

318322
23
2ej



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

Universidad Nacional Autónoma de México

**PRINCIPALES TUMORACIONES ORALES
BENIGNAS DE TEJIDO BLANDO**

T E S I S

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

EDIS EMELI PARADA PEÑA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



México, D. F.

1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

PRINCIPALES TUMORACIONES ORALES BENIGNAS DE TEJIDO BLANDO

INTRODUCCION:

CAPITULO -I-

EMBRIOLOGIA DE LA ZONAS QUE DAN ORIGEN A ESTAS LESIONES GRANULOMATOSAS.

- 1- Formación de la cara
- 2- Formación del paladar primario
- 3- Formación del paladar secundario
- 4- Formación de la lengua
 - a) Arcos bronquiales
 - b) Seno cervical

CAPITULO II

LESIONES QUE ENCONTRAMOS MAS FRECUENTES

1- PAPILOMA

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento
- d) Pronóstico

2- FIBROMA

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento
- d) Pronóstico

3- LIPOMA

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento
- d) Pronóstico

4- ADENOMA PLEOMORFO "TUMOR MIXTO DE GLANDULAS SALIVALES"

- A) Etiología
- b) Diagnóstico

c) Tratamiento

d) Pronóstico

5- FIBROGRANULOMA

a) Etiología

b) Diagnóstico

c) Tratamiento

d) Pronóstico

6- GRANULOMA PIOGENO

a) Etiología

b) Diagnóstico

c) Tratamiento

d) Pronóstico

7- GRANULOMA CENTRAL O PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES

a) Etiología

b) Diagnóstico

c) Tratamiento

d) Pronóstico

8- FIBROMATOSIS REDUNDANTE

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento
- d) Pronóstico

9- FIBROMATOSIS GINGIVAL O HIPERPLASIA GINGIVAL

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento
- d) Pronóstico

CAPITULO III

TUMEFACCIONES DE DIFERENTES ESTADIOS DE AVANCE

1- MUCOCELE

- a) Etiología
- b) Diagnóstico
- c) Tratamiento

d) Pronóstico

2- RANULA

a) Etiología

b) Diagnóstico

c) Tratamiento

d) Pronóstico

3- SIALOLITIASIS

a) Etiología

b) Diagnóstico

c) Tratamiento

d) Pronóstico

CAPITULO IV

TUMORACIONES DE TEJIDO MUSCULAR

LEIOMIOMA

RABDOMIOMA

REGLAS GENERALES PARA UN MEJOR DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO PRONOSTICO

1- BIOPSIA

2- CITOLOGIA EXFOLIATIVA ORAL

3- TINCION DE AZUL DE TOLUIDINA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Cada día que pasa, la odontología nos abre las puertas para seguir nuevos caminos en la preservación de la salud bucal.

La cirugía es la terapéutica quirúrgica que se encarga de devolver la salud mediante procedimientos de cortes de tejidos vivos o necróticos.

La cavidad bucal, séptica por excelencia, está expuesta constantemente a agresiones microbianas, físicas y químicas, la cual se manifiesta por la gran cantidad de alteraciones que pueden localizarse en ella.

También, algunas enfermedades sistémicas pueden afectar los tejidos bucales.

La cavidad bucal tiene relaciones importantes con otras regiones faciales como las fosas nasales y orbitarias. Esto fue lo que con el tiempo hizo que se ampliara el ámbito de acción del cirujano dentista.

Este trabajo tiene como objetivo describir de manera sintética las principales neoplasias orales benignas de tejidos blandos, explicando su etología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Las tumoraciones orales benignas de tejido blando, tienen como características generales las siguientes:

Tiempo de evolución lento.

Crecimiento largo, en ocasiones pueden ser recurrentes.

Generalmente se encuentran encapsuladas.

Móviles. (pediculados o césiles).

Indoloras.

Indurados.

Coloración similar a los tejidos que lo originan.

No existen adenopatía .

No dan metástasis.

No ponen en peligro la vida del paciente.

Algunas lesiones tumorales en que predomina el tejido granulomatoso en abundancia, se encuentra altamente congestionado, esto nos indica que puede sangrar con mucho más facilidad en forma importante, durante la intervención quirúrgica.

Otros pacientes por no haber tenido atención profesional a tiempo, puede complicarse con infección, y presentar edema localizado o difuso.

ETIOLOGIA

Generalmente se encuentran algunos puntos irritativos como pueden ser:
Mordedura de labios, carrillos y lengua, frecuente por mal posición dentaría.
Bordes de coronas, incrustaciones y obturaciones mal ajustadas.

Prótesis fijas o removibles desajustadas o largas. Ante éstas agresiones, el organismo se defiende tratando de cubrir la irritación, y crece constituyendo la tumoración.

En otras ocasiones, los irritantes químicos como los anticonvulsivos específicos en el tratamiento de la epilepsia, causan alteraciones del colágeno en la encía, ocasionando la fibromatosis gingival, que varía de tamaño, según la tolerancia del medicamento.

En las tumoraciones benignas verdaderas existen disfunción tisular específica.

HISTOLOGIA

En las lesiones granulomatosas se encontrará tejido inflamatorio principalmente, tejido de granulación acompañado de vasos sanguíneos y edema intra e intercelular.

En las lesiones tumorales, abundan blastos titulares específicos, que constituyen dicha tumoración.

No se encontrarán formas citológicas de malignidad.

Es de suma importancia establecer un diagnóstico certero y diferencial, ya que así, se podrá elegir la técnica operatoria adecuada que optimice los resultados. Todas éstas lesiones tumorales se resuelven por cirugía .

CAPITULO I

El entendimiento de muchos trastornos del desarrollo y del crecimiento que afectan las estructuras bucales se logra mediante el conocimiento de la embriología e histología de dichas estructuras.

FORMACION DE LA CARA

ARCOS BRANQUIALES

Estos inician su desarrollo en los primeros días de la cuarta semana como células de la cresta neural que migran a la futura cabeza y también a la región del cuello. El primer arco branquial, que incluye el primordio de los maxilares aparece como una elevación superficial lateral a la faringe que se está desarrollando, muy pronto éste y el otro arco branquial aparecen dispuestos oblicuamente, como crestas redondeadas de cada lado de las regiones donde más adelante estarán la cabeza y el cuello.

Hacia el final de la cuarta semana se dividen con claridad en la inspección externa cuatro pares bien definidos de arcos branquiales. Los arcos están separados uno de otro por hendiduras a las cuales se les llama surcos branquiales.

El primer arco branquial, llamado con frecuencia arco mandibular, desarrolla dos prominencias:

- 1.- El proceso mandibular, que es el más grande, forma la mandíbula.
- 2.- El proceso maxilar que es más pequeño, da lugar al maxilar a la arcada cigomática, y a la parte escamosa del hueso temporal.

El primer arco branquial da origen a: el nervio trigémino, a los músculos masticadores, milohioideos y vientre anterior del digástrico, al músculo del martillo y periestafilino externo, estructuras, óseas, martillo y yunque . Y a los ligamentos como, ligamento anterior del martillo y esfenomaxilar.

El segundo arco branquial también llamado hioideo da origen a: el nervio facial, a los músculos de la expresión facial, del estribo, estilohioideo y vientre posterior del diagástrico. A estructuras óseas como: estribo, apófisis estiloides, asta menor del hioides y parte superior del hioides. Al ligamento estilohioideo.

El tercer arco branquial da origen : al nervio glossofaríngeo, al músculo estilofaríngeo, a las estructuras óseas, hasta mayor del hioides, porción inferior del cuerpo del hioides.

El cuarto y el sexto arco branquial dan origen a: el nervio laríngeo superior, recurrente y ramas del vago, a los músculos faríngeos. laríngeos, cricotiroideo, elevador del velo del paladar, constrictores de la faringe, músculos intrínsecos de la faringe. A las estructuras óseas: cartílago, tiroides, cricoides, aritenoides, cornicular o de santorini y cartílago cuneiforme. Los arcos branquiales están separados por surcos poco profundos y por bolsas faríngeas poco más profundas en la parte interna. Del epitelio endotérmico de las bolsas faríngeas se originan los siguientes órganos.

De la primera bolsa faríngea, se forma el tubo auditivo y las cavidades del oído medio.

De la segunda bolsa faríngea, se origina las amígdalas palatinas.

De la tercera bolsa faríngea se forman las glándulas paratiroides inferiores y el timo.

De la cuarta bolsa faríngea se forman las glándulas paratiroides superiores.

SENO CERVICAL

En la parte externa los terceros y cuartos arcos son sobrepasados en su crecimiento por un agrandamiento caudal que viene del segundo arco branquial, lo que ocasiona que éstos se encuentren en un repliegue profundo llamado seno cervical que posteriormente se cierra y desaparece la cavidad pero si esto llega a persistir, su epitelio puede originar alteraciones.

En el ser humano, en los primeros inicios de su vida, la formación de la cara se inicia por medio de:

Los cinco primordios de la cara aparecen alrededor de la boca primitiva o estomodeo en etapas tempranas de la cuarta semana de gestación.

La prominencia fronto nasal, formada por proliferación del mesénquima ventral en relación con el cerebro externo, constituye el límite craneal del estomodeo.

Las prominencias maxilares o paredes derivadas del primer arco branquial, forman los límites laterales del estomodeo.

Las prominencias mandibulares, también paredes, provienen del mismo arco branquial, y forman el límite caudal del estomodeo.

El desarrollo de la cara ocurre principalmente entre la cuarta y octava semana. La mandíbula es la primera parte de la cara en formarse. Esto resulta de la unión de los extremos mediales de las dos prominencias mandibulares.

Para el fin de la cuarta semana a cada lado de la porción inferior de la prominencia fronto nasal o frontal, aparecen engrosamientos bilaterales derivados del ectodermo, llamados plácodas nasales, éstos proceden a formar los procesos nasomedianos y nasolaterales.

Las prominencias maxilares crecen rápidamente y pronto se acercan entre sí, a la prominencia nasomediana. Cada prominencia nasolateral está separada de las prominencias maxilares por una hendidura o pliego llamado surco nasolagrimal.

En sí la cara está formada o se deriva de siete esbozos: dos procesos mandibulares, dos procesos maxilares, dos procesos mandibulares, dos procesos nasales laterales y un proceso nasal medio .

En un principio el proceso nasal medio es más grande que los dos procesos nasales laterales pero después se retrasa su crecimiento.

Los cambios que se realizan posteriormente son el resultado de la unión de todos los procesos ya mencionados.

FORMACION DEL PALADAR PRIMARIO

El paladar primario se desarrolla a partir de la quinta y sexta semana de vida intrauterina, a partir de la porción más interna del segmento, formado por la fusión de los procesos nasomedianos.

Este paladar primario dará origen a lo que será labio superior y a la porción inferior del proceso alveolar del maxilar, a la parte más anterior del paladar y a una pequeña parte del paladar duro del adulto.

Al unirse el proceso nasal medio con los procesos maxilares y nasales laterales, se reduce la abertura externa de las fosas nasales dando origen a lo que será fondo de saco.

Al juntarse, por la unión epitelial con los bordes laterales y medianos de la porción inferior de las fositas nasales, prolifera el mesodermo haciendo permanente, ésta unión.

La membrana nasobucal se forma en el fondo ciego del saco formado éste de la fosita nasal, el epitelio se adelgaza por el crecimiento de las estructuras vecinas. Esta membrana nasobucal separa la cavidad bucal primitiva del saco olfatorio. A la ruptura de ésta membrana, forma el conducto olfatorio, comunicando así a las ventanas nasales con la cavidad bucal.

La banda horizontal de tejido mesodérmico que se formó por el proceso nasal medio, los procesos nasales laterales y procesos maxilares y ya separada cavidad bucal y nasal, es lo que en sí es el paladar primario.

FORMACION DEL PALADAR SECUNDARIO

El paladar secundario es el esbozo del paladar duro y el paladar blando. Este paladar secundario se desarrolla a partir de dos proyecciones mesodérmicas horizontales llamadas procesos palatinos laterales, éstos procesos se alargan y toman una posición horizontal y la lengua toma una posición mas inferior.

Los procesos palatinos laterales se fusionan en la línea media, también con paladar primario y tabique nasal.

La fusión del tabique nasal y los procesos palatinos laterales, en su porción anterior se desarrollará el paladar duro en la porción anterior se desarrollará paladar blando y la úvula que es la última en formarse.

El paladar blando tienen como función principal obturar la nasofaringea y, así evitar que el alimento pase a las vías respiratorias.

La unión de los procesos palatinos se da cuando la lengua se desplaza hacia abajo dejando el espacio libre que está entre los procesos palatinos laterales, éstos toman su posición y se unen al borde inferior del tabique nasal. El rafé palatino señala permanentemente la línea de fusión de las prolongaciones o crestas palatinas. Los orificios de los incisivos sirven de límite entre el paladar primario y paladar secundario.

FORMACION DE LA LENGUA

La lengua se forma a partir del primer, segundo y tercer arco branquial y, da inicio ésta formación al final de la cuarta semana de gestación, aparece una pequeña elevación algo regular en el suelo de la faringe, en dirección inmediata al agujero ciego, ésta es la primera indicación del desarrollo de la lengua.

Rápidamente aparece los brotes distales de la lengua después que se formó el borde medio de la misma. Estos brotes distales al fusionarse forman los dos tercios anteriores de la lengua.

El tercio posterior o parte faríngea de la lengua da inicio a apartir de dos elevaciones que se desarrollan en la posición caudal en relación con el forámen cecum.

La cópula formada por la fusión de las partes ventromediales del segundo arco branquial .

La gran eminencia hipobranquial, la cual se desarrolla en la posición caudal con la relación a la cópula, a apartir del mesodermo de las partes ventromediales del tercero y cuarto arco branquial.

El mesodermo de los arcos branquiales forma el tejido conectivo, los vasos linfáticos y sanguíneos de la lengua y probablemente algunas de las fibras musculares . Sin embargo, la mayor parte de la musculatura lingual proviene de los miotomas de los somitos occipitales. El nervio hipogloso acompaña ésta migración de mioblastos e inerva la musculatura de la lengua cuando ésta se desarrolla.

Las papilas y esbozos gustativas aparecen alrededor de los 54 días. Las papilas caliciformes y foliadas aparecen primero y las papilas fungiformes aparecen después, todas las papilas pronto desarrollaran esbozos gustativos.

Los nervios sensitivos que inervan la mucosa de casi todos los dos tercios anteriores de la lengua, proceden de la rama lingual de la división mandibular del nervio trigémino.

En resumen se puede decir que la lengua se forma así: el cuerpo y la punta de la lengua a partir de tres prominencias de la cara interna del primer arco braquial. La base de la lengua a partir de una prominencia constituida por la fusión de las bases del segundo y tercer arco branquial, dando así la formación total de la lengua.

CAPITULO II

PRINCIPALES LESIONES QUE ENCONTRAMOS MAS FRECUENTEMENTE CAVIDAD ORAL

PAPILOMA

neoplasia benigna de epitelio escamoso, queratinizado, éste tipo de lesión es muy frecuente en labios, mucosa labial, bucal y en lengua, se presenta en ambos sexos, y por ende a cualquier edad.

ETIOLOGIA

Son hiperplasias inflamatorias causadas principalmente por traumatismo o irritación crónica, prótesis fijas o removible, parciales o totales, desajustadas o largas.

DIAGNOSTICO

Sus características más importantes o clásicas que le dan un diagnóstico único es su coloración gris o blanco grisáceo y con una forma que se le hace parecer una coliflor. Esta lesión aparece frecuentemente en la parte posterior de una prótesis total o sea en el vacío del paladar que ésta entre la prótesis y paladar blando, involucrando a éste y a la úvula.

Si el paciente se abstiene de usar la prótesis para aliviar las molestias que ésta le ocasiona, las papilas se hacen más prominentes. Claro, esto ya se trataría de un papiloma múltiple, llamado papilomatosis, que cubre todo el paladar.

Por lo general el papiloma es una masa única o aislada, bien limitado sin endurecimiento de los tejidos vecinos. De crecimiento lento y existe desde hace mucho tiempo.

HISTOLOGIA

Esta tumoración está formada principalmente por hiperplasia de epitelio escamoso estratificado adoptando una forma ramificada, parecida a un árbol, que generalmente se adhiere al tejido subyacente por un pedículo estrecho.

TRATAMIENTO

El tratamiento más apropiado es la extirpación total, generalmente con amplio margen de tejido libre para evitar recidiva. Si al examen histopatológico demuestra malignidad, el paciente debe recibir irradiación inmediatamente.

PRONOSTICO

Las opiniones varían en relación a la malignidad, pero esta malignidad es rara, si es que ocurre alguna vez.

Sin embargo la papilomatosis múltiple si tiene tendencia a la malignidad hasta poder transformarse en un carcinoma.

Por lo general no pone en peligro la vida del paciente.

FIBROMA

Esta lesión es la más frecuente en cavidad oral. Se presenta a cualquier edad y no hay predilección en el sexo.

ETIOLOGIA

Esta lesión está causada principalmente por traumatismo o por irritaciones superpuestas, mordeduras de labios, carrillos y lengua, mal posición dental y restauraciones mal ajustadas .

DIAGNOSTICO

Generalmente éste fibroma tiene casi todas las características clínicas de una neoplasia benigna, tiempo de evolución largo, crecimiento lento, en ocasiones puede

ser recurrente, generalmente se encuentran encapsulados, móviles indoloros, indurados, de coloración similar a los tejidos normales o un poco más pálido, no dan metástasis.

Cuando el fibroma se origina en el tejido conjuntivo más profundo de la mejilla, labios o lengua, presenta un aspecto distinto . Cuando éstas lesiones se localizan interdentalmente su forma es redonda, generalmente se altera por las estructuras dentales, y están inflamadas o incluso ulceradas por la irritación debida a la masticación.

HISTOLOGIA

El fibroma consiste en haces de tejido conjuntivo fibroso en el interior de los cuales hay cierto número de fibroblastos y fibrocitos diseminados. La vascularización también varía, desde un pequeño número de capilares hasta una gran capilaridad.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica total para evitar recidivas.

PRONOSTICO

Este suele ser excelente. A veces se encuentran recidivas, pero esto se debe a extirpaciones defectuosas. Hasta hoy no hay ningún caso reportado de que un fibroma se convierta en fibrosarcoma en cavidad bucal.

LIPOMA

Los lipomas se forman en sitios donde se encuentran tejido adiposo en la mucosa bucal.

ETIOLOGIA

El tumor se forma de células de grasa contenida en la encía alrededor del tejido adiposo de la lengua, suelo de boca, faringe y glándula parótida. Se dilata gradualmente y no se reabsorbe en la forma que se elimina la grasa de las reservas naturales cuando se pierde peso.

DIAGNOSTICO

El lipoma se presenta como una masa blanda, única, pequeña, bien limitada, prominente con un color amarillo pálido. Como el tejido graso ejerce presión sobre la superficie epitelial y aplana las papilas, el contenido de tumor brilla a través de la cubierta adelgazada, y los vasos sanguíneos subepiteliales son claramente visibles. En ocasiones su localización es más profunda, por lo que podemos pensar en él cuando se puede observar solo una tumoración o asimetría .

A la palpación éstos tumores suelen mostrar una masa bien limitada, móvil y de consistencia blanda o semi sólida. Debido al grosor de los tejidos que hay por encima, el color característico puede que no se observe, por ello esos lipomas se diagnostican clínicamente como fibromas. Algunos lipomas contienen una cantidad importante de tejido conjuntivo fibroso, lo que contribuye también a que su aspecto clínico recuerden al del fibroma, y se les da el nombre de fibrolipoma.

HISTOLOGIA

Esta consiste en una masa bien circunscrita de células grasas maduras con una cantidad variable de matriz de tejido fibroso.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO

Generalmente no hay recidivas y no pone en peligro la vida del paciente.

ADENOMA PLEOMORFICO

En un tumor benigno de las glándulas salivales, que a través de los años a recibido varios nombres, (por ejemplo, enclavama branquioma, endotelioma encondroma), pero el nombre de adenoma pleomórfico, dado por Willis, caracteriza con más exactitud el patrón histológico poco usual que se presenta en la lesión.

ETIOLOGIA

El adenoma pleomórfico se considera generalmente una neoplasia benigna, siendo de origen epitelial, no está bien encapsulada. Esta se desarrolla a partir de las glándulas salivales accesorias. Aunque tiene diversas localizaciones, la más frecuente es en la glándula parótida, donde se desarrolla más del 60 % de éstos tumores y siendo de origen glandular y, por lo tanto puede presentarse en paladar, carrillos, y suelo de la boca. Islotes epiteliales embrionarios pueden formar adenomas, pues tienen en potencia propiedades odontógenas y glandulares.

DIAGNOSTICO

El tumor de la parótida suele presentarse como un nódulo o "abultamiento " prominente, redondeado, de superficie lisa y de color normal, que a la palpación se observa que es de consistencia sólida. A la manipulación es móvil por debajo de la piel, estos tumores suelen ser asintomáticos, pero a veces su tamaño es suficientemente grande para interferir las funciones de la boca.

En otros casos el adenoma pleomórfico es una masa multilocular, sólida, prominente, y de gran tamaño recubrimiento una zona mas amplia que los otros tumores. Es muy raro que el adenoma pleomórfico de metástasis, por lo que casi nunca hay adenopatía regional.

Este tumor se presenta en todas las razas, a cualquier edad y en ambos sexos. De crecimiento lento, que se desarrolla gradualmente. (que aumentó su tamaño en los últimos años).

El adenoma pleomórfico casi nunca puede distinguirse de otras neoplasias o de otros procesos patológicos, para establecer un diagnóstico definitivo se debe recurrir al histopatológico .

Los estudios sialográficos de los tumores mixtos de la región parotídea pueden aportar datos importantes en relación al tipo de lesión. También de gran importancia es la biopsia; ésta debe obtenerla un cirujano competente, debido a que se trata de una técnica extraoral y la posibilidad de lesionar el nervio facial, pues éste transita ésta glándula.

HISTOLOGIA

La estructura de estos tumores es de una neoplasia epitelial, formada por epitelio escamoso que en ocasiones presenta zonas de queratinización. Además podemos encontrar epitelio glandular, lo mismo que material mucoide, que es producto de degeneración del epitelio. El estroma está formado por colágeno o por tejido fibroso libre.

TRATAMIENTO

El tratamiento que suele recomendarse es la extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO

Las recidivas no son raras y en algunos casos publicados en pacientes intervenidos quirúrgicamente el 30 % padece parálisis facial por la intimidad del nervio facial.

FIBROGRANULOMA

Estas lesiones proceden generalmente de una irritación crónica a que los tejidos orales están sujetos constantemente a las irritaciones asociadas a la masticación, mordeduras y al habla, así como las producidas por limaduras toscas, dentaduras y prótesis, alimentos calientes, fríos y cortantes, líquidos irritantes, sustancias químicas y otros factores. Los componentes histológicos son diferentes tanto cualitativa como cuantitativamente.

DIAGNOSTICO

Se presentan muy frecuentemente en paladar y encía lo cual le da su característica clásica de color rojo pálido casi rosa por su gran contenido de tejido fibroso, a la palpación son semiduros o duros y no son móviles. Otra característica es que el fibrogranuloma a diferencia de los granulomas que sangran con gran facilidad en éste la tendencia hemorrágica disminuye o desaparece .

Se han usado diversos términos para designar granulomas fibrosantes como son : fibrogranuloma, granuloma fibrótico y fibroma irritativo. Es realmente difícil diferenciar el fibrogranuloma del fibroma.

TRATAMIENTO

Para obtener éxito en éste, debe regirse a dos objetivos:

- 1.- eliminación de la causa.
- 2.- extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO

A veces puede haber recidiva y se debe generalmente a una extirpación incompleta o por la presencia continúa del factor causal.

GRANULOMA PIOGENO

Este es un tumor inflamatorio . En la actualidad esta clasificado como una forma polipoide de hemangioma capilar .

Toma su nombre sobre todo por la presencia de una infección secundaria, aunque continúa siendo un granuloma.

ETIOLOGIA

Muchas acciones y sustancias distintas pueden causar tumores inflamatorios como el granuloma piogeno. Como puede ser : traumatismo, irritación crónica, y que los tejidos orales están expuestos a constantes irritaciones asociadas con la masticación, mordeduras o lesiones que han quedado después de un traumatismo que interfieren al hablar o por limaduras de restauraciones mal ajustadas y a sustancias químicas que alteran los tejidos normales de la cavidad oral.

A pesar de ésta supuesta gran cantidad de factores, todas éstas lesiones poseen el carácter de irritación, que es el factor etiológico esencial. No sólo son las acciones irritativas agudas sino que, en muchos casos las acciones prolongadas y

persistentes, las irritaciones crónicas, no es la acción traumática aguda la que da lugar a la formación del granuloma, sino que, mas bien la irritación modesta o de pequeño grado, como depósitos cálculos, impactación de alimentos, cámaras de succión de las dentaduras, rebordes de las dentaduras, cuerpos extraños, espículas óseas entre otros.

DIAGNOSTICO

En la mayor parte de los casos, el granuloma piógeno es claramente visible debido a su aspecto característico que es de color rojo, o rojo púrpura debido a su gran vascularización, y es frecuente la hemorragia, ésta lesión puede desarrollarse en cualquier parte de la cavidad bucal, a cualquier edad, en ambos sexos y en cualquier raza.

Aún cuando sus características son similares a cualquier tumoración inflamatoria tiene sus características propias que lo hacen diferente. Generalmente tiene ulceraciones en su superficie, y puede resumir pequeñas cantidades de material purulento.

HISTOLOGICAMENTE

Presenta las características típicas de un granuloma como son:

- 1.- Elementos angioblásticos, una gran vascularización con numerosos capilares.
- 2.-Células inflamatorias, una acumulación intensa de células inflamatorias crónicas, sobre todo linfocitos y monocitos, pero muchas veces hay células plasmáticas y, a veces células gigantes de cuerpos extraños e incluso células polimorfonucleares.
- 3.- Elementos fibroblásticos, los fibroblastos son característicos de los tumores inflamatorios pero su número varía en los distintos tumores.

También hay una gran cantidad de leucocitos polimorfonucleares . Estos leucocitos pueden estar diseminados por todo el tejido, pero muchas veces se acumulan debajo del epitelio, en la base de las úlceras, donde parecen formar una membrana piógena y por ello su nombre, sobre todo por una infección secundaria, aunque continúa siendo un granuloma.

TRATAMIENTO

Para un mejor éxito del tratamiento se debe eliminar el agente causal y en otros casos la extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO

Estas tumefacciones por lo general no ponen en peligro la vida del paciente.

GRANULOMA CENTRAL O PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES

El aspecto clínico de éste granuloma no es característico en muchos casos, éste tumor se parece y no se puede distinguir del granuloma gingival común.

DIAGNOSTICO

Puede sospecharse de un granuloma de células gigantes por su localización profunda y adherida a la membrana periodontal o a las estructuras periósticas del alveolo, pero su diagnóstico definitivo se hace siempre basándose en los estudios histológicos. También es un tumor fundamentalmente inflamatorio. Pero en él predominan los elementos reparadores de células gigantes con los núcleos localizados en el centro que se parecen mucho, aunque no son idénticas a las células gigantes de cuerpos extraños o fagocitos.

El granuloma de células gigantes, al igual que muchos otros granulomas periféricos, se debe a irritaciones o lesiones locales.

TRATAMIENTO

Estos tumores se tratan de la misma manera que los demás granulomas periféricos por extirpación quirúrgica. A veces su localización profunda impide su total extirpación y por, ello, hay recidivas. En éstos casos, será necesaria una

cirugía más radical , que comprenderá la extracción del diente afectado junto con su proceso alveolar.

PRONOSTICO

Estos tumores no ponen en peligro la vida del paciente.

FIBROMATOSIS REDUNDANTE

Son tumores no neoplásicos que tienen, como mínimo, una característica en común un aumento anómalo de los elementos del tejido conjuntivo del corión, son múltiples y difusos, afectando sólo los tejidos gingivales.

Según su etiología las fibromatosis se pueden dividir en : irritativos, químicos anatómicos y hereditarios.

HIPERPLASIA GINGIVAL ASOCIADO CON EL TRATAMIENTO DE FENITOINA

ETIOLOGIA

La inflamación de la encía causada por la fenitoina, droga anticonvulsivante utilizada en el tratamiento de la epilepsia, se presenta en algunos pacientes que

han recibido ésta droga. Esto se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, y se relaciona directamente con la dosis y grado de hiperplasia gingival.

DIAGNOSTICO

La lesión primaria básica comienza con un agrandamiento indoloro globular en el margen gingival, vestibular y lingual y en las papilas interdentes. A medida que la lesión progresa, la inflamación se puede transformar en un repliegue macizo de tejido que llegue a cubrir una parte considerable de las coronas clínicas de los dientes, y dificultar así la oclusión. Cuando no hay inflamación añadida, la lesión tienen forma de moras, es firme, de color rosado pálido y presenta una superficie finamente lobulada que no tiende a sangrar. Los tejidos hiperplásicos se proyectan de manera especial desde abajo del márgen gingival del que está separado por un surco lineal.

La hiperplasia por la fenitoina puede presentarse en bocas desprovistas de irritantes locales y puede estar ausente en bocas con grandes cantidades de irritantes locales

La hiperplasia normalmente es generalizada, pero más intensa en las regiones anteriores de los maxilares, se presenta en regiones dentadas, y ésta hiperplasia desaparece al hacer una extracción. La hiperplasia es crónica y aumenta de tamaño con lentitud, y se vuelve desagradable. Al eliminarla quirúrgicamente,

vuelve a parecer, y sólo desaparece una vez que se ha interrumpido la ingestión de la droga.

Las alteraciones inflamatorias secundarias, (materia alba, cálculos, empacamiento de alimento y una mala higiene) se añaden a la lesión producida por la fenitoína, dando una coloración roja o roja azulada, y aumenta la tendencia hemorrágica.

HANSSELL y PAGE dieron sus hipótesis acerca de la hiperplasia gingival causada por la fenitoína, como una capacidad o incapacidad, determinadas genéticamente por el huésped a la administración prolongada de fenitoína. La administración de la fenitoína puede precipitar una anemia y una deficiencia de ácido fólico.

TRATAMIENTO

Este dependerá de la intensidad de la fibromatosis gingival si ésta es causada por la ingestión de la droga y no hay complicaciones se tomarán medidas profilácticas, (eliminación de sarro, limpiezas constantes, instruirlo en una buena técnica de cepillado, ya sea con cepillo normal o automático, masajes en las encías.).

PRONOSTICO

A pesar de la gingivectomía y de las rigurosas medidas de higiene, la mayoría de los enfermos que continúen tomando dicha droga presentarán un cierto grado de recidiva.

FIBROMATOSIS GINGIVAL

ETIOLOGIA

La fibromatosis irritativa abarca las múltiples hipertrofias gingivales causadas por las irritaciones crónicas locales, la respuesta inicial de la encía a la irritación es la inflamación. Otras de las causas es la respiración bucal, el roce de bandas y aplicaciones ortodónticas, depósitos calculosos profundos, pastas de obturación sobresalientes, una deficiente higiene bucal entre otras.

DIAGNOSTICO

Estas lesiones se caracterizan por la presencia de excesivo tejido fibroso dándole el nombre de fibromatosis irritativa, ésta se caracteriza por múltiples masas gingivales que se desarrollan a partir de los tejidos de localización interproximal, su tamaño es variable, alcanzando a veces unas proporciones tan enormes que cubren u ocultan la totalidad de la corona del diente. A menudo son redondeadas, de superficie lisa, de color rosa pálido, punteadas, duras y adherida a los tejidos que hay por debajo.

En otros casos, el aspecto clínico es muy distinto, éstas hiperplasias gingivales o tumores gingivales, son intensamente rojos o rojoazulados, de consistencia semisólida e incluso blandas, y con tendencia a sangrar muy fácilmente, evidentemente éste es un estudio precoz al descrito anteriormente. La localización más frecuente de la fibromatosis irritativa se hallan en la encía labial inferior, que son los tejidos que más se irritan por la respiración bucal persistente. A veces se afectan las encías de los premolares y muy raramente la de los molares.

Estas fibromatosis se presenta en ambos sexos y en todas las edades, la mayor parte de los casos que se asocian con la respiración bucal se ve en los niños.

En la evolución de éstas lesiones señalan que existen desde hace tiempo, y que en sus primeras fases las lesiones eran más blandas, de color más rojo y sangraban más fácilmente que en la evolución posterior. El diagnóstico de ésta lesión se basa en el aspecto clínico y en la determinación de la irritación local responsable.

TRATAMIENTO

Los estudios más precoces o más inflamatorios, se trata con mucho éxito con un legrado periodontal, eliminación o control de la causa y una mejor higiene oral. En casos avanzados se recomienda la gingivectomía, además del régimen terapéutico descrito anteriormente.

PRONOSTICO

Su tratamiento es un éxito si se siguen las medidas terapéuticas y un control médico gradualmente, sino será un fracaso todo el tratamiento.

CAPITULO III

TUMORACIONES DE DIFERENTES ESTADIO DE AVANCE

MUCOCELE

Esta tumoración también es llamada con frecuencia, aunque no lo es como quiste de retención de la mucosa o quiste de retención superficial.

El mucocele es una tumoración que contiene mucus o saliva muy espesa. Aparece en las regiones de las glándulas salivales, principalmente en la mucosa labial inferior con menos frecuencia en la mucosa bucal, paladar, parte ventral de la lengua y piso de la boca.

ETIOLOGIA

Algunos autores publican que ésta lesión resulta de la obstrucción del conducto salival menor o accesorias, pero a raíz de la investigación de Bhaskar y colaboradores, señalan que si el conducto salival es cortado de tal manera que se presenta una acumulación continua de saliva en los tejidos, desarrollando así una cavidad bien delimitada la cual es histológicamente idéntica al mucocele natural. Estas investigaciones demuestran que si el conducto salival es cortado traumáticamente por la mordedura de los labios o carrillos, o al puncionar lo labios con una pinza de extracción, se desencadena el proceso de retención salival. En si el mucocele es formado por la ruptura de un conducto en el inferior del paraquímica glandular. Esta ruptura se llena con la secreción constante

de saliva y es encapsulada por un tejido conectivo fibroso. Puede existir o no una cubierta de epitelio parcial o completa.

La designación de pseudoquiste por retención mucosa, es cuando existe la obstrucción parcial del conducto salival y a la presión constante del aumento de la secreción salival de la porción encerrada de la glándula.

El conducto se dilata, lo cual da lugar a una lesión por retención de mucosa, delimitado por un simple epitelio de células alargadas o pseudoestratificadas.

DIAGNOSTICO

Debido a su forma y estructura, éstos quistes o lesiones no se pueden llenar con un medio de contraste como se usa en las lesiones glandulares, pues las sialografía no son convenientes, en cambio, en las radiografías sólo podemos observar como defectos que ocupan espacios.

A la palpación, generalmente son blandos y pueden ser pastoso y fluctuantes, y a veces pueden estar doloridos. Mientras que en otras tumoraciones como son las mixtas casi nunca duelen y presentan su consistencia dura.

ASPECTOS CLINICOS

En un promedio establecido muestran que un 70 % de los mucocelos se presentan en el labio inferior Raramente se afecta el labio superior.

Esta lesión se presenta en todas las edades y en todas las razas, al igual en hombres y mujeres. Según Standish y Shafer.

Robinson y Horting-Hansen encontraron casos similares con la diferencia que ellos si dan predilección de edad, mostrando así que el 65 % de los casos ocurrió en las tres primeras décadas de la vida.

El aspecto clínico es variable, y debemos muchas veces de la profundidad de la lesión y las lesiones más superficiales se reconocen con facilidad por su presentación como masas prominentes de superficie lisa y de color azul o rojizo, discretas, parecidas a ampollas. Su tamaño puede variar desde 1 o 2 mm hasta 1 cm o más de diámetro.

Generalmente el quiste mucoso es único, pero en algunos casos pueden encontrarse dos o más muy próximos uno del otro pareciéndose a un racimo de uvas. Los quistes más superficiales pueden parecerse a un hemangioma, pero el

color azul más intenso y el aspecto más firme del tumor vascular, lo distinguen del quiste mucoso, ampuloso y traslucido.

Los quistes mucosos más profundos no se reconocen tan fácilmente ya que, debido al engrosamiento de los tejidos que lo recubren, se presentan como un tumor discreto, redondo, de superficie lisa y de rosado normal. La palpación nos muestra una masa dura, muy móvil, y, por ello puede confundirse el quiste con una neoplasia benigna como es el fibroma. Sin embargo el diagnóstico más definitivo se obtiene mediante la punción aspirativa.

HISTOLOGIA

Casi todos los mucocelos están formados por una cavidad circunscrita de tejido conectivo y mucosa, con adelgazamiento del epitelio, la cavidad en si, no esta revestida de un epitelio, por lo tanto no es un quiste verdadero. La pared de la cavidad ésta formada por un revestimiento de tejido fibroso conectivo comprimido y de fibroblastos. En ocasiones estas células se pueden confundir con células epiteliales aplanadas. No es raro que la pared de tejido conectivo sea esencialmente tejido de granulación, pero en cualquier caso muestra por lo general infiltración abundante de leucocitos, polimorfonucleares, linfocitos y células plasmáticas.

En sí, los datos histológicos son variables, algunos quistes mucosos están recubiertos por un epitelio plano, mientras que otros están recubiertos por un tejido fibroso comprimido.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica o enucleación quirúrgica de la lesión.

PRONOSTICO

Para evitar las recidivas se deben hacer la enucleación quirúrgica del quiste y de la glándula asociada. La sutura de la de esta cirugía debe incluir únicamente mucosa, para evitar lesionar las glándulas salivales accesorias o subyacentes.

RANULA

ETIOLOGIA

La ránula que es un verdadero pseudoquiste de retención, de consistencia blanda y llena de mucus, su característica principal es que se presenta en el piso de la boca y en forma unilateral. Se desarrolla asociado con los conductos secretores de las glándulas submaxilar y sublingual y se debe generalmente a una obstrucción

causada por un desarrollo de un aneurisma ductal, o por un defecto del conducto de Wharton (glándula submaxilar), o del conducto de Bartholin (glándula sublingual).

ASPECTOS CLINICOS

Este depende muchas veces del tamaño y profundidad del quiste, Generalmente la ránula es indolora, superficial, y varia mucho su tamaño desde 1 a 3 cm de diámetro. En estos casos, es una masa blanda, redondeada de superficie lisa, azulada o rojiza que puede hacer protusión a un lado del piso de la boca. A veces es más grande, en ocasiones, desplaza a la lengua e interfiere con la función bucales. En ocasiones es de tamaño tan grande que pareciera que es bilaterales o llega a confundir un aspecto clave de su aspecto clínico.

La ránula puede ser muy profunda, de forma que el grosor de los tejidos situados por encima dan un aspecto generalmente translucido y le proporciona un color rosado normal. Lo más frecuente es que estas lesiones sean unas tumoraciones redondas, de superficie lisa y de consistencia semisólida.

DIAGNOSTICO

Es de gran importancia investigar si ésta lesión aumenta de tamaño antes y durante las comidas y si estas disminuye de tamaño después de las mismas. A la

investigación o al hacer la historia clínica el paciente refiere que la lesión nunca desaparece por completo. Lógico, puesto que no hay un drenaje adecuado y el flujo salival sigue su curso normal. También se deben tomar radiografías oclusales, extraorales para ver si hay cálculos salivales que en ocasiones son los responsables de la obstrucción. Sin embargo, en muchos casos, la obstrucción no se debe a cálculos sino a residuos orgánicos y en estas ocasiones las radiografías no revelan nada importante.

TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico mediante la extirpación completa de la lesión y del lecho del quiste, y si es necesario la extirpación total de la glándula.

PRONOSTICO

En ocasiones hay recidiva, por la opinión que hay con respecto a esta, pues algunos prefieren eliminar sólo parte de ésta y lógicamente hay recidivas.

SIALOLITIASIS

Este no es un tumor pero en ocasiones puede llegar a producirlo, acaparando regiones importantes.

En la formación de concreciones calcificadas en el interior del sistema de conductos de una glándula salival, principal o accesoria.

Los cálculos salivales son formados por el depósito de sales de calcio alrededor de un nido central que puede consistir de células epiteliales descamadas, bacterias cuernos extraños o productos de descamación bacteriana.

Según las investigaciones, los cálculos se desarrollan el 90 % en la glándula submaxilar, desde el punto de vista fisiológico la saliva de esta es más alcalina, que las demás, el 6 % en la parótida, el 2 % en la sublingual y glándulas menores o accesorias.

Es frecuente en la vida adulta, pero no se descarta los cálculos salivales en niños. El lado izquierdo es el que con más frecuencia se afecta, y es bastante raro que halle una afección bilateral.

Los cálculos salivales toman diferentes forma, pueden ser alargados, redondeados o de forma oval. De superficie lisa o algo irregular, de color amarillento; su consistencia es dura con una arenilla superficial blanda.

Al microscopio se observa que la saliva proveniente de la glándula submaxilar ésta compuesta por concentraciones mayores de calcio y de fosfatos, principalmente en forma de apatita carbonatada.

ETIOLOGIA

En la determinación de las causas se distinguen dos fases:

- 1.- Génesis causal hasta que se llega a la cristalización primaria.
- 2.- Fase de cristalización.

La primera es una fase de inducción neurohumoral, en el cual existe un trastorno de hemostasia del calcio que da lugar a la precipitación de sales. Las sales precipitadas se unen a un mucopolisacárido formando así un núcleo cristalizado del cálculo salival.

La segunda fase es la de un proceso puramente fisicoquímico durante el cual envuelven al núcleo capas de materiales inorgánicos y orgánicos de la saliva.

En la formación de estos cálculos intervienen otras causas como son;

- a) causas mecánicas
- b) causas químicas
- c) causas neurohumorales
- d) causas inflamatorias

Probablemente los cálculos salivales se forman alrededor de cuerpos extraños contenidos en la glándula o en los conductos de descomposición bacteriana, pueden formar un núcleo que atrae a las sales de calcio. Grabner encontró en casos de larga duración colonias de actinomicas.

SIGNOS Y SINTOMAS

Muchos de los pacientes con sialolitiasis que afecta un conducto de glándula principal se quejan de dolor moderadamente severo antes, durante y después de las comidas. La oclusión del conducto impide el libre paso de la saliva, y éste estancamiento de saliva produce presión y al mismo tiempo dolor e hinchazón. A veces el cálculo se presenta sin sintomatología notable y la única prueba es de ser de masa firme que se palpa en conducto o la glándula .

DIAGNOSTICO

El diagnostico se basa en la historia clínica como (tumefacción durante las comidas) y a la palpación bidigital se localizan puntos dolorosos. Se pueden demostrar en las radiografías dentales cuando se toman apropiadamente y mediante las sialografías utilizando un medio de contraste yodado, teniendo la precaución de que la persona o paciente no sea alérgico al yodo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hay que hacer éste diagnóstico diferencial entre lo que es la estenosis inflamatoria y la litiasis, éste es a menudo difícil por la similitud de síntomas.

También hay que diferenciar en un sialolito con un fiebolito, éstos en las sigilografías se ven fuera del sistema ductal y son indoloros a la palpación el tratamiento de elección consiste casi siempre en la extirpación quirúrgica del sialolito. Los cálculos localizados en el parénquima glandular suelen requerir además de la resección de la glándula. Análogamente, el tratamiento de los sialolitos extraglandulares no se reduce a la extracción del cálculo. El tratamiento adecuado requiere la investigación sialografica acerca del estado de la glándula salival correspondiente.

Las infecciones secundarias que han originado extensas alteraciones glandulares pueden hacer necesaria la extirpación completa de la glándula.

PRONOSTICO

La recidivas son bastante frecuentes, y se debe principalmente a una mala técnica de extirpación o a una extirpación incompleta.

CAPITULO IV

TUMORACIONES DE TEJIDO MUSCULAR

RABDOMIOMA

Los rabdomiomas son bastante raros en cavidad bucal, esto no quiere decir que no se pueden encontrar.

ETIOLOGIA

Es un tumor causado por células mesenquimales que forman el tejido muscular, también se describió que después de una irritación.

Según varios investigadores como: Lino, Bernier, Man y Ash, Grossman, Parreira, Nuñez de Almeida. Descubrieron que éstos tumores no tienen predilección en edad, raza ni sexo, y dieron sus lugares de predilección de éstos, en lengua, menton, paladar duro y paladar blando, pueden ser pediculados o sésiles, de consistencia dura, de crecimiento lento y asintomático. Del tamaño de una nuez, labiado, rojo y elástico.

Microscópicamente presentó las siguientes características: polimorfismo, células agrandadas con protoplasma fibrillar estriado, células agrandadas con protoplasma fibrillar estriado, células fusiformes con muchos núcleos y cubiertos por epitelio escamoso estratificado cornificado.

TRATAMIENTO

Se tomará una biopsia y dependiendo de ello se hará la extirpación total o conservación de la lesión.

PRONOSTICO

Si hay recidiva puede llegar a convertirse en maligno llegando a lesionar a los ganglios cervicales .

LEIOMIOMA

Es generalmente un tumor benigno encapsulado, que alcanza tamaños enormes.

ETIOLOGIA

Esta lesión es de crecimiento lento, de inicio asintomático, de color rojo, labiado, y elástico.

TRATAMIENTO

Su tratamiento de elección es la eliminación quirúrgica, pero debido al parecido con otras lesiones obliga a la toma de la biopsia.

PRONOSTICO

No hay recidivas puede llegar a convertirse en maligno llegando a lesionar a los ganglios cervicales.

REGLAS GENERALES PARA UN MEJOR DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

- 1.- Hacer un buen diagnóstico
- 2.- Que el cirujano tenga los conocimientos anatómicos del area por operar
- 3.- Estar seguros de que el paciente no refiera una enfermedad sistémica de vital importancia que comprometa nuestra cirugía. (Mediante análisis del del laboratorio) .
- 4.- Cortes nítidos y firmes.
- 5.- Eliminación total de la membrana quística para evitar recidivas.
- 6.- La pieza operada debe ser enviada al histopatologo para corroborar el diagnóstico.
- 7.- Llevar control pre y pos operatorio.

BIOPSIA

Definición

Viene de bíos (vida), oipsis (vista o inspección). Es decir, inspección de un órgano tejido que ha sido obtenido de una persona viva.

En medicina es frecuente oír , voy a tomar una biopsia, o tomé una biopsia del tumor ; cuando debería decirse, voy a tomar un fragmento de tejido para biopsia.

Esta diferencia semántica, quizá ha dado origen a que la toma de fragmentos de tejido se realice con poco cuidado, redundando así, en resultados que en ocasiones, los reportes del histopatólogo, no satisfagan al 100%.

El fragmento para biopsia debe tener ciertas características que nunca debe olvidarse:

- a.- Porción superficial tumoral.
- b.- Porción tumoral central.
- c.- Porción de tejido sano que sirve de implante al tumor, todo en un sólo bloque.
- d.- No debe presentar zonas de necrosis por cauterización caliente o inflamación de sustancias químicas.
- e.- No presentar deformidades a nivel celular por pinzado inadecuado.
- f.- El espécimen debe conservar sus características tisulares.para cual, debe fijarse inmediatamente, introduciéndolo en el recipiente que contenga formalina que lo cubra totalmente.
- g.- Remitir el espécimen lo más pronto posible al laboratorio.

Esta remisión debe acompañarse de historia clínica, lugar y orientación con el sitio de donde fue obtenido y radiografía del caso.

Así el histopatólogo nos podrá entregar un reporte 100% fidedigno.

Básicamente el reporte histopatológico de acuerdo a caracteres celulares, nos certificará no malignidad, posibilidad de malignidad o franca malignidad.

Con el importante apoyo que ésta prueba nos dá, se dictará la conducta terapéutica a seguir.

La técnica para la obtención de especímenes para biopsia es muy variada, las más usuales son:

INCISIONAL. Dos cortes convergentes y uno basal perpendicular a ello, para que el espécimen contenga los tres estratos tumorales en un sólo bloque.

PUNCH- El instrumento que se utiliza es cilíndrico hueco (sacabocados) con filo en la parte cortante, se introduce con rotación hasta basal y se obtienen un espécimen de forma cilíndrica, conteniendo los tres estratos tumorales del bloque.

ESCISIONAL. Pieza operatoria completa, generalmente utilizada en tumoraciones benignas ; en malignas en forma transoperatoria para descartar actividad tumoral en bordes.

POR ASPIRACION. Primordialmente para estudio de líquidos extraídos con una jeringa. En lesiones semisólidas, puede obtenerse una pequeña cantidad de material, con el cual puede realizarse un frótsis sobre un porta objetos.

Actualmente las técnicas endoscópicas permiten hacer la toma interna de tejidos viscerales (pellizco).

Con ayuda de la fluoroscopia e instrumentos especializados pueden tomarse especímenes tipo pellizco de cualquier órgano.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA ORAL

Definición. Es el estudio de las células de descamación, de los tejidos de recubrimiento bucales: paladar, labios, carrillos, lengua y piso de la boca.

En la única prueba a la que puede considerarse como diagnóstico oportuno o temprano del cáncer oral.

Generalmente se utiliza cuando se sospecha de lesiones consideradas pre malignas: tumores benignos o malignos con cierto grado de duda.

Esta prueba sin embargo, debería difundirse tanto como el papanicolau cervico uterino, aplicarse rutinariamente en los grupos de RIESGO por edad o hábitos, ya que pueden detectarse células de descamación de los aparatos digestivos y respiratorios.

El reporte que remite el histopatólogo, es interpretado similar al cérvico uterino.

Grado 1 y 2 sin sospecha de malignidad.

Grado 3 y 4 Alteraciones citológicas, inflamatorias o sospechosas.

Grado 5 Alteraciones citológicas de malignidad.

Materiales.

Abatelengua de madera

Portaobjetos.

Recipiente que pueda contener los portaobjetos.

Clips.

Gasa.

Tela adhesiva.

Alcohol, o cualquier agente fijador.

TECNICA

Con el borde del batelengua, se hace un raspado de la lesión. El material obtenido se coloca en un portaobjetos distribuyéndose lo más delgado y uniforme posible.

Se sumerge inmediatamente en el recipiente y se le cubre con alcohol u otro fijador, para su fijación.

Si son varias tomas, separarse insertando un clip en el borde del portaobjetos, evitará que se peguen entre sí.

Si la toma es de lengua, indicar al paciente que saque la lengua, se rodea la punta con gasa y así se puede traccionar. según las necesidades de la toma.

Utilícese nuevo borde de abatelengua en cada toma, para ello, seccione longitudinalmente el abatelengua según las necesidades.

En tela adhesiva se realiza el gafete de identificación, nombre del paciente y fecha de la toma; adhiérase en parte visible del paciente.

Acompañar la remisión al histopatólogo con breve historia clínica, tiempo de evolución y diagnóstico de presunción.

TINCION CON AZUL DE TOLUIDINA

En una prueba que se realiza de manera fácil y rápida de los pacientes ambulatorios.

Ayuda en el diagnóstico de manera macroscópica y rápida entre malignidad y no malignidad.

Principalmente existen tres colorantes básicos: violeta de genciana, azul de metileno y azul de toluidina.

El más metacromático es el azul de toluidina, ya que puede cambiar el grado de tinción hasta casi desaparecer.

En presencia de ácidos nucleicos (DNA RNA), tienden a fijarse en forma directamente proporcional, es decir, a mayor cantidad de ácido, mayor fijación, a menor cantidad, menor fijación.

Sabemos que en las tumoraciones malignas, por la gran actividad mitótica, aumentan considerablemente los ácidos nucleicos, de tal manera, en tumores malignos se fijará y en tumores benignos no se fijará.

Esta prueba tiene una confiabilidad de 83%, de tal forma que le 17% restante queda entre falso o positivo (tinción de tejidos ulcerados) o falso negativo (presencia de mucinas).

Si existe duda, (falta de concordancia) con el examen clínico, tomar de inmediato fragmento tisular para biopsia .

MATERIALES.

Azul de toluidina al 2%

Acido acético al 1%

Hisópos.

Espejo dental

Gasa.

Algodón.

TECNICA

- Aislar con rodillos de algodón la lesión por teñir.
 - Con un hisopo con ácido acético limpiar la lesión.
 - Frotar suavemente para eliminar la capa mucina.
 - Esperar 30 segundos para que el ácido se evapore .
 - Con un hisopóembebido de azul de toluidina teñir la lesión sin frotar, impregnar punteando .
 - Esperar un minuto.
 - Con otro hisopo de ácido acético limpiar la lesión , tratando de eliminar el azul de toluidina.
 - Observar la lesión.
 - Si fijó el colorante puede ser maligna, si no fijó puede ser no maligna.
 - Integrar esta interpretación con los datos clínicos y tomar decisiones.
- Esta prueba funciona similar en piel y mucosa, incluyendo mucosa vaginal y rectal.

CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

Cualquier procedimiento quirúrgico de una de éstas patologías, se debe efectuar por profesionistas calificados, que tengan los conocimientos anatómicos del área por intervenir, así como la habilidad necesaria.

Se debe realizar un buen diagnóstico para tener éxito en el tratamiento, que consiste en la elaboración de una buena historia clínica y un examen clínico minucioso.

Acompañará a los estudios:

Biometría hemática.

Química sanguínea.

Pruebas de coagulación.

Examen general de orina.

Para una mejor visión del paciente un mejor control para seguridad del mismo como para el profesional.

Se le puede informar al paciente las ventajas y las desventajas de dicho procedimiento, y pedirle su autorización para efectuarlo.

El cirujano dentista debe ser honesto, competente y sobre todo decir la verdad al paciente.

A la toma de un fragmento de tejido para biopsia se le debe comunicar al paciente el por qué de dicha toma, en caso que éste sea menor se le comunicará a sus padres o tutores del mismo.

En el manejo quirúrgico se debe tener muy en cuenta la asepsia y antisepsia tanto del paciente y del instrumental respectivamente, la lesión debe ser eliminada completamente para evitar recidivas.

Se debe contar con un mínimo necesario y se darán al paciente indicaciones pre y pos operatorias que deberán cumplir, de lo contrario se pueden presentar inconvenientes o situaciones desagradables como hemorragias, edema, infección o desgarramiento de suturas.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1- Embriología Clínica

Keith L. Moore

Tercera edición año 1987

Editorial Interamericana S.A.

2- Tratado de Histología

Arthur W Ham

David H Cormack

Octava Edición año 1987

Editorial Interamericana S.A.

México.

3- Histología Básica

L.C. Junqueira y J. Carneiro

Editorial Salvat año de 1979.

España

4- Embriología Médica

Jan Langman

Primera Edición año 1966

Editorial Interamericana S.A

México.

5- Tratado de Patología Bucal

William G. Shafer

Barnet M Levy

Cuarta edición año 1988

Editorial Interamericana S.A.

México.

6- Cirugía Bucal Menor

G.A. Ries Centeno

Novena edición 1987

Editorial Ateneo

Argentina.

7- Patología Bucal

Kurt H: Thoma

Robert J: Gorlin

Henry M. Goldman

Segunda edición, reimpresión año 1983

Editorial Salvat

España.

8- Tratado de Cirugía Bucal

Gustastavo O. Kruger

Cuarta edición año 1987

Editorial Interamericana S.A.

México.

9- Diagnóstico en Patología Oral

E.V. Zegarelli

Editorial Salvat S/F

España.

10-Medicina Interna

Harrison

Cuarta edición año 1979

Editorial La Presa Médica Mexicana

México.

11- Medicina Interna

A. Mc. Gehee Harvey

Octava edición año 1973

Editorial Interamericana S.A.

12- Tratado de Fisiología Médica

Arthur C. Guyton

Quinta edición 1983

Editorial Interamericana S:A:

México.

13-Cirugía Bucomaxilofacial

Gukstavo O: Kruger

Quinta edición 1986

Editorial Panamericana

14- Sialolithiasis of an Accesory Salivary Gland

R. Baiton y C.L. Dobourg

Bristish Dental Journal vol. 66-6

Marzo de 1990

15- Apoyo del Dr. ANGEL ROSADO VELA

Consultor técnico del servicio de

Odontología de Hospital General de México S.S.

16- Centro de investigación en patología oral

del Hospital General de México S.S.