

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ALVARADO
PEDROZA
EDGARDO
1979**

TESIS



K(1) UNAM



Facultad de Odontología
Div. de Est. de Posgrado e Investigación
Biblioteca "Barnet M. Levy"



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

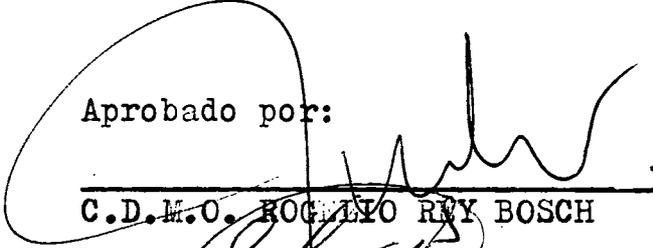
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

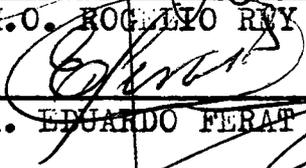
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

ANGIODISPLASIAS CONGENITAS
EN
CABEZA Y CUELLO

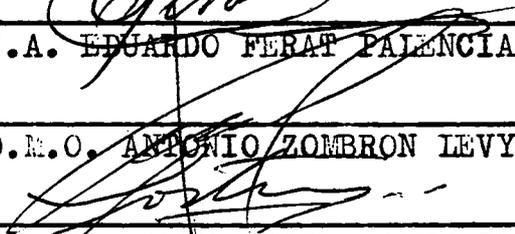
Aprobado por:



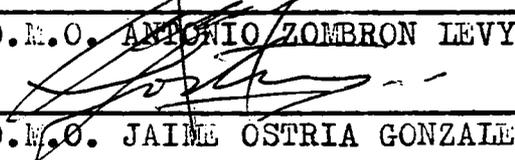
C.D.M.O. ROGELIO RUY BOSCH



M.C.A. EDUARDO FERAT PALENCIA



C.D.M.O. ANTONIO ZOMBRON LEVY



C.D.M.O. JAIME OSTRIA GONZALEZ
Director de la Tesis

ANGIODISPLASIAS CONGENITAS

EN

CABEZA Y CUELLO

por

C.D. EDGARDO ALVARADO PEDROZA

TESIS

Presentado como requisito para obtener el Grado de
Maestría en Odontología



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

enero de 1979

RECONOCIMIENTOS

C.D. Manuel Rey García

Director de la Facultad de Odontología

por la oportunidad de realizar la Maestría

Agradezco:

Al M.C.A. Eduardo Ferat Palencia
y al M.C.A. Carlos Martínez López --
Cirujanos Vasculares de la C. Hospital -
No. 25 del I.M.S.S. por su colaboración-
en la realización de ésta Investigación-
Clínico Quirúrgico.



Virginia

Edgardo y Edmundo

Isis Marlene

INTRODUCCION

Las angiodisplasias en la región de cabeza - y cuello son defectos congénitos, por lo tanto si queremos evitar la mortalidad y morbilidad con los daños de tipo psicológicos asociados, es necesario que nos familiarizemos con dicho trastorno - y su tratamiento en cada una de sus formas.

Para seleccionar el tratamiento adecuado debemos tener en cuenta el papel que desempeña el - crecimiento histológico, embriológico y deformi--dad producida restándonos parcial o totalmente la función en cara y cuello.

Es importante conocer dicho trastorno, ya -- que produce problemas de índole psicosomáticos -- por su mayor índice en mujeres e infantes, de un 75 % en promedio, que en personas de sexo masculi no.

El sitio de elección pudiera ocasionar pro--blemas de tipo compresivo que dificulta la fun --cion deglutiva, así como la articulación de la - palabra.



HISTORIA

Las angiodisplasias venosas comprenden un -- capítulo importante en la patología vascular.

En 1862 Virchow describe los angiomas como - neoplasmas y desde entonces ha sido definida co - munmente como tumores con cambios, se le podría - definir como un crecimiento con las característi - cas de un tumor benigno o hamartoma, éste, se re - fiere a una porción del tejido embrionario el --- cual sufre un desarrollo anómalo que lo hace per - manecer independiente a los tejidos que lo rodean y puede proliferar como injerto de tejido embrio - nario.

El primero en definirlo como tal, fué Albretch.

En 1962 Gadainich Campanaci utiliza el termi - no de hamartoma vascular para describir los cua - dros tumorales secundarios al aumentar los vasos - sanguíneos y se basan en 3 premisas:

- I.-Aparecen al nacimiento, en la niñez o adole --- scencia
- 2.-Están formados por capilares que proliferan -- hasta que el desarrollo de el cuerpo es completo.
- 3.-Están compuestos por vasos con desarrollo com - plete pero que anatómicamente presentan anomalías y malformaciones.

CLASIFICACION DE LAS ANGIODISPLASIAS DE LOS
MIEMBROS.

I.--DISPLASIAS VENOSAS.

I.--a- Displasias Flebectasicas

I.--a-I- Flebectasia Regional

I.--a-2 Flebectasia con hipoplasia de los vasos ve-
nosos profundos

I.--a-3-Flebectasia genuina difusa.

I.--b-FLEBANGIOMAS

I.--b-I Superficiales

I.--b-2-Profundas

I.--c-FLEBANGIOMATOSIS

I.--c-I-Superficiales

I.--c-2-Profunda (de las cuales algunas son osteo-
líticas.

I.--d-POSIBLE ASOCIACION CON OTRAS FORMAS.

II.--DISPLASIAS ARTERIALES

II.--a- Displasia arterial troncular

III.-- DISPLASIA ARTERIAL ASOCIADA A DISPLASIA --
VENOSA

III.--a-Flebarterectasia genuina

III.--b-Angiodisplasia con Shunts arteriovenosos

III.--b-I-Fístulas arteriovenosas tronculares; for-
mas difusas o limitadas puras o atenuadas.

III.--b-2-Angiomas arteriovenosos, solo multicén-
trico ó difuso, puro o atenuado (angiomas --

anastomosas)

IV.-ANGIODISPLASIAS MIXTAS.

IV.-a-Angiodisplasia Hemolinfática troncular

IV.-b-Hemolinfangiomas

IV.-c-Todas las formas mencionadas en las anterio
res categorías.

ANGIODISPLASIAS
CLASIFICACION

A.-ANGIODISPLASIAS CONGENITAS PURAS

A.-I-Vasos Sanguíneos

A.-I-a-Capilares Hemangiomas

A.-I-a-I-Hemangiomas Capilares Simples (nevus)

A.-I-a-I-a-Circunscrito Stravber Nevus

A.-I-a-I-b-Difuso (nevus plano)

A.-I-a-2- Hemangioma Cavernososo

A.-I-a-2-a- Circunscrito (caverna)

A.-I-a-2-b- Difuso Hemangioma Sistemico Difuso

A.-I-b-VENAS

A.-I-b-I-Circunscrito (dilataciones venosas iso-
ladas y circunscritos).

A.-I-b-2-Difuso (dilataciones, atresias, heman-
giomatosis, monométrica braquial
osteolítica (martorell) o flebec-
tasia genuina difusa o fleboan-
giomatosis (malan)).

A.-I-c-Arterias

A.-I-c-I-Hipoplasia

A.-I-c-2-Coartación

A.-I-c-3-Aneurismas congénitos

A.-I-d- Asociados

A.-I-d-I-Fistulas arteriovenosas congénitas



A.-I-d-2-Síndrome de Klippell Trenaunay

A.-2-VASOS LINFATICOS (Linfangiomas, linfangiodisplasias)

A.-2-a-Capilares (simples y cavernosos)

A.-2-b-Cistico (Higroma cistico)

A.-3-Mixtos (hemangiomas mas linfangiomas)

B.-ANGIODISPLASIAS ASOCIADAS A DISPLASIAS NO --
VASCULARES.

B.-I-Síndrome de Maffuci (I88I) Condródistrofia -
más angiomatosis

B.-2-Síndrome Kast Recklingausen (I889) Condrodis-
trofia más angiomatosis más discromías.

NOTA: Síndrome de Ollier- Variedad universal-
de Síndrome de Kast- Reck

B.-3-Síndrome de Albrecht pubertad precoz más --
fibrosis ósea más condromatosis, más discro-
mía, más angiomatosis.

B.-4-Síndrome de Louis Bar- Legros- Angiomatosis-
capilar mas focomatosis mas hipertrofia --
parcial (I946- I947)

B.-5-Asociación de angiomatosis con:

B.-5-a-Poli, sin o aracnodactilia

B.-5-b-Pinza de cangrejo

B.-5-c-Membrana natatoria

B.-5-d-Focomelias

B.-5-e-Espina bífida

B.-5-f-Micro y Macrocefalia

B.-5-g-Luxación congénita de coxis

C.-TUMORES VASCULARES

C.-I-Benignos--Hemangiomas

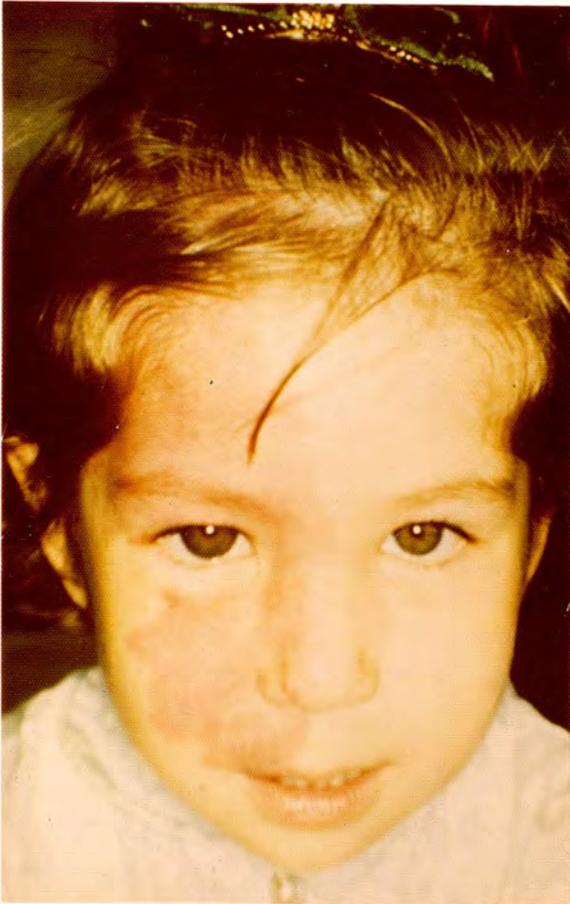
C.-2-Malignos--Hemangioblastomas

DEFINICION

Las angiodisplasias son las consecuencias de un proceso disontogenético el cual afecta el blas tema vascular en las primeras fases del desarrollo embrionario.

La naturaleza variante, su extensión y sitio de proceso disontogenético junto con el tiempo y duración de su acción son los responsables del -- polimorfismo topográfico y estructura de estos -- procesos de malformación.(Fig. I).

FIGURA I



ETIOLOGIA

La etiología de éstas enfermedades vasculares es poco conocida, por lo tanto, se han considerado como hipotéticas las causas o factores que determinan su presentación, por tal motivo consideraremos diferentes causas de tipo genético que alteran a los cromosomas que son transmitidas de acuerdo al código genético.

Encontramos también causas de diferente etiología como son:

- a) infecciosas
- b) tóxicas
- c) dismetabólicas
- d) traumáticas
- e) mecánicas

Que actúan en el desarrollo del proceso evolutivo del blastema somático en las diferentes -- fases de la ontogénesis.

HIPOTESIS MORFOGENETICA

El sistema vascular se desarrolla a partir - del tejido mesodérmico, el cual sucede entre la - tercera y cuarta semana de vida intrauterina y se origina de los islotes de Wolf y Pander.

Se encuentran para su estudio de tipo morfo-

genético cuatro estadios embriológicos a saber:

I.-Un estado angioblástico

2.-Un estado de la red capilar teniendo como origen las arterias y venas en el plexo capilar que se comunican unas con otras y solo distinguimos la dirección del flujo.

3.-El estado retiforme se caracteriza por reacomodo de la red primitiva capilar.

En esta etapa acontece la desaparición del exceso de vasos que no fueron utilizados por el flujo, y la formación de tubos largos que tienden a fusionarse formando los troncos.

ESTE PERIODO ES EN EL CUAL SE VAN A INICIAR O --
DESARROLLAR LAS ANGIODISPLASIAS.

4.-La formación de los troncos vasculares definitivos que ocurre entre la quinta y décima semana de vida embrionaria.

FRECUENCIA

La frecuencia la clasificaremos de acuerdo a la edad y el sexo del paciente tratando los estudios realizados nos dan mayor proporción en infantes y femeninos.

La diferencia entre infantes y adultos es de aproximadamente un 70 % y entre femeninos y masculinos es de un 75 % aproximadamente, los estudios nos dieron cofras promedios en edades entre uno - a 25 años pero con mayor índice entre las edades-promedio de uno a 8 años.

Las tablas de diferencia en los casos tratados en este estudio es:

a)sexo: femenino 10 casos

masculino 6 casos

b)edad: 1 a 25 años

1 a 8 años (mayoría de casos)

Los casos clínicos que se presentan en número de 16 pacientes estudiados y tratados los cuales los clasificamos de acuerdo a su lugar de presentación de la lesión vascular que puede ser de tipo arterial: 1 venoso o mixto, a saber:

1.-tres casos de tipo venoso en mejilla

2.-dos casos de hemangioma en labio

3.-dos casos de hemangiomas de tipo venoso en región lingual.

- 4.-un caso de hemangioma en mucosa gingival
- 5.-dos casos de hemangiomas en región de cuello -
en yugular interna y amígdalas
- 6.-tres casos de hemangiomas en yugular interna y
externa
- 7.-tres casos de hemangiomas en región palpebral.

CASOS CLINICOS

I.-ANGIODISPLASIAS DE CARA:

I.-a-Paciente femenino de 25 años, sin antecedentes de importancia, que refiere desde su nacimiento la presencia de una tumoración en mejilla izquierda blanda, depresible, que no ocasiona síntomas y que refiere haber sido intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones, presentando recidiva de la tumoración.

A la exploración física: Se observa aumento de volumen en mejilla izquierda que es mas importante cuando la paciente inclina la cabeza sobre el torax, esta masa mide aproximadamente 8x3 cm es blanda no pulsátil y a la compresión vacían casi totalmente, se aprecia cicatriz antigua sobre el borde inferior del cuerpo de la mandíbula.

El resto de la exploración es negativa

Lxámenes de laboratorio:

B H, Q S, General de orina con pruebas de coagulación y sangrado son normales, R X de cráneo no existen daños óseos, la siálografía fue normal. La venografía por punción directa muestra una masa como de 12 cm. de tamaño (fig. No. 2)

Se intervino quirúrgicamente y se reseca la tumoración que su aspecto macroscópico era de color azuloso, con dilataciones venosas y al corte -

FIGURA 2



se observaron múltiples cavernas que interesaban - parcialmente el músculo masetero y se insinuaban - en los músculos pterigoideos. Se practicó hemostasia con electocoagulación y se cerró por planos, - calculandose el sangrado en 600 a 800 ml. su evolución fue satisfactoria, presentando únicamente - paresia temporal del nervio facial y la evolución-definitiva se considera satisfactoria a un año.

I.-b-Paciente femenino de 36 años con tumoración en mejilla derecha desde el nacimiento con -- intervención previa y que presenta recidiva. A la-exploración, la tumoración de un diámetro de 8 cm. blanda, depresible, no dolorosa ni pulsátil fácilmente desplazable, sin involucrar al parecer mucosa gingival, el resto de la exploración es negativa.

Sus exámenes de laboratorio:

B H, Q S, General de orina y pruebas de coagulación y sangrado son normales los estudios radiográficos de cráneo no existe daño pero la venografía muestra opacificación de una masa, de un diámetro de 10 cm. y que se llena la yugular interna-

Se interviene quirúrgicamente resecandose la misma y encontrándose que involucraba parcialmente la rama ascendente de la mandíbula, el sangrado -- fué bastante importante y es de mil a mil quinientos mililitros de líquido sanguíneo llegando la pa

ciente a presentar hipotensión.

La evolución post quirúrgica fué satisfactoria no hubo complicaciones y el control en consulta externa a tres años es satisfactoria.

I.-c-Paciente femenino de 7 años que presenta tumoración en mejilla izquierda de 2 a 3 cm. de diámetro de una coloración azulosa no pulsátil, desplazable fácilmente, siendo el resto de la exploración negativa:

Sus exámenes de laboratorio B H, Q S, General de orina son normales, se le practica resección de la misma sin complicaciones. El estudio histopatológico fué reportado como hemangiomas venosos cavernosos.

2.-Dos casos de hemangioma en labio

2-IPaciente de sexo masculino de 15 años de edad sin antecedentes de importancia que presenta hemangioma en labio superior en parte media de aproximadamente un cm. de diámetro, sus exámenes de laboratorio B H, Q S, General de orina, prueba de coagulación y sangrado son normales.

Se interviene quirúrgicamente resecándose la tumoración y su post quirúrgico es de evolución --

satisfactoria.

2-2- Paciente del sexo masculino de 5 años de edad que presentaba hemangiomas en labio superior-- en su cara lateral derecha de 1 a 2 cm. de diáme-- tro.

Sus exámenes de laboratorio B H , Q S , tiempo de coagulación y sangrado son normales, se interviene quirúrgicamente resecañdose la misma, con evolución post quirúrgica satisfactoria.

3.- Dos casos de hemangiomas de tipo venoso-- que se encuentran en región lingual.

3-I- Paciente de sexo femenino de 8 años de edad sin antecedentes de importancia que presenta tumoración desde su nacimiento localizado en el -- borde izquierdo de la lengua (a dos cm. aproximada^{da} mente de la punta de la lengua) es de color azul , blanda depresible a la presión.

Sus exámenes de laboratorio B H , Q S , pruebas de coagulación y sangrado como general de orina son normales. Se le practica resección con electrocauterio, siendo la evolución satisfactoria a un mes.

En los casos mencionados no se practican estudios de veno y arteriografía por ser tumores super

ficiales en que no comprometen tejidos y árbol -- vascular.

4.- Un caso de hemangioma en mucosa gingival.

Paciente de sexo masculino de 18 años de edad que presenta desde su nacimiento una tumoración en mucosa gingival de lado izquierdo de 5 a 6 cm. de diámetro aproximadamente (Fig. No. 3-4) blanda ,-- depresible no pulsátil y de coloración azul; el -- resto de la exploración sin datos patológicos.

Exámenes de laboratorio Q S , B H , general - de orina con tiempo de coagulación y sangrado son normales. Se interviene quirúrgicamente con un san grado pequeño no cuantificado, con la ligadura de los vasos alimenticios y cierre de la mucosa. Su - evolución post quirúrgica sin complicaciones.

5.- Dos casos de hemangiomas en región de cuello, en yugular interna y amígdala.

5.-I- Paciente de sexo masculino de 6 años de edad que desde el nacimiento se le notó la presencia de tumoración en cara anterior de cuello por encima del cartílago cricoides que se comunicaba - con otra tumoración que se encontraba sobre la yu- gular externa del lado derecho ésta media de 2 a -

FIGURA 3



FIGURA 3



3 cm. de diámetro blanda depresible no pulsátil --
(Fig. No. 5)

En la orofarínge se encontraba otra tumora --
ción que descansaba por detrás del pilar derecho -
ocupando el lugar de la amígdala del mismo lado ,--
el resto de la exploración es negativo sus exáme--
nes de laboratorio son normales.

A la intervención quirúrgica como primer tiemo
po se le reseco la tumoración que descansaba sobre
la yugular externa el post quirúrgico es satisfac-
torio.

5.-I- Paciente del sexo femenino de 25 años -
de edad que presenta mismas características del cas
so antes mencionado (5- I) no se practica Ciru--
gía por no aceptarla. (Fig. 6- 7- 8-)

6.- Tres casos de hemangioma en yugular intern
na y yugular externa.

3 pacientes de edad 22 , 30 y 38 años respec-
tivamente que referían la presencia de una dilata-
ción a nivel de la cara lateral del cuello, y angu
lo externo clavicular izquierdo que variaba en su-
evolución en una desde el nacimiento (22 años) -
y en los otras de 10 a 12 años respectivamente és-

FIGURA 5

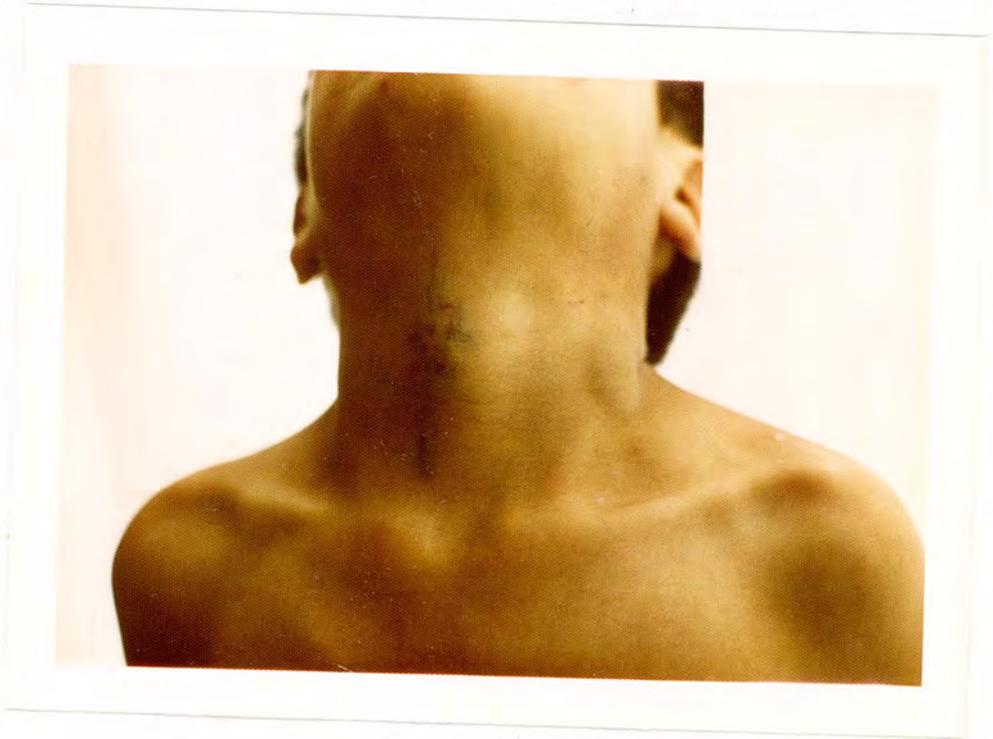


FIGURA 6



FIGURA 7.



FIGURA 8



tas tumoraciones éran blandas depresibles no puñsá tiles y aumentaban de volúmen con los movimientos- inspiratorios, el resto de la exploración fué nega tiva.

Sus exámenes de laboratorio Q S , B H , con tiempo de coagulación y sangrado son normales.

Las placas radiográficas de tórax no revela-- ban tumoraciones del vertice pulmonar por lo cual-- se efectúa venografía por punción directa encon -- trandose dilatación de la yugular externa y paso de material de contraste al surco braquio cefálico -- siendo positiva.

La intervención quirúrgica de las flebecta -- sias y hemangiomas fueron sencillas y se resecaron en su totalidad en el primer caso mencionado (22- años) se encontró un hemangioma de tipo cavernoso- su evolución post operatorio fue satisfactorio. - (Fig. 9 - I6)

7.- Tres casos de hemangiomas en región palpebral.

7.-I- Paciente del sexo masculino de 16 años de -- edad con tumoración en región ciliar derecha de -- 2 cm. de diámetro aproximado que no involucra par-- tes profundas no pulsátil y su coloración es azulo_ sa. Sus exámenes de laboratorio son normales se le practica intervención quirúrgica siendo su evolu-- ción satisfactoria. (Fig. 17)

FIGURA 9



FIGURA IO

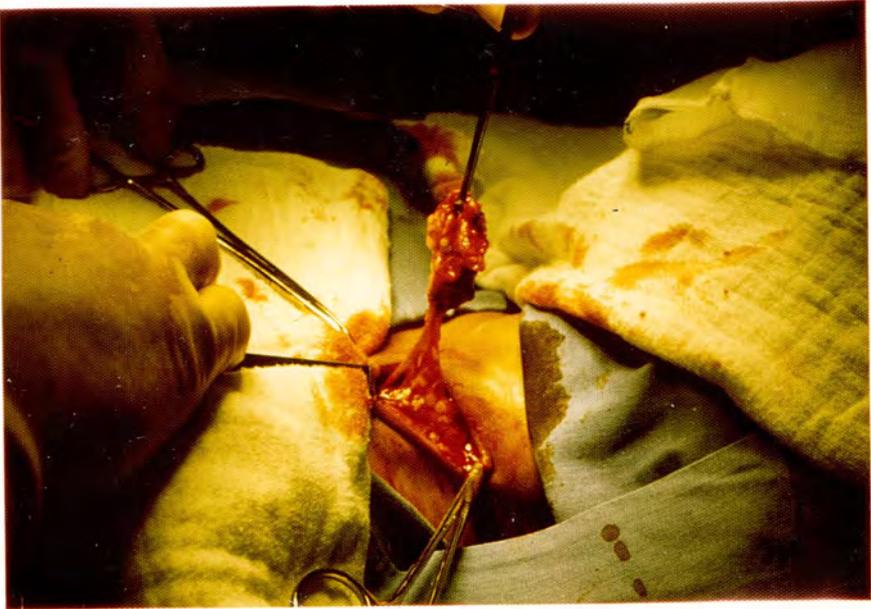


FIGURA II



FIGURA I2



FIGURA I3

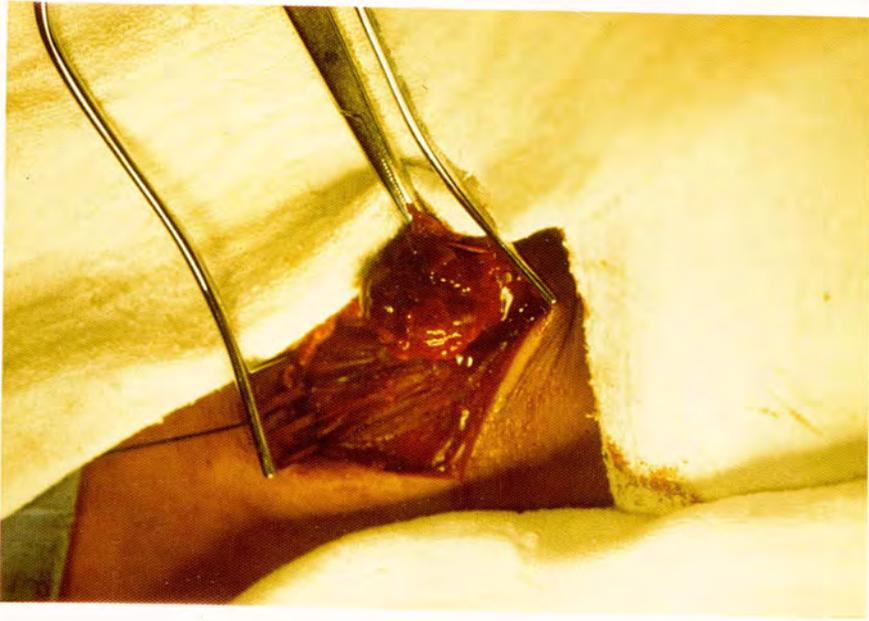


FIGURA I4

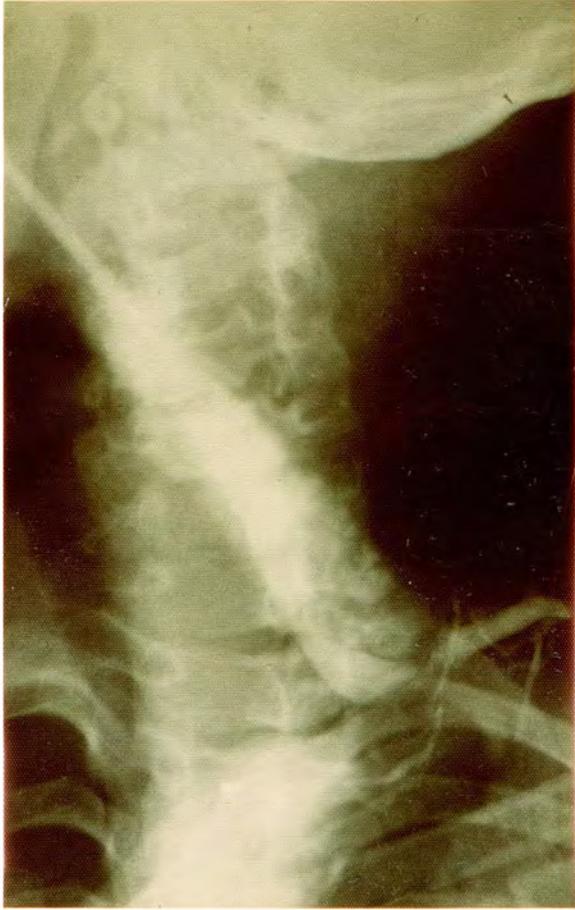


FIGURA 15



FIGURA I6

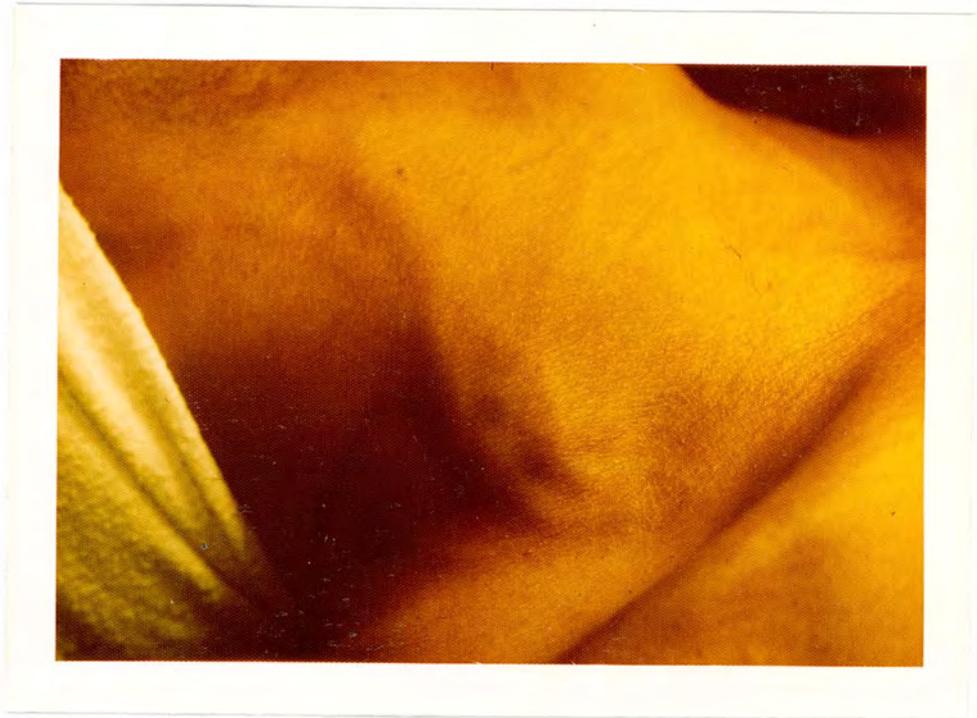


FIGURA I7



7.-2- Paciente de sexo femenino de 12 años de edad que presenta tumoración en zona palpebral inferior derecha de un cm. de diámetro aproximado de color azuloso.

Sus exámenes de laboratorio Q S , B H , General de orina tiempo de coagulación y sangrado son normales, se practica resección y su post quirúrgico es satisfactorio y sin complicaciones.

7.-3- Paciente de sexo masculino de 20 años - de edad con tumoración de color azulosa en comisura orbital de lado izquierdo de 3 a 5 cm. de diámetro aproximado blando depresible no doloroso al tacto el cual se reseca, siendo su evolución satisfactoria. (Fig. No. 18)

FIGURA 18



MANIFESTACIONES CLINICAS GENERALES

Son tumoraciones grandes blandas no pulsátiles y debido al sitio en que se localizan presentan manifestaciones de tipo compresivo, dificultad a la deglución y dificultad para articular palabra en ocasiones se puede presentar sangrado .

No se asocian con coagulopatías de consumo -- (disminución de fibrinógeno y plaquetas). -

EXAMENES DE LABORATORIO

- a.- En sangre: Biometría Hemática
 Tiempo de Protombina
 Número de Plaquetas
 Química Sanguínea
- b.- General de Orina

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS

- a.- Radiografía de Cráneo
- b.- Radiografía de columna cervical
- Se realizaron dichos estudios para descartar el -- compromiso de tejido óseo y por ende la hemangioma_u tosis osteolítica.

ESTUDIOS DE RADIOISOTOPOS

a.- Se usaron en algunos casos con tecnecio libre-
y macro agregados.

ESTUDIOS ANGIOGRAFICOS

a.- Se efectuaron por último estudios de tipo ve--
nográficos por punción directa de la tumoración --
(Fig. I9)

b.- Estudios por vía retrógrada a través de la yu-
gular interna.

c.- No fué posible practicar estudios arteriográfi-
cos y esperar la fase venosa por dilusión tan im--
portante del medio de contraste.

FIGURA I9



OBJETIVOS

- I.- La eliminación de las angiodisplasias
- 2.- Restaurar la estética
(Tumoración que por el sitio de elección pue
de comprimir y dificultar la deglución y la
fonación) Fig. 20

METAS ESPECIFICAS

- I.- Normalizar la función en la deglución, articul
lación de palabra y estética.
- 2.- Metodos y procedimientos por medios quirúrgi -
cos.
- 3.- Evitar las complicaciones propias de éstas tu-
moraciones.

FIGURA 20



SUMARIO

Los estudios en los casos presentados de an--
giodisplasias de cabeza y cuello. Son defectos cong
génitos que afectan la estética en forma compresii
va y psicosomática, pueden producir dificultad en--
la función deglutiva y en la articulación de pala--
bra hablada.

La eliminación de los problemas por medios --
quirúrgicos y el resultado significativo que se --
obtuvieron fueron restaurar las anomalías.

CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó en base a los-
estudios realizados en otras Instituciones, ya --
que hemos podido corroborar la importancia que tie
ne el manejo de las angiodisplasias para evitar --
las complicaciones inherentes a ellas, tales como-
la hemorragia residivante y en algunas ocasiones -
cicatrices viciosas como lo referimos en los 16 --
casos tratados.

DISCUSION

El estudio realizado nos dá un resultado de -
I6 casos tratados, que a través de su tratamiento-
eliminaron los problemas de índole funcional y es-
tético a nivel de cara y cuello.



BIBLIOGRAFIA

-Hemangiomas of the parotid gland in children tressera L. et al. J Maxillo fac Surg 5 (4): 238-4I - Nov. 77

-Choroidal melanoma clinically simulating retinal-angioma. Shield J A, et Amj Ophtalmol p5 (I): 67 7I Jan 78

-Angiodiploma of the cheek in a child. Weitzner S et al oral Sarg 45 (I): 95-7 Jan 78

-Angioma of the tongue in infants Morgan A et al - J Fr Otorhinolargngol 26 (7) : 539-4I sept 77

-(A propos of a case of secondary retinoschiasis - developing in contact with isolated angioma of the choroid) Berard Badier M. et al. Bull Soc o -- Phtalmol Fr 77 (3): 343- 7 mar 77 (Eng Abstr)-

-E. Malan Journal Card. Surgery vol. 5 No. 2,1964

INDICE

INTRODUCCION.....	I
HISTORIA.....	2
CLASIFICACIONES DE LAS ANGIODISPLASIAS.....	3
DEFINICION.....	8
ETIOLOGIA.....	10
FRECUENCIA.....	12
CASOS CLINICOS.....	14
EXAMENES DE LABORATORIO.....	38
OBJETIVOS.....	41
METAS ESPECIFICAS.....	41
METODOS DE PROCEDIMIENTOS.....	41
SUMARIO.....	42
CONCLUSIONES.....	43
DISCUSION.....	44
CURRICULUM.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	46