEMIA (LEUCEMIA AGUDA Y LEUCEMIA CRONICA).
- 15.- MIELOMA MULTIPLE.
- 16.- PLASMACITOMA.

FIBROSARCOMA

Es una de las neoplasias malignas de tejido conectivo más frecuente. Es un tumor de fibroblastos malignos que puede desarrollarse a partir del tejido conjuntivo fibroso en cualquier localización; incluyendo el periostio y el endostio.

ETIOLOGIA: Desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Puede presentarse en personas menores de 50 años. A veces las lesiones se originan en zonas que se están cicatrizando después de un trauma físico o de una exposición a una irradiación. La mayoría de los fibrosarcomas crecen en las extremidades, pero algunos se encuentran por encima de las clavículas e incluyen localizaciones orales como el periostio de la maxila y la mandíbula, el labio, la lengua, la encía y la mucosa bucal, paladar, faringe, en el antromaxilar y en la articulación temporomandibular. Se presenta en la boca como una masa sólida, no dolorosa, no ulcerada, mal definida, recubierta por mucosa rosada normal. Puede haber dolor intenso o parestesia con movilización y caída de los dientes cuando hay infiltración ósea.

ASPECTO RADIOGRAFICO: Los tumores bien diferenciados pueden no presentar ningún signo de destrucción ósea, pero las lesiones -- más invasivas muestran zonas irregulares de destrucción de la -- cortical que hace pensar en una enfermedad infiltrativa.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Existe proliferación de fibroblastos y la formación de fibras colágenas y de reticulina. Las células presentan todas las características de la proliferación altamente anaplásica y caprichosa.

TRATAMIENTO: Excisión quirúrgica radical y radioterapia.

PRONOSTICO: Favorable.

LESIONES FIBROSAS
(FIBROMAS OSEOS)

Existen lesiones fibrosas no metastatizantes, pero localmente a gresivas, que no deben ser confundidas con el fibrosarcoma, en especial del tipo bien

Todas estas lesiones son bastantes raras en la cavidad oral, la Organización Mundial de la Salud a propuesto las siguientes definiciones para cada una de las lesiones.

1.- FASCITIS NODULAR: Proliferación fibroblastica benigna, se extiende como nódulo solitario desde la facia superficial hacia el tejido adiposo subcutáneo o con menor frecuencia, hacia el músculo subyacente. Su actividad mitotica, su estroma mucoide y su crecimiento rápido que lo diferencian del fibrosarcoma.

2.- FIBROMATOSIS AGRESIVA: Proliferación fibroblástica no metastatizante de aspecto tumoral, afecta los músculos voluntarios, así como estructuras aponeuróticas y fascias.

Es común en la cintura escapular, muslo y nalgas de adultos jóvenes.

3.- MIOSITIS PROLIFERATIVA: Proliferación de fibroblastos y células gigantes con aspecto de células ganglionares, de crecimiento rápido, mal circunscrita que afecta principalmente la estructura conectiva del tejido muscular estriado. La lesión es benigna.

4.- FIBROXANTOMA: Proliferación benigna no encapsulada y frecuentemente vascular compuesta de histiocitos y células semejanates a fibroblastos productores de colágena,

dispuestas en estructuras ramificadas o radiales. La -- proliferación contiene macrófagos con lípidos en su interior, es muy común en la dermis.

- 5.- FIBROXANTOMA ATIPICO: Proliferación benigna, que guarda estrecha relación con el fibroxantoma presenta un grado mayor de pleomorfismo con células gigantes multinucleares y algunas células gigantes de tipo Touton así como numerosas figuras mitóticas, incluidas formas atípicas.

El tamaño es de aproximadamente más o menos 3 centímetros, su prevalencia en la piel dañada por el sol o irradiada - de personas de edad, y el hecho de estar bien circunscrita, ayudan en el difícil diagnóstico diferencial con el xantoma maligno.

- 6.- FIBROMA OSEO DESMOPLASICO: Lesión ósea, también de los maxilares. No metastatiza pero recidiva localmente, el - tratamiento es la excisión local amplia.

LIPOSARCOMA

Tumor raro mesenquimatoso maligno que se deriva de células grasas.

ETIOLOGIA: Desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Se origina en la zona de la cabeza y cuello, y casos raros en la cavidad bucal.

La mayoría de ellos son sarcomas primarios de tejido blando pero existen muy pocos casos de mesenquinoma maligno, y los que - contenían zonas de liposarcoma con lipoblastos malignos típicos.

TRATAMIENTO: Quirúrgico.

DIAGNOSTICO: Reservado.

HEMANGIOENDOTELIOMA

Neoplasia maligna de origen mesenquimatoso, de naturaleza angio-
matosa y derivada de células endoteliales.

ETIOLOGIA: Desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Se origina en cualquier zona del or-
ganismo, más común en la piel y los tejidos subcutáneos, en la
cavidad oral son en los labios, paladar, encía, lengua y zonas
centrales del maxilar y mandíbula. Se presenta a cualquier e-
dad. El hemangioendotelioma infantil o juvenil es una forma -
benigna del hemangioendotelioma maligno.

El aspecto del hemangioendotelioma es similar al del hemangioma,
se manifiesta como una lesión plana o levemente elevada de tama-
ño variable, de color rojo oscuro o rojo azulado, a veces ulce-
rada y con tendencia a sangrar después de un traumatismo leve.
El tumor puede atacar el hueso y producir un proceso destructi-
vo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Masas de células endoteliales -
que se suelen disponer en columnas. Las células tumorales se
hallan dentro de la vaina de reticulina que encierra a cada va-
so.

Las células individuales son grandes, poliédricas o levemente a-
planadas, con límites imprecisos y un núcleo redondo con múlti-
ples nucleólos minúsculos. Es una neoplasia infiltrativa no -
encapsulada.

TRATAMIENTO: Extirpación quirúrgica múltiple, radioterapia.

PRONOSTICO: Desfavorable.

HEMANGIOPERICITOMA

Es una neoplasia vascular que se caracteriza por la proliferación de capilares rodeados por masas de células redondas o fusiformes.

ETIOLOGIA: Desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Tumor raro, del que se ha comprobado una vasta distribución anatómica, incluida la cavidad bucal pero más común en la piel, suele presentarse en ambos sexos y - las edades extremas van del nacimiento hasta la edad avanzada.

Las lesiones son firmes, aparentemente circunscritas y con frecuencia nodulares y pueden o no presentar enrojecimiento indicador de su naturaleza vascular. La mayoría de los tumores crecen con rapidez y son, de corta duración, aunque se conocen tumores con muchos años de evolución. Suelen presentarse ocasionalmente en la cavidad oral, faringe y ocasionalmente en el piso de la boca.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: La célula característica productora probablemente de esta neoplasia es el "pericito" de Zimmerman, célula con propiedades contráctiles, pero sin miofibrillas, aunque se la ha supuesto relacionada con las células musculares.

La lesión se caracteriza por la proliferación profusa de capilares ocultos. Cada vaso a su vez, está rodeado por una vaina - de tejido conectivo, por fuera de la cual se encuentran masas - de células tumorales. Las células varían en cuanto a su forma son redondas o fusiformes, grandes o pequeñas.

TRATAMIENTO: Excisión quirúrgica, la recidiva local y a dis--

tancia suele presentarse en 52 %.

PRONOSTICO: Reservado.

SARCOMA DE KAPOSÍ
(HEMORRAGICO IDIOPATICO, ANGIORRETICUENDOTELIOMA)

Enfermedad rara de los vasos sanguíneos que se puede manifestar en la boca.

ETIOLOGIA: Tiene su desarrollo a partir del tejido conjuntivo perivascular, muchos autores consideran que es de naturaleza -- neoplásica del sistema vascular, con focos de origen múltiple.

También puede originarlo un granuloma infeccioso o una hiperplasia reticuloendotelial.

El desarrollo de la enfermedad se produce en tres fases: inflamación, granuloma y neoplasia y que la lesión inicial es principalmente una polivasculitis.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Puede originarse a cualquier edad, generalmente en varones lo cual sugiere una base endocrina.

Por lo general, las lesiones cutáneas múltiples se originan en las extremidades, pero después atacan la cara y a veces la cavidad bucal, así como órganos viscerales.

Se presentan como nódulos rojizos o pardo rojizos cuyo tamaño -- varía entre unos milímetros y un centímetro o más de diámetro -- por lo general sensibles o dolorosos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Se compone de múltiples vasos -- sanguíneos pequeños con aspecto de capilares que pueden contener sangre o no. Extremadamente celulares, compuestas con masas proliferantes de células fusiformes de aspecto embrionario. Algunas mitosis y aberturas vasculares hiperémicas.

TRATAMIENTO: Excisión quirúrgica y radioterapia.

PRONOSTICO: Desfavorable.

SARCOMA DE EWING
(MIELOMA ENDOTELIAL SARCOMA DE CELULAS REDONDAS)

ETIOLOGIA: Es una neoplasia maligna rara, que se forma a partir de los elementos reticuloendoteliales.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Se desarrolla teniendo un historial de trauma aparición del mismo cuando se presenta el dolor es intermitente y su primera manifestación es la tumefacción del hugso afectado.

Los huesos más afectados son: los de las extremidades, cráneo, clavícula, costillas, cinturas escapular y pélvica; así como el maxilar y la mandíbula.

En los casos del maxilar se ha presentado parestesia labial y - neuralgia facial. La aparición de la tumefacción del maxilar se presenta relativamente rápida y la masa intrabucal llega a ulcerarse. Un posible hallazgo de laboratorio es el recuento leucocitario elevado.

HALLAZGOS RADIOGRAFICOS: Consisten en zonas de densidad variable que corresponden a destrucción trabecular, pudiéndose encontrar zonas de aspereza perióstica y células tumorales dentro de los canales de Havers y de Volkmann.

Cuando se encuentra afectada la lámina cortical, desprendido el periostio queda rechazado y se forman capas de neoformismos ó--seas paralelas a la superficie, dando a veces la imagen en - -- "piel de cebolla".

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Células redondas pequeñas con - poco estroma. Pudiéndose encontrar tabiques de tejido conectivo. Las figuras mitóticas son comunes, pueden observarse pe--

queños conductos vasculares. Ausencia notable de células gigantes multinucleares. Otra de las características histológicas de este tumor es la necrosis.

Histoquímicamente se puede demostrar la presencia de glucogeno a diferencia del sarcoma reticulocelular, en el cual no se encuentra.

TRATAMIENTO: Extirpación quirúrgica radical.

PRONOSTICO: Favorable.

CONDROSARCOMA

Neoplasia maligna de células formadoras de cartílagos. Apareciendo en huesos formados por osificación endocondral suele presentarse en maxilares con relación a los restos cartilagosos de las apófisis coronoides, condilar y malar, agujero mentoniano, tabique nasal y canal incisivo.

ETIOLOGIA: Desconocida.

HALLAZGOS CLINICOS: Predomina más en varones que en las mujeres y se presenta a cualquier edad. El primer signo es una masa dura indolora, lobulada, no ulcerada, adherida a hueso, cuando crece la lesión hay destrucción ósea extensa y movilidad dentaria, este tumor presenta una rápida invasión al antro maxilar y a la órbita.

La mucosa generalmente se encuentra intacta. El tumor puede desarrollarse en ambos maxilares, como una lesión primaria del reborde alveolar, o a veces en el maxilar cerca del seno. A veces hay resorción ósea y exfoliación de los dientes. Generalmente es invasor y destructor se metastatiza fácilmente.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS: Se nota una zona radiolúcida - muy poco definida, con zonas radiopacas que corresponden al cartílago maligno que se ha calcificado y presenta resorción radicular.

En algunos casos existen zonas en las que la masa tumoral tiene un aspecto quístico. En los estadios avanzados hay expansión y destrucción con extensión a los tejidos blandos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Las diferentes zonas del condrosarcoma tienen considerable variación y nos pueden dar un diag-

CONDROSARCOMA

Neoplasia maligna de células formadoras de cartílagos. Apareciendo en huesos formados por osificación endocondral suele presentarse en maxilares con relación a los restos cartilaginosos de las apófisis coronoides, condilar y malar, agujero mentoniano, tabique nasal y canal incisivo.

ETIOLOGIA: Desconocida.

HALLAZGOS CLINICOS: Predomina más en varones que en las mujeres y se presenta a cualquier edad. El primer signo es una masa dura indolora, lobulada, no ulcerada, adherida a hueso, cuando crece la lesión hay destrucción ósea extensa y movilidad dentaria, este tumor presenta una rápida invasión al antro maxilar y a la órbita.

La mucosa generalmente se encuentra intacta. El tumor puede desarrollarse en ambos maxilares, como una lesión primaria del reborde alveolar, o a veces en el maxilar cerca del seno. A veces hay resorción ósea y exfoliación de los dientes. Generalmente es invasor y destructor se metastatiza fácilmente.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS: Se nota una zona radiolúcida - muy poco definida, con zonas radiopacas que corresponden al cartilago maligno que se ha calcificado y presenta resorción radioclar.

En algunos casos existen zonas en las que la masa tumoral tiene un aspecto quístico. En los estadios avanzados hay expansión y destrucción con extensión a los tejidos blandos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Las diferentes zonas del condrosarcoma tienen considerable variación y nos pueden dar un diag-

nóstico equivocado. Esta compuesto de cartílago hialino y en esta forma se asemeja al condroma, suele presentar osificación y confundirse con el sarcoma osteógeno. La característica más sobresaliente reside en el aspecto de las células cartilaginosas, generalmente binucleadas, con ausencia de figuras mitóticas aunque las anormalidades citológicas merecen la mayor consideración.

TRATAMIENTO: Quirúrgico.

PRONOSTICO: Desconocido, pero en varios casos el pronóstico a sido favorable.

OSTEOSARCOMA
(SARCOMA OSTEOGENO)

Neoplasia rara con considerables variaciones en los aspectos -- clínicos, histológicos, evolutivos y de pronóstico compuesto de células y tejidos en diferentes etapas de desarrollo óseo.

ETIOLOGIA: Desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Generalmente se presenta en jóvenes, entre la primera y segunda década de vida, los varones son más afectados. Su localización de este tumor son en el femur y la tibia. Sus manifestaciones en la boca son primero en la mandíbula y después el maxilar.

Los síntomas son: La hinchazón de la zona afectada, produciendo deformación facial y dolor seguido del aflojamiento de dientes, dolor dental, obstrucción nasal, parestesia y hemorragia. El osteosarcoma se origina en huesos afectados por la osteítis deformante o enfermedad de Paget.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS: En algunos casos se ven espículas o trabéculas irregulares de hueso nuevo que se irradian hacia la periferia de la lesión, y producen el aspecto de "rayos de sol" pero generalmente presenta una producción excesiva de hueso en forma esclerosante.

Debe tenerse en cuenta que el hueso neoformado (perióstico) es reactivo y no neoplásico.

La forma osteolítica se observa como una zona radiolúcida homogénea.

TRATAMIENTO: Extirpación quirúrgica radical.

PRONOSTICO: Varía según el tiempo de duración cuando se ha --
instaurado el tratamiento la sobrevida ha 5 años es de 40 % en
mandíbula y 25 % en maxilar.

LINFOMA MALIGNO

Se origina de células básicas del tejido linfoide, según Lukes es un proceso proliferativo neoplásico de la porción linfopoyética del sistema reticuloendotelial que comprende células de la serie linfocítica o la histiocítica en grados variables de diferenciación y que se produce en una población esencialmente homogénea de un tipo celular único.

ETIOLOGIA: Desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Tiende a desarrollarse en un solo ganglio linfático o en un grupo ganglionar diseminándose a continuación al hígado, bazo y médula ósea, se presenta con mayor frecuencia en varones y en personas mayores de 40 años.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Histológicamente es difusa (unifome) o nodular y la distribución de la lesión puede ser regional o sistemática (generalizada). Los linfomas y las leucemias linfocíticas e histiocíticas son parecidas, y la variación de la frecuencia de las células que aparecen en la sangre periférica guarda relación con las diferencias de distribución y depende, por lo común de que haya lesión de la médula ósea.

Existe una variedad en la clasificación del linfoma maligno, debido a las causas de transición que hay entre una y otra forma y también a la producción frecuente de tipos intermedios.

Unicamente es posible determinar el diagnóstico de las diversas formas del linfoma maligno mediante el estudio histológico del tejido afectado; junto con el examen hematológico y estudios de médula ósea completos.

TRATAMIENTO: El linfoma maligno no tiene solución puesto que

se disemina por medio del torrente sanguíneo.

PRONOSTICO: Desfavorable.

LINFOSARCOMA

Se desarrolla a partir de los linfocitos o linfoblastos, la enfermedad tiene una evolución más benigna que el reticulosarcoma.

ETIOLOGIA: Desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Primordialmente se desarrolla en varones de más de 40 años, aunque también aparece en niños y jóvenes. Su primer síntoma es una hipertrofia indolora de los ganglios linfáticos cervicales profundos. Al principio los ganglios son sólidos, discretos y móviles en sus inicios, pero cuando hay infiltración se acumulan y adhieren. Puede haber faringitis, siendo el tubo gastrointestinal la localización inicial más frecuente.

Se desarrollan en las amígdalas, mucosa bucal, suelo de la boca y otras zonas nasofaringe. Ataca con mayor frecuencia el nivel bucal, el reborde alveolar, piso de boca, la lengua, al paladar, la encía, la mucosa vestibular y la mandíbula.

Hay aflojamiento de dientes cuando esta invadido el maxilar y cuando se realizan extracciones en casos no reconocidos, ocasiona proliferación de la masa tumoral en la zona de la cirugía.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Varía considerablemente de un caso a otro, existe destrucción completa de los ganglios linfáticos y ofrecen el aspecto de una proliferación difusa de células pequeñas con poco citoplasma, semejante a linfocitos.

Presentan una gran actividad mitótica, se encuentran algunas fibras de reticulina, en ciertos tumores hay fagocitos dispersos que contienen residuos.

TRATAMIENTO: Sensible a radiación.

PRONOSTICO: Presenta una remisión casi inmediatamente iniciado el tratamiento pero solo es temporal ya que se ha encontrado -- que la recidiva se presenta y la muerte en tiempos variables -- excepto en niños que es rápida.

ENFERMEDAD DE HODGKING

Es una variante del linfoma maligno.

ETIOLOGIA: Es desconocida. Se pensó que la enfermedad era originada por:

- 1.- Una forma atípica de tuberculosis.
- 2.- Una cepa avícola de bacilos tuberculosos.
- 3.- Diversos bacilos difteroides.
- 4.- Amibas.
- 5.- Virus.
- 6.- Un tipo de reacción alérgica a diversos organismos.
- 7.- Un microorganismo del grupo Brucella.

La etiología que tiene más aceptación es la inflamatoria por los siguientes hallazgos clínicos que son:

- 1.- Fiebre en las últimas fases.
- 2.- Anemia persistente.
- 3.- Leucocitosis polimorfonuclear.
- 4.- Taquicardia persistente.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Es más común en hombres, se presenta más entre los 20 y 40 años, aunque se presenta también en la infancia, los signos y síntomas son muy variables. El síntoma es el crecimiento de uno o más ganglios linfáticos cervicales, debido al agrandamiento esplénico y la presión ejercida por el agrandamiento de ganglios o la lesión de las vértebras puede haber dolor en el abdomen y en la espalda.

Existe la forma de linfoma cutáneo, también conocido como micosis fungoide, que se encuentra en estrecha relación con la enfermedad de Hodgking. Sus manifestaciones son en la zona de -

ganglios linfáticos y por consiguiente puede encontrarse en la cavidad bucal.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Aumenta de tamaño y en cantidad de células reticulares, existe proliferación de linfocitos y en cantidades de eosinófilos, neutrofilos y plasmocitos. La característica principal de esta enfermedad son las células de -- "Doroty Redd", célula de "Red-Sternberg". Las cuales derivan, probablemente de las células reticulares y son grandes con núcleos mutilobulados y nucleolos prominentes, pudiendose encontrar con núcleos múltiples. Son rasgos característicos de las fases terminales de la enfermedad la necrosis y la fibrosis.

TRATAMIENTO: El tratamiento adecuado conduce a una remisión - de largo plazo e incluso a la cura. La radioterapia combinada con la quimioterapia es efectiva en el manejo de esta enfermedad.

PRONOSTICO: Generalmente evoluciona hacia la muerte, el curso del linfoma es variable por las remisiones que presenta dando - falsas esperanzas.

LINFOMA AFRICANO DE LOS MAXILARES
(TUMOR DE BURKITT)

ETIOLOGIA: Se le vincula con el virus de Epstein-Barr, semejante al del herpes; el tumor es de tipo linfoblástico e infiltra rápidamente.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Aunque es raro en los niños; en África Central se señala que existe más en los niños los cuales suelen verse afectados entre los tres y los siete años.

La enfermedad suele presentarse como una infiltración linfomatosa de la maxila que destruye hueso y afloja los dientes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Consiste en una proliferación de células linforreticulares monomorfas indiferenciadas, que suelen presentar abundante citoplasma además contiene restos celulares distribuidos uniformemente en el tumor, lo cual produce un efecto muy característico de "cielo estrellado".

TRATAMIENTO: Hoy en día se trata con drogas citotóxicas con las cuales se consigue una supervivencia sorprendentemente prolongada y cura evidente en algunos casos.

PRONOSTICO: Reservado.

LEUCEMIA

ETIOLOGIA: Neoplasia maligna que afecta a las células formadoras de los elementos sanguíneos.

Puede manifestarse de múltiples formas, ya que si ataca a los -- glóbulos blancos que se forman en la médula ósea se habla de una leucemia mielóide; en cambio si las células proliferan a partir de los ganglios linfáticos y el bazo, estamos en presencia de una leucemia linfóide.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Existe una proliferación anormal de los leucocitos, lo cual produce una infiltración y la diseminación de estas células anormales.

De esta manera, la médula ósea, bazo, hígado y ganglios linfáticos están a menudo afectados por las acumulaciones de estas células, dando lugar a la inhibición de la función.

Es indispensable dentro de la práctica dental la revisión de la cavidad oral puesto que existe la posibilidad de infiltración de diferentes estructuras de la boca, de los maxilares y especialmente, de las encías.

Existe dos tipos de leucemia, la aguda y la crónica; aún no se ha establecido la causa de la leucemia. Pero los datos de la experimentación animal hacen suponer que el proceso neoplásico puede ser provocado por una infección vírica en algunos casos.

LEUCEMIA AGUDA

CARACTERISTICAS CLINICAS: Existe la tendencia a sangrar fácilmente las encías, encontramos también pequeños puntos hemorrágicos tanto en las encías como en la mucosa bucal, puntos purpúricos o grandes placas equimóticas en estos aspectos se mandan a hacer exámenes hemáticos en busca de trombocitopenia y de leucemia.

Las encías se encuentran agrandadas cubriendo porciones de las coronas clínicas, sangran con facilidad, tienen un color rojo -- obscuro y están blandas y esponjosas. Pueden presentarse ulceraciones de la lengua o de la mucosa que se parecen a las úlceras de la estomatitis ulcerativa recidivante.

En algunos enfermos se presenta debilidad moderada, fatiga o malestar, en otros el comienzo va acompañado de fiebre, escalofríos y palidez así como debilidad y malestar extraordinarios, es indispensable examinar la cara y el cuello para palpar los ganglios linfáticos, observar las petequias, manchas purpúricas y equimosis.

La historia clínica descubre importantes datos diagnósticos, aunque el diagnóstico depende de los exámenes hematológicos.

Generalmente se presenta en niños puede encontrarse en personas adultas; se presenta en cualquier sexo.

HALLAZGOS DE LABORATORIO: Existe una intensa inmadurez de los globulos blancos, la anemia constituye un hallazgo precoz frecuente, los exámenes de la médula ósea son indispensables para finalidades diagnósticas, especialmente en los casos sospechosos de leucemia aleucémica.

TRATAMIENTO: No existen curaciones definitivas, se ha utilizado el uso de corticoesteroides, antimetabolitos y antagonistas del ácido fólico. El tratamiento bucal se recomienda concentraciones ligeras de lavados bucales antisépticos y cuidadosas exfoliaciones también raspados.

PRONOSTICO: Desfavorable pues prácticamente todos los enfermos de leucemia aguda fallecen de la enfermedad.

LEUCEMIA CRÓNICA

HALLAZGOS CLINICOS: Pueden tener un aspecto completamente normal los tejidos bucales, por lo general el motivo de la consulta es la tumefacción de los ganglios del cuello que se atribuye a una infección dentaria, la linfadenopatía puede ser única o múltiple localizada generalmente en las regiones submaxilares y caracterizada por la presencia de ganglios duros y móviles generalmente sin otra manifestación.

Las encías se presentan pálidas, al igual los labios y la mucosa. Suele ir acompañada de signos de anemia y de trombocitopenia debido a acumulaciones leucemicas en la médula ósea que inhiben la catividad hemopoyética.

El paciente se queja de engrosamiento y sensibilidad en las encías.

HALLAZGOS DE LABORATORIO: Existe un intenso aumento del número de leucocitos, se observa invariablemente una marcada desviación a la izquierda respecto a la madurez de los globulos. También se observan signos de anemia y de trombocitopenia.

TRATAMIENTO: Con la radioterapia de la médula ósea, bazo y ganglios linfáticos pueden obtenerse muchas veces remisiones de la enfermedad. También se han obtenido remisiones con la quimioterapia empleando el clorambucil o Cytoxan (leucemia linfocítica crónica) Myleran (leucemia crónica granulocítica) y otros medicamentos.

PRONOSTICO: Desfavorable.

MIELOMA MULTIPLE

ETIOLOGIA: Esta neoplasia se origina de las células de la médula ósea.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Es frecuente en personas de 40 a 70 años; más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Existe dolor como primer síntoma de la enfermedad, por causa de la destrucción ósea, suele presentarse la inflamación de la zona ósea afectada.

MANIFESTACIONES BUCALES: Suele presentarse más en la mandíbula que en el maxilar, la zona afectada es la rama ascendente, - ángulo mandibular y región molar. Se presenta dolor, tumefacción, expansión del maxilar, insensibilidad y movilidad de los dientes. Además, se producen lesiones extraóseas que pueden - parecer agrandamientos gingivales o epulides. También se presenta a otras zonas fuera del esqueleto, como los ganglios linfáticos, piel y vísceras.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS: Se presentan muchas zonas radiolucidas nítidas, como hechas con sacabocados, en diversos huesos, que incluyen las vértebras, las costillas, el cráneo, los maxilares y los extremos de los huesos largos. El tamaño de - estas lesiones varía entre algunos milímetros y un centímetro o más de un diámetro, así mismo, puede haber lesiones óseas destructivas difusas.

CARACTERISTICAS DE LABORATORIO: Algunos pacientes tienen una hiperglobulinemia que resulta en una relación invertida de la - albumina - globulina sérica y en la elevación de la proteína sérica. Además se observa la presencia de la proteína de Bence-

Jones en la orina. La anemia también es un hallazgo común en el mieloma múltiple.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Existen células redondas u ova-
les con núcleos excéntricos que presentan la cromatina dispues-
ta en "rueda de carro" o "tablero de ajedrez", pueden verse dos
núcleos dentro de la misma célula, pero la actividad mitótica -
no es grande. Los cuerpos de Russell son tan comunes como en
las lesiones inflamatorias crónicas, con abundantes plasmocitos
típicos cuya ausencia en el mieloma alguna vez se juzgó digna -
de atención.

TRATAMIENTO: Es puramente paliativo.

PRONOSTICO: Desfavorable pues termina con la muerte.

PLASMACITOMA

ETIOLOGIA: Es una enfermedad rara y afecta solo un hueso con un único foco intraóseo de proliferación de células plasmáticas.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Las lesiones pueden encontrarse en personas de cualquier edad y en cualquier hueso, pero muy pocas veces se desarrollan en los maxilares, los varones son atacados con mayor frecuencia que las mujeres, los síntomas son similares a los del mieloma múltiple. El dolor, la hinchazón y frangura patológica son los hallazgos más comunes.

MANIFESTACIONES BUCALES: Se debe tener cuidado al diagnosticarse una lesión de los maxilares como el mieloma solitario, ya que es común encontrar grandes cantidades de plasmacitos en granulomas producidos por infecciones dentarias.

El plasmacitoma solitario extramedular es un tumor de plasmacitos primarios de tejidos blandos de la mucosa nasal, faríngea y bucal que se da sin que haya una lesión ósea primaria evidente.

Este plasmacitoma se localiza en la encía, paladar, piso de la boca, lengua, amígdalas y pilares, así como en la cavidad nasal, nasofaringe y senos paranasales; las lesiones son masas rojizas sesiles o polipoides en las membranas mucosas, que se lobulan a medida que se agrandan, pero no tienden a ulcerarse.

Indudablemente, es diferente de los granulomas y polipos comunes que contienen plasmacitos, hallados con frecuencia en las vías respiratorias superiores y la cavidad bucal. Se produce metástasis a los ganglios linfáticos, huesos y otros sitios.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS: Puede revelar 1 ó 2 tipos de lesiones. La primera es una lesión intramedular puramente des--

tructiva sugerente de carcinoma metastasico. El otro es expansivo, sugerente de un tumor de células gigantes.

HALLAZGOS DE LABORATORIO: Algunos pacientes presentan proteína de Bence - Jones en la orina. Además, la hiperglobulinemia y la anemia tan características del mieloma múltiple, están ausentes en el mieloma solitario y el plasmacitoma extramedular.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Aunque es similar al mieloma múltiple en algunos casos del mieloma múltiple presenta un cuadro histológico diversificado que no se observa en el mieloma solitario o en el plasmacitoma extramedular.

TRATAMIENTO: Debe ser conservador para erradicar una lesión única lo cual se realiza mediante la cirugía, irradiación con Rx, o la combinación de ambas.

PRONOSTICO: Es excelente, aunque hay que tener en cuenta la dificultad en distinguir este del mieloma múltiple.

IX TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN MUSCULAR

1.- LEIOMIOMA.

2.- RABDOMIOMA.

LEIOMIOMA

ETIOLOGIA: Se deriva del musculo liso, es poco común en la cavidad bucal debido a la ausencia general de musculo liso en c-lla, excepto en las paredes vasculares, y a veces, en las papilas caliciformes de la lengua.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Suele presentarse en la parte posterior de la lengua, paladar, carrillos, piso de boca, encía y labios.

Es una lesión indolora, de crecimiento lento, superficial y con frecuencia pedunculada. Algunos síntomas han sido dolor de garganta; el tumor no se ulcera y se asemeja a la mucosa normal en el color y la textura.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Esta compuesto de haces entrelazados con cantidades diversas de tejido conectivo. Algunas lesiones se componen de grandes cantidades de vasos sanguíneos de naturaleza atípica con capas no orientadas de musculo liso.

El leiomioma vascular sería nada más una fase en el proceso continuo de la proliferación de musculo liso y que en realidad -- constituye una malformación vascular y no una verdadera neoplasia.

TRATAMIENTO: Esta neoplasia se trata mejor mediante la excisión quirúrgica conservadora, pues no tiende a recidivar o a convertirse en maligna.

PRONOSTICO: Favorable.

RABDOMIOMA

ETIOLOGIA: Desconocida, se origina del musculo estriado, es una lesión sumamente rara.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Es una masa tumoral conocida de meses y hasta años, algunos casos, en particular los de lengua -- son congénitos.

Las zonas más comunes son la lengua, piso de la boca, las axilas, pared torácica, cuello, laringe y faringe.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: El tumor se compone de células redondas y grandes, con citoplasma eosinófilo granular y estriaciones cruzadas probablemente entorpecen su función de concentración apropiada.

TRATAMIENTO: Se elimina por procedimientos quirúrgicos conservadores.

X TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN MUSCULAR

- 1.- LEIOMIOSARCOMA
- 2.- RABDOMIOSARCOMA
- 3.- SARCOMA ALVEOLAR DE PARTES BLANDAS

LEIOMIOSARCOMA

ETIOLOGIA: Desconocida; tumor maligno que se origina en el --
musculo liso.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Es sumamente raro en la cavidad bu-
cal y no se sabe si sea una transformación maligna del leiomioma
o si comienza sin antecedentes, se observa en adultos mayo--
res; se presenta en carrillos y esporádicamente en mandíbula.

Las lesiones aparecen como una hinchazón dolorosa, pero no se --
conocen otras características clínicas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Se asemeja al leiomioma y la --
cantidad de mitosis es el criterio más importante para estable-
cer la diferencia de ambos.

Otras veces existe rasgos de malignidad más obvios, como pleo--
morfismo nuclear, hiper cromatismo y formas celulares extrañas.

TRATAMIENTO: Por ser extremadamente pocos los casos que se --
presentan no se ha podido establecer un tratamiento adecuado.

PRONOSTICO: Reservado.

RABDOMIOSARCOMA

ETIOLOGIA: Desconocido, tumor maligno del musculo estriado relativamente raro en la cavidad oral.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Aparece con mayor frecuencia en las extremidades que en cualquier otro sitio y suele verse en individuos mayores.

Sobre la base del aspecto histológico hay cuatro tipos de rabdomiosarcoma que son:

- 1) PLEOMORFISMO 2) ALVEOLAR 3) EMBRIONARIO 4) BOTRIODIEO

RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR: Se presenta a muy temprana edad, la mayor parte de casos se presentaron en las extremidades, también se encontraron en la cabeza y cuello.

FORMA EMBRIONARIO: Común en la zona de cabeza y cuello se origina principalmente en la musculatura de la órbita facial y otras son ángulo interno del ojo, amígdalas, paladar blando, mastoides, oído interno, parótida, cigoma y regiones del temporal.

No tiene predilección por el sexo, algunos otros se han presentado en carrillo, mandíbula y encía, raras veces piso de boca; la edad de los pacientes van de 2 a 41 años.

RABDOMIOSARCOMA BOTRIODIEO: Tumor maligno de la vagina, próstata y base de la vejiga en niños pequeños, es una variante del embrionario, ataca el seno del maxilar, nasofaringe, conducto biliar común y oído medio.

Sus características clínicas del rabdomiosarcoma suele ser la hinchazón pero sí están afectados los nervios, hay dolor, según

su localización se observa divergencia ocular, formación anormal, disfalia, tos, descarga auricular y desviación de la mandíbula. A veces las lesiones se ulceran o llegan a invadir el hueso adyacente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

RABDOMIOSARCOMA PLEOMORFICO: Principalmente se compone de células fusiformes distribuidas al azar. Los núcleos son ovales o alargados con cromatina compacta; existen células de raqueta como rasgo característico, células en "bandas" y "acintadas" -- presentan típicas prolongaciones citoplasmáticas alargadas. -- La mitosis es común el citoplasma es eosinófilo, existen vacuolas citoplasmáticas como, consecuencia de la presencia de grandes cantidades de glucogeno en la célula.

RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR: Se caracteriza porque tiene espacios revestidos de células de aspecto epitelial que se desprenden de las trabéculas colágenas. Las células son pequeñas, monomórficas, redondas u ovales, y sus núcleos se tiñen intensamente.

RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO: Esta compuesto por cuatro células.

- 1.- Células fusiformes eosinófilas, dispuestas en fascículos entrelazados.
- 2.- Células eosinófilas redondas, de tamaño intermedio y grande, con núcleo pequeño y citoplasma eosinófilo granular, intercaladas entre otras células.
- 3.- Células eosinófilas anchas y alargadas, con algunas estriaciones cruzadas.

- 4.- Pequeñas células redondas y fusiformes con núcleos oscuros y poco citoplasma.

TRATAMIENTO: Extirpación quirúrgica radical amplia, que puede ir seguida de una irradiación de sostén con rayos X.

PRONOSTICO: De las formas pleomórficas y alveolares es, por lo general desfavorable.

SARCOMA ALVEOLAR DE PARTES BLANDAS

ETIOLOGIA: Su histogénesis es incierta, algunos autores suponen que es de origen muscular estriado, aunque difiere en ciertos sentidos del rhabdomyosarcoma de tipo celular; otros autores opinan que es de tipo neural y se relaciona con el mioblastoma benigno de células granulares o puede nacer en el tejido paraganglionar acromafínico.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Predomina más en las mujeres generalmente se encuentra después de los veinte años. Su aparición fluctúa en una edad promedio de 20 a 30 años la lesión se produce con preferencia en los músculos de las extremidades, -- aunque se han apreciado esporádicamente en la lengua y piso de la boca. Las lesiones son masas circunscritas, de crecimiento lento, sin características macroscópicas distintivas.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS: Se compone de células grandes -- con un citoplasma finamente granular que no es tan eosinófilo -- como el de las células del rhabdomyosarcoma. La estructura se asemeja a la vista en el paraganglionar acromafínico.

Marshall y Horn comunicaron que el sarcoma alveolar de partes blandas da regularmente, una reacción netamente positiva a la reacción del ácido peryódico de Schiff (PAS) antes y después -- del tratamiento con diatasa, similar al mioblastoma benigno de células granulares pero a diferencia del rhabdomyosarcoma alveolar, en el cual el material PAS positivo es eliminado por la -- digestión con diatasa.

TRATAMIENTO: La extirpación quirúrgica radical es el tratamiento aceptado para la lesión debido a la elevada frecuencia -- de recidiva, metástasis y muerte del paciente.

PRONÓSTICO: Desfavorable.

XI TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN NERVIOSO

- 1.- NEUROMA TRAUMATICO (NEUROMA DE AMPUTACION)
- 2.- SINDROME DE SIPPLE (SINDROME NEUROPOLIENDOCRINO)
- 3.- NEUROFIBROMA (NEUROFIBROMATOSIS O ENFERMEDAD DE VON ROCKINGHAUSEN DE LA PIEL)
- 4.- TUMOR NEUROECTODERMICO MELANOTICO DEL LACTANTE.
- 5.- NEUROLEMOMA (SCHWANNOMA)

NEUROMA TRAUMATICO O NEUROMA DE AMPUTACION

ETIOLOGIA: Se presenta ante el seccionamiento de un nervio, o tra etiología de importancia son las dentaduras protésicas demasiado grandes.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Aparecen cuando se realizan procedimientos quirúrgicos, irritaciones crónicas o en sitios de lesiones previas. Su localización más frecuente es en el maxilar inferior, después de fracturas o maniobras quirúrgicas como fue ra de él; otra variedad de neuromas traumáticos es observada en el tejido conjuntivo del maxilar inferior a nivel del punto de salida del nervio alveolar inferior, otro lugar de localización es la lengua, labio, mucosa alveolar, y suelo de la boca.

Los síntomas que a veces acompaña a estos neuromas traumáticos es el dolor y la sensibilidad. Son redondeados y movilizables y solo raras veces de un diámetro superior de 3 cm.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Están constituídos por una masa de fibroblastos, células de Schawnn y cilindros ejes; todo esto constituye un neuroma, una cantidad variable de tejido cicatrizal (tejido colágeno).

TRATAMIENTO: Puede realizarse la extirpación quirúrgica como tratamiento.

PRONOSTICO: Reservado.

SINDROME DE SIPPLE
(Síndrome Neuropoliendocrino)

SINDROME: (Cuadro o conjunto sintomático; serie de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso o determinado).

ETIOLOGIA: Su origen es endocrino, se caracteriza por la aparición de neuromas mucosos múltiples, carcinoma medular de la tiroides y feocromocitoma suprarrenal.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Suelen aparecer en el nacimiento o poco después; son nódulos elevados, pequeños y sésiles en la lengua o los labios.

A veces los labios están entumecidos, con un agrandamiento difuso los bordes de los párpados presentan pequeños nodulos.

Después el paciente presenta carcinoma de la glándula tiroides, que invariablemente es de tipo medular y feocromocitomas de la glándula suprarrenal; por lo común, múltiples y bilaterales.

El feocromocitoma puede ser sintomático debido a la presencia de mayores cantidades de tecolaminas y se manifiesta por debilidad, palpitaciones, parestesia e isquemia de las extremidades, sudoración profusa, cefaleas lacerantes, náuseas y diarreas incontrolables

La hipertensión coincidente es sostenida o paroxística. Existe también otras lesiones como nervios medulados de la córnea, una diversidad de dedos esqueléticos, ganglioneuromatosis, hipertrofia intestinal, manchas de color café con leche e hiperparatiroidismo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Son como masas tortuosas de fibras nerviosas rodeadas de un perineurio engrosado, semejantes con los neuromas traumáticos. Se sugiere que pueden ser proliferaciones hamartomatosas y no verdaderos tumores.

TRATAMIENTO: Cuando existe el carcinoma medular de la tiroides, puede dar metatasis y producir la muerte, por ello la detección de los neuromas mucosos, manifestación prodrómica de consecuencias más graves que vendrán, ha de alertar al cirujano dentista para el diagnóstico temprano y el tratamiento rápido de las lesiones tiroideas y suprarrenales.

PRONOSTICO: Reservado.

NEUROFIBROMA

(NEUROFIBROMATOSIS O ENFERMEDAD DE VON ROCKINGHUASEN DE LA PIEL)

Nacen de las células de la vaina nerviosa (Neurilema y de fibroblastos perineurales). Puede ser hereditario como proceso dominante, autosómico, pero sólo la mitad de los casos observados tienen antecedentes familiares.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Se presentan zonas de pigmentación parda clara simultáneamente en tronco, axila y zona pelviana; - el descubrimiento de 6 ó más manchas diámetro de 1.5 cm. o mayor es diagnóstico de neurofibromatosis, las lesiones son asintomáticas y su transformación maligna de uno o más neurofibromas tiene lugar en el 5 por 100 aproximadamente, de los pacientes - con este síndrome.

También puede haber feocromocitomas (Tumores de la médula suprarrenal y paraganglios).

Cuando secreta grandes cantidades de catecolaminas produce hipertensión, el 5 % de los pacientes con neurofibromatosis tienen lesiones bucales muy desarrolladas, con macroglosia. Se ha demostrado que este tipo de lesiones y su proceso, son más frecuentes en pacientes internados en instituciones para trastornos mentales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Posiblemente las células neuríticas y los fibroblastos participan en la formación del tumor y originan diversas combinaciones de ambos elementos. Es frecuente que los axones atraviesen el tumor aunque por lo general, no se les considera como neoformaciones tumorales, no se encuentran encapsulados los neurofibromas. Algunas veces contienen melanocitos y son comunes los mastocitos.

TRATAMIENTO: No existe tratamiento adecuado, se puede eliminar la lesión por medio de cirugía; pero el tamaño usual impide cualquier intento quirúrgico diferente al que se realiza por razones estéticas.

Las lesiones solitarias se pueden eliminar de manera conservadora y raramente recurren.

PRONOSTICO: Las que han sufrido una transformación sarcomatosa tienen mal pronóstico.

TUMOR NEUROECTODERMICO MELANOTICO DEL LACTANTE

(Ameloblastoma pigmentado, melanoameloblastoma, ameloblastoma - melanótico, tumor del blastema ritenal, progonoma melanótico).

El tumor se origina en la cresta neural y constituye un atavismo del desarrollo neuroectodermico sensorial y de ahí el nombre de progonoma melanotico.

ETIOLOGIA: Se ha sugerido que se deriva del blastema retinal de los ojos, que es de origen odontogéno, o que el tumor constituye un atavismo del desarrollo neuroectodermico sensorial.

CARACTERISTICAS CLINICAS: La mayoría de los casos de esta lesión se presentan en infantes menores de 6 meses, no tiene predilección por el sexo, suelen desarrollarse estos tumores en -- los maxilares, principalmente en el superior, hay algunos obsegvados en la mandíbula y el cráneo. Son de crecimiento rápido, no ulcerados, pigmentados intensamente, que dan una imágen ra-diográfica de una neoplasia maligna invasora.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Es una masa tumoral, no encapsulada infiltrativa de células dispuestas en espacios de tipo alveolar, lapizadas por células cuboides, muchas de las cuales -- contienen pigmento melánico. Las partes centraies de estos espacios alveolares contienen muchas células redondas pequeñas -- con poco citoplasma y núcleos redondos e intensamente teñidos.

TRATAMIENTO: La extirpación quirúrgica conservadora es lo i--deal ya que la recidiva es muy baja; no existe metástasis.

PRONOSTICO: Su pronóstico es favorable.

NEUROLEIOMIOMA
(SCHWANNOMA)

ETIOLOGIA: Su origen es neuroectodérmico ya que se deriva de las células de Schwann; es un tumor muy raro de la vaina de Schwann.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Lesión de crecimiento lento; aunque algunos evolucionan rápidamente. Se origina a cualquier edad, no hay predilección por el sexo. Puede no presentar dolor, a menos que ejerzan presión sobre los nervios adyacentes más que sobre el de origen. La zona donde se localiza es la cabeza y el cuello, con mayor frecuencia, también en la lengua, paladar, piso de boca, mucosa vestibular, encía, vestibulo, seno del maxilar y glándulas salivales, así como en las zonas retrofaríngeas y retroamigdalina. Otro lugar es el nervio mandibular afectado a la mandíbula, lo cual provoca dolor y parestesia.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Esta compuesto de dos tipos de tejido el A y el B de Antoni; el tejido A esta compuesto de células con núcleos alargados fusiformes que se disponen en sentido paralelo; dan la apariencia de disponer en remolinos o espirales.

El tejido de tipo B presenta una disposición desordenada de las células y fibras con zonas que aparecen como líquido de edema, con formación de microquistes, se caracteriza por la presencia de los cuerpos de Verocay, que son pequeñas estructuras hialinas. Generalmente son encapsulados.

TRATAMIENTO: Extirpación quirúrgica; esta lesión no responde a la radiación no tiene recidivas.

PRONOSTICO: Puede ser favorable.

XII TUMORES MALICNOS DE ORIGEN NERVIOSOS

- 1.- SCHWANNOMA MALIGNO (SARCOMA NEUROGÉNO, NEURILEMOMA MALIGNO, NEUROFIBROSARCOMA).
- 2.- NEUROBLASTOMA OLFATORIO (ESTESIONEUROBLASTOMA, ESTESIO NEUROEPITELIOMA).

SCHWANNOMA MALIGNO

(SARCOMA NEUROGLIO, NEURILEMOMA MALIGNO, NEUROFIBROSARCOMA)

ETIOLOGIA: Lesiones sumamente raras en cavidad bucal y al rededor de ellas que se originan del tejido nervioso, algunos casos de Schwannoma maligno se originan en lesiones previamente benignas de neurofibramatosis o enfermedad cutánea de Von Recklinghausen, en tanto que otros aparecen de novo o sin antecedentes.

CARACTERISTICAS CLINICAS: No tienen predilección por el sexo y se producen entre los 30 y 60 años, se localizan en la encía, paladar, labio, nervio dental inferior o mandíbula, la cual es más atacada que el maxilar. Algunas veces hay dolor y parestesia pero en otros solo está la presencia de una masa tumoral.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS: Revela una imagen radiolúcida difusa, característica de una neoplasia infiltrativa maligna, por otra parte, puede tener únicamente el aspecto de una radiolucidez lisa, como dilatación del conducto dental inferior cuando el tumor se origina en este nervio.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Microscópicamente es idéntico al figrosarcoma, la disposición en empalizada ayuda a diagnosticar la lesión, como las células fusiformes hinchadas, ordenadas en cordones con núcleos en tándem también. En los Schwannomas malignos se encuentran focos de modulación cartilaginosa y ósea.

TRATAMIENTO: Ha sido tratado por cirugía e irradiación, sin embargo tiende a recidivar y el grado de malignidad suele crecer con cada recidiva.

PRONOSTICO: Es dependiendo del avance de la enfermedad ya que en estado avanzado es desfavorable.

NEUROBLASTOMA OLFATORIO
(ESTESIONEUROBLASTOMA, ESTESIONEUROEPITELIOMA)

ETIOLOGIA: Desconocida, aunque quizá se origina en el aparato olfatorio; es un tumor sumamente raro.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Aparece como una tumefacción dolorosa en la zona de las fosas nasales, aunque algunos casos se originan en la nasofaringe, maxilar o lo invaden.

Es una lesión más comun en adultos que en niños. Tumor invasor y destructivo, que aunque aparece como una tumefacción dolorosa en las fosas nasales, pero rara veces metastatiza sobre todo en los ganglios linfáticos cervicales y los pulmonos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Pequeñas células de coloración obscura en masas compactas con citoplasma eosinófilo mal definido y núcleo vesicular, redondo corriente, a veces con cromatina punteada. Es común la formación de rosetas, se asemejan a las células sustentaculares y olfatorios de la mucosa olfatoria.

Existen figuras mitóticas pero no en gran cantidad, el estroma tiene patrón neuroide fibrilar.

TRATAMIENTO: Suele ser la cirugía, irradiación o la combinación de los dos procedimientos.

PRONOSTICO: Por lo general es favorable, aunque la recidiva sea bastante común.

XIII CONCLUSIONES

El sistema estognatonático representa uno de los sitios del organismo en que es posible encontrar una gran variedad de lesiones tumorales y pseudotumorales.

Es importante que el cirujano se encuentre familiarizado con ellas, ya que muchas veces, de los profesionales en la rama médica, es el primero en establecer contacto con este tipo de patología, siendo su decisión muy importante para el pronóstico y curso de la misma. El conocimiento de los estudios estadísticos con que contamos, de ahí que me haya interesado en la realización de mi tesis sobre esta investigación bibliográfica para realzar la importancia que tiene el reconocimiento de las neoplasias que se pudieran presentar en la cavidad oral, siendo imperativo aclarar que no se trata de saber diagnosticar ni de etiquetar toda patología, sino saber diferenciar lo normal de lo anormal en base a la gran manifestación de las mismas como se puede observar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- A. LYNCH MALCOLN.
MEDICINA BUCAL DE BURKET, DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO.
7° Edición. Nueva editorial Interamericana, S.A. de C.V.
- 2.- ARCHER W. HARRY.
CIRUGIA BUCAL. ATLAS PASO POR PASO DE TECNICAS QUIRURGI
CAS. TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS TUMORES BENIGNOS.
Editorial Mundi, S.A.
Tomo I, Cap. 12.
- 3.- BHASKAR S. N.
PATOLOGIA BUCAL
3° Edición.
Editorial Ateneo.
- 4.- BAKER - WISE.
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO.
MANUAL DE CIRUGIA OPERATORIA.
3° Edición. Editorial Interamericana.
Pag. 31, 32, 38, 40.
- 5.- CARAMES DE APRILE, ESTHER.
ANATOMIA Y FISIOLOGIA PATOLOGICAS DEL ORGANO BUCAL.
2° Edición Editorial Mundi, S.A. J.C. y F. Junin 895 Para
guay 2100 Buenos Aires Argentina.
Pags. 504, 508, 510, 513, 521, 529, 530, 531, 534, 542,
544.
- 6.- COSTICH - WHITE.
CIRUGIA BUCAL.
Editorial Interamericana.
Cap. 14 Asistencia Posoperatoria.
Cap. 16 Infecciones.

- 7.- GIUNTA, JOHN.
PATOLOGÍA BUCAL.
Editorial Interamerican, 1º Edición.
Pags. 30, 83, 84, 92, 93, 94, 96, 101, 102, 103, 104, 105,
109, 112, 988, 991.
- 8.- GRISPAN, DAVID.
ENFERMEDADES DE LA BOCA. SEMIOLOGIA, PATOLOGIA CLINICA
Y TERAPEUTICA DE LA MUCOSA ORAL.
Edit. Mundi, S.A. C.I.F., Paraguay 2100, Buenos Aires,
Argentina.
- 9.- E. WAITE, DANIEL D.D.S. M.S.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA.
Cía. Editorial Continental, S.A. de C.V.
México 2º Edición Oct. 1984.
Pags. 136, 211, 213, 214, 216, 217.
- 10.- J. GORLIN ROBERT. D.D.S. M.S. & M. GOLDMAN HENRY D.M.D.
PATOLOGIA ORAL - THOMA.
Salvat Editores, S.A. Reimpresión 1983.
- 11.- O. KRUGER, GUSTAV.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
4º Edición Nva. Editorial Interamericana, México, D.F. 1986.
Pags. 513, 520.
- 12.- PELAYO CORREA.
TEXTO DE PATOLOGIA.
Edit. La Prensa Mexicana.
Cap. 20, Patología de los Tejidos de Sosten del Organismo.
Pag. 969.
Cap. Apéndice a Autopsia y Biopsia, Pag. 1187.

- 13.- PRACTICA ODONTOLOGICA (REVISTA).
Volúmen 8 # 9 Sept. 1987.
Granuloma Central de Células Gigantes, Pag. 34.
Hiperplasia Epitelial Focal, pag. 41.
- 14.- R. COSTICH, EMMET Y RAYMOND P. WHITE, JR.
CIRUGIA BUCAL.
Editorial Interamericana.
Pag. 77
- 15.- REVISTA ASOCIACION DENTAL AMERICANA.
ODONTOMA ANTRAL EXTENSO. ENERO 1977.
Pags. 107 - 109.
- 16.- SHAFER G.W. & LEVY M.B.
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL, 4° EDCION.
Nva. Edit. Interamericana, S.A. de C. V. México, D.F. 1986.
- 17.- SPOUGE, J.D.
PATOLOGIA BUCAL.
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F. Paraguay 2100 Junin 895.
Buenos Aires Argentina.
- 19.- W.TIECHKE, RICHARD.
FISIOPATOLOGIA BUCAL.
Editorial interamericana.
Cap. 18, Tumores Odontogenicos.
Pag. 331 - 333.