

63
Zejm

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**MUCOCELE CASO CLINICO
EN ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

GRACIELA CONCEPCION CONTRERAS HUERTA

ASESOR: SANTA PONCE BRAVO

MEXICO, D. F.

1994

V. B. B.
Santa Ponce Bravo



FALLA DE ORIGEN



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar a este momento de la vida y por que en todo momento está conmigo.

A mis Padres, por los principios morales, y educación que nos dieron por su amor, ayuda y apoyo.

A mis hermanos Paco y Martín por su insistencia y ánimo a seguir.

A mi hermana Lupita y mi cuñado Sergio por su ayuda, apoyo y comprensión, durante un año en mi formación.

A mi hermano Jesús que me brindo su ayuda para entrar al seminario.

A mis hermanos Memo, Cristina, Ana, Coco y Adris, porque siempre están conmigo. A todos los quiero.

Al doctor Javier García Hernández por que ha sido mi maestro durante todo este tiempo que le conozco, por haberme transmitido tantos conocimientos, por su ayuda moral y material, por su comprensión y atenciones .

• A mis familiares que han estado cerca de mi.

A las personas que han demostrado ser verdaderos amigos: Vero, Hilda, Hortensia, Yolanda, Miryam, Tony Donaji, Josefina, Erica, Jorge y Jesús.

A mis amigas del grupo médico: Mara, Beti, Rosy, Carmen y Conchita.

A las personas que de alguna manera me alientaron a seguir o me tendieron la mano cuando lo necesite y que en algún momento me hicieron feliz.

A mis compañeros de la clínica periférica porque tanto ellos como yo supimos como estar unidos y nos ayudamos en este año tan pesado.

Al doctor Alejandro Martínez Salinas

A la doctora Santa Ponce

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

A la Facultad de Odontología, A la clínica periférica Vallejo.

A todos los profesores, por el empeño y tiempo que nos dedicaron, por la formación que nos dieron.

A los compañeros del servicio social y del seminario, especialmente a Conchis, Paty, Claudia y Carmina.

INDICE

Introducción.....	1
CAPITULO 1	
CONSIDERACIONES GENERALES	
Concepto.....	3
Etiología.....	3
Aspectos clínicos.....	9
Aspectos Histológicos.....	13
Tratamiento.....	17
Pronóstico.....	18
CAPITULO 2	
TERAPIA CONDUCTUAL DEL PACIENTE QUIRURGICO	
Consideraciones generales.....	19
Manejo del paciente escolar.....	24
Influencias del desarrollo sobre la experiencia dental.....	26
Métodos de inyección.....	30

Terapia en casos de consulta abersiva34

CAPITULO 3

CIRUGIA PEDIATRICA

Introducción36

Diagnóstico bucal37

Examen del paciente39

CAPITULO 4

PROCEDIMIENTO PARA LAS BIOPSIAS41

Historia clínica

Técnica quirurgica

Estudio histopatológico

Conclusiones

Referencia Bibliografica44

INTRODUCCION

Con cada niño, que es aceptado en el consultorio dental se adquiere la responsabilidad de aceptar de examinar no sólo la salud dental del paciente, sino también su salud bucal y el bienestar general del niño. Es necesario llenar una historia clínica detallada y de hacer un buen diagnóstico para evaluar todos los elementos del aspecto y conducta del niño antes de llegar a conclusión alguna con respecto a su estado bucal. El examen clínico del paciente niño debe comenzar con un estudio de la cabeza y del cuello y continuar con una inspección minuciosa de los tejidos blandos y duros de la cavidad oral.

Las alteraciones de los tejidos blandos, las encuentra el cirujano maxilofacial, con gran frecuencia; también los odontopediatras, los pediatras y dentista familiar.

El manejo del comportamiento infantil es un reto en el consultorio de la cirugía bucal, las expectativas del cirujano en cuanto al comportamiento infantil han de basarse en cierta comprensión del desarrollo psicológico y emocional.

CAPITULO 1

MUCOSELE:

CONSIDERACIONES GENERALES

Concepto: El problema más común de las glándulas salivales durante la infancia es el quiste de retención de la mucosa o mucosele. Se ha empleado el término mucosele para referirse a diversos procesos caracterizados por una hinchazón llena de líquido en una glándula salival mayor o menor. En realidad tales hinchazones pueden distinguirse en estudios histopatológicos, quistes de extravasación mucosa y quiste de retención mucosa (7)

QUISTE DE EXTRAVASACION MUCOSA

Se cree que resulta de traumatismo inferido aun conducto excretor , generalmente a una glándula salival menor , que hace que escape el moco hacia los tejidos vecinos . Este fondo común más tarde es fabricado por tejido conectivo y de grandulacion . No presenta un verdadero quiste , por cuanto esta revestido o recubierto de epitelio .

La inmensa mayoría de quistes de extravasación se observa en el labio inferior , probablemente por ser una zona donde haya mayor traumatismo. El piso de boca , el labio superior y la mucosa bucal también son localizaciones observadas , pero con menor frecuencia.

QUISTE DE RETENCION MUCOSA:

Resulta de la obstrucción parcial de un conducto para el flujo de la saliva, con dilatación del mismo y, más tarde desarrollo quístico. La lesión suele estar cubierta de epitelio cilíndrico o plano pseudo-estratificado.

ETIOLOGIA

Se considera que la etiología de éste fenómeno guarda relación con el traumatismo mecánico de los conductos de las glándulas salivales accesorias que produce sección o rotura del mismo lo que causa el derrame o extravasación del moco al estroma del tejido conectivo circundante. (12). La extravasación del moco produce, de manera secundaria, reacción inflamatoria en el tejido conectivo, migración de neutrófilos y gran cantidad de macrófagos hacia esta zona. Después produce tejido de granulación, el cual forma una barrera alrededor de la mucina derramada, y le confiere la apariencia de pseudoquistes. Las glándulas salivales accesorias adyacentes sufren

inflamación secundaria a la retención del moco. (13)
Cuando la lesión persiste, parecen alteraciones permanentes en el parénquima glandular, lo que causa disminución o ausencia de la actividad secretoria de la glándula afectada. (12)

Muchas autoridades creyeron que ésta lesión resultaba de la obstrucción de un conjunto de la glándula salival menor o accesoria, pero las investigaciones experimentales realizadas en ratones y en ratas; en 1986 por Bhaskar, no pudieron producir el fenómeno de retención mucosas mediante la ligadura de los conductos de las glándulas submaxilares y sublingual. En vez de esto, los estudios de 1986 mostraron que si el conducto salival era cortado de tal manera que se presentara una acumulación continua de

saliva en los tejidos; se desarrollaba una cavidad bien delimitada la cual era histológicamente idéntica a la de mucocèle natural. Estas investigaciones parecen indicar que el corte traumático del conducto salival, como el producido al morder los labios o el carrillo, o al pinchar el labio con las pinzas de extracción, produce el desarrollo de fenómeno de retención.

También es posible que la obstrucción parcial crónica de un conducto salival resulte de un pequeño cálculo intraductal o incluso de una constricción de las cicatrices de tejido conectivo que esta desarrollado alrededor del conducto después de la lesión traumática. Se ha informado de casos ocasionales de cálculos dentro de los conductos de las glándulas salivales accesorias, o sialolitiasis, pero son poco frecuentes.

ASPECTOS CLINICOS

La localización más frecuente es el labio inferior, los sitios que le siguen en frecuencia son el piso de la boca y la mucosas bucal, superficie ventral de la lengua (afecta a las glándulas de Blandin-Nuhn), región retromolar, paladar carrillos; no es usual en otras regiones en las que también se encuentran glándulas salivales, Es probable esta se deba a que dichas zonas no sufren traumatismo frecuentes. Afecta con mayor frecuencia niños y adolescentes; cerca del 50% de las lesiones ocurren antes de los 21 años de edad y más de el 25%entre los 11 y los 20 años, pero pueden aparecer en cualquier década de la vida. (13)

La lesión se localiza fuera de la línea media, en la porción mucosa del labio, a menudo entre la línea

40

media y la comisura bucal. Es dolorosa, de superficie liza; si es superficial se observa translúcida o de tono azulado y varía de pocos milímetros a varios centímetros de diámetro. Cuando es más profunda se aprecia como una tumoración difusa, menos moderada, que no es translúcida ni presenta tono azulado. (12)

Después del traumatismo inicial la lesión disminuye de tamaño, debido a resorción de la mucina; además, con frecuencia, continúa la producción de moco en un proceso dinámico que origina fluctuaciones en su tamaño. Varios días después del traumatismo alcanza el tamaño máximo de mucocelo y al aspirar su contenido se obtiene una alería viscosa. (9)

En otro tipo de extrusión mucosa, el mucocelo superficial, se observa acumulación subepitelial focal

11

de mucina, que no se relaciona con traumatismo o sección de los conductos. En éste caso, la lesión es múltiple y asintomático. El cuadro clínico sugiere una enfermedad vesiculobulosa, pero el daño persiste largo tiempo. Hay otros tipos de extrusión mucosa pero con poca importancia clínica.

Es interesante e importante que el fenómeno de retención mucosa esté restringido casi por el completo al labio inferior, rara vez al labio superior, mientras que en las neoplasias las glándulas salivales accesorias de los labios casi siempre se encuentran en el labio superior y rara vez en el inferior. Esto puede implicar que el traumatismo no juega ningún papel en

el desarrollo de los tumores de las glándulas salivales en este lugar. (10)

12

El fenómeno de retención mucosa a menudo surge en pocos días, alcanza un cierto tamaño y puede persistir por meses a menos que se trate. Si se libera el contenido de quiste, por lo general se encuentra que conste de material mucinoso espeso. Algunas lesiones regresan y se agrandan periódicamente y pueden desaparecer después de una lesión traumática que provoca su evacuación. Sin embargo, casi siempre vuelven a recurrir. (2)

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Casi todos los mucocelos, que son del tipo de extravación, consisten en una cavidad circunscrita en el tejido conectivo y la submucosa, que producen una elevación obvia de la mucosa con adelgazamiento del epitelio como si no hubiera. (2) La cavidad en si no esta revestida con epitelio y por tanto no es quiste verdadero. En vez de esto, su pared está formada por un revestimiento de tejido fibroso conectivo comprimido y de fibroblastos. Algunas veces estas células se pueden confundir con células epiteliales aplanadas. (13)

No es raro que la pared del tejido conectivo sea esencialmente tejido de granulación, pero en cualquier

caso por lo regular muestra infiltración de abundantes leucocitos polimorfonucleares; linfocitos y células plasmáticas. Na luz de la cavidad semejante al quiste se llena con un coágulo eosinófilo que contiene cantidades variables de células; se encuentran principalmente leucocitos y fagocitos mononucleares. (12)

Algunos mucocelos demuestran un reestimiento epitelial aplanado intacto. Es probable que esto simplemente represente la porción del conducto excretor que bordea la línea de separación, si esta es, en realidad, la manera como se desarrolla esta lesión. El reestimiento epitelial, se conoce como epitelio del "conducto alimentador". En otras ocasiones, el

mucocelo revestido del epitelio representa una lesión de tipo retención. (1)

Con frecuencia los acinos de la glándula salival que son vecinos al área de mucocelo y están asociados con el conducto afectado muestran alteraciones. Estas pueden consistir en una inflamación intersticial o sialadenitis, dilatación de los conductos intralobulares e interlobulares con colección de moco, y trastorno de las células acinosas mucosas individuales, que dan como resultado la formación de áreas muy pequeñas de moco estancado. (11)

El diagnóstico diferencial en este fenómeno presenta de manera típica, el antecedente clínico de

traumatismo seguido de rápido desarrollo de una lesión traslúcida azulada en el labio inferior. Cuando no aparecen estos antecedentes, el diagnóstico diferencial considera otras lesiones, como: tumores de las glándulas salivales, malformaciones vasculares, várices y tumores en los tejidos blandos, como neurofibromas y lipomas. Si el mucocelo se localiza en la mucosa alveolar, debe sospecharse de un quiste de erupción y gingival. (12)

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica de la lesión; ya que la aspiración del contenido líquido, por lo general, proporciona beneficios a corta plaza, aunque puede utilizarse como método diagnóstico. En los frasis del líquido aspirado se encuentran neutrófilos y fagocitos, que ayudan a diagnosticar el proceso como inflamatorio y no neoplásico. Es necesario extirpar las glándulas salivales accesorias; adyacentes a la lesión para prevenir la recurrencia de la misma. La marsupialización sólo dará por resultado recidivas.

(10)

PRONOSTICO

Si la lesión se incide, su contenido se evacua pero se llena de nuevo rápidamente tan pronto como cicatriza la incisión. A veces hay recurrencia después de la incisión, pero esta posibilidad es menos probable si también se eliminan los acinos de las glándulas salivales asociadas. (13 y 12)

CAPITULO 2

TERAPIA CONDUCTUAL DEL PACIENTE QUIRURGICO

Consideraciones generales: El paciente quirúrgico requiere un manejo especial, dado que quizá los niños exijan mas tiempo, atención y habilidades del cirujano en contraste con los pacientes adultos, podría ser tentador usar a menudo la anestesia general como auxiliar de los métodos quirúrgicos efectuados en el consultorio. Sin embargo el procedimiento real puede ser relativamente sencillo y factible si se lleva acabo

con anestesia local; así los padres no tienen que exponer

20

a su hijo al riesgo de la anestesia general. Por lo tanto, el manejo del comportamiento en el consultorio es parte importante de la atención pediátrica. (10)

MANEJO DEL PACIENTE ESCOLAR

El objetivo del desarrollo de un niño de edad escolar (de 5 a 12 años de edad) es lograr un sentido de destreza y ejecución. El menor retos físicos y de aprendizaje; y desarrolla un sentido de competencia en las experiencias logradas durante este periodo. Para los pacientes de esta edad, la hospitalización representa un reto potencial a sus habilidades, (1)

Desde los 4 años hasta la edad escolar temprana, la enfermedad y su tratamiento tienen un efecto mayor que la separación real de los padres. Los temores al dolor corporal y una tendencia a la mala interpretación

de procedimientos de tratamientos dolorosos con frecuencia causan ansiedad, regresión, depresión o agresiones. A pesar de que los niños en edad escolar pueden comprender la necesidad de la hospitalización en forma más cabal, pueden manifestar una reacción de ansiedad e impotencia.

Conforme madura un niño de manera cognitiva, su capacidad para crear fantasías tiene influencia en experiencias hospitalarias. Al igual que los preescolares, los niños mayores mal interpretan el significado de un procedimiento médico doloroso.

Los niños durante el periodo de la dentición mixta, entre la edad de 6 y 12 años, son generalmente más susceptibles de razonar que su contrapartidas más

jóvenes; en consecuencia, se encuentran menos problemas en el manejo de su conducta. Sin embargo, al igual que cuando se trata a niños preescolares, es sumamente importante establecer una relación y seguir los principios de conocimiento con los niños en edad escolar, aunque necesariamente a un nivel más elaborada. (2)

El esfuerzo de la conducta aceptable sigue siendo un enfoque deseable, especialmente si se prevén procedimientos complicados. La verbalización puede efectuarse de un modo más adulto con los niños de esta edad, y la escuela es el tema de conversación favorita. Los comentarios sobre la vestimenta son muy

adecuados para las niñas, mientras que a los varones les gusta hablar sobre los deportes y los hobbies. Un niño en edad escolar no cooperador puede ser más difícil de manejar que un preescolar porque el problema emocional ha tenido más años para desarrollarse. Es extremadamente importante en estos casos dedicar más tiempo para conocer y lograr la confianza del paciente. Es posible explicar los objetivos a largo plazo del tratamiento en esta edad y señalar las consecuencias de la negligencia.

Frecuentemente son benéficos los sedantes como benzodiazepina si estos niños están indebidamente aprensivos. En algunos casos, cuando el temor por la inyección es el escolto principal que hay que sortear, pueden sugerirse procedimientos alternativos.

Con algunos niños puede llegarse a un acuerdo de trabajar sin anestesia local.

INFLUENCIA DEL DESARROLLO SOBRE LA EXPERIENCIA DENTAL

Las habilidades de lenguaje se presentan muy pronto y aumentan con la edad. Más o menos a los 2 años de edad los niños son capaces de usar un vocabulario de 12 a 1000 palabras. Por los 3 años de edad, la mayoría cuenta con un léxico considerable y pueden hablar con frases y oraciones breves. Para los preescolares, las descripciones verbales han de consistir en palabras y oraciones simples que no motiven pensamientos desagradables o miedo. Por ejemplo se puede denominar a la solución anestésica local como "gotitas para dormir" que producirán una sensación de "grosor y cosquilleo" en los labios.

Han de evitarse palabras, frases o conversaciones que motiven miedo y que dejen al niño con sentimiento de inferioridad o intimidación. Al decirle que algo "no va a lastimar" se le alerta de echo en cuenta a una sensación inesperada. Del mismo modo, si se describe un procedimiento con diminutivos "voy a poner mi espejito en tu boquita..." tan solo se resalta en pocas palabras la importancia del niño. (11)

Los estímulos desagradables forman parte de la atención odontológica. Sin embargo, cuando se trata al paciente es muy importante hablar en términos que reduzcan al mínimo el efecto de tales estímulos. Al mismo tiempo, es preciso prevenir al niño acerca de las sensaciones y sonidos que experimentará.

La escuela, el jardín de niños y los programas de la guardería introducen un orden en la jornada de un niño; participan labores de grupo; los separan de sus padres y le inculcan el concepto de que un logro importante conlleva al elogio y recompensa. Los niños menores de 2 años de edad carecerán de tales experiencias; y por tanto, desconfían de situaciones nuevas. Tienen miedo a la gente, los ruidos y medios extraños; como resultado, a menudo se benefician de la presencia de alguno de sus padres en el cubículo. Si bien en el jardín de niños es posible iniciar el proceso de socialización, el miedo a lo desconocido alcanza por lo general un punto máximo entre los 40 y 47 meses de edad.

Entre los 4 y 5 años de edad los niños son capaces de comprender mejor y pudieron tornarse más impositivos, necios, o ambas cosas. Estos pacientes tal vez cuestionen, obstaculicen e intenten manipular y controlar la situación.

Las enfermedades sistémicas, así como las alteraciones mentales o físicas, también modifican la capacidad del niño para comprender o reaccionar. Cualquier intervención adicional, como un procedimiento quirúrgico bucal, llega a ser más de lo que el niño puede tolerar. (1)

MÉTODOS DE INYECCIÓN

El sistema de tratamiento conductual más seguro en el consultorio consiste en aplicar anestesia local a un paciente alerta y reactivo. Antes de inyectar en la mucosa se aplica un anestésico superficial con sabor y color agradables, el cual permanece en su sitio durante un periodo suficiente para provocar anestesia superficial (casi 1 minuto). Las jeringas desechables con agujas delgadas preinsertadas se prefieren a las inoxidable tradicionales, que son más amenazadoras y pueden atraer la atención del niño. Las agujas 27 y 30 son suficientemente grandes para permitir la aspiración sanguínea y así realizar una inyección cómoda. Se estira con firmeza la mucosa y se inyecta sin prisa la solución por delante de la aguja a

fin de reducir al mínimo las molestias . Durante la inyección, es preciso conservar el contacto visual y de una conversación de apoyo constante. Se administran cantidades adecuadas de solución anestésica, sin embargo, en los niños, ha de tener cuidado para no exceder la concentración tóxicas de la lidocaina (casi 7 mg/kg).

Los niños toleran con facilidad la anestesia por infiltración; no obstante, la inyección para el bloqueo mandibular es más dolorosa y la anestesia labial puede causar molestias. Es preciso alertar a que los niños para evitar que prueben o muerdan el labio. Los bloqueos bilaterales de os nervios dentarios inferiores no son los ideales para niños quienes tal vez tendrían.

pánico cuando se presente la sensación de incapacidad para deglutir o hablar.

TERAPIA EN CASO DE COORDINACIÓN INVERSA

Los niños no son capaces de cooperar por completo algunos pueden llorar o negarse a entrar al cubículo. En ciertos casos, el llanto es una expresión normal de temor, resultado de encontrarse en una situación amenazante. Brown y Smith indican que infundir una sensación de inseguridad en el paciente, es preciso ganar la atención del niño antes de empezar a generar tal inseguridad. Casi siempre una actitud firme y constante, pero cuidadosa, incluyendo una descripción comprensible del procedimiento inminente,

es adecuado para ganar la atención del niño.

Las pataletas, el lloriqueo o la acción de aferrarse a la madre imposibilita la preparación de un procedimiento, y por lo tanto su realización; en vez de intentar una separación forzada el cirujano debe pedir a la madre que coloque al niño en el sillón el cual se desplaza hasta una posición cómoda de inclinación, lo cual hace más difícil que el niño se levante e intente abandonar el cubículo. Después la madre debe salir del campo visual de su hijo.

La presencia de una asistente es necesaria; se continúa la conversación con el niño para tranquilizarlo.

Las técnicas restrictivas incluyen sostener los brazos y la piernas del paciente , así como la utilización de amarres o tiras de velero, o envolturas comerciales de nylon. El Pedi Wrap y el Pappose Board , si bien a menudo permite alcanzar el objetivo, causa temor, son incómodos y deben utilizarse sólo como último recurso. Otro método para controlar la conducta estrepitosa es la llamada técnica de mano sobre boca. El cirujano coloca su mano sobre la boca del niño con objeto de amortiguar el ruido. Al mismo tiempo, retirará la mano cuando se calle. Debe repetir con firmeza la misma frase cerca del oído del niño. El propósito es obtener la atención del paciente para explicarle el procedimiento que ha de realizarse. Dicho término no tiene aplicación alguna

en niños muy pequeños o en pacientes con retraso
mental.

CAPITULO 3

QUIRURGIA BUCAL PEDIATRICA

INTRODUCCION

Los pacientes pediátricos están sujetos a un amplio rango de problemas quirúrgicos en la zona bucal y maxilofacial. Afortunadamente debido a que el odontólogo examina a los niños a intervalos frecuentes, a menudo ve estos problemas en su iniciación, y por lo tanto se facilita un manejo adecuado de los mismos. La mayoría de los

procedimientos de cirugía bucal menor pueden ser realizados sin internación.

DIAGNOSTICO BUCAL

Para hacer un buen diagnóstico es necesario evaluar todos los elementos del aspecto y la conducta del niño antes de llegar a conclusión alguna con respecto a su estado bucal. Desde el momento en que un niño entra caminando al consultorio por primera vez hasta la terminación de su visita, el clínico alerta puede recoger una gran cantidad de información pertinente. La forma de caminar y de pararse del niño pueden ser indicaciones de problemas médicos, así como, su complexión, cabello y otras características físicas. Es importante tener el hábito de notar siempre estas características físicas obvias antes de restringirse al área de particular interés para el

dentista, que es la caridad bucal. Tal evaluación no lleva mucho tiempo si el operador es perceptivo.

Es necesario que le padre llene, antes de comenzar la consulta con el odontólogo, algún tipo de cuestionario sobre salud o historia médica y odontológica previa. La naturaleza de las preguntas de este formulario va a reflejar las ideas y conceptos particulares del dentista sobre el diagnóstico. El cuestionario de salud debe proveer información básica tal como el nombre del niño, sobrenombre, edad, peso y lugar de nacimiento además del motivo de la consulta y la historia médica y dental previas.

EXAMEN DEL PACIENTE

El examen clínico debe comenzar con un estudio de la cabeza observando tanto la forma como el tamaño y las relaciones de los huesos de la cara; la palpación del cuello para ver si hay masas anormales o ganglios linfáticos agrandados; evaluación de la función de los pares craneales y evaluación de los tejidos blandos orofaríngeos y de la dentición, incluyendo un estudio radiográfico. Cuando esto se encuentra terminado, se establecerá la necesidad de pruebas especiales, controles de la dieta, informes médicos o consultas con especialistas. Es fundamental un enfoque sistemático para el examen de los tejidos blandos y duros. Un buen orden de secuencia es inspeccionar los

labios en forma externa e interna, la mucosa vestibular y el surco, el paladar duro, la zona faríngea, la zona sublingual, la lengua y las encías.

A continuación es necesario hacer una evaluación de la oclusión, notando tanto la posición de los dientes en contacto como la trayectoria de cierre. El estado individual de cada diente puede verificarse entonces con respecto al color, la movilidad, la caries y otras anomalías. Todas las informaciones deben registrarse minuciosamente en la ficha del paciente y con el examen de radiografías. Al tratar niños, es particularmente importante hacer una determinación temprana de los dientes ausentes, los supernumerarios y anomalías similares.

CAPITULO 4

PROCEDIMIENTO PARA LAS BIOPSIAS

Las lesiones sospechosas, particularmente aquellas que se cree que son malignas, deben biopsiarse tan pronto como sea posible. El manejo adecuado de la muestra a para ser enviada al patólogo para su diagnostico es:

1. Evitar aplastar el tejido con los instrumentos.
2. Incluir el tejido normal que rodea la lesión para su comparación al microscopio.
3. Usar un bisturí en lugar de un cauterio.

4. Marcar los márgenes del tejido para orientar la pieza en posición, si esto está indicado.
5. Fijar inmediatamente la pieza en solución de formalina al 10%.
6. Enviar junto con la pieza una breve historia escrita para ser utilizada por el patólogo.

Puede hacerse una biopsia por incisión o por extirpación dependiendo del tamaño y tipo de lesión.

Las lesiones pequeñas de unos pocos milímetros de diámetro requiere biopsia por escisión. Se hacen incisiones elípticas alrededor de la lesión, alcanzando un margen de seguridad de tejidos normales. La profundidad de la incisión se determina por la apariencia clínica y la sensación que nos transmite la

lesión, pero la incisión debe llegar por lo menos hasta el tejido subcutáneo o submucosa. Mediante el uso de pinzas hemostáticas tipo mosquito, el examinador debe hacer disección roma bajo la base de la lesión. Esto ofrece menos posibilidades de cortar através de la base y minimizar las hemorragias profundas.

Las lesiones grandes, requieren biopsia incisional de las zonas más representativas. La lesión debe ser lo suficientemente profunda como para incluir si fuera posible el estrato basal y si fuese posible, debe incluir las células de transición entre tejidos anormales y normales. El patólogo necesita no solo tejidos representativos si no también suficientes, para que el bloque de tejidos pueda ser procesado y examinado correctamente.

p.OP

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA BUCAL

NOMBRE Viridiana Mata Gevacio

EDAD 4 años SEXO Fem

DIRECCION José Rocabrava 37 Copilco el Alto
CALLE NUMERO COLONIA

C.P. 01280 DELEGACION Coyoacán

CIUDAD México, D.F. TELEFONO 517

OCUPACION Estudiante

ESTADO CIVIL soltera

LUGAR DE NACIMIENTO D.F.

¿ QUIEN LO MANDA AQUI ? (referente) Su tío

MEDICO S.S.A. TELEFONO 517.

1. MOTIVO DE LA CONSULTA Lesión en la
mucosa del labio inferior

2. ¿Actualmente esta bajo tratamiento médico? Si No

3. ¿Por que razón? _____

4. ¿Esta tomando algún (os) medicamento (os)? Si

5. ¿Cual (es)? _____

6. ¿Desde cuándo? _____

7. ¿Cuantas comidas tiene al dia? 3

8. Indique cuantas veces por semana consume los siguientes alimentos:

tortillas 4 frijoles 6 pastas y pan 5

carne 2 pescado 0 ó 1 huevo 3

verdura 3 leche 3 fruta 2

café 6 dulces y frituras 2 ó 3

9. ¿Cuantas horas duerme al dia? 9

10. ¿Fuma? si no

11. ¿Consume bebidas alcohólicas? si no

12. ¿Padece algún tipo de drogadicción? si no

13. ¿Consume algún tipo de medicamento con frecuencia que no haya sido indicado por el médico? si no

14. ¿Se le aplicaron todas las vacunas? si no

15. ¿Ha padecido alguna de estas enfermedades?:

Sarampión, varicela, rubéola, viruela. si no

16. ¿Cuál?: _____

17. ¿Ha estado usted gravemente enfermo? si no

18. ¿De que enfermedad? _____

19. ¿Ha estado usted hospitalizado? si no

20. ¿Cuál ha sido la razón? _____

21. ¿Ha sido operado? si no

22. ¿De que? _____

23. ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? si no

24. ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?:
Fiebre reumática, diabetes, anemia, problemas con la presión,
asma, tuberculosis, artritis, hepatitis, enfermedades venereas,
problemas renales, cáncer, amigdalitis.

si no

especifique _____

25. ¿Padece usted alguna alergia? si no

26. ¿A que? : _____

27. ¿Ha tenido reacción con algún medicamento? si no

28. ¿Cual?: _____

29. ¿Tiene sensación de obstrucción nasal? si
no

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 30. ¿Padece alteraciones en la intensidad de voz? | si | <u>no</u> |
| 31. ¿Tiene tos? | <u>si</u> | no |
| 32. ¿Sangra al toser? | si | <u>no</u> |
| 33. ¿Tiene molestias al toser? | si | <u>no</u> |
| 34. ¿Tiene dificultad al respirar? | si | <u>no</u> |
| 35. ¿Sufre constantemente hemorragias nasales? | si | <u>no</u> |
| 36. ¿Padece alguna otra molestia? | | <u>No</u> |
| 37. ¿Tiene dificultad al tragar? | si | <u>no</u> |
| 38. ¿Ha padecido dolores en el abdomen?
(estomago, boca del estomago, etc.) | si | <u>no</u> |
| 39. ¿Padece con frecuencia estreñimiento?
Vomito, diarrea, nauseas, acidez, gastritis. | si | <u>no</u> |
| CUAL <u>Ninguna</u> | | |
| 40. ¿Tiene falta de apetito? | si | <u>no</u> |
| 41. ¿Tiene exceso de apetito o come demasiado? | si | <u>no</u> |
| 42. ¿Toma agua con frecuencia? | <u>si</u> | no |
| 43. ¿Cuántas evacuaciones tiene al día? | | <u>1</u> |
| 44. ¿Son con dolor, sangrado, o con parásitos? | si | <u>no</u> |
| 45. ¿Cuántas veces orina al día? | | <u>4</u> |
| 46. ¿Molestia o dolor al orinar? | si | <u>no</u> |

47. ¿Sangrado al orinar? si no
48. ¿Es su ciclo menstrual regular? si no
49. ¿Cada cuanto se presenta? _____
50. ¿Duracion del sangrado? _____
51. ¿Alteraciones en el sangrado? si no
52. ¿Edad de primera menstruación? _____
53. ¿Esta Ud. embarazada? si no
54. ¿Cuantos meses de embarazo? _____
55. ¿Numero de embarazos? _____
56. ¿Numero de abortos? _____
57. ¿Numero de hijos? _____
58. ¿Utiliza algun método anticonceptivo? si no
59. ¿Cual? _____
60. ¿Tiene relaciones sexuales? si no
61. ¿Cual es su preferencia sexual? _____
62. ¿Ha padecido alguna enfermedad venearea? si no
63. ¿Ha padecido palpitación o dolores en el pecho? si no
64. ¿Ha sentido hormigueo o entumecimiento en alguna parte del cuerpo? si no

- | | | |
|--|----|-----------|
| 65. ¿Se le hinchan los tobillos? | si | <u>no</u> |
| 66. ¿Se cansa en exceso con un esfuerzo leve? | si | <u>no</u> |
| 67. ¿Se le forman moretones con facilidad? | si | <u>no</u> |
| 68. ¿Ha padecido infarto al corazón | si | <u>no</u> |
| 69. ¿Tiene problemas con la presión? | si | <u>no</u> |
| 70. ¿Padece Ud. de varices? | si | <u>no</u> |
| 71. ¿Padece cansancio o fatiga constante? | si | <u>no</u> |
| 72. ¿Al hacerse una herida presenta sangrado abundante? | si | <u>no</u> |
| 73. ¿Es usted hemofílico? | si | <u>no</u> |
| 74. ¿Ha bajado o aumentado de peso recientemente? | si | <u>no</u> |
| 75. ¿Padece Ud. diabetes? | si | <u>no</u> |
| 76. ¿Suda Ud. en exceso? | si | <u>no</u> |
| 77. ¿Padece dolores de cabeza o mareos frecuentes? | si | <u>no</u> |
| 78. ¿Ha tenido desmayos o convulsiones? | si | <u>no</u> |
| 79. ¿Ha tenido pérdida de la memoria en alguna época de su vida? | si | <u>no</u> |
| 80. ¿Ve bien? | si | <u>no</u> |
| 81. ¿Oye bien? | si | <u>no</u> |
| 82. ¿Percibe bien los olores? | si | <u>no</u> |
| 83. ¿Percibe bien los sabores? | si | <u>no</u> |

84. ¿Tiene Ud conflictos familiares? si no

85. ¿Tiene Ud. miedo, angustia o temores sin razón? si no

Lucía Barrojo de Mata

FIRMA DEL PACIENTE

TECNICA QUIRURGICA : caso clinico

11



Paciente femenino de 4 años, se presenta a la clínica de Otorrinolaringología con una lesión en el labio inferior.



La lesión se presenta en la mucosa del labio inferior, de aproximadamente 2 mm de diámetro y de consistencia blanda.



Asintomática y de superficie lisa. De tono translúcido debido a que se encuentra superficial en el tejido.



Colocamos anestésico tópico en fondo de saco, seguido de anestesia en el nervio mentoniano.



Se hace una incisión elíptica alrededor de la lesión, apenas a través de la mucosa para evitar descomprimir la lesión.



Se realiza la disección alrededor de la periferia y debajo de la lesión. Se exponen el mucocelo y el tejido subyacente asociado.



Todo el tejido glandular remanente debe ser eliminado para evitar recidivas. Los cortes de la herida son oblicuos para facilitar el cierre.

Preparar la muestra para mandarla más tarde al histopatólogo.



La mucosa se cierra con suturas interrumpidas. El material de sutura deberá ser reabsorbible de 4-0 ó 5-0.

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

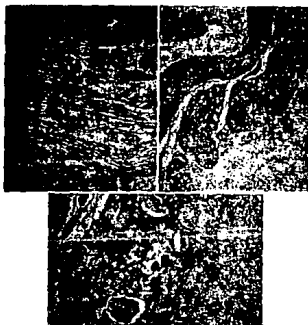


FIG. 1. a) Muestra la presencia de estroma superficial (E) con un estroma de tejido conectivo laxo (C) a, b y c) la cápsula (C) que rodea a la lesión es fibrosa, densa, limita la zona de extravasación mucosa (EM) y la separa del tejido glandular con congestión por acumulación de moco (M) y ED, tinción con H-E.

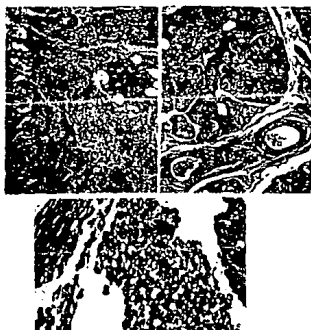


FIG. 2. a, b y c) Se puede observar la extravasación mucosa (EM) en el estroma, con la presencia de abundantes células espumosas (CF) así como también la conexión de los acinos glandulares (AG) por la congestión de moco y ectasia ductal (ED).

CONCLUSIONES

1. Lesiones de origen traumático, no neoplásica.
2. Se desarrollan a cualquier edad sin predilección de sexo.
3. Son altamente residuales si no se extirpan en su totalidad y en forma adecuada.
4. El llenado y vaciado de la lesión es debido a estímulos extrínsecos.

BIBLIOGRAFIA

1. CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL PEDIATRICA.
BRUCE SANDERS, EDITORIAL MUNDT, CALIFORNIA, 1984
2. CIRUGIA BUCAL Y MAXILO FACIAL EN NIÑOS
LEONARD B. KABAN, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA,
1a EDICION, SAN FRANCISCO, 1992
3. CLINICAL OUTLINE OF ORAL PATHOLOGY DIAGNOSIS AND
TREATMENT
LEWIS, EVERSOLE, EDITORIAL LEA AND FERBINGER, 2a
EDICION, PHILADELPHIA 1984.
4. COLOR ATLAS OF COMMON ORAL DISEASES
ROBERT P. LANGRISH, EDITORIAL LEA AND FERBINGER,
LONDON, 1992.

5. CONTEMPORARY ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY
PETERSON ELLIS, ED. MOSBY SECOND EDITION, USA 1993
6. DISEASES OF THE ORAL MUCOSA A COLOR ATLAS.
MARGARET STRASSBURG, ED. ZUNTESSENCE, SECOND
EDITION, GERMANY, 1994.
7. MEDICINA BUCAL DE BURKET, DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO.
MALCOM A. LINAB, EDITORIAL INTERAMERICANA, 7a
EDICION, MEXICO, 1980.
8. MULTIPLE MUCOUS RETENTION CYST OF THE
ORAL MUCOSA
H. TAL D.M.D. (JERUSALEM) M. DENT (
WITWATERSRAND) SCHOOL OF DENTISTRY,
UNIVERSITY OF THE WITWATERSAND.

9. ORAL PATHOLOGY FOR THE DENTAL HYGIENIST
 OLGA IBSEN, DOAN ANDERSEN PHELAN, ED.
 SAUNDERS COMPANY, NEW YORK, 1992.
10. ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL
ADOLESCENTE
 RALPH E. Mc DONALD, DAVID RAVERY, 5a EDICION
 EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, BUENOS
 AIRES 1992.
11. PAISODONCIA ATLAS
 JOHN M. DAVIS, THOMPSON M. LEWIS, EDITORIAL
 MEDICA PANAMERICANA, 2a EDICION, BUENOS
 AIRES, 1984.

12. PATOLOGIA BUCAL

JOSEPH A. REGEZI, JAMES J. SCURBA, NUEVA
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1ª EDICION, MEXICO,
1991.

13. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

WILLIAM E. SHAFFER, BARNET M. LEVY, NUEVA
EDITORIAL
INTERAMERICANA, MEXICO, 1986, 4ª EDICION.