

51421



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

FACTORES PREDISPONENTES, MANEJO Y TRATAMIENTO DE LOS FIBROMAS, EN LA CLINICA ZARAGOZA, CASO CLINICO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
REYNA PAOLA ALANIS CORONA

DIRECTOR: C.D. JUAN DE DIOS ORTIZ MEDINA

Autorizo a la Direccion General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de esta tesis...

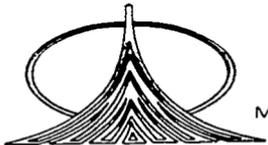
NOMBRE: Reyna Paola Alanis Corona
MEXICO, D. F.

JUNIO 2003

FECHA: 13 Junio 2003

FIRMA: [Firma] 1

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DEDICATORIAS .

**Con cariño y respeto dedico esta tesis
A mis padres por el apoyo y el esfuerzo
Que me brindaron para seguir estudiando
Durante toda mi carrera.**

**Con cariño y amor dedico esta tesis
A mi esposo y a mi hijo que me dieron
La fuerza para llegar a la culminación de mi carrera.**

**Con respeto agradezco a todos los profesores
De la Facultad de Estudios Superiores " Zaragoza"
Por la experiencia y sabiduría que me brindaron,
en especial al CD. JUAN DE DIOS ORTIZ MEDINA.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN.

Í N D I C E .

CONTENIDO	PÁGINAS
1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- JUSTIFICACIÓN	3
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
4.- MARCO TEORICO	
CONCEPTO	5
ETIOLOGÍA	7
TIPOS DE FIBROMAS	8
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	24
CITOLOGIA BUCAL	28
CASO CLINICO.....	32
5.- OBJETIVOS	35
6.- HIPÓTESIS	36
7.- METODOLOGÍA	37
8.- RECURSOS	38
9.- CONCLUSIONES	39
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

INTRODUCCIÓN

El fibroma bucal está contemplado dentro de la clasificación de neoplasias y estas se consideran como un fenómeno biológico poco comprendido a pesar de que ha sido ampliamente estudiado. Esta poca comprensión se manifiesta incluso en la falta del acuerdo universal acerca de su definición.

Actualmente se define (neoplasia) como una masa anormal cuyo crecimiento excede a la de los tejidos normales y que no está coordinado con estos. que en sí, es una neoformación independiente e incoordinada de tejidos potencialmente capaces de crear una proliferación ilimitada. Los fibromas bucales son secuelas de procesos irritantes.

Es de considerar que es necesario que el estomatólogo esté familiarizado con éstas características ya que en muchas ocasiones pueden poner en peligro la vida del paciente.

En el adecuado nivel de prevención el estomatólogo debe estar capacitado y contar con un adiestramiento suficiente apoyándose en los medios de diagnóstico específicos para identificar los signos de posibles alteraciones preclínicas.

Basadas en esta premisa y ante la carencia relativa de informes en la literatura odontológica y médica en cuanto a estudios sobre la frecuencia de la afección neoplásica bucal (fibroma) realizare esta tesis con el fin de contribuir en algo al enriquecimiento del caudal de conocimientos tan necesarios para el estomatólogo actual.

En este proyecto definiremos los factores que predisponen los fibromas y así saber el manejo que se le dará al paciente con esta patología, para establecer y realizar el tratamiento clínico o terapéutico correspondiente.

JUSTIFICACIÓN

Existen muchos problemas vinculados con los factores que desencadenan alteraciones orales, principalmente por las características que existen en la cavidad bucal, ya que está en contacto directo con el medio ambiente. Por lo que recibe estímulos continuos de la naturaleza térmica, mecánica, química y biológica; al comer, beber, fumar o hablar. La cavidad bucal es rica en flora microbiana, constituida por cepas potencialmente patógenas numerosas y variadas, las que influyen la mayor parte de las lesiones de la mucosa bucal, comprenden varios grados de invasión microbiana del exterior aun cuando no exista en la boca.

Como sabemos la etiología de los fibromas se desconoce, sin embargo hay ciertos factores que se cree influyen en la formación de éstas: la irritación crónica, es uno de los factores, mas importantes con relación a la incidencia de algún tipo de neoplasia maligna en la mucosa oral, en los labios y en la piel de la cara.

Al fibroma bucal se le considera por sus propiedades como "no peligroso" porque únicamente en los casos especiales desencadena una neoplasia maligna.

El fibroma bucal es una afección que en la literatura nacional e internacional se le presta una atención mínima por la problemática tan relativa que ocasiona al paciente, además por no ser muy frecuente esta lesión no se le da mayor importancia, no por esto debe dejar de ser considerado una alteración que perjudica la salud de quien la padece.

Es conveniente proporcionar a la población una breve información sobre este tema como parte de la educación para la salud bucal, mencionándoles los factores de riesgo y tratamiento apropiado y lograr un pronóstico favorable.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuáles son los factores predisponentes, manejo y tratamiento de los

fibromas en la clínica zaragoza?

MARCO TEÓRICO

Los fibromas son tumoraciones de origen conjuntivo que se desarrollan en las capas profundas de la submucosa o periostio de los maxilares, debiéndose este desarrollo a la proliferación autónoma del tejido conjuntivo vascularizado.

La causa no es conocida con certeza, algunos autores dicen: son el resultado de una irritación crónica, otros que es una alteración verdaderamente neoplásica benigna que inicia el proceso siempre en un punto limitado de una o varias células neoplásicas iniciales y no por el desorden progresivo de elementos hasta entonces normales.

Los tumores son formaciones nuevas de tejido anormal que aparece en la cavidad bucal al igual que en otras partes del cuerpo, pueden aparecer en los labios, carrillos, pisos de la boca, paladar, lengua, huesos maxilares, y mandíbula.

Estas nuevas formaciones pueden ser de tejido epitelial escamoso estratificado normal y de tejido submucoso la porción más profunda del neoplasma consta de una trama de infiltración de células redondas, la principal composición de estos tumores es el tejido conjuntivo fibroso dispuesto de manera irregular, su vascularización varía según la edad del tumor.

El fibroma por irritación es semejante a un tumor y constituye una hiperplasia fibrosa secundaria a una irritación. Es una de las lesiones más comunes de la boca, es

elevada y puede ser sésil o pediculada, la mucosa que lo cubre es de color normal. Se puede presentar en cualquier parte de la cavidad bucal de tamaño variable pero se localiza con más frecuencia en la lengua, el labio, y la mucosa bucal.

El fibroma de células gigantes es un tumor benigno que aparece con más frecuencia en la encía, pero puede ocurrir en cualquier parte de la mucosa bucal. Son más frecuentes antes de los cuarenta años y en ambos sexos por igual, las lesiones son duras, de crecimiento lento y asintomáticas, microscópicamente se compone de tejido conectivo fibroso denso con gran vascularización.

El término neoplasia se refiere a la proliferación de tejido que se origina de uno existente, se caracteriza y posee su propia velocidad de crecimiento, técnicamente este tejido nuevo anormal recibe el nombre más común de tumor.

En el caso de lesiones como el fibroma, la terminación OMA, se refiere a una hinchazón o tumor.

Fibroma: nombre genérico de las neoplasias, compuestas esencialmente de tejido fibroso, siendo estas neoformaciones mesenquimatosas que se originan en los fibroblastos del tejido conjuntivo, el fibroma es una neoplasia benigna, que se presenta con mayor frecuencia en la cavidad oral.

Las neoplasias que se asemejan al tejido de origen en los detalles celulares y en el funcionamiento se clasifican como benignas o malignas.

Por lo general, la denominación de las neoplasias se hace mediante la utilización del nombre del tejido originario, ejemplos osteoma, lipoma, condroma, fibroma etc.

ETIOLOGÍA DE LOS FIBROMAS

Todo tejido del organismo que puede dividirse, es capaz de generar una neoplasia, reacción básica del tejido a diversos estímulos, en la cual el mecanismo de regulación del crecimiento es defectuoso, como son los estadios fibróticos de tumores inflamatorios: tipo granulomas, que resultan generalmente de irritaciones agudas e irritaciones crónicas persistentes y prolongadas.

ETIOLOGÍA .

Físicas.- depósitos de calculo, impactaciones de alimentos, cámaras de succión de las dentaduras, cuerpos extraños, espículas óseas, rebordes de las dentaduras, oclusión traumática, succión de la mejilla a través de un espacio interdental o edentado, el morderse los labios o el empuje de la lengua contra un diastema, el mordisqueo continuo del carrillo, el frotamiento de una zona áspera con la lengua.

Químicas.- como ciertos medicamentos usados en la endodoncia.

Los fibromas difusos parecen responder a un trastorno local de la innervación vegetativa, a un trofismo alterado de los tejidos con un depósito excesivo e irregular de la materia colágena; en otros casos se puede tratar de malformaciones tisulares o desordenes del desarrollo embrionario que afectan a todo un sector de las formaciones fibrosas del organismo.

TIPOS DE FIBROMAS

Origen. Son tumoraciones de origen conjuntivo, se desarrollan en las capas profundas de la submucosa o periostio de los maxilares, debiéndose este desarrollo a la proliferación autónoma del tejido conjuntivo vascular.

Desarrollo. No es conocido con certeza, algunos autores dicen son el resultado de una irritación crónica, otros que es una alteración verdaderamente neoplásica y benigna que se inicia el proceso siempre en un punto limitado de una o varias células neoplásicas iniciales y no por el desordenamiento progresivo de elementos hasta entonces normales.

Histología. Se compone de un epitelio escamoso estratificado normal y de un tejido submucoso, la porción más profunda del neoplasma consta de una trama de infiltración de células redondas, la principal composición de estos tumores es el tejido conjuntivo fibroso dispuesto de manera irregular, su vascularización varía según la edad del tumor.

Manifestaciones clínicas. Se presentan en cualquier parte de la boca, pero con más frecuencia en lengua y mucosa del carrillo de la mandíbula. su tamaño es variable desde unos cuantos milímetros hasta aproximadamente cinco centímetros. O más de diámetro, su coloración depende del lugar en donde se localice según el grado de vascularización y queratina formada y será del rojizo al rosa pálido. Su forma puede ser nodular que es la más común, es indoloro, pudiendo estar fijo o pediculado, su consistencia es dura, fibrosa y bien limitada.

Clasificación. La consistencia de los fibromas esta en relación con la mayor o menor abundancia de células, fibras colágenas y vasos, en relación a esto, se presentan bajo diversos tipos de estructura y aspecto diferente, basándose en esta clasificación existen dos tipos de fibromas que son:

Fibroma duro.- es raquíptico en células y abundante en haces colágenas de consistencia firme, grueso, resistente y poca sustancia interfascicular. Su superficie es brillante, blanco nacarado en la que a simple vista puede notarse la presencia de fibras entrecruzadas que corren en todas direcciones entrelazándose.

Fibroma blando.- esta constituido por tejido conjuntivo laxo o reticular de fibrillas mas o menos ricas en células con caracteres de células fijas, ordinariamente se asienta en las membranas mucosas en las que hacen excrecencias, conteniendo regular cantidad de vasos sanguíneos finos.

De acuerdo a su localización se clasifican en fibromas centrales y fibromas periféricos.

Fibromas centrales.- Originados en el periostio, evolucionan a expensas de los rebordes alveolares dando lugar a tumoraciones redondeadas, firmes, sésiles o pediculadas. Se localizan en la porción media de la rama horizontal de la mandíbula, pero esto no quiere decir que no puedan situarse en otras regiones, inician su desarrollo en el interior del hueso y por su crecimiento expansivo adelgazan las tablas pudiendo perforarlas apareciendo entonces un tumor uniforme que respeta la piel, mucosa y ganglios.

Radiograficamente se aprecia una mancha de bordes nitidos, como la de los quistes pero mucho menos radiolucidos. La función explorativa y la biopsia confirman el diagnóstico.

Fibromas periféricos.- también denominados épulis que significa encía, por lo tanto también llamados tumores de las encías.

Los fibromas periféricos se desarrollan a cualquier edad y no tienen predominio por algún sexo.

Histológicamente muestran una constitución de tejidos vasculares y fibrosos en variadas combinaciones.

Los fibromas periféricos se pueden localizar tanto en la mandíbula como en el maxilar, su lugar de aparición casi siempre es por vestibular, pero también pueden hacerlo por lingual o palatino.

Su aspecto común es de nódulo, con coloración semejante a la encía, originándose en el periostio subgingival.

CEMENTOMA

Se le conoce también con el nombre de fibroosteoma periapical, cementoblastoma y displasia fibrosa periapical.

Se trata de un tumor periapical, asintomático más común en las mujeres que en los hombres y se presenta generalmente en la segunda década de la vida, tiene preferencia por situarse en la mandíbula generalmente en los incisivos. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples.

En la etapa temprana, la lesión se compone de fibroblastos jóvenes y cierta cantidad de fibras colágenas.

En la segunda fase presenta la formación incipiente de espículas e islotes de un tejido calcificado basófilo celular o moderadamente celular que se asemeja al cemento.

En la etapa final de su desarrollo toda la lesión consistente en masas calcificadas intensamente basófilas, se observan pocas células, numerosas líneas de reposo y reversión y espacios medulares escasos y pequeños.



El aspecto radiográfico depende de la fase en desarrollo en que se encuentre el tumor, así tenemos que en la primera fase presentan una zona radiolúcida periapical semejante a la que se observa en un granuloma dentario o quiste radicular.

En la segunda fase la radiolucidez revela manchitas de radiopacidad.

En la tercera etapa se presenta como una área circunscrita de radiopacidad densa.

El cementoma se caracteriza por un crecimiento extremadamente lento y limitado. No requiere tratamiento.

FIBROMA CEMENTANTE

Es un tumor odontogénico muy raro que no se relaciona con los ápices dentarios lo cual lo distingue del cementoma, por lo común, es solitario y puede ser asintomático o producir un agrandamiento del maxilar.

Esta constituido por fibroblastos y haces colágenos. dentro del estroma fibroso pueden observarse numerosos focos de sustancia calcificada relativamente acelular e intensamente basófila que se asemeja al cemento.

Muchos de los supuestos fibromas cementantes son en realidad fibromas osificantes en los cuales el tejido óseo aparece basófilo y se asemeja superficialmente al cemento.

Radiográficamente se presenta como un defecto radiolucido, en el cual se pueden observar manchitas radiopacas.

FIBROMA ODONTOGENICO

Es uno de los fibromas mas frecuentes sin embargo no se ha reconocido bien su frecuencia, ya que radiograficamente se asemeja o es idéntico a un quiste dentigero, lo cual induce a diagnósticos equivocados. Este tumor afecta a hombres y mujeres por igual, generalmente se presenta en la segunda década de la vida y es mas frecuente en la mandibula que en el maxilar, siendo el tercer molar y el canino las zonas preferidas.

La lesión es asintomático o puede producir un agrandamiento leve de la zona y casi siempre esta asociado con un diente retenido.

Microscópicamente el tumor presenta una masa circunscrita de tejido conectivo denso o laxo en el cual se encuentran dispersos cordones e islotes de epitelio. En algunos casos la lesión puede experimentar calcificación y entonces puede llamarse fibroma odontogenico calcificante. El fibroma odontogenico se origina atravez del folículo dentario en su porción mesenquimática.

Radiograficamente se presenta una radiolucencia de extensión variable con la imagen de un quiste dentigero.

Las lesiones se caracterizan por su crecimiento lento y limitado y su tratamiento es el raspado o extirpación total de este.

FIBROMA AMELOBLASTICO

Tumoración odontogena mixta. Su proliferación neoplasica y conjunta del epitelio y del tejido conjuntivo odontogeno, puede dar como resultado una combinación del ameloblastoma con el fibroma odontogeno, este es un tumor mixto de las capas del germen y no sólo una mezcla de elementos histológicos .

Etiología.- el componente mesenquimático deriva de la papila dental o del conjuntivo perifolicular y la porción epitelial, del epitelio adamantino externo o restos de la lamina dental.

Clínicamente.- es de crecimiento lento, benigno, asociado a una odontogénesis perturbada o dientes retenidos, aparece habitualmente antes de los veinticinco años. es mas frecuente en la mandíbula que en el maxilar y tiene preferencia por las zonas premolar y molar.

Radiográficamente se asemeja a un ameloblastoma. Es importante diferenciarlos porque en el fibroma ameloblastico hay predominio de tejido conjuntivo. el crecimiento es mas lento y la recidiva puede ser posible.

Las radiografías muestran zonas radiolucidas solitarias, expansión de las tablas del maxilar y en algunos casos desplazamientos de los dientes.

Histológicamente constituido por tejido fibroso que contiene bandas numerosas y nidos de epitelio odontogénico moderadamente inactivo. Las bandas tienden a producir yemas que semejan la lamina y el folículo dentario en ocasiones se observa alrededor del epitelio una zona de tejido hialinizado.

La sugestión de una atipia celular que en realidad esta vinculada con la inmadurez del tejido, lleva a menudo a un diagnostico de malignidad.

El tratamiento del fibroma ameloblastico debería ser mas conservador que el del ameloblastoma común se ensaya un raspaje local o la escisión.

FIBROMA POR IRRITACIÓN

Son tumoraciones localizadas muy comunes, en las cuales la hiperplasia y la hipertrofia del tejido conjuntivo fibroso esta en relación directa con la causa aparente, es decir, puede ser el producto de malos hábitos como la succión de la mejilla por un espacio interdental o edentado, el morderse los labios o el empuje de la lengua contra un diastema, etc.

Aparece en cualquier parte de la cavidad bucal, sin embargo las partes mas frecuentemente afectadas son la lengua, la mucosa bucal y los labios.

La lesión presenta el color de la mucosa aunque puede ser más pálida. Puede medir de unos cuantos milímetros hasta centímetros, el tumor es duro si él deposito de colágeno es grande y blando si hay componente vascular o graso, no hay dolor, salvo si hay traumatismo y sangrado.

Histología.- el epitelio es escamoso estratificado el cual cubre la lesión y puede presentar paraqueratosis o hiperqueratosis, su principal componente es el colágeno denso que muestra zonas de hialinización y escasez de vasos sanguíneos, hay elementos inflamatorios crónicos como: linfocitos pequeños y plasmocitos, también puede haber islotes de tejido graso separados en lóbulos por delgados tabiques conjuntivos.

La comprensión y la fibrosis de estas estructuras puede facilitar el proceso de incremento, al interferir con la descarga de reacciones.

El tratamiento del fibroma por irritación consiste en la escisión. No obstante, si la causa persiste la lesión puede reaparecer.

EPULIS FISURADO

El mal llamado épulis fisurado (épulis que significa enca) recibe también el nombre de hipertrofia del surco vestibular o fibroma del surco vestibular, el cual es el más correcto, es un crecimiento semejante a un tumor. Su aparición se relaciona con los bordes de una prótesis mal adaptada razón por la cual se observa en el vestíbulo del maxilar superior o inferior.

Clinicamente se presenta como un crecimiento tisular de consistencia blanda, doloroso y flácido, que sangra con facilidad y se extiende desde el borde de la prótesis causante.

Microscópicamente, la lesión consiste en grandes cantidades de tejido conectivo fibroso infiltrado de linfocitos y plasmocitos, la lesión puede presentar ulceraciones, pero la mayor parte de su superficie esta cubierta de epitelio escamoso estratificado.

El tratamiento consiste en la corrección de la prótesis y en la extirpación de la masa del tejido excedente.

FIBROMA PERIFÉRICO Y FIBROMA PERIFÉRICO CON CALCIFICACION.

Se describen juntos por ser el segundo una variante del fibroma periférico, ambas son lesiones de consistencia firme, sesiles o pedunculadas de un color que varia del pálido al rojo, y se originan de la papila interdental pudiendo formarse también del parodonto por lo cual se podría explicar su calcificación y ha veces su cementificacion u osificación.

Tiene preferencia en las mujeres, el maxilar es afectado algo mas frecuentemente que la mandibula y la parte anterior de la boca constituye la localización preferida las lesiones pueden provocar migración dentaria y su tamaño varia entre medio centimetro y ocho centímetros, muchas de estas lesiones están ulceradas.

Microscópicamente esta constituido de fibroblastos y fibras colágenas en proporciones variables. la lesión es mas celular que el fibroma por irritación y algunas pueden mostrar degeneración mixomatosa. El tumor esta cubierto por epitelio escamoso estratificado. aunque en algunas zonas esta ulcerado puede observarse una infiltración acompañada de neutrofilos, plasmocitos y linfocitos, cerca de la mitad de estas lesiones contienen material calcificado por lo cual reciben el nombre de fibroma periférico con calcificación.

La escisión es el tratamiento de elección.

NEUROFIBROMA O FIBROBLASTOMA

Llamado también como fibroma neurogeno o fibroblastoma neurogeno clínicamente es un tumor benigno que aparece en el tejido subcutáneo vinculado con los nervios periféricos .

En la boca lo reconocemos comúnmente en la lengua, paladar, carrillos, labios y encía.

Su aspecto es de superficies lisa en la mucosa bucal, son crecimientos sésiles y los de localización profunda se palpan como nódulos circunscritos.

Histológicamente constituidos por haces entrelazados de tejido fibroso los núcleos están dispuestos en empalizada, con frecuente degeneración mixomatosa. estos tumores son confundibles con quistes de origen odontogenico. En el neurofibroma el depósito de colágeno no es muy abundante, no hay encapsulamiento y los elementos tumorales se confunden con el tejido adyacente.

El tratamiento es la escisión.

FIBROMATOSIS GINGIVAL HEREDITARIA

Reacción fibrosa difusa que afecta toda la encía y tiene la característica de los fibromas múltiples, puede ser confundida también, por su aspecto con la gingivitis producida por la administración de drogas como el dilatin sódico e incluso con la fibromatosis idiopática ya que tienen características clínicas e histológicas iguales. En la fibromatosis gingival hereditaria como su nombre lo indica intervienen factores hereditarios y además por estar en ocasiones asociada a deficiencias del desarrollo como debilidad mental e hipertricosis.

Clínicamente hay exagerado crecimiento de la encía que puede hasta cubrir los dientes. No se conoce explicación alguna de este padecimiento ya que los autores discuten si se trata de una reacción hipertrofica o una neoplasia sin llegar a un acuerdo.

No hay alteraciones inflamatorias la lesión se inicia a edad temprana implantándose en la encía tanto lingual como vestibular. la superficie de la mucosa bucal es lisa y no sangra fácilmente. la gingivitis hipertrófica la exostosis múltiple y las hiperostosis también deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial.

Histológicamente los haces colágenos son densos dispuestos en forma fasciculadas la vascularización es escasa y el epitelio de recubrimiento normal.

Tratamiento.- la gignivectomia seguida de revisiones periódicas.

FIBROSARCOMA

Tumoración maligna muy rara en cavidad oral, puede originarse apartir del periostio de los maxilares o del periodonto.

Con menos frecuencia se producen tumores intraóseos y son más comunes en mandíbula la forma periférica se observa en pacientes adultos, en tanto la que se origina en hueso es más frecuente en niños y adultos jóvenes, en estos últimos se presenta en sinfisis, gonion y condilo. es de crecimiento rápido y las metástasis no son tempranas. El tipo superficial es pedunculado y grande.

Su etiología como en la mayoría de las tumoraciones es desconocida .

Histológicamente,- constituido por fibroblastos con tendencia a ser fusiformes, con vascularización variable ya sea con mayor o menor cantidad.

Clinicamente,- aparece en cabeza, cuello o en boca, pero con mas frecuencia en maxilar superior y en mandíbula. Puede ocasionar movilidad dental sin causa aparente como síntoma inicial de esta tumoración, son de crecimiento rápido invaden y causan gran destrucción de tejidos adyacentes, el dolor se presenta cuando ya los nervios han sido invadidos.

Las lesiones cuando son dolorosas, se presentan como masas a veces ulceradas en el proceso alveolar, se ven firmes, pálidas y cuando se ulceran su color es gris en ocasiones se vuelve azul provocando movilidad y desplazamiento de las piezas dentarias.

Radiográficamente - la lesión central aparece como una zona radiolúcida difusa de bordes no definidos y con frecuencia se aprecia una abertura hacia los senos maxilares

cuando la lesión abarca los maxilares superiores tanto el tratamiento como el pronóstico son graves.

MIXOFIBROMA

Puede presentarse en cualquier parte de la cavidad oral, pero es más común en los bordes alveolares y en el paladar.

Etiología desconocida.

Clinicamente.- semejante a la del fibroma, de crecimiento lento, de aspecto traslucido, esta fijo ya sea por una base amplia o un pedículo, de apariencia lobulada, es casi siempre blando.

Histológicamente.- esta compuesto por dos elementos una porción fibrosa densa y un tejido dispuesto en forma mas laxa.

La porción fibrosa densa, esta constituida por un tejido conjuntivo moderadamente adulto de núcleos alargados y considerable colágeno .

Las células son filamentosas con finas fibrillas tortuosas. Las sustancia intercelular es laxa y esta libre de colágeno .

LIPOFIBROMA

Se presenta casi siempre en los tejidos blandos de los labios, carrillos, lengua, mucosa gingival y en algunas ocasiones en hueso de mandíbula o maxilar .

Son tumoraciones blandas amarillas muchas veces se encuentran cruzadas por pequeños capilares que le dan aspecto venoso. Las tumoraciones son móviles fijos por un pedículo, también pueden estar unidas por una base amplia .

FIBROMA OSIFICANTE

Es un tumor benigno que se origina en el hueso esponjoso y caracterizado por la presencia de tejido conectivo fibroso joven y de cantidades variables de hueso.

Esta lesión ha sido llamada de diversas maneras: fibroma osificante, osteofibroma, osteoma fibroosteóide, osteítis fibrosa, osteodistrofia localizada y displasia fibrosa monostotica, por lo que existe una considerable confusión acerca de su terminología. Sin embargo desde el punto de vista clínico, histológico y terapéutico las discusiones al respecto carecen de importancia .

El fibroma osificante se forma por la proliferación neoplástica del tejido conectivo fibroso que da origen a la formación de estructuras óseas.

Clinicamente.- puede aparecer a cualquier edad, sin embargo se presentan comúnmente en los niños y en adultos jóvenes.

El tumor es de crecimiento lento e indoloro trasforma el hueso esponjoso y dilata el hueso, suelen producir agrandamiento y por ende deformidad facial.

Patogenia.- el fibroma osificante es un tumor que tiene por inicio la proliferación de células de tejido conectivo osteogénico joven en los espacios medulares de hueso esponjoso. El tejido del tumor se dilata periféricamente, aumentando de tamaño por sustitución lenta o rápida, del hueso esponjoso antiguo. El tumor puede formarse de dos maneras la primera se forma por la extensión de los elementos celulares del tumor hacia los espacios medulares adyacentes con reabsorción gradual del hueso antiguo. Esto produce una lesión de contorno indefinido.

En la otra forma el tumor se encapsula y dilata periféricamente. Se deposita hueso cortical en la superficie externa de la cápsula. lo que da a la lesión una imagen quística en una radiografía.

El agrandamiento del hueso en casos avanzados es debido a la reabsorción del lado interno de la lámina cortical y a posición periostica en la superficie externa.

El tratamiento adecuado para el fibroma consiste en la extirpación quirúrgica y en caso de que la irritación no se elimine, por completo, puede volver a presentarse, es necesario el examen microscópico para confirmar nuestro diagnóstico y para ello dar un buen tratamiento, para esto existen dos métodos que son: la citología y la biopsia bucal.

En relación al fibroma osificante existe cierta confusión con respecto a su terminología, explicaremos porqué algunos autores dan cierto nombre a la lesión anteriormente mencionada y porqué no están de acuerdo en que se clasifique con un solo nombre.

Creemos que el aspecto radiográfico que presenta la lesión en sus diferentes grados de crecimiento, y a su localización ya que sabemos que las células de los tumores de origen osteogénico pueden alcanzar varios grados de diferenciación y producir una variedad de sustancias que se calcifican parcial o totalmente.

Denominan entonces al fibroma osificante cuando el tejido es muy celular y por lo tanto radiotraslúcido, osteoma fibrosteóide si predominan el osteóide y las trabéculas de hueso mal calcificadas y osteofibroma si el tejido óseo es abundante y bien calcificado.

Fibroma osificante.- dicen que debe reservarse este nombre para el tipo en que el tejido neoplástico está constituido predominantemente de fibroblastos y en que el osteóide y las trabéculas de hueso tienen un papel de poca importancia. los fibroblastos pueden estar esparcidos con abundancia entre las células, las trabéculas deben ser discretas y de número reducido, cortas y gruesas pudiendo contener zonas centrales de calcificación.

Osteoma fibrosteóide está reservado para el tipo en el cual su constitución está hecha a base de osteóide y contiene poco hueso calcificado sin embargo, algunos anatomopatólogos generales también ponen reparos a este término ya que en algunos casos se forman cementículos en lugar de trabéculas óseas y esto crearía aún mayor confusión ya que ésto determinaría el nombre de fibroma cementificante.

Osteofibroma aplican este término al caso en que algunas de las células del tumor depositan una cantidad considerable de tejido celular. Según el grado de organización de estas células, el material puede estar depositado de manera irregular o en forma de trabéculas gruesas que permanecen en el estado de osteóide o se calcifican de manera gradual, pueden verse áreas centrales de calcificación y osteofitos situados irregularmente en lagunas grandes.

En las lesiones antiguas pueden encontrarse masa atípicas el hueso es maduro y bien calcificado.

Sintomatología.- los tumores pueden presentarse en el maxilar superior o en la mandíbula y tienen elección en los niños o en los adultos jóvenes y se presentan con mayor frecuencia en las mujeres. Es muy raro ver la primera fase del tumor, debido a la ausencia de síntomas, generalmente se descubre cuando la lesión produce alteraciones en la oclusión ó deformidad facial, por lo tanto es difícil precisar su duración.

El comportamiento de estas lesiones osteofibrosas varía grandemente, sin embargo, todas son benignas y no producen metástasis ni experimentan transformaciones malignas.

Las lesiones del maxilar superior pueden extenderse y reemplazar el seno parcial o totalmente causando dilatación de la fosa canina y del paladar.

En la mandíbula la lesión puede encontrarse en la apófisis alveolar o en la parte principal del hueso, causa dilatación y con frecuencia deformidad en la misma.

Histopatología.- la principal característica del fibroma osificante es la sustitución del hueso normal por un tumor compuesto de tejido conectivo fibroso y que se forma hueso atípico por metaplasia, en general puede decirse que las células están redondeadas, presentan núcleos vesiculares y están redondeadas por depósitos abundantes de osteoide que se calcifica de manera gradual, lenta pero no completa y se tiñe.

Tratamiento.- por el hecho de que estas lesiones no producen metástasis y muchas responden bien al raspaje, el tratamiento local conservador a de ser de elección, esto es especialmente cierto en los niños en quienes una lesión relativamente pequeña puede ocupar una zona comparativamente grande.

Así mismo cuando los tumores son encapsulados pueden extirparse por completo, con mayor facilidad. Las irradiaciones de éste tipo de lesión está contraindicada y es peligrosa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Es necesario valorar la patología de que se trate (en caso de bucal), en forma comparativa con diversas alteraciones patológicas semejantes a la que está en estudio, para lograr en esta forma evitar un diagnóstico erróneo desechando así el confundirse con otra alteración de la salud.

Este procedimiento es necesario y se conoce con el nombre de diagnostico diferencial, en que se incluyen, en este proyecto las siguientes patologías.

1.- Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria.

La mayor parte de estas proliferaciones representan una sobreproducción de colágeno una alteración de su recambio o ambas cosas a la vez, sin que se trate de lesiones neoplásicas aunque la Hiperplasia fibrosa inflamatoria puede hallarse en cualquier parte de la boca, lo más frecuente es observarla en la mucosa bucal, labio inferior, lengua u otros lugares facialmente traumatizables (al igual que el fibroma bucal).

Según la causa original y los factores modificadores de la evolución inflamatoria, estas formaciones pueden ser ampliamente sésiles, hiperqueratinizadas, duras o blandas y ulceradas (al igual que el fibroma bucal).

Es frecuente que una inflamación secundaria altere todavía más el aspecto superficial y la sintomatología.

La hiperplasia fibrosa se presentan con mayor frecuencia en las décadas tercera a quinta de edad (al igual que el fibroma bucal), y con una incidencia aproximadamente doble en el sexo femenino.

PAPILOMA.

El papiloma es una neoplasia benigna (al igual que el fibroma bucal) común que se origina en el epitelio escamoso superficial, es una lesion blanca debido a su superficie queratósica (en algunos casos se encuentra en el fibroma bucal según el tipo que sea).

Clinicamente el papiloma es una prolongación exofítica (en el fibroma bucal también se puede presentar) compuesta de numerosas proyecciones dactiliformes pequeñas que producen una lesión cuya superficie es rugosa, verrugosa o en coliflor (en el fibroma bucal se presenta como lesión elevada de superficie lisa de forma curva simétrica, redondeada, ovalada o elíptica), cuyo origen suele estar en un pedículo de pequeño tamaño generalmente (en el fibroma bucal también llega a presentarse) bien circunscrito y ocasionalmente sésil (al igual que el fibroma bucal).

La etiología del papiloma oral es desconocida, pero se cree que las producen virus (el fibroma bucal si se conocen las causas siendo éstas físicas o químicas como irritaciones agudas y crónicas como lo son las persistentes y prolongadas).

Al papiloma se le encuentra más comúnmente en el paladar, encías, lengua, labios, mucosa bucal en un 90% del total, siendo el paladar blando y la úvula los lugares de origen más frecuentes (el fibroma bucal).

LIPOMA

Los lipomas son tumores benignos lobulados, bien circunscritos, encapsulados, por lo mismo fácilmente enucleables (al igual que el fibroma bucal) de color amarillo (en el fibroma bucal se llega a presentar de color blanco nacarado) de consistencia blanda casi fluctuante, siendo líquida la grasa a la temperatura del cuerpo (el fibroma bucal no tiene grasa).

Son los tumores mas benignos que puedan darse su crecimiento es lento y expansivo (también se presenta en el fibroma blando) nunca se determina metástasis ni se a observado jamas su transformación maligna (al igual que el fibroma bucal).

Habitualmente se les encuentra en el tejido celular subcutáneos, mas raramente en los intersticios musculares debajo de las serosas (el fibroma bucal ademas se encuentra en tejido conectivo de los nervios y en periostio), intraóseos como los maxilares (al igual que el fibroma bucal) como también en el interior o alrededor de las glándulas. Los lipomas orales son unas masas blandas (al igual que el fibroma blando) y de lento crecimiento, raras veces son dolorosas.

La localización submucosa es aún más excepcional, corresponde a los que asientan en la lengua, carrillos, suelo de la boca etc. (en el fibroma bucal es más frecuente).

GRANULOMA PIOGENO

Es una lesión común que se presenta generalmente en encía vestibular, aunque puede aparecer en cualquier parte de la boca (menos en lengua, y en fibroma bucal tambien se presenta ahí como asi mismo en labios y carrillos).

Clínicamente es una masa nodular, elevada y redondeada, de color rojo a violeta, con masa blancas diseminadas (en el fibroma bucal se presenta de color blanco nacarado) que presentan zonas ulceradas.

Hay bacterias en éstas úlceras (en el fibroma bucal no las hay) superficiales y antes se pensaba que eran el agente causal, porque piógeno se refiere a organismos productores de pus.

Es una proliferación excesiva de tejido de granulación (este tejido no se presenta en el fibroma bucal) que confiere el color rojo y hace que sangre fácilmente.

Es frecuente descubrir antecedentes de crecimiento rápido (en el fibroma bucal el crecimiento es lento) y no son raros los casos de recidivas después de la extirpación.

EXAMEN CLÍNICO

En donde se utiliza la visión directa y la palpación para estudiar su forma, consistencia, color, y situación geográfica en boca .

EXAMEN HISTOPATOLÓGICO

En donde se utiliza visión indirecta para estudiar e identificar las características celulares . correspondientes a esta neoplasia, y para llegar a este pronóstico satisfactorio es necesario tener presente el origen del tumor, la situación en boca del mismo, la causa que lo originó, el tiempo de evolución, comprobar que las características clínicas e histológicas correspondan a éste, confirmando que en realidad no sea una tumoración maligna para que de esta forma se realice el tratamiento adecuado.

CITOLOGIA ESFOLIATIVA BUCAL

El diagnóstico citológico consiste en el estudio e interpretación de las características que muestran las células descamadas espontánea o artificialmente de las superficies epiteliales.

El material obtenido de la esfoliación celular es consecuencia de un proceso de renovación constante que en los casos de los epitelios normales mantienen equilibrio. Es decir, la producción de la capa germinativa por medio de sus mitosis se equilibra con la cantidad de células que se descaman.

El uso de la citología esfoliativa es muy importante para el diagnóstico. Además a demostrado ser de gran valor en todos aquellos sitios donde los elementos de descamación celular están al alcance del clínico, como es el caso de la mucosa de la cavidad bucal, donde se utiliza para el diagnóstico de lesiones como candidiasis bucal, herpes simple y entidades vesículo ulcerativas, lesiones cancerosas y otras enfermedades. Si el frotis se diagnostica como positivo, respecto a células anormales la biopsia es obligatoria.

La técnica para la citología esfoliativa bucal es la siguiente:

- 1.-con el lápiz de marcar se anota en un extremo del porta objetos y sobre una cinta adhesiva el numero del caso, el sitio de la lesión, nombre y edad del paciente.
- 2.-la lesión se limpia cuidadosamente con el algodón de todo material necrótico, pus, restos alimenticios y sangre.
- 3.-recolección del frotis. Con una espátula de madera (abatenguas) se raspa la zona afectada varias veces hacia un solo sentido, lo cual nos permite obtener saliva, elementos celulares epiteliales, elementos celulares extraños al epitelio, (histiositos, gérmenes) y en ocasiones moco. O bien se utiliza el citoaspirador el cual tiene la particularidad de introducirse en fisuras o grietas.

Si la lesión es ulcerada no se raspa vigorosamente, en lesiones grandes el material se toma del centro y las que son secas deben humedecerse con solución salina utilizando un aplicador de madera o un hisopo.

4.- fijación del frotis. El producto obtenido por este procedimiento se deposita sobre el área central del portaobjetos limpio y seco, con movimientos circulares rápidos hasta obtener una película fina, después se procede a fijar el frotis para lo cual existen dos formas.

- a) la primera es rápida y eficaz consiste en un fijador en aerosol (sitospray) que se aplica inmediatamente después de hecha la extensión, también se puede utilizar fijador en aerosol para el cabello, este fijador se coloca en el portaobjetos que contiene frotis en forma horizontal para evitar la pérdida del material, el rociado debe efectuarse aproximadamente a 30 centímetros de distancia y debe ser uniforme durante varios segundos; seca rápidamente y permite la fase de tinción en poco tiempo.
- b) La otra forma de fijar el frotis se realiza colocando la extensión inmediata en un frasco con solución fijadora que contenga alcohol etílico al 95 % o alcohol isopropílico al 70% con este método se requiere un tiempo de 15 minutos para la fijación, pudiendo permanecer la extensión en él hasta por cinco días; sin embargo se recuerda que es mejor llevar las muestras inmediatamente para su estudio.

5.- tinción del frotis. Una vez fijado el material se envía al laboratorio de diagnóstico para su tinción y lectura.

BIOPSIA BUCAL

La biopsia es un procedimiento quirúrgico que se utiliza para establecer el diagnóstico definitivo, conocer la evolución del proceso, el resultado de la terapéutica y fundamentar el pronóstico.

Se requiere hacer la biopsia siempre que se sospeche que la lesion es un cancer. La biopsia confirma o descarta la posibilidad de que se trate de un procedimiento maligno y es un procedimiento sumamente confiable y preciso para esta finalidad.

Cuando se necesita mayor información para distinguir afecciones con características clinicas similares, la biopsia es de gran utilidad para aclarar el dignostico y establecer el tratamiento. Además cuando la lesion es tratada con mediante extirpación quirúrgica debe ser analizada sistemáticamente para confirmar el diagnostico. En algunos casos, esto revela un dignostico insospechado .

Existen varias técnicas para realizar una biopsia bucal acontinuacion se presenta las de uso frecuente:

1.- biopsia excisional consiste en la eliminación completa de la lesion incluyendo tejido normal adyacente a los bordes externos de la lesion, se realiza en lesiones pequeñas de hasta un centimetro de diámetro, sin embargo este criterio no es muy estricto ya que puede variar de acuerdo a la experiencia del cirujano. Permite al patologo decir si la lesion ha sido eliminada en su totalidad, por lo que tambien constituye el tratamiento definitivo.

2.- biopsia incisional. Consiste en la eliminación de una porcion representativa para llegar a un dignostico definitivo y programar el tratamiento de toda la lesion. La muestra se toma del margen de esta, incluyendo parte del tejido normal adyacente. se realiza generalmente en lesiones mayores de un centimetro de diámetro.

3.- biopsia por puncion con aspiración. es una técnica que se usa con frecuencia en lesiones quísticas, lesiones oseas, nódulos linfáticos, tumores de las glandulas salivales y lesiones localizadas en estructuras profundas. En algunas ocaciones las biopsias realizadas por aspiración son guiadas por tomografía computarizada o ultrasonido. la muestra obtenida se analiza atravez del frotis citologico.

4.- biopsia por sacabocados. Este tipo de biopsia se realiza en lesiones superficiales con un instrumento especial denominado sacabocados, que tiene un borde cortante en un extremo; permite obtener un fragmento de la lesion se utiliza principalmente para tomar muestras de lesiones ulcerosas, infiltrantes o vegetantes de mucosas accesibles, y en localizaciones mas lejanas como en la pared faringea, laringe o esófago esta biopsia se realiza comúnmente en dermatología sin embargo se ha difundido su uso a otras especialidades.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 51 años de edad, que fue canalizada al área de cirugía bucal en la clínica multidisciplinaria de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por presentar un aumento de volumen en el borde izquierdo de la lengua con 11 meses de evolución aparente.

La paciente refiere haber notado un aumento de volumen en la lengua a la altura de los premolares izquierdos, después de haber sido tratada prostodóncicamente, menciona haber padecido anodoncia parcial por 5 años aproximadamente de esa zona asintomático.

En la historia clínica presentando una higiene oral regular.

Odontológicamente se observó que fue atendida con exodoncia, operatoria dental y prótesis.

En los antecedentes personales patológicos sistémicos, presenta dolor en la articulación temporomandibular, mareos, zumbidos en los oídos e hipertensión arterial (controlada).

Los antecedentes infecciosos resultaron negativos así como los antecedentes hemorrágicos. No es alérgica a la penicilina ni a la anestesia local.

Presenta al examen de cabeza, cuello: cráneo mesocefalo, perfil convexo y tez clara, los ganglios linfáticos no son palpables.

Se observó la necesidad de exámenes como oclusión, higiene oral y terapia pulpar, cirugía menor, tratamiento parodontal y la necesidad de una prótesis.

Presenta caries de 1°,2°,3° grado en las piezas 15,28,36,37 como del 45,47 y 48 .

A la exploración física presenta en el borde lateral izquierdo de la lengua un crecimiento epitelial de aproximadamente 4 mm de largo por 4mm de ancho que a la palpación resulta de consistencia dura, sesil de color blanquecino de base ancha, negativo al dolor y sin datos de ulceración local.

Con la previa valoración se programó para la intervención quirúrgica.

TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Se utilizo anestesia local en el nervio dentario inferior izquierdo y se prosiguió a la escisión total del tumor, lazándolo con hilo para sutura en la base del tumor, y se continuo con el corte, abarcando un poco más de la base antes mencionada asegurándonos de haber extirpado la raíz de esta neoplasia.

Una vez hecha la extirpación total de la tumoración, este se sumergio en formol al 10%, mandándolo al laboratorio con el histopatologo, anexando nuestro diagnostico con los datos de la paciente y con la fecha en que se efectuo la cirugía para después confirmar nuestro dignostico definitivo.

RESULTADO

Después obtuvimos el resultado del laboratorio, dándonos la descripción microscópica y el dignóstico histopatológico de células normales, aumento tisular que abarca al epitelio escamoso estratificado llegando hasta el tejido submucoso y tejido

conectivo. No hay presencia de mitosis como tampoco de anaplasia, resultando un fibroma bucal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

GENERAL

1.- Determinar los factores de riesgo que predisponen la presencia de fibroma, y conocer el manejo y tratamiento que se le proporcionara a los pacientes para tener pronósticos favorables.

ESPECIFICOS

- 1.1 - Mencionar los factores que predisponen esta alteración .
- 1.2 - Enumerar cuatro patologías que formen parte del diagnóstico diferencial de dicha alteración en orden de similitud.
- 1.3 - Describir los elementos necesarios para el tratamiento de esta lesión en orden cronológico.
- 1.4 - Descripción y explicación del caso clínico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIPÓTESIS

Las características histopatológicas mas que las clínicas nos ayudan a conocer e identificar las causas predisponentes de esta alteración así como elegir el tratamiento adecuado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODOLOGÍA .

1.- ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL

Son aquellos cuyo objetivo es unicamente describir la situación de salud y enfermedad presente en una población.

2.- ESTUDIO RETROLECTIVO

Se observa a una población enferma y apartir de esta se busca información relacionada con la presencia o ausencia de exposición previa a determinados factores de riesgo. La información se obtiene de fuentes indirectas , como registros medicos, historias clinicas, archivos hospitalarios entre otros, o bien mediante el interrogatorio de hechos ocurridos en el pasado.

RECURSOS

1.1 RECURSOS HUMANOS

- A) UN DIRECTOR DE TESIS
- B) UN PASANTE DE ODONTOLOGÍA

1.2 RECURSOS MATERIALES

- A) LIBROS (BIBLIOGRAFÍAS)
- B) EXPEDIENTE CLINICO
- C) HOJAS BLANCAS, LAPICEROS, COMPUTADORA.
- D) BIOPSIA.

1.3 RECURSOS FÍSICOS

- A) CLINICA DE ZARAGOZA
- B) BIBLIOTECA
- C) QUIRÓFANO
- D) LABORATORIO HISTOPATOLÓGICO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

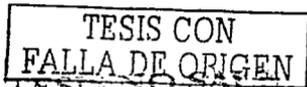
CONCLUSIONES.

Con la revisión bibliográfica nos dimos cuenta que es necesario conocer los factores que predisponen esta patología que son muy comunes en la población, pero es necesario estar capacitados clínicamente para saber el manejo que se le dara al paciente y llevar el procedimiento adecuado y así tener un pronostico favorable .

Las irritaciones constantes se dan por diversas causas como:

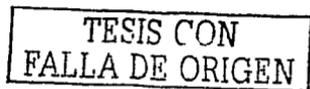
Depósitos de calculo, impactaciones de alimentos, cámaras de succión de algunas dentaduras, cuerpos extraños, espículas oscas, empastes mal adaptados, oclusiones traumáticas, succión de mejillas, el morderse los labios o carrillos así como del frotamiento de la lengua contra zonas ásperas, tambien por el uso de ciertos medicamentos utilizados en endodoncia.

Es importante conocer todo lo anterior para tener conocimiento de esta enfermedad, y poder detectarla al inicio, todo esto es por la salud de nuestros pacientes y para un buen futuro de la odontología.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Thomas Kurth. Patología Oral. ED. Salvat.1983.pags. 590-594
- 2.- W.Shafer,B.M.Levy.Tratado de Patología Bucal.ED. Interamericana S.A .4ª Ed. 1988.pags. 140-144
- 3.- Zegareli Ketscher Hyman. Diagnostico en Patología Oral. ED. Salvat.2ª Ed. 1982.pags 253-254
- 4.- Regezi Sciubba,Mcgraw-Hill. Patología Bucal. ED. Interamericana . 3ª Ed. 2000.pags. 348-356.
- 5.- Braskar . S .N. Patología Bucal . ED. Ateneo. 6a Ed. Buenos Aires . 1984.pag. 221.
- 6.- Kumar . Patología Humana. ED. Interamericana . 5a Ed. México 1995.pags.176-177.
- 7.- De Burket. Linch. Brightman.Geenberg. Medicina Bucal .9a Ed. 1996.167-168.
- 8.- Romulo L.Cabrini Anatomía Patológica Bucal. ED. Mundis.AIC y F. 1980.
- 9.- William B.Irby,D.D.S.M.S . Actualizaciones en Cirugía Bucal. ED. Mundi S.A.I.C.Y.F . 1981.pags. 269-271.
- 10.- Gustavo Kruger . Tratado de Cirugía Bucal. ED. Interamericana S.A . 4a Ed. 1986.pag.513.



- 11.- El Gran Libro de la Salud. Enciclopedia Medica de Selecciones del Reader,s Digest. 3a Ed. 1971.pag. 815.
- 12.- Miguel de Lucas Tomas. Medicina Oral. ED. Salvat S.A. 1988. pags. 138-139.
- 13.- John B. Walter. MD. Patologia Humana. ED. El Manual Moderno S.A de C.V. 1994.pags. 289-290.
- 14.- Levente Z. Badak Gyobar. D.M.D.M.S.C. Medicina Bucal. ED. Limusa.1987. pags. 95-97.
- 15.- Philip L. Mc. Carthy. AB.N.D . Enfermedades de la Mucosa Bucal. ED. El Ateneo . 2ª Ed. 1985. pags. 381-382.
- 16.-Lewis R. Eversole. Patologia Bucal. ED. Panamericana. 1983.pags. 102-104.
- 17.- Rubin E. Farber J. Fundamentos de Patologia. Panama ,México . Buenos Aires . 1992. pags. 639-640.
- 18.- Grispan D. Enfermedades de la Boca. ED. Mundi. Tomo II. Argentina. 1976. pags. 2128-2129.
- 19.- Eduardo Luis Ceccotti. Clínica Estomatológica. ED. Medica Panamericana. 1993. pags. 36.37.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN