



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE TUMORES MESENQUIMATOSOS  
BENIGNOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE  
PATOLOGÍA BUCAL.  
UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 30 AÑOS.**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A:**

**JORGE ALBERTO MORENO CASIQUE**

**TUTOR: Dr. LUIS ALBERTO GAITÁN CEPEDA  
ASESOR: Esp. DANIEL QUEZADA RIVERA**



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 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.

**A mis padres.**

*Gracias por el apoyo, paciencia y dedicación en cada una de las etapas de mi vida; así mismo por brindarme la oportunidad de estudiar la licenciatura.*

**A mis hermanos.**

*Por su incondicional apoyo.*

***A mi tutor Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda, con respeto por su ayuda en este proyecto.***

*Gracias.*

***A la Dra. Arcelia Meléndez por su apoyo durante el la realización de este trabajo, su alegría y calidad humana.***

***A mis amigas Verónica y Lizeth y a mi amigo Saúl quienes me han brindado una amistad y consejo invaluable dentro y fuera de la Facultad.***

***En especial gracias a mis amigos del 15 VIP (Abraham, Carlos, Miriam, José, Cecilia, Pamela, Nayeli, Carlitos, Elba y Gabriela) por su amistad, enseñanza, compañía y ayuda para superar las dificultades que se me presentaron durante la carrera y en especial estos últimos 2 años... mil gracias.***

***A todas las personas con quienes tuve algún problema, diferencia o fueron un obstáculo GRACIAS me ayudaron a madurar y me incentivaron a no darme nunca por vencido.***



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>GENERALIDADES</b>	8
<b>CAPÍTULO I      OSTEOMA</b>	
1.1 Definición.	12
1.2 Clínica.	13
1.3 Histopatología.	14
1.4 Pronóstico y Tratamiento.	14
<b>CAPÍTULO II      CONDROMA</b>	
2.1 Definición.	17
2.2 Clínica.	18
2.3 Histopatología.	18
2.4 Pronóstico y Tratamiento.	19
<b>CAPÍTULO III      HEMANGIOMA</b>	
3.1 Definición.	22
3.2 Clínica.	23
3.3 Histopatología.	23
3.4 Pronóstico y Tratamiento.	24
<b>CAPÍTULO IV      LEIOMIOMA</b>	
4.1 Definición.	27
4.2 Clínica.	27



4.3	Histopatología.	28
4.4	Pronóstico y Tratamiento.	29

## **CAPÍTULO V NEUROFIBROMA**

5.1	Definición.	31
5.2	Clínica.	31
5.3	Histopatología.	32
5.4	Pronóstico y Tratamiento.	32

## **CAPÍTULO VI NEUROMA TRAUMÁTICO**

6.1	Definición.	35
6.2	Clínica.	35
6.3	Histopatología.	36
6.4	Pronóstico y Tratamiento.	36

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

39

## **JUSTIFICACIÓN**

40

## **OBJETIVOS**

Objetivo general. 40

Objetivos específicos. 40

## **METODOLOGÍA**

Materiales y métodos. 41

Tipo de estudio. 41



Población de estudio.	41
Tamaño de la muestra.	41
Criterios de inclusión.	42
Criterios de exclusión.	42
Variables de estudio: dependiente e independiente, conceptualización y operacionalización.	42
<b>RESULTADOS.</b>	44
<b>DISCUSIÓN.</b>	47
<b>CONCLUSIONES.</b>	50
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	51
<b>ANEXOS I.</b>	54
<b>ANEXOS II.</b>	61



## INTRODUCCIÓN

En la práctica profesional el cirujano dentista debe aplicar conocimientos sobre semiología que le permiten identificar la alteración, lesión o enfermedad que representa el paciente para efectuar el diagnóstico y establecer el plan de tratamiento y pronóstico.<sup>1</sup>

La cavidad bucal y sus estructuras adyacentes son sitios anatómicos donde se desarrollan diversas alteraciones y enfermedades que pueden representar la manifestación bucal de una enfermedad sistémica o entidades patológicas de comportamiento benigno o maligno que ponen en riesgo la vida del paciente.<sup>1</sup>

La conducta terapéutica debe basarse en un diagnóstico de certeza, logrado por el conocimiento clínico de las diversas enfermedades y corroborando en algunos casos el estudio histopatológico.<sup>1</sup>

A través de la historia clínica, se obtienen datos sobre el paciente como son: antecedentes heredofamiliares, antecedentes patológicos y antecedentes no patológicos, los síntomas que presenta y se identifican signos por medio de la exploración física y el examen bucal.<sup>1</sup>

Sin embargo existen casos en los que no se llega al diagnóstico definitivo, por lo que es necesario realizar algunos exámenes auxiliares de diagnóstico, entre ellos los diversos análisis clínicos hematológicos, de diagnóstico de orina, microbiológicos, inmunológicos, radiológicos, citológicos e histológicos. Si bien todos son importantes, deben ser indicados solo en aquellos casos en que se sospeche alguna alteración.<sup>1</sup>

Respecto al estudio histopatológico es indudable su utilidad para el diagnóstico de las lesiones de la cavidad bucal como son las neoplasias benignas y malignas, las enfermedades vesículo-ampollares, las infecciones



micóticas, las alteraciones de color de la mucosa bucal (blancas, rojas o pigmentadas), las lesiones cancerizables, las erosivas y las ulceradas, entre otras.<sup>1</sup>

En consecuencia, surge la necesidad de realizar biopsia como método diagnóstico para establecer la terapéutica adecuada. La comunicación con el patólogo se inicia con el envío del material y será continua hasta el momento del diagnóstico final. Para el estudio histológico de un tejido vivo debe tomarse una muestra, generalmente por medios quirúrgicos, aunque algunas veces es por aspiración de contenido líquido, como en el caso de los quistes bucales. La toma de biopsia debe ser procesada para su estudio microscópico y así confirmar o descartar el diagnóstico clínico. En el pasado, la toma de una biopsia era sinónimo de estudio por sospecha de cáncer; sin embargo actualmente se emplea para efectuar el diagnóstico de la mayoría de las lesiones de la cavidad bucal.<sup>1</sup>

El objetivo del presente trabajo realizado en la F.O. en el Laboratorio de Patología Clínica y Experimental es brindar información acerca de la prevalencia de tumores mesenquimatosos benignos (TMB) en un estudio retrospectivo de 30 años de 1980 al 2010.





## GENERALIDADES.

En el lenguaje médico habitual, las neoplasias suelen denominarse tumores, literalmente, neoplasia significa “crecimiento nuevo”. Según la definición de Willis, una neoplasia consiste en “una masa anormal del tejido cuyo crecimiento supera al de los tejidos normales sin estar coordinado con él, persistiendo de la misma forma excesiva después de la interrupción del estímulo que desencadenó el cambio”. En relación con el origen de todas las neoplasias, es fundamental la pérdida de la capacidad de respuesta a los controles normales del crecimiento. Se dice que la células neoplásicas se han transformado porque continúan dividiéndose, indiferentes en apariencia a las influencias reguladoras que controlan el crecimiento celular normal.<sup>2</sup>

Las neoplasias gozan asimismo de un cierto grado de autonomía y crecen de forma más o menos continua con independencia del ambiente local de alrededor y del estado de nutrición del huésped.<sup>2</sup>

El estudio de los tumores originados en la cavidad bucal constituye un capítulo muy importante en el contexto de la patología bucal. Aun cuando su incidencia es baja si se compara con otras lesiones propias del sitio que nos ocupa, su conocimiento y diagnóstico precoz resultan imperativos, puesto que en ocasiones pueden estar en compromiso serio la salud, la integridad y, aun más, la vida del paciente.<sup>3</sup>

Se dice que un tumor es benigno cuando se considera que sus características macro y microscópicas son relativamente inocentes, permanecerá localizado, que no se propagará a otras localizaciones y que, en general, pueden curarse mediante una extirpación quirúrgica local; el paciente suele sobrevivir.<sup>3</sup>

Dentro de la cavidad oral la mayoría de los denominados tumores no son neoplasias verdaderas, sino reacciones hiperplásicas de tejido conjuntivo



ante una lesión o irritación crónica. Las lesiones hiperplásicas se denominan proliferaciones reactivas, ya que representan una proliferación autolimitada del tejido fibroblástico o una mezcla de tejido fibroso y vascular resultante de irritación crónica como el mordisqueo de los carrillos, prótesis dentales mal ajustadas o presión negativa ejercida por la prótesis. En la cavidad oral, la mayoría de los irritantes locales son físicos y estimulan el tejido conjuntivo submucoso, el ligamento periodontal o el periostio. Estas dos últimas localizaciones resultan afectadas cuando el irritante se localiza en el alveolo o en el surco gingival.<sup>4</sup>

Las verdaderas neoplasias benignas del tejido conjuntivo observadas en la cavidad oral derivan de fibroblastos, endotelios, musculo esquelético, musculo liso, adipocitos, envolturas neurales y células osteoprogenitoras. La mayor parte son de crecimiento lento, pero algunas son agresivas y producen gran destrucción local.<sup>4</sup>

En algunas ocasiones es imprescindible el estudio histopatológico, en un alto porcentaje de casos en la clínica permite diferenciar claramente las lesiones benignas de los procesos malignos más frecuentes en la cavidad oral como el carcinoma epidermoide, angiosarcoma, linfoma, etc.<sup>9</sup>

Las características clínicas diferenciales fundamentales de las lesiones benignas de la mucosa oral respecto a las malignas son las siguientes:<sup>5</sup>

<b>Características Clínicas Generales de las Lesiones Benignas y Malignas de la mucosa oral.</b>	
<b>Benignas</b>	<b>Malignas</b>
<b>Desarrollo lento</b>	Desarrollo rápido
<b>Superficie mucosa conservada</b>	Superficie mucosa alterada, blanquecina y a menudo ulcerada.
<b>Limites bien definidos</b>	Limites difusos
<b>A menudo encapsulado</b>	No encapsulado



<b>Sobreelevado, pediculado, o con bordes despegados</b>	Nodular, infiltrante
<b>Comprime estructuras vecinas</b>	Destruye tejidos circundantes
<b>No da adenopatías</b>	Puede dar adenopatías

Deben establecerse en todos los casos el diagnóstico mediante la anamnesis y la exploración física, tratando de recoger la información referente a todos los aspectos claves como:<sup>5</sup>

<b>Datos clave para diferenciación de las Lesiones Benignas y Malignas.</b>	
<b>Desarrollo.</b>	Congénito. Desde la infancia. Reciente aparición.
<b>Velocidad de crecimiento.</b>	Lenta. Rápida.
<b>Localización.</b>	Zona de roce o peculiar. Lengua: dorso. Cara ventral. Paladar (duro, blando). Mucosa Yugal. Encías. Piso de Boca.
<b>Superficie de la Mucosa.</b>	Conservada. Queratósica. Blanca.
<b>Delimitación y características de la lesión.</b>	Buena. Imprecisa. Encapsulada. Infiltración.

Asimismo la localización de la lesión es importante, dadas las diferentes características y estructuras existentes en las distintas zonas de la cavidad oral.<sup>5</sup>

Con respecto a los tumores mesenquimales benignos orales estos suelen presentar características ovales, nodulares, polipoides o con forma de cúpula, tienen un contorno liso y están recubiertos característicamente de mucosa normal, salvo traumatismo crónico. Pueden localizarse en la lengua, mucosa bucal, labios, paladares duro y blando, suelo de boca y vestíbulo.<sup>6</sup>



Suelen ser asintomáticos, de crecimiento lento y pueden desplazarse sobre el tejido más profundo. Cuando se sitúan en tejido conjuntivo laxo, son especialmente móviles.<sup>6</sup>

Los tumores mesenquimatosos benignos (p. ej., miomas, schwannomas, neurofibromas y neuroma traumáticos) son raros en la cavidad oral, aunque se han publicado algunos casos, suelen ser firmes a la palpación, con bordes discretos, se sitúan en la capa del tejido conectivo laxo y pueden moverse libremente. Los neuromas de amputación y neurofibromas pueden ser blandos y fluctuantes.<sup>6</sup>

Con respecto a su tratamiento el más recomendado es su extirpación, estudio microscópico del tejido tumoral y seguimiento postoperatorio.<sup>6</sup>

# CAPÍTULO I

## “OSTEOMA”

### 1.1 DEFINICIÓN.

El osteoma es una excrecencia nodular exofítica de hueso cortical denso, sobre o dentro de la mandíbula o el maxilar, en localizaciones distintas ocupadas por el torus mandibular o exostosis,<sup>4</sup> presentándose el torus comúnmente en la apófisis palatina del maxilar y en el reborde óseo sobre la cara interna de la mandíbula.<sup>7</sup>

El osteoma es una lesión osteogénica caracterizada por la proliferación de tejido óseo compacto o esponjoso. Son lesiones esencialmente restringidas a los huesos del cráneo y de la cara pudiendo presentarse como central, periférico o extra-óseo.<sup>4</sup>

La etiología de los osteomas no es clara, pero existen factores que predisponen su aparición tales como trauma, proceso inflamatorio, hamartoma, causas endocrinológicas, congénitas, disturbios de desarrollo y respuesta a infección.<sup>4</sup>

Existen descritas dos variaciones histológicas para el osteoma. La variedad medular está compuesta de trabéculas de hueso lamilar o esponjoso con tejido adiposo entre los espacios medulares, y la presencia de trabéculas indica actividad osteoblástica.<sup>4</sup>

El osteoma compacto está compuesto de hueso compacto denso, con apariencia normal, y tejido medular escaso, pudiendo contener sistemas harversianos.<sup>8</sup>

Los osteomas se observan casi a cualquier edad y pueden ser solitarios o múltiples. Pueden localizarse superficialmente o en los senos paranasales, seno frontal, etmoidal y maxilares en ese orden de frecuencia, o bien en el interior de las cavidades sinusales.<sup>7</sup> Cuando son múltiples a menudo se asocian al síndrome de Gardner, un síndrome hereditario con un patrón autosómico dominante, el

síndrome está constituido por pólipos intestinales múltiples con potencial maligno, dientes normales y supernumerarios no erupcionados, así como quistes y fibromas en la piel.<sup>4</sup>

## **1.2 CLÍNICA.**

El osteoma se caracteriza por un crecimiento lento y asintomático en la mayoría de los casos, siendo usualmente descubierto cuando son realizados exámenes radiográficos de rutina o cuando la lesión se presenta en un estado de crecimiento avanzado, conllevando a una asimetría facial.<sup>8</sup>

El aumento de volumen de la lesión y su localización pueden ocasionar limitación de los movimientos mandibulares, dificultad masticatoria, imposibilidad de usar prótesis o malestar que dependen de la región donde la lesión está localizada. Otros problemas clínicos pueden surgir como el desvío o impactación dentaria en pacientes con dentición mixta.<sup>8</sup>

Los pacientes pueden presentar dolor neurálgico o parestésico, si existiese compresión de nervios y otras estructuras nobles por la neoformación ósea.<sup>8</sup>

En las imágenes radiográficas o en tomografías computarizadas, el osteoma se presenta como una lesión pequeña radiopaca, bien circunscrita, predominantemente esclerótica, unida a la cortical ósea por una base amplia o por un pedículo.<sup>8</sup>

## **1.3 HISTOPATOLOGÍA.**

Se han descrito 3 variedades de osteoma: los osteomas formados por hueso compacto, en ocasiones de especial dureza; los osteomas esponjosos, y los osteomas medulares que contienen sustancia medular especialmente abundante.<sup>7</sup>

Cada una de las lesiones está formada por hueso cortical denso con un patrón laminar. Este es esclerótico y relativamente avascular. El hueso medular es más denso que el normal, con espacios medulares reducidos.<sup>4</sup>

La capa perióstica suele ser más activa en el osteoma que en los torus o las exostosis.<sup>4</sup>

#### **1.4 PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

Las lesiones solo se tratan si plantean problemas para el paciente o se necesita la colocación de una prótesis. El tratamiento consiste en la reducción quirúrgica de las lesiones hasta el nivel del hueso circundante.<sup>4</sup>

Asimismo, solo se intenta la eliminación de las lesiones intraóseas si los dientes incluidos tienen que ser extirpados o llevados a sus posiciones para hacer posible que lleguen a la erupción.<sup>4</sup>

Los osteomas presentan un comportamiento completamente benignos ya que los pacientes no han experimentado transformación maligna o recidiva después de la excisión quirúrgica.<sup>9</sup>

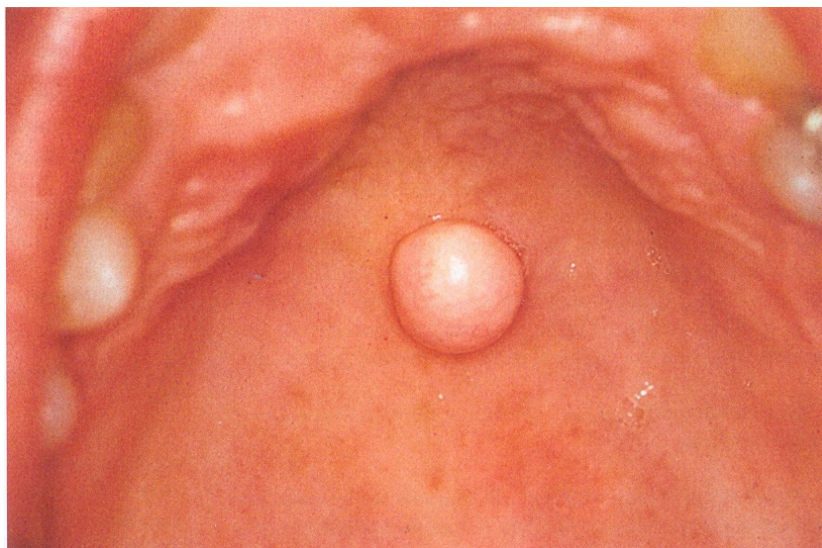


Fig. 1 Osteoma Maxilar.<sup>15</sup>



Fig. 2.Osteoma Mandibular.<sup>15</sup>

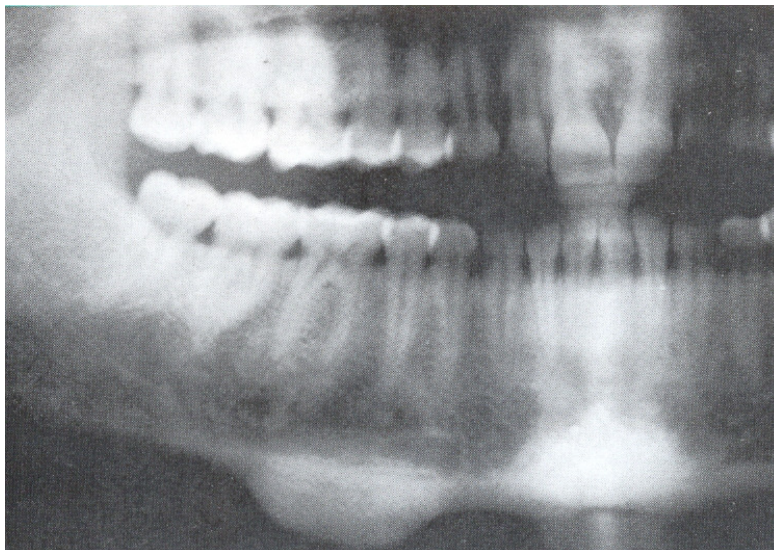




Fig. 3 Imagen Radiográfica de Osteoma Mandibular.<sup>7</sup>

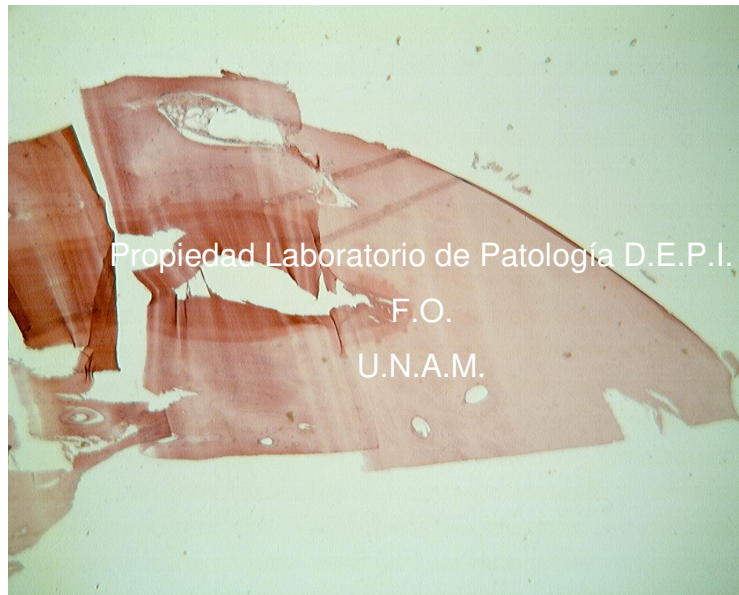


Fig. 4 Osteoma. Imagen Microscópica que muestra un patrón de hueso lamelar maduro y médula ósea.

## **CAPÍTULO II**

### **“CONDROMA”**

#### **2.1 DEFINICIÓN.**

El condroma en la región oral y maxilofacial es extremadamente raro. Son tumores benignos compuestos de cartílago maduro que pueden surgir desde restos de los cartílagos nasales, etmoidales y maxilares, (a menudo llamado encondromas refiriéndose a huesos largos) o desde células mesenquimatosas en el periostio que se someten a diferenciación células de cartílago neoplásico (a menudo llamado condromas juxtacorticales en referencia a huesos largos). De hecho la mayoría ocurre en otros huesos que no sean los huesos membranosos de la mandíbula, cara y cráneo.<sup>4</sup>

Es uno de los tumores más comúnmente encontrados en los huesos largos y en los huesos de la mano. En una revisión realizada por Dahlin y Unni de 8.542 tumores óseos los condromas correspondieron al 12% tumores benignos y al 2,8% de todos los tumores siendo la mayoría de los pacientes son mayores son personas mayores de 20 años y se presenta en igual prevalencia entre hombres y mujeres.<sup>10</sup>

Son generalmente diagnosticados en la tercera o cuarta década de la vida, aunque presentan un amplio rango de edad desde la primera hasta la octava década. El sesenta y uno por ciento (61%) de los pacientes se encuentran entre los 10 y 39 años de edad.<sup>10</sup>

## **2.2 CLÍNICA.**

Al momento del diagnóstico en el área maxilofacial los condromas son usualmente localizados en la zona anterior de la maxila o el área del septum nasal, presumiblemente derivado de restos de cartílago relacionados con el desarrollo del cartílago nasal; en el cóndilo mandibular; presumiblemente relacionado a los elementos fibrocartilaginosos articulares; o en el área del cuerpo de la mandíbula, posiblemente relacionado a restos surgidos del cartílago de Merckel.<sup>9</sup>

Se presentan como una lesión bien delimitada en la que se identifica expansión radiolúcida unilocular o multilocular de crecimiento lento y son generalmente indoloras, así mismo la ausencia de destrucción cortical y de extensión a los tejidos blandos favorece el diagnóstico de una lesión benigna.<sup>9</sup>

Las características clínicas y radiográficas, a menudo ofrecen poca ayuda para distinguir al condroma de un condrosarcoma bien diferenciado.

El tamaño de la lesión puede ser de ayuda. La mayoría de los Condromas han sido reportados dentro del rango de 1 a 3 cm, mientras que los condrosarcomas han medido más de 5,5 cm. Signos adicionales de dolor persistente junto con una imagen radiográfica que muestre erosión cortical y extensión a los tejidos blandos alertan sobre la posible malignidad.<sup>10</sup>

## **2.3 HISTOPATOLOGÍA.**

Histopatológicamente un condroma se aprecia como una masa circunscrita de cartílago hialino maduro que normalmente muestra lagunas bien formadas que contienen pequeños condrocitos con citoplasma pálido y núcleos redondos pequeños. En ocasiones el distinguir con el microscopio entre un condroma benigno y condrosarcoma en un bajo grado lo cual es difícil en maxilares, la diferenciación entre la lesión benigna y la maligna se basa en evidencia de invasión y en los hallazgos de más de una figura mitótica.

## 2.4 PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Es prudente considerar cualquier lesión diagnosticada como condroma en los maxilares como un potencial condrosarcoma por lo tanto el tratamiento se enfoca hacia la extirpación quirúrgica total del tumor. Por ejemplo cuando el tumor se presenta en el cóndilo usualmente se realiza una condilectomía.

El seguimiento clínico y el examen radiográfico se recomiendan cada 6 meses durante un período indefinido de tiempo. Así mismo cuando hay presencia de áreas sospechosas deben ser exploradas y debe ser realizada una biopsia.<sup>10</sup>

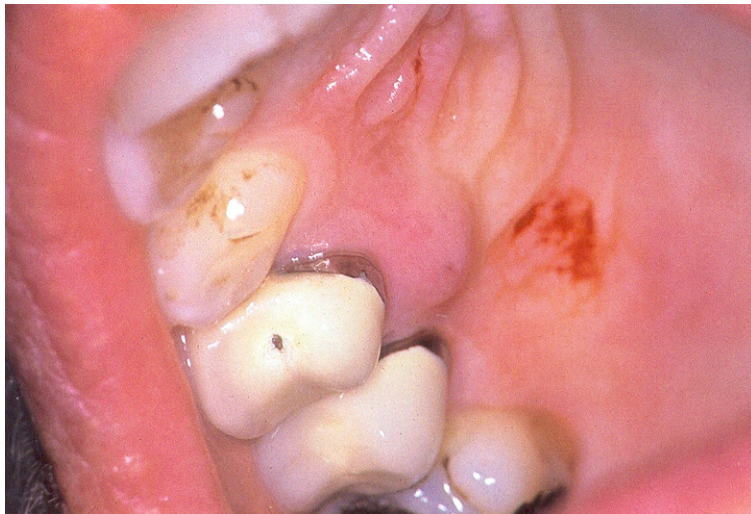


Fig. 5 Condroma en Paladar Duro.<sup>15</sup>

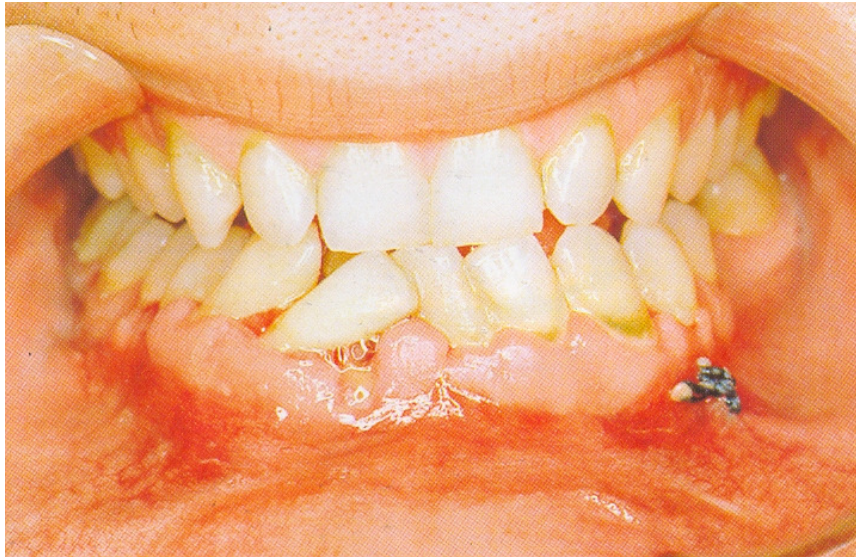


Fig. 6 Condroma Mandibular.<sup>7</sup>

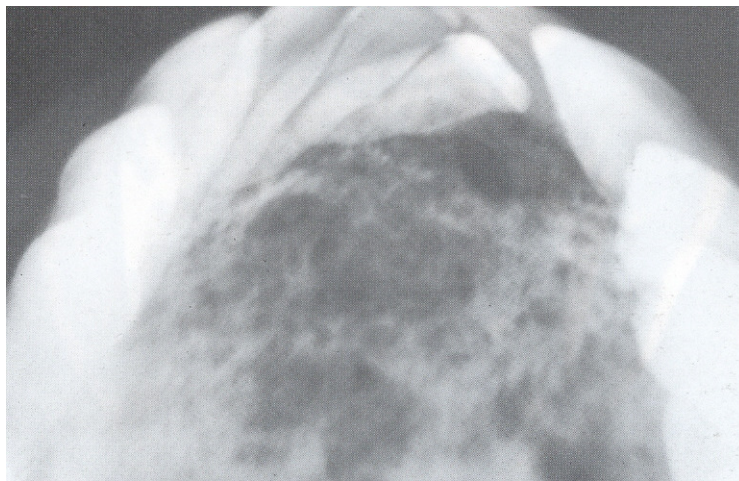


Fig. 7 Imagen Radiográfica de Condroma Mandibular.<sup>7</sup>





Fig. 8 Condroma Imagen Microscópica en la que se aprecia un espécimen formado por cartílago.

## **CAPÍTULO III**

### **“HEMANGIOMA”**

#### **3.1 DEFINICIÓN.**

El término hemangioma ha sido tradicionalmente usado para describir a una variedad de desarrollos anormales vasculares. En la actualidad los hemangiomas son considerados tumores benignos de la infancia que presentan un crecimiento rápido con proliferación de células endoteliales con diferentes grados de involución.<sup>9</sup>

Los hemangiomas son proliferaciones benignas, relativamente frecuentes, de los canales vasculares que pueden estar presentes al nacer o manifestarse durante la primera infancia.<sup>4</sup>

Muchos hemangiomas no pueden ser reconocidos al nacer, surgiendo estos subsecuentemente durante las primeras 8 semanas de vida.<sup>9</sup>

Para algunos autores, los hemangiomas son las lesiones congénitas más frecuentes, presentándose el 75% de éstos en el nacimiento o manifestarse durante los primeros años de vida con una mayor frecuencia en el sexo femenino (2:1).<sup>11</sup>

Aquellos que crecen y se estabilizan y persisten toda la vida se denominan hamartomatosos, otros pueden crecer de forma gradual pero continua (benignos).<sup>4</sup>

Los hemangiomas son mucho más comunes en mujeres que hombres a razón de 3:1 a 5:1 y ocurre con mayor frecuencia en personas blancas que en otro grupo racial.<sup>11</sup>

Aproximadamente el 90% de los hemangiomas involucionan lentamente antes de superar la pubertad. En el adulto pueden desarrollarse lesiones vasculares en los labios y la mucosa oral; estos representan dilataciones venosas focales que

pueden presentar hiperplasia por lo que esta lesión se considera una proliferación reactiva y se conoce como variz.<sup>4</sup>

### **3.2 CLÍNICA.**

Los hemangiomas de la cavidad oral suelen ser elevados, a menudo multinodulares, y nítidamente rojizos o azules o violáceos. La compresión de la lesión con un portaobjetos de cristal producirá generalmente su blanquecimiento, al exprimirse los eritrocitos fuera de los canales vasculares. Los hemangiomas pueden presentarse en cualquier parte de la mucosa, pero son más frecuentes en la lengua.<sup>4</sup>

Con frecuencia su carácter multinodular confiere a la superficie dorsal un aspecto arracimado o polipoide. Estos hemangiomas se extienden con frecuencia a los músculos intrínsecos de la lengua. Aunque muchas de estas lesiones mucosas se resolverán cuando el paciente adquiera la madurez, algunas permanecen, sin crecimiento ni involucionan.<sup>4</sup>

Los hemangiomas intramusculares pueden localizarse en cualquier zona de las partes blandas de la cabeza y el cuello. Dentro de la cavidad oral suelen afectar a la lengua y los labios. Cuando son profundos, el tejido superficial es de coloración normal. Los hemangiomas intramusculares distorsionan la zona y presentan una textura esponjosa a la palpación.<sup>4</sup>

### **3.3 HISTOPATOLOGÍA.**

Los hemangiomas están formados por múltiples canales capilares de pequeño tamaño o grandes espacios vasculares dilatados y tortuosos, repletos de eritrocitos. Los primeros se conocen como hemangiomas capilares y las lesiones con canales grandes se llaman hemangiomas cavernosos.<sup>4</sup>

El hemangioma capilar está formado por numerosos canales pequeños revestidos por endotelio. Las células endoteliales son fusiformes o ligeramente alargadas.<sup>4</sup>



Los hemangiomas capilares recuerdan histológicamente a los granulomas piógenos. En ausencia de irritación, las células inflamatorias no son un componente habitual de los hemangiomas, mientras que la inflamación es un hallazgo típico en el granuloma piógeno.<sup>4</sup>

El hemangioma cavernoso está formado por grandes canales dilatados e irregulares, revestidos por endotelio, que contienen grandes agregados de eritrocitos. Los canales vasculares son de calibre variable y generalmente están representados por estroma fibroso maduro.<sup>4</sup>

### **3.4 PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

La mayoría de los hemangiomas infantiles se dejan sin tratamiento hasta la pubertad, en espera de su involución. Los hemangiomas que persisten en la vida adulta suelen detener su crecimiento y a menudo se consideran hamartomas, mas que neoplasias verdaderas.<sup>4</sup>

Las lesiones que parecen afectar estructuras más profundas no suelen tratarse. En algunos casos puede intentarse, por razones funcionales o estéticas, su extirpación quirúrgica o el empleo de agentes esclerosantes.<sup>4</sup>



Fig. 9 Hemangioma en Labio.<sup>4</sup>



Fig. 10 Hemangioma en Mucosa Yugal.<sup>23</sup>



Fig. 11 Hemangioma extenso en Lengua.<sup>15</sup>

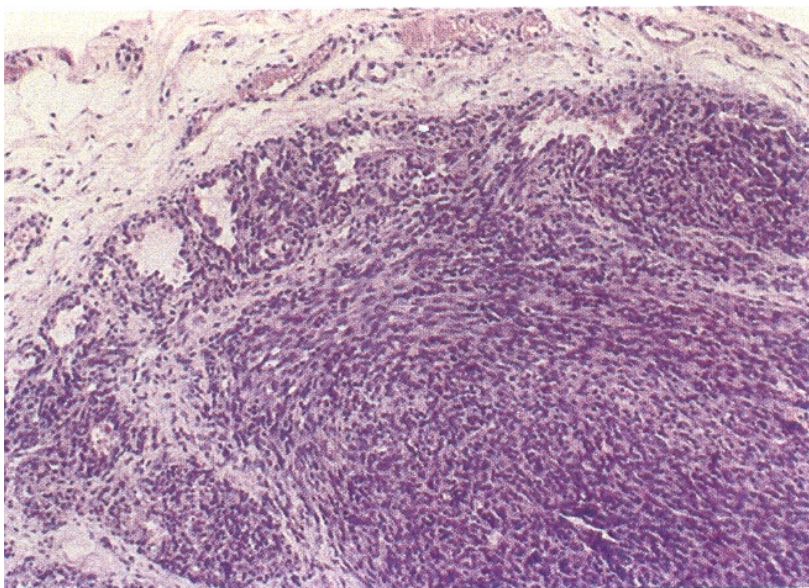


Fig. 12 Hemangioma Capilar. Imagen Microscópica que muestra un patrón medular de proliferación de células endoteliales, formando numerosos capilares pequeños y densos, con algunos vasos de mayor tamaño en la periferia.<sup>4</sup>

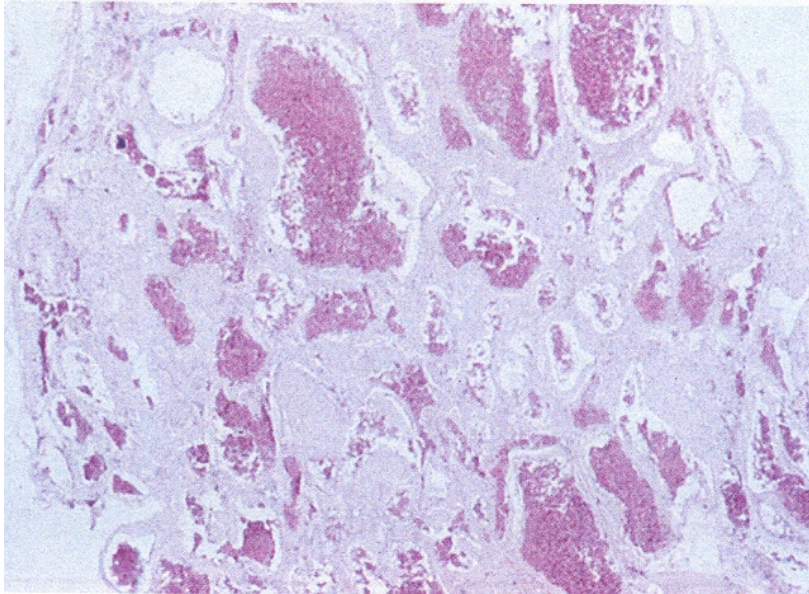


Fig. 13 Hemangioma Cavernoso. Imagen Microscópica muestra un acúmulo circunscrito de vasos sanguíneos grandes e irregulares y de pared fina, con presencia de eritrocitos.<sup>4</sup>



## **CAPÍTULO IV**

### **“LEIOMIOMA”**

#### **4.1 DEFINICIÓN.**

El leiomioma oral es un tumor benigno del músculo liso que aparece frecuentemente en el útero, aparato gastrointestinal y piel, siendo poco frecuente en la cavidad oral debido a la escasez de músculo liso en esta localización, la aparición en la cavidad oral es poco frecuente (0.065%)<sup>12</sup>, se acepta que la fuente de músculo liso originaria de este tumor es la túnica media de los vasos arteriales<sup>13</sup>, que se manifiesta como un nódulo submucoso, encapsulado firme y desplazable.<sup>14</sup>

Este tipo de tumores puede aparecer a cualquier edad, aunque la incidencia máxima se sitúa entre 40-59 años presentándose generalmente como una masa de crecimiento lento, asintomática que muestra predilección por los varones, y en ocasiones pueden ser dolorosos.<sup>13</sup>

#### **4.2 CLÍNICA.**

Aunque su localización más frecuente en la cavidad oral es la lengua, también pueden aparecer lesiones en el paladar y los labios.<sup>4</sup>

Además de la fuente habitual de de células musculares lisas situadas en la pared de los vasos sanguíneos, es posible que también las células mesenquimales pluripotenciales del tejido conjuntivo puedan dar origen a este tumor.<sup>4</sup>

El leiomioma es raro y suele manifestarse por un nódulo submucoso de superficie lisa. El epitelio que lo recubre no se ulcera y puede tener un aspecto amarillento. A la palpación, los tumores son firmes y generalmente bien delimitados. En los tejidos laxos del labio y la mucosa bucal se mueven libremente.<sup>4</sup>

El diagnóstico de leiomioma se basa fundamentalmente en la histopatología ya que puede no ser distinguible, desde el punto de vista clínico, de otras neoplasias mesenquimáticas<sup>1</sup>, por lo que se emplean tinciones con hematoxilina y eosina junto con el estudio inmunohistoquímico de la muestra confirmaron el diagnóstico de leiomioma.<sup>13</sup>

### **4.3 HISTOPATOLOGÍA.**

Los leiomiomas están formados por células musculares lisas fusiformes con núcleos alargados, semejantes a los fibroblastos.<sup>4</sup>

Las células del leiomioma carecen de bordes celulares nítidos, por lo que el citoplasma de cada célula parece fusionarse con la célula adyacente. Los núcleos alargados presentan generalmente extremos romos, que les confieren aspecto bien diferenciado. Estas células neoplásicas se disponen en haces paralelos y las lesiones están encapsuladas o bien delimitadas del tejido circundante.<sup>4</sup>

A menudo es difícil diferenciarlos de neurofibromas. Dado que las células musculares lisas y las células fibroblásticas se tiñen normalmente de rosa con la técnica rutinaria de hematoxilina y eosina (HyE), para poder diferenciarlos entre ambas lesiones se aplica una técnica tricrómica. Así se distinguen los elementos citoplasmáticos de las células musculares lisas (rosa) de las estructuras colágenas y los fibroblastos (azul o verde).<sup>4</sup>

El componente vascular es mínimo y las capas de células musculares lisas dominan los campos histológicos.<sup>4</sup>

### **4.4 PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

El tratamiento de elección es la extirpación total que incluye tejido circundante de aspecto normal.

Estos tumores benignos del musculo liso raramente recidivan una vez extirpados totalmente.<sup>4</sup>

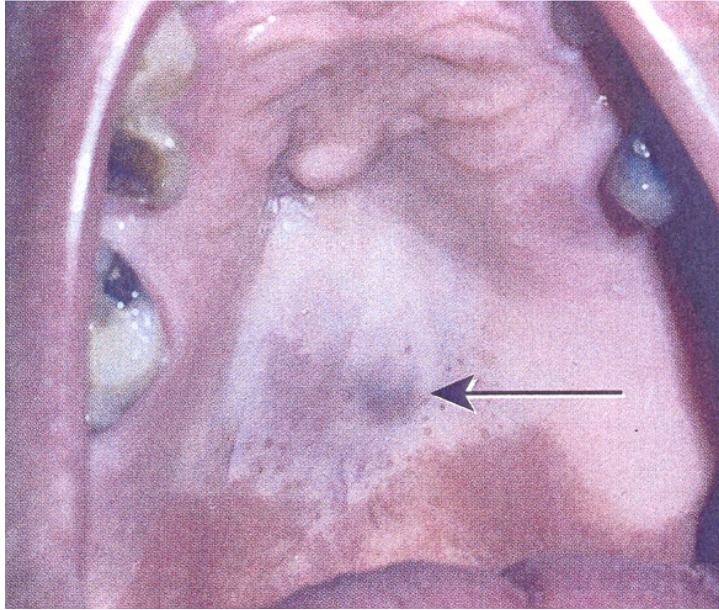


Fig. 14 Leiomioma en Paladar.<sup>4</sup>



Fig. 15 Leiomioma en Lengua.<sup>15</sup>

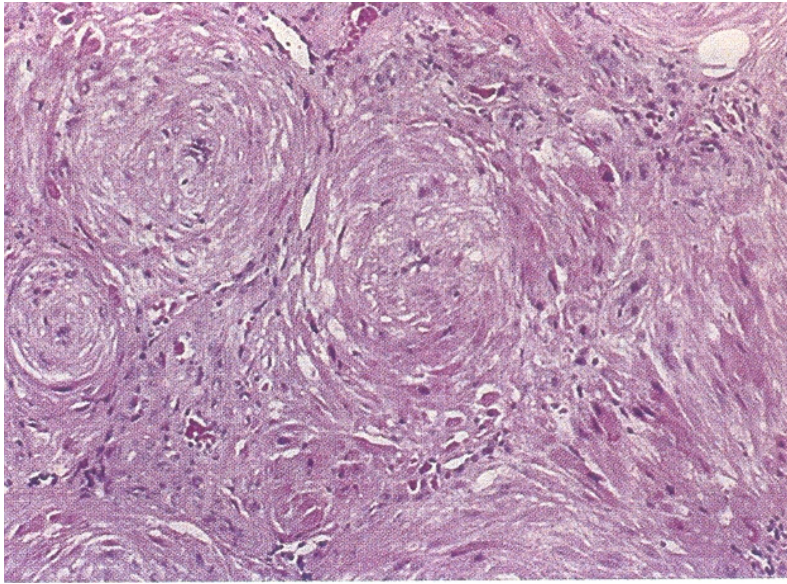


Fig. 16 Leiomioma Vascular. Imagen Microscópica que muestra capas concéntricas de células musculares lisas alrededor de canales vasculares casi totalmente obliterados, rodeadas de tejido conjuntivo fibroso celular. <sup>4</sup>

## **CAPÍTULO V**

### **“NEUROFIBROMA”**

#### **5.1 DEFINICIÓN.**

El neurofibroma es la más común de las neoplasias perineurales. Surge de un conjunto de células mixtas, incluyendo células de Schwann y fibroblastos perineurales.<sup>9</sup>

Se considera como una proliferación benigna, circunscrita o difusa, de los fibroblastos perineurales, orientados al azar, sobre un fondo mixoide o formando un patrón nodular (plexiforme).<sup>4</sup>

La mayoría de los neurofibromas de la cavidad oral y el cuello son solitarios. En ocasiones, los neurofibromas orales forman parte de una neurofibromatosis múltiple (enfermedad de von Recklinghausen). Esta enfermedad se da en pacientes que heredan una mutación del gen NF, que codifica un factor supresor de tumores.<sup>4</sup>

Los tumores solitarios son más comunes en adultos jóvenes y presentan un crecimiento lento, blando, que pueden variar de tamaño desde pequeños nódulos hasta grandes masas indoloras.<sup>9</sup>

#### **5.2 CLÍNICA.**

Dentro de la cavidad oral el neurofibroma afecta más frecuentemente a la lengua, seguida de la mucosa bucal y los labios. La mayoría de las lesiones se detectan en adultos y no muestran predilección por sexo<sup>1</sup>. Clínicamente se manifiestan como un tumor indoloro, bien delimitado, y cubierto de epitelio normal.<sup>15</sup>

Según su grado de colagenización pueden ser más o menos duros a la palpación. En la mucosa bucal pueden ser localizados y móviles o blandos y difusos.<sup>4</sup>

La mandíbula es la localización más frecuente de los tumores intraoseos de la envoltura neural, que se denominan neurofibromas centrales los cuales se



observan como lesiones bien delimitadas, uniloculares o multiloculares radiolucidas. Al expandirse el tumor, puede producir divergencia de las raíces de los órganos dentarios adyacentes.<sup>9</sup>

### **5.3 HISTOPATOLOGÍA.**

Existen diversos patrones histológicos de neurofibroma. Las células son fusiformes y recuerdan a los fibroblastos. Las lesiones clínicamente difusas se caracterizan por células fusiformes desordenadas que elaboran un colágeno débil. Las células no muestran una orientación específica.<sup>4</sup>

En algunos tumores destaca la sustancia fundamental, que les confiere un aspecto mixoide. Los tumores de esta naturaleza suelen conocerse como neurofibromas mixoides. Otra variedad es el neuroma plexiforme. La variedad plexiforme se caracteriza por nódulos múltiples de tejido fibroblástico con aspecto llamativamente mixoide. Cada nódulo parece poseer una pseudocapsula, que recuerda al perineuro.<sup>4</sup>

### **5.4 PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

El neurofibroma solitario suele tratarse mediante su extirpación. Dado que muchos de estos tumores son difusos, sin cápsula definida, el tratamiento de elección es su extirpación amplia incluido tejido adyacente macroscópicamente normal. En la neurofibromatosis múltiple (es un rasgo hereditario autosómico dominante que aparece como una mutación espontánea con expresividad variable asociado al síndrome de von Recklinghausen) los neurofibromas suelen recidivar tras su extirpación quirúrgica. Las recidivas múltiples se han asociado con transformación maligna en neurosarcoma. Por ello, en esta enfermedad los neurofibromas suelen dejarse sin tratar.<sup>4</sup>



Fig. 17 Neurofibroma en Lengua.<sup>15</sup>

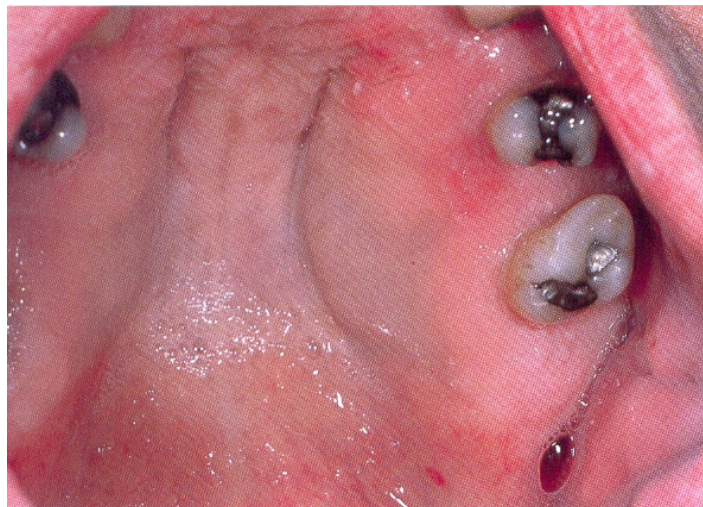


Fig. 18 Neurofibroma en Paladar

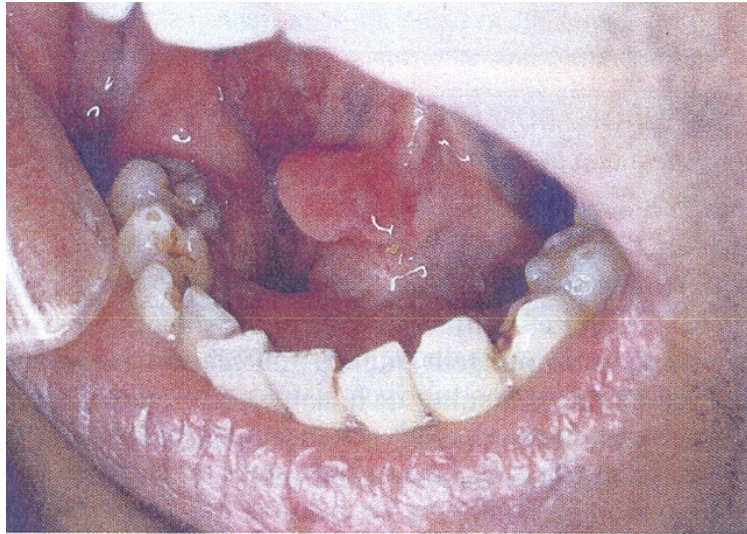


Fig. 19 Neurofibroma en Piso de Boca

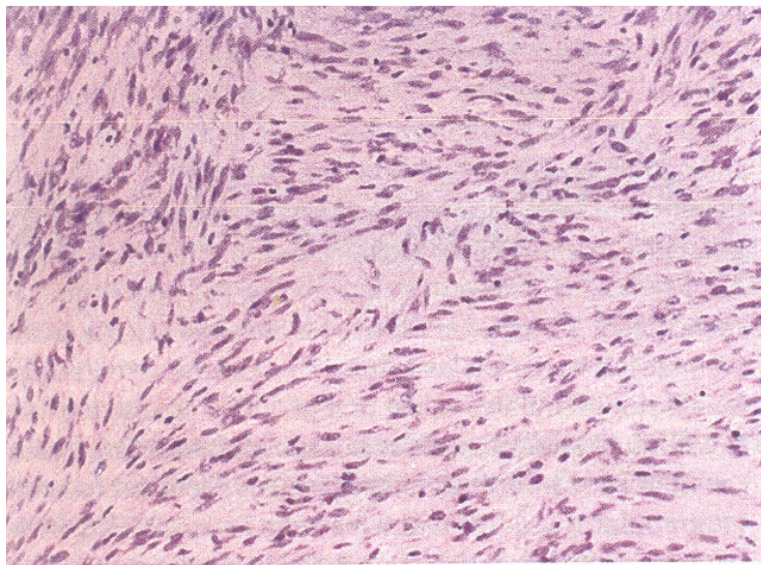


Fig. 20 Neurofibroma: Imagen microscópica de tejido fibroso laxo y débil, con células fusiformes desordenadas.

## **CAPÍTULO VI**

### **“NEUROMA TRAUMÁTICO”**

#### **6.1 DEFINICIÓN.**

El neuroma traumático se define como una proliferación nodular dolorosa del nervio y del tejido fibroso de la vaina nerviosa, resultante del inútil intento de las fibras nerviosas de reunirse con la porción distal seccionada.<sup>4</sup>

El neuroma traumático, también conocido como neuroma de amputación, se desarrolla cuando se secciona un nervio y el segmento proximal trata de reunirse con la vaina nerviosa del segmento distal, en un intento de regeneración. Si los dos segmentos del nervio están separados, el segmento proximal presenta una elongación de axones, con su envoltura correspondiente, que incluye tanto células de Schwann como fibroblastos perineurales. El vano intento de reunirse con el segmento distal produce una proliferación tortuosa del tejido nervioso que se manifiesta clínicamente como una masa fibrosa submucosa.<sup>4</sup>

El estrangulamiento de los nervios causados por la proliferación de tejido cicatrizal, traumatismo local, o la infección pueden ser responsables del dolor.<sup>16</sup>

Los neuromas traumáticos pueden presentarse a cualquier edad, pero se ha diagnosticado más a menudo en adultos mayores. Estos aparecen un poco más comúnmente en mujeres. Asimismo algunos estudios indican que solo uno de cuatro o uno de tres personas con un neuroma traumático oral refieren son dolorosos.<sup>9</sup>

## **6.2 CLÍNICA.**

El neuroma traumático en la mucosa oral típicamente muestra una superficie lisa de nódulos hiperplásicos del tejido nervioso, no ulcerados, encapsulados y que son desplazables respecto a tejidos profundos.<sup>9</sup>

Dentro de la cavidad oral la localización más frecuente de los neuromas es a lo largo de la distribución del nervio mentoniano, especialmente en la región circundante al agujero mentoniano<sup>4</sup>, así como el labio y la lengua.<sup>16</sup>

Generalmente existen antecedentes de laceración o traumatismo en dicha zona, algunas lesiones surgen subsecuentemente a una extracción dental o algún procedimiento quirúrgico.<sup>9</sup>

## **6.3 HISTOPATOLOGÍA.**

Su microscopia recuerda a los tejidos nerviosos y fibrosos normales en abundancia. Por lo que pueden identificarse múltiples haces nerviosos con axones, células de Schwann asociadas y una envoltura de perineuro. Estos haces nerviosos son ovalados o alargados, tortuosos y están representados entre sí por tejido conjuntivo maduro.<sup>4</sup>

Pueden emplearse tinciones de plata para estudiar la presencia de axones.<sup>4</sup>

## **6.4 PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

El diagnóstico no puede basarse solo en datos clínicos, sino que requiere estudio histopatológico, debido a que los neuromas traumáticos se confunden a veces con neurofibromas debido a la participación de todos los elementos de los fascículos del nervio por lo que para su identificación es necesario la presencia de un nervio dañado que permita distinguir un neuroma traumático de un neurofibroma.<sup>16</sup>

El tratamiento de elección para los pacientes con neuroma traumático es la excisión quirúrgica, incluyendo una porción pequeña del nervio involucrado en la lesión.<sup>9</sup>



Aunque es posible la recidiva, la mayoría de las lesiones no reaparecen tras su extirpación completa, sin embargo, el dolor persiste o regresa poco tiempo después.<sup>9</sup>



Fig. 21 Neuroma Traumático en Labio Inferior<sup>15</sup>

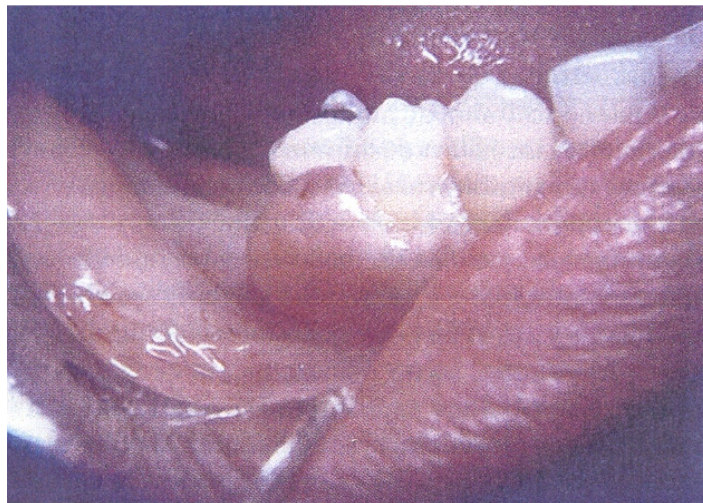


Fig. 22 Neuroma Traumático localizada sobre el agujero mentoniano.



Fig. 23 Neuroma traumático Mandibular. Imagen radiográfica que se presenta como una radiolucidez dolorosa en el foramen mentoniano en una mandíbula desdentada.

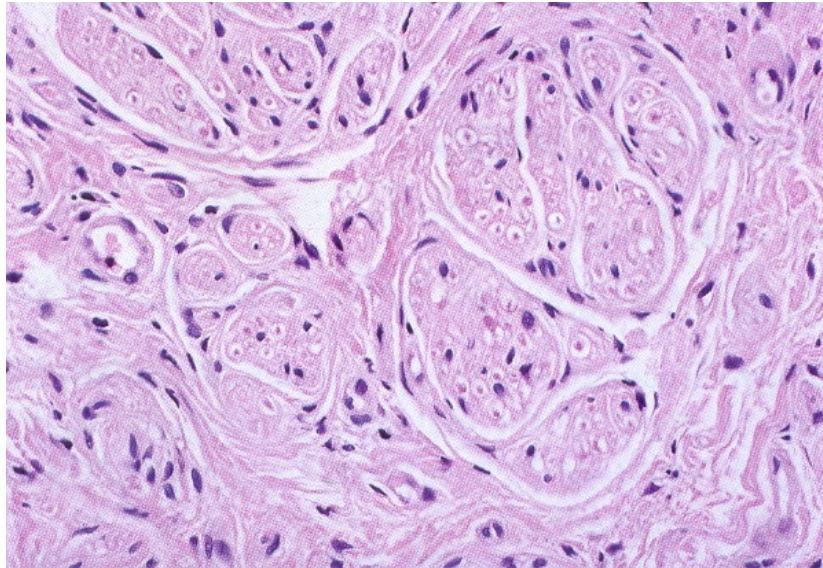


Fig. 24 Neuroma Traumático. Imagen microscópica que muestra haces nerviosos tortuosos separados por tejido conjuntivo fibroso.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Uno de los problemas de gran repercusión al que se enfrenta cualquier servicio de patología bucal, es que no todos los pacientes diagnosticados con alguno de los tumores mesenquimatosos benignos son diagnosticados de forma correcta por el odontólogo de practica general, y por lo tanto las muestras no siempre son analizadas en el lugar adecuado y en el peor de los casos estos pacientes no reciben atención oportuna.

El desconocimiento que el paciente tiene sobre la importancia de la autoexploración para detectar lesiones incipientes en los tejidos de la cavidad bucal se constituye también en un grave factor de riesgo, ya que la presencia de alguna lesión aparte de generar temor por parte del paciente, genera miedo a conocer el diagnostico y la lesión es abandonada a su historia natural, lo cual se traduce en severidad del evento.

Por otro lado los servicios de patología de las instituciones formadoras de recursos humanos se enfrentan a 2 situaciones, por un lado diagnósticos no coincidentes con el perfil patológico de la lesión y por otro lado biopsias insuficientes en extensión del tejido involucrado lo que orienta a un diagnostico equivocado, lo que al conformar bases de datos no refleja la prevalencia real por tipo de lesión y localización por lo tanto:

**¿Cuál es la prevalencia de tumores mesenquimatosos benignos de pacientes que solicitan atención al Departamento de Patología Bucal de la División de estudios de posgrado de la F.O. de la U.N.A.M. durante el periodo comprendido de 1980 al 2010?**



## **JUSTIFICACIÓN.**

Realizar un estudio sobre la prevalencia de algunos tumores mesenquimatosos benignos en una muestra de pacientes de la clínica de patología bucal, unidad de posgrado de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. En primer lugar permitirá comparar los resultados obtenidos con la literatura reportada hasta el momento y en segundo lugar permitirá conocer en un periodo determinado la prevalencia analizada por edad, género y área de localización de la lesión y sobre todo el tipo de tumor mesenquimatoso benigno más frecuente.

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo General.**

- Determinar la prevalencia de tumores mesenquimatosos benignos presentados en pacientes de la clínica de patología bucal, unidad de Posgrado de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. del año 1980 al 2010.

### **Objetivos Específicos.**

- Identificar la prevalencia de casos reportados en la clínica de patología bucal, unidad de posgrado de la facultad de odontología de la UNAM en un intervalo de tiempo que cubre del año 1980 al 2010.
- Determinar la prevalencia de tumores mesenquimatosos benignos según sexo, edad, diagnóstico y localización.
- Identificar la proporción de pacientes que presentan osteoma, condroma, leiomioma, hemangioma, neurofibroma, neuroma traumático.

## **METODOLOGÍA.**

### **Material y métodos.**

El presente estudio se realizó en el año 2010 para determinar la prevalencia de tumores mesenquimatosos benignos durante el periodo comprendido del mes de enero del año 1980 hasta el mes de enero del año 2010 para lo cual se realizó una revisión exhaustiva de la base de datos del archivo del servicio de diagnóstico histopatológico del laboratorio de patología clínica y experimental división de estudios de posgrado e investigación (DEPeI) de la facultad de odontología de la UNAM.

Del total de expedientes revisados (n=16,666) se registraron los valores como: número de expediente, edad, género, diagnóstico así como la localización de la lesión.

### **Tipo de estudio.**

Descriptivo, Retrospectivo.

### **Población de estudio.**

16,666 Expedientes de la clínica de patología bucal, división de estudios de posgrado e investigación (DEPeI) de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. presentados durante el periodo 1980 al 2010.

### **Tamaño de la muestra.**

277 pacientes que presentaron tumores mesenquimatosos benignos de ambos géneros de 2 a 91 años de edad durante el periodo 1980 al 2010.

### **Criterios de inclusión.**

- Pacientes masculinos y femeninos de 2 a 91 años de edad
- Pacientes que presentaron tumores mesenquimatosos benignos en el área de cabeza y cuello (osteoma, condroma, leiomioma, hemangioma, neurofibroma, neuroma traumático.)
- Historias clínicas con diagnóstico completo.

### **Criterios de exclusión.**

- Pacientes que presenten otro tipo de lesión que no sean tumores mesenquimatosos benignos en el área de cabeza y cuello.

### **Variables de estudio.**

**Independiente:** Expediente, edad, género, diagnóstico y localización de la lesión.

**Dependiente:** osteoma, condroma, leiomioma, hemangioma, neurofibroma, neuroma traumático.

### **Conceptualización y operacionalización de la variable.**

Género: Masculino y Femenino.

Edad: Años Cumplidos.

Diagnóstico: Se determinara la presencia o ausencia de las siguientes variables: osteoma, condroma, leiomioma, hemangioma, neurofibroma y neuroma traumático

Localización: Se agrupan la presencia de lesiones en paladar, lengua, mucosa yugal, piso de boca,

encia, maxilar, mandíbula y otras no

no pertenecientes a las anteriormente

mencionadas.

## RESULTADOS

Se estudiaron un total de 16,666 expedientes comprendidos del mes de enero de año 1980 al mes de enero del 2010

De 1980 a 1989 se cuantificaron 463 tumores de cabeza y cuello, de los cuáles el 11.0% (n=51) corresponden a tumores benignos mesenquimatosos.

Asimismo de 1990 a 1999 se tienen registrados 679 tumores siendo 80 casos neoplasias benignas de origen mesenquimatoso que representan el 11.7%, en cuanto a los años 2000 a 2009 se tienen registrados 1,025 TMB que representan el 14.2% del total de expedientes, y por último para el mes de enero del 2010 no se tiene registrado ningún caso de tumores de ningún tipo.

De los 16,666 expedientes estudiados, el 13% (n=2,167) competen solamente a tumores de cabeza y cuello con un rango de edad de 2 a 91 años, siendo el 1.6% (n=277) correspondientes a los tumores mesenquimatosos benignos estudiados (osteoma, condroma, hemangioma, leiomioma, neurofibroma y neuroma traumático), de estos 277 casos correspondieron al género masculino el 45.4% (n=126) y el 53.7% (n=149) al femenino. En el 0.72% de casos (n=2) no fue posible encontrar el género.

El promedio de edad que se presentó en los TMB estudiados en relación a el género masculino fue de 38 años, a diferencia del femenino que fue de 36 años.

De los Tumores Mesenquimatosos Benignos Estudiados en la región de cabeza y cuello mostraron la siguiente distribución:



- **Osteoma:** De los registros revisados se presentó la presencia de osteoma en 51 pacientes de los cuales 22 son de género masculino y 29 de sexo femenino con un promedio de edad de 39 años, siendo la localización más frecuente la mandíbula (60.8%), seguido del maxilar (35.3%) y en otras áreas (3.9%). (ver tabla 1)
- **Condroma:** En solo 2 casos se determinó la presencia de condroma, ambos del género masculino constituyendo la menor prevalencia con una media de edad de 27 años, mostrando 1 caso en mucosa yugal (50%) y 1 caso en otras áreas no incluidas. (ver tabla 2)
- **Leiomioma:** Respecto a leiomiomas se diagnosticaron a 5 individuos siendo 4 de género femenino y 1 masculino con un promedio de edad de 37 años, permitiendo apreciar según localización el 60% en mucosa yugal y el 40% restante en labio. (ver tabla 3)
- **Hemangioma:** El hemangioma fue la lesión que se presentó con mayor prevalencia perfilando 157 casos, 79 correspondientes al género masculino, 76 al género femenino y 2 en los cuales no se tiene registro del sexo, con una media de edad de 39 años, presentando una distribución del 28% en mucosa yugal, 26% en labio y 22% en lengua siendo estas las zonas más comúnmente afectadas. (ver tabla 4)
- **Neurofibroma:** Los neurofibromas se mostraron en 43 ocasiones, el género masculino fue afectado en 16 casos y el femenino de 27 casos en total, con una media de edad de 32 años. Con respecto a la disposición de estos en la cavidad oral el 37.2% se mostró en otras áreas no comprendidas en este estudio, en segundo lugar con el 18.6% la mucosa yugal y con un 14% respectivamente lengua y paladar siendo las zonas que reflejaron una mayor afluencia de esta lesión. (ver tabla 5)
- **Neuroma Traumático:** La aparición de neuromas traumáticos reportados fue de 19, apreciando que de estos 6 corresponden género masculino y 13 femenino con una media de edad de 28 años. En lo que concierne a

localización de la lesión, se presento una afluencia de 47.4% en lengua, seguido con un 42.1% en mucosa yugal y por último paladar y encía individualmente un 5.3%. (ver tabla 6)

## DISCUSIÓN.

El año en que se observó un mayor número de casos fue en el 2002 en el que se presentaron 26 casos, equivalente a un 9.38% del total de tumores estudiados, asimismo comparando los años 1980 a 1989 con respecto a los años posteriores se aprecia un incremento en el número de casos de tumores reportados, debido esto a un mayor número de personas que acuden por año a revisión en la dependencia en la cual se realiza el diagnóstico clínico e histopatológico de las lesiones.

En relación a los casos de osteoma Woldenber Y,<sup>17</sup> et al. en el 2005 reportó 14 casos de osteoma con un promedio de edad de 40 años. Las lesiones se localizaron en la mandíbula (64%), maxila (7%), hueso temporal (22%) y seno maxilar (7%), lo cual corresponde a los resultados obtenidos en el presente estudio, mandíbula (60.7%), maxilar (35.3%), intraóseo (2%) y en otras localizaciones anatómicas (3.9%) con un promedio de edad de 39 años.

Con respecto a los condromas, la literatura reporta pocos casos ya que es extremadamente raro en la cavidad oral, Matsuzaka K. et al,<sup>18</sup> en un estudio retrospectivo de los años 1966 al 2001 en el departamento de fisiopatología y patología de el colegio dental de Tokio menciona solo 1 caso de condroma, el cual fue en un sujeto masculino en un rango de edad de 20 a 29 años, en relación a los datos obtenidos de igual forma se tiene reportado solo 2 casos de condroma en pacientes masculinos con una media de edad de 27 años aunque la localización de la lesión difiere encontrándose en un caso en mucosa yugal.

Los hemangiomas son comunes en la región de cabeza y cuello, Henriques P. Caldeira L.C. et.al.,<sup>19</sup> en un análisis retrospectivo realizado en el servicio de diagnóstico oral en la escuela de odontología en la universidad de Minas Gerais,

Brazil en el año 2007 estimaron la prevalencia de lesiones vasculares en la cavidad oral en un periodo de 10 años de 1992 al 2002, observando una mayor tendencia en personas de género femenino y localizando las lesiones más comúnmente en lengua y labios. De acuerdo con lo antes mencionado se confirman los resultados de prevalencia de hemangiomas mostrando un 28% en mucosa yugal, 26% en labios y 22.3% en lengua, solo no coincidiendo del todo la distribución de esta lesión en género ya que el género masculino abarco un 50.3% del total de casos.

Los tumores de músculo liso son poco frecuentes en la cavidad oral, debido a la poca cantidad de músculo no estriado en esta localización. En 1884 Blanc <sup>20</sup> publico el primer caso de un leiomioma oral en un paciente de 33 años con una tumoración en la base lingual. Glas <sup>20</sup> describió el segundo caso de un leiomioma lingual en un paciente varón de 44 años de edad, siendo las localizaciones más frecuentes labios, lengua, paladar duro y blando y mejillas en menor frecuencia, con una mayor prevalencia entre el género femenino <sup>21</sup> y entre la cuarta y quinta década de la vida <sup>20</sup>.

De las lesiones estudiadas solo se reportaron 5 leiomiomas con una predilección por el género femenino (4 casos con respecto a 1 masculino), y en lo que concierne a localización, 3 fueron en mucosa yugal y 2 en labio con una media de edad de 37.6 años lo cual corresponde con lo reportado por la literatura.

Los neurofibromas en la cavidad oral según Meyer (1963) y Wright, Jackson (1980) <sup>22</sup>, son más comúnmente encontrados en lengua, paladar y mucosa yugal así como en piso de boca. En contraste, el principal sitio de localización observado por Ellis et al. (1977) <sup>22</sup> fue la región posterior de la mandíbula, mientras que Chrysomali et al. (1997) <sup>22</sup> reporta que es mas común en la mucosa alveolar y el paladar. En el presente estudio la mucosa yugal, la lengua y otras localizaciones no consideradas fue donde se mostro una mayor frecuencia intraoralmente lo cual coincide por lo dicho por Meyer y Wright teniendo una media de edad de 32 años y una tendencia por el género femenino (62.8%) aunque en la literatura no se menciona afinidad hacia algún género en específico.

Por último los neuromas traumáticos se menciona que es más frecuentemente localizado en lengua, labios y área del nervio mentoniano. Aunque se han dado casos en los que se ha encontrado en otras áreas incluyendo la mucosa yugal y el paladar.<sup>22</sup> Estos tumores afectan a adultos y niños de los 10 a los 80 años de edad, con una media de 33 años de acuerdo con Chrysomali et al. (1997),<sup>22</sup> preponderando al género femenino.

Los resultados arrojados en este trabajo (lengua 47.4%, mucosa yugal 42.1%, paladar y encía 5.3% respectivamente) con una media de edad de 28 años y frecuencia de 68.4% en personas del género femenino, también coinciden con la literatura antes mencionada.

## CONCLUSIONES.

- De todos los expedientes revisados y que revelaron tumores mesenquimatosos benignos en la clínica de patología bucal, división de estudios de posgrado e investigación (DEPeI) de la Facultad de Odontología de la UNAM en el periodo comprendido de Enero del año 1980 hasta Enero del año 2010 el tipo de lesión con mayor prevalencia fue el hemangioma con 157 casos.
- Se debe considerar que los casos de condroma son relativamente infrecuentes, destacando que en los estudios antes mencionados el predominio de presentación fue en género masculino estando en una media de la 2da y 3era década de la vida no habiendo casos reportados en personas de género femenino.
- Es de importancia señalar que en México no hay estudios relacionados con la prevalencia de TMB en la región oral con lo cual se espera este trabajo sirva de referencia para estudios posteriores.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hernández R, Solís M. A., et.al., **Citología exfoliativa y biopsia en cavidad bucal**. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 1°ed., México 2000. Pp.4-7.
2. Robbins, Stanley L; Perkins. **Patología humana**. 7° ed. Editorial ELSEVIER Barcelona 2008. Pp. 166-173.
3. Portilla J, Gaitán L.A., et al. **Texto de Patología Oral**. 1° Ed. Editorial El Ateneo. México D.F. 1989. Pp 29.
4. Sapp Jp, Eversole LR, Wysocki. **Patología oral y maxilofacial contemporánea**. 2° edición, Editorial Mosby, España, 2005. Pp. 114-116, 303-304, 307-309, 314-315, 319-322,
5. Bosch R, López N, et al. **Tumores Benignos de la mucosa oral**. Piel Vol.24.No.2 2009; Pp. 86-96.
6. Wood N., Goaz P. **Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales**. 5°ed Editorial Harcourt Brace España 1998. Pp154-155.
7. Raspall G., **Tumores de Cara, Boca, Cabeza y Cuello**. Atlas clínico. 2°ed Editorial Masson Barcelona España 2000. Pp. 233, 239, 245
8. Carrera, M; Pereira Junior, FB; Santos, JN; Vasconcellos, RJH. **Osteoma periférico de la mandíbula: Presentación de un caso**. Acta Odontológica Venezolana - Volúmen 47 N° 2 / 2009, Caracas Venezuela.
9. Neville, Douglas D.D., et al., **Oral and Maxillofacial Pathology**, 3° ed., Editorial Saunders Elsevier, St. Louis, 2008. Pp. 528-532, 538-542, 565-567.
10. Crestanello J.P., Fernández L., Arismendi C, **Caso Clínico: Condroma Maxilar**, Revista española de cirugía oral y maxilofacial 2006;28, 5 (septiembre-octubre):295-300.
11. Vasallo, Fco. J., González, B.J., López, A.F. **Hemangioma oral**. Cient Dent 2009;6;3:203-205
12. Lloria-Benet M, Bagán JV, Lloria de Miguel E, Borja-Morant A, Alonso S. **Leiomioma oral: A propósito de un caso clínico**. Med Oral 2003;8:215-9

13. González M, Gay C. **Leiomioma bucal en paladar duro: a propósito de un caso.** Medicina oral, patología oral y cirugía bucal, Vol. 12, N°. 3, 2007 , Pp. 176-179.
14. Lewis R. Eversole. **Patología Bucal Diagnóstico y Tratamiento**, 1° ed., Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina 1983. Pp. 310-315.
15. Laskaris G. **Atlas de Enfermedades Orales.** 3°ed. Editorial Masson. Barcelona España 2005. Pp. 39, 371-375, 379,
16. Lopes MA, Vargas PA, Almeida OP, et al. **Neuroma traumático oral con células ganglionares maduras: un caso y revisión de la literatura.** Journal Oral Maxillofacial Pathology 2009;13:67-9.
17. Woldenberg Y, Nash M, Bonder L. **Peripheral osteoma of the maxillofacial region.** Diagnosis and management: A study of 14 cases. Med. Oral Cir. Bucal 2005; 10 Supp2: E139-42.
18. Matsuzaka K, Shimono M, et al. **Lesions related to the formation of bone, cartilage or cementum arising in the oral area: a statistical study and review of the literature.** Tokyo dent. Coll., Vol. 43, No.3; 2002. Pp 173-180
19. Henriques P. Caldeira L. et al. **Prevalence of oral hemangioma, vascular malformation and varix in a Brazilian population.** Braz. Oral Res. 2007; 21 (1): Pp40-45.
20. Lloria-Benet M, Bagan JV, et al. **Oral Leiomyoma: a case report.** Med Oral 2003;8:215-9
21. Luaces R, Lorenzo F, et al. **Oral Leiomyoma in retromolar trigone.** A case report. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12:E53-5.
22. Tito J, Batista A. C, et al. **Retrospective analysis peripheral nerve sheath tumors in Brazilians.** Braz. Oral Res. 2009; 23 (1): Pp43-8.
23. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. **Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlations.** 5a.ed. China. Editorial Saunders Elsevier. 2008. Pp. 108.



## ANEXOS I.

### TABLAS DE PREVALENCIA GENERAL.

	Total	%	Femenino	Masculino	No registrado
Hemangioma	157	56.6	76	79	2
Osteoma	51	18.4	29	22	
Neurofibroma	43	15.5	27	16	
Neuroma Traumático	19	6.8	13	6	
Leiomioma	5	1.8	4	1	
Condroma	2	0.7	0	2	
Total	277	100	149	126	2

	Mucosa Yugal	Lengua	Labio	Mandíbula	Maxilar	Encía	Paladar	Piso de Boca	Otros
Osteoma	0	0	0	31	18	0	0	0	2
Condroma	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Hemangioma	44	35	41	0	1	9	3	3	21
Leiomioma	3	0	2	0	0	0	0	0	0
Neurofibroma	8	6	3	2	0	1	6	1	16
Neuroma Traumático	8	9	0	0	0	1	1	0	0
Total	64	50	46	33	19	11	10	4	40



**TABLA 1**  
**OSTEOMA**

**EDAD**

	N	Mínimo	Máximo	Media
EDAD	51	15	91	39.04
N válido (según lista)	51			

**GÉNERO**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	29	56.9
	Masculino	22	43.1
	Total	51	100.0

**LOCALIZACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mandíbula	31	60.8
	Maxilar	18	35.3
	Otros	2	3.9
	Total	51	100.0



**TABLA 2**  
**CONDROMA**

**EDAD**

	N	Mínimo	Máximo	Media
EDAD	2	21	33	27.00
N válido (según lista)	2			

**GÉNERO**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Masculino	2	100.0
	Femenino	0	0

**LOCALIZACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mucosa Yugal	1	50.0
	Otros	1	50.0
	Total	2	100.0



**TABLA 3**  
**HEMANGIOMA**

**EDAD**

	N	Mínimo	Máximo	Media
EDAD	152	2	81	39.16
N válido (según lista)	152			

**GÉNERO**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	76	48.4
	Masculino	79	50.3
	Total	155	98.7
Perdidos	Sistema	2	1.3
	Total	157	100.0

**LOCALIZACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mucosa Yugal	44	28.0
	Labio	41	26.1
	Lengua	35	22.3
	Otros	21	13.4
	Encía	9	5.7
	Paladar	3	1.9
	Piso de Boca	3	1.9
	Maxilar	1	.6
	Total	157	100.0



**TABLA 4**  
**LEIOMIOMA**

**EDAD**

	N	Mínimo	Máximo	Media
EDAD	5	16	58	37.60
N válido (según lista)	5			

**GÉNERO**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	4	80.0
	Masculino	1	20.0
	Total	5	100.0

**LOCALIZACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mucosa Yugal	3	60.0
	Labio	2	40.0
	Total	5	100.0





**TABLA 5**  
**NEUROFIBROMA**

**EDAD**

	N	Mínimo	Máximo	Media
EDAD	42	2	85	32.45
N válido (según lista)	42			

**GÉNERO**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	27	62.8
	Masculino	16	37.2
	Total	43	100.0

**LOCALIZACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Otros	16	37.2
	Mucosa Yugal	8	18.6
	Lengua	6	14.0
	Paladar	6	14.0
	Labio	3	7.0
	Mandíbula	2	4.7
	Encía	1	2.3
	Piso de Boca	1	2.3
	Total	43	100.0



**TABLA 6**  
**NEUROMA TRAUMÁTICO.**

**EDAD**

	N	Mínimo	Máximo	Media
EDAD	17	4	70	28.47
N válido (según lista)	17			

**GÉNERO**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	13	68.4
	Masculino	6	31.6
	Total	19	100.0

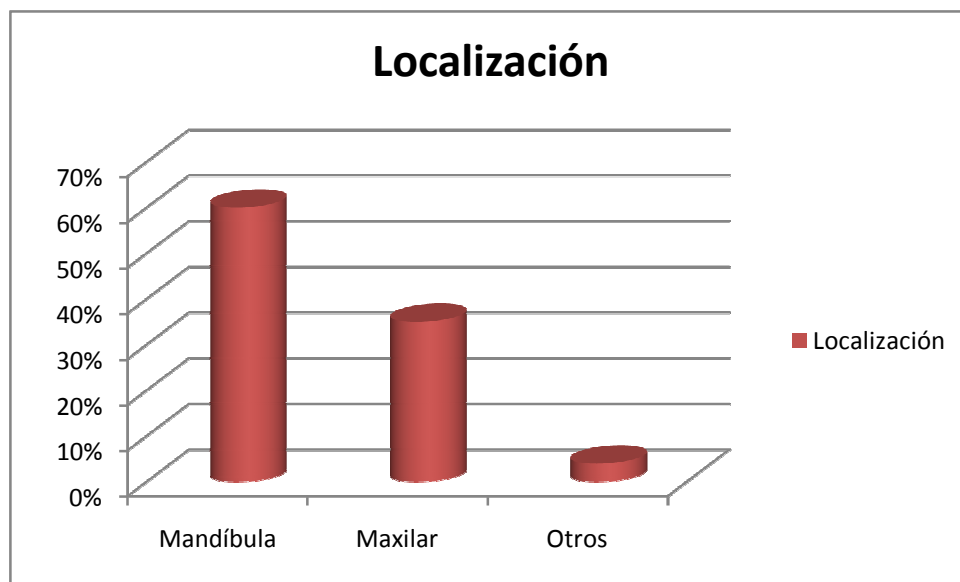
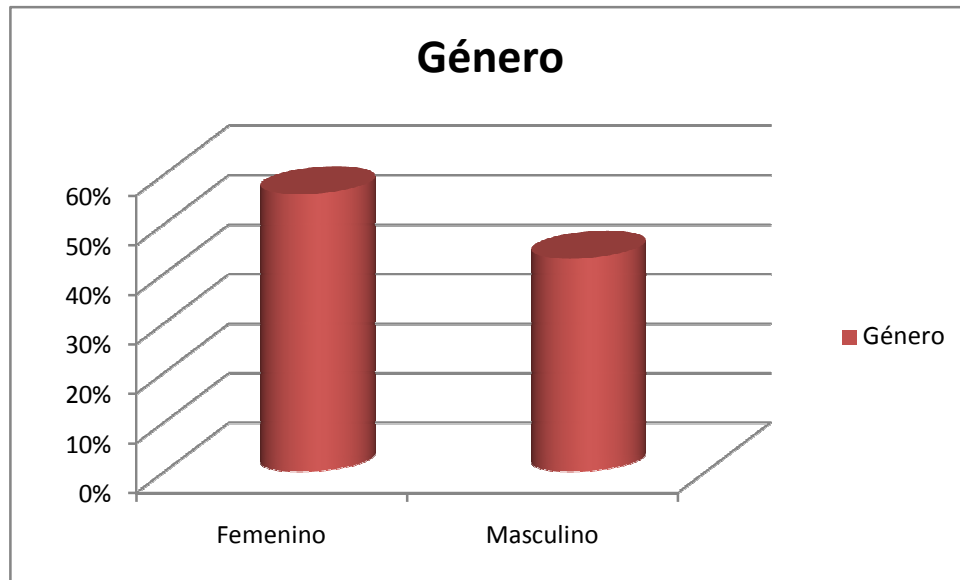
**LOCALIZACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Lengua	9	47.4
	Mucosa Yugal	8	42.1
	Paladar	1	5.3
	Encía	1	5.3
	Total	19	100.0

## ANEXOS II

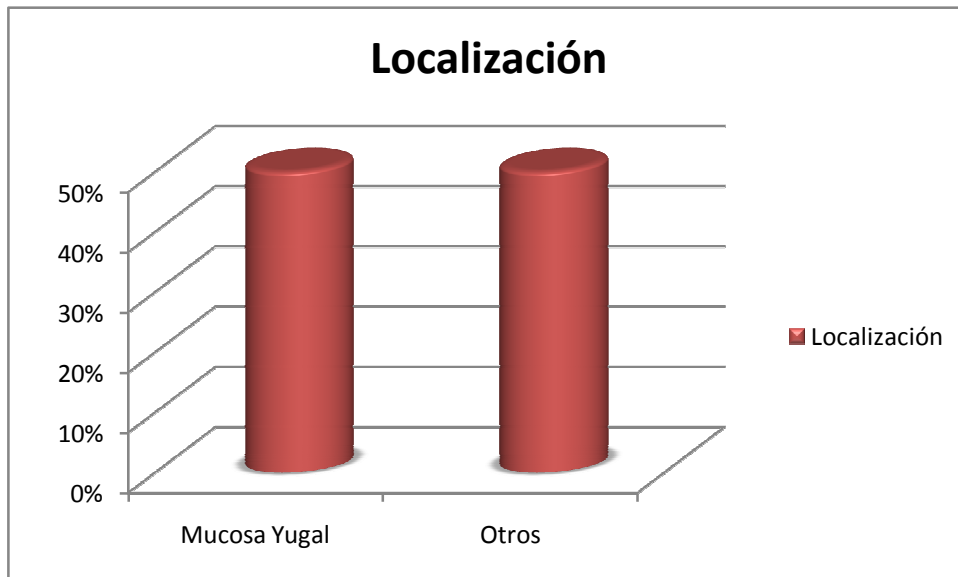
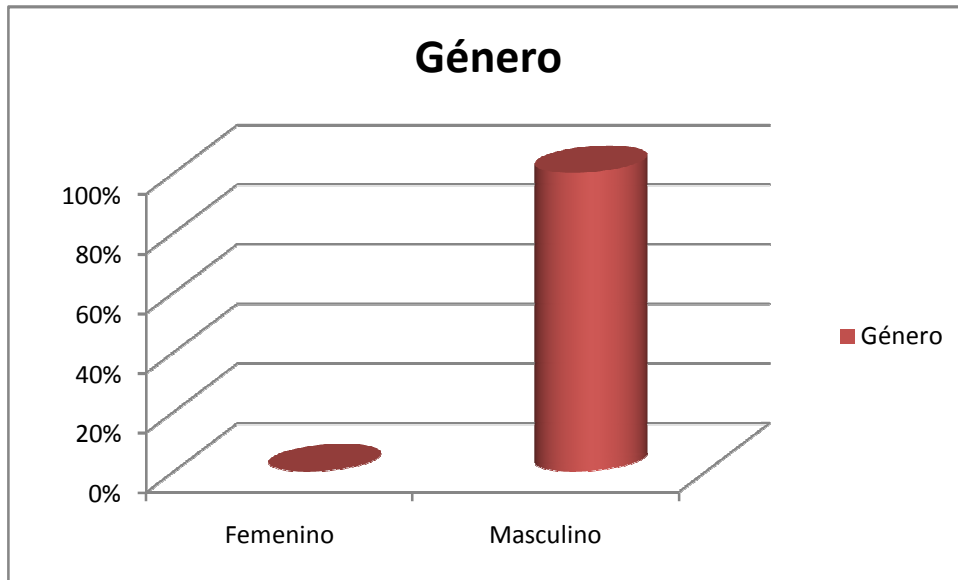
### GRÁFICOS DE PREVALENCIA.

#### OSTEOMA

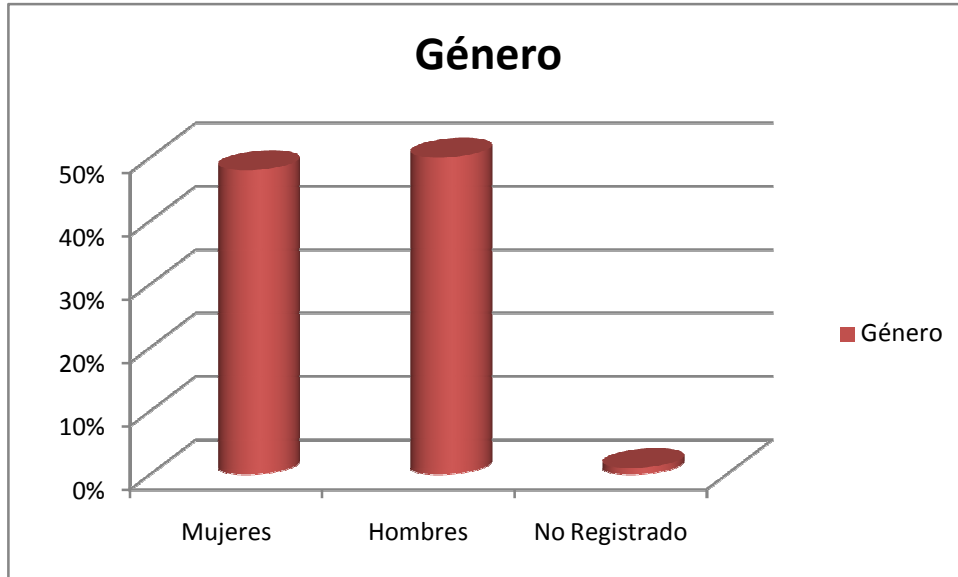




## CONDROMA

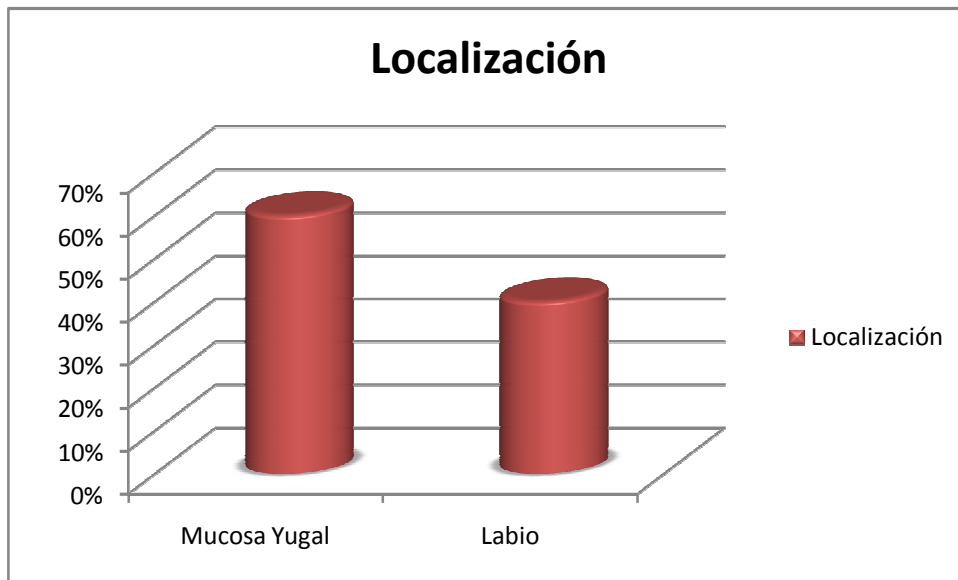
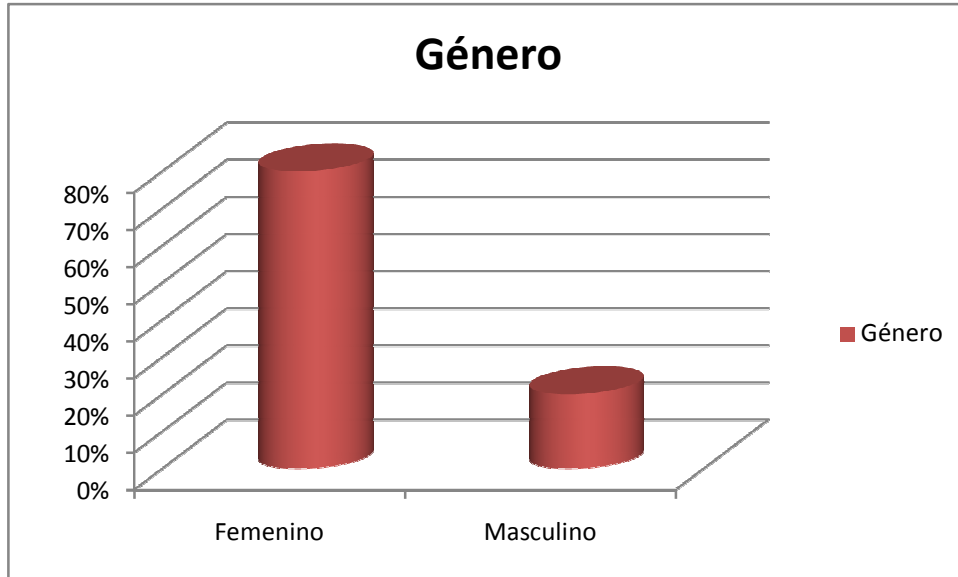


## HEMANGIOMA

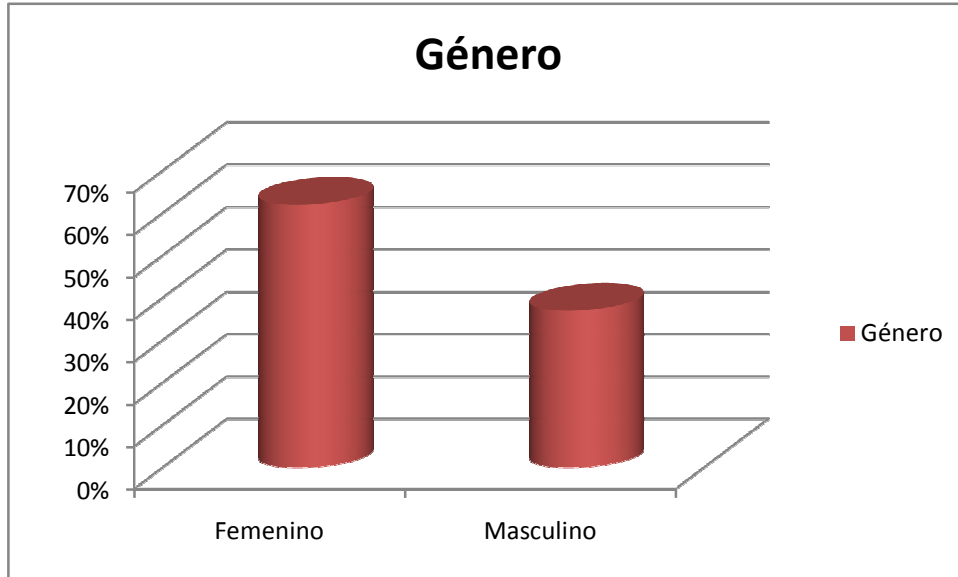




## LEIOMIOMA

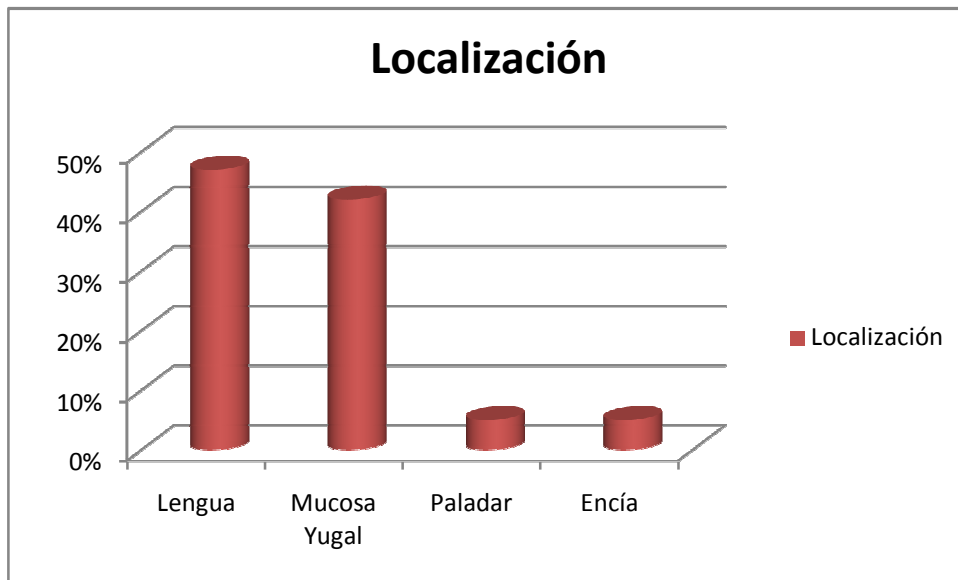
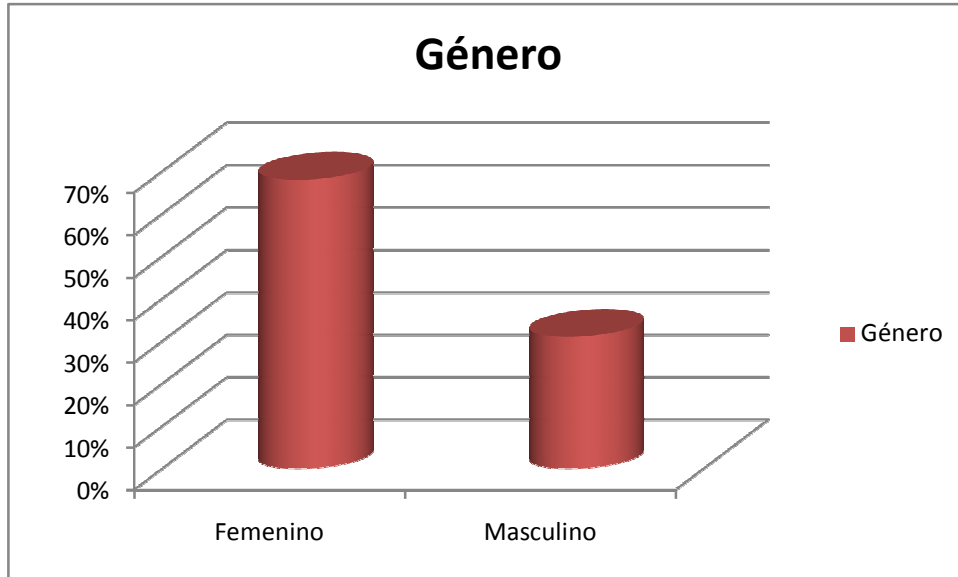


## NEUROFIBROMA





## NEUROMA TRAUMÁTICO.



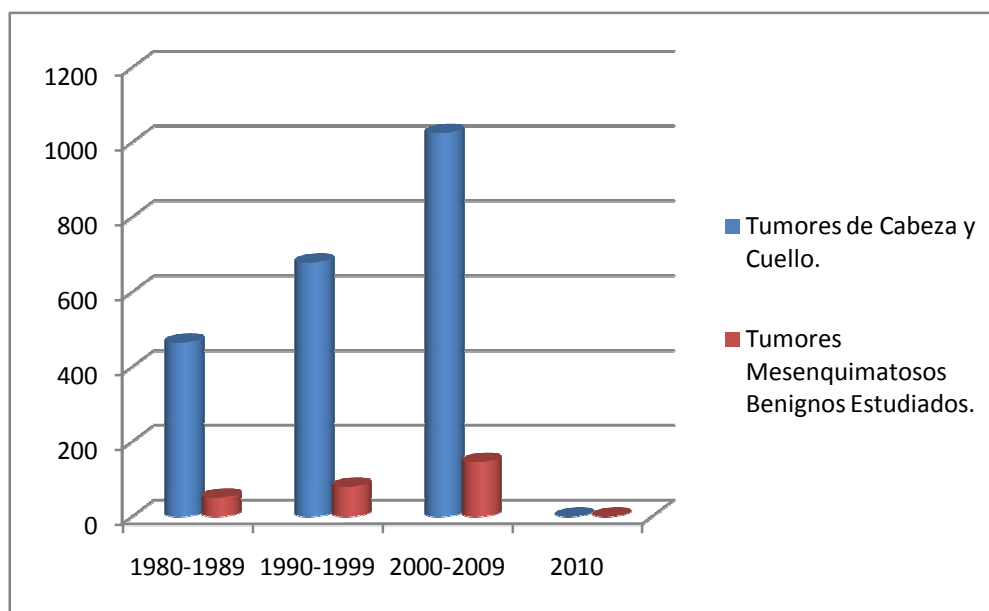




## Relación de Tumores en Cabeza y Cuello del 1980 al 2010.

### Prevalencia.

	1980-1989.	1990-1999.	2000-2009.	2010.
Tumores de Cabeza y Cuello.	463	679	1,025	0
Tumores Mesenquimatosos Benignos Estudiados.	51	80	146	0





## Prevalencia de Lesiones por Localización.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mucosa Yugal	64	23.1
	Lengua	50	18.1
	Labio	46	16.6
	Otros	40	14.4
	Mandíbula	33	11.9
	Maxilar	19	6.9
	Encía	11	4.0
	Paladar	10	3.6
	Piso de Boca	4	1.4
	Total	277	100.0

