

0
1074

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**REVISION DE 1749 CASOS DE TUMORES
BENIGNOS Y TUMORES MALIGNOS
DE LA CAVIDAD ORAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

FRANCISCO JAIME VILLALBA ESPINOSA

1 9 7 9

15432



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.

INTRODUCCION

Definir lo que es cáncer, sobre todo en lo que concierne a la etiopatogenia, es en la actualidad difícil, ya que existe una gran cantidad de factores causales que se desconocen.

Como sabemos, el neocrecimiento de las células, la reproducción exagerada de las mismas, así como alteraciones en su estructura morfológica constituyen la Neoplasia.

En 1973, en nuestro país los tumores malignos en general ocupaban el 6o. lugar como causa de defunción, habiéndose registrado 19,963 defunciones que corresponden a una tasa de 36.6%, siendo más frecuente entre la 4a. y 6a. década de la vida, registrándose en el sexo masculino 8.497 defunciones y en el sexo femenino 11,466 defunciones; correspondiendo a causas de fallecimiento por tumores malignos de la cavidad bucal y de laringe 273 casos (1.4%), de los cuales 188 fueron del sexo masculino y 85 del sexo femenino. Sin embargo se calcula que en México existen más de 150,000 individuos portadores de neoformaciones malignas, correspondiendo el 1.5% al cáncer localizado en cavidad bucal.

La cavidad bucofaríngea, comprende como su nombre lo indica, la cavidad bucal y faríngea con su porción superior o nasal, media o bucal y laríngea o inferior; en todas deben considerarse los órganos que contienen y sus paredes; borde labial y mucosa de los labios, mucosa de los carrillos, paladar duro y velo del paladar, piso de la boca, encías y arcadas dentari-

as, glándulas salivales menores, epiglotis y paredes faríngeas.

Sabemos que en los estadios iniciales es muy difícil el diagnóstico de todo tipo de Neoplasia, ya que en un principio, inmensa mayoría de los tumores son asintomáticos y desde el punto de vista macroscópico pueden confundirse con lesiones de tipo inflamatorio, ulceraciones, leucoplasias, etc., por lo que el Odontólogo deberá pensar primero en Neoplasia, en este tipo de lesiones, hasta no demostrar lo contrario.

El Odontólogo por tener acceso a la cavidad bucal del paciente, tiene que realizar diagnósticos de naturaleza maligna en todas aquellas lesiones que se presenten en los tejidos de la cavidad oral, por muy inocuas que éstas parezcan, ya que el diagnóstico oportuno puede salvar la vida del paciente.

El Odontólogo debe estar capacitado para diagnosticar -- los problemas de cáncer que tienen asiento en la cavidad bucal, ya que junto con el médico general, es el primer contacto con el paciente.

INDICE

Pags.

Introducción

Capitulo I

Secuencia Historica de Algunos Descubrimientos e Investigaciones sobre el cáncer.

Carcinogenesis de Radiación -----	3
Otros Estudios -----	4
Recientes Investigaciones sobre Problemas Cancerigenos -----	5
Generalidades sobre Neoplasias -----	7
Nomenclatura -----	8
Aspecto Citológico del Cáncer -----	9
Figura de Mitosis Atípicas -----	9
Metástasis -----	10
Etiología -----	11
Cancerígenos Físicos -----	11
Parásitos y Virus -----	12

Capitulo II

Histología de los Tejidos de la Cavidad Oral.

Labios -----	16
Mucosa Oral y Vestibular -----	17
Mucosa Alveolar -----	18
Surco Sublingual -----	19
Mucosa del Vientre de la Lengua -----	19
Glándulas Salivales -----	20

	Pags.
Funciones -----	20
Glándulas Salivales Principales -----	21
Glándula Parotida -----	21
Glándula Submaxilar -----	21
Glándula Sublingual -----	22
Glándulas Accesorias -----	22
Glándulas Vestibulares -----	23
Glándulas Palatinas -----	23
Glándulas de Von Ebner -----	23
Lengua -----	24
Mucosa -----	24
Parte Bucal de la Lengua -----	25
Papilas Filiformes -----	25
Papilas Fungiformes -----	26
Papilas Caliciformes -----	26
Funciones de las Papilas -----	27
Raíz de la Lengua -----	28
Encía -----	29
Encía Libre y Adherida -----	29
Fibras Gingivales -----	31
Irrigación Sanguínea -----	31
Tejidos Dentarios.	
Esmalte -----	32
Dentina -----	35

Cemento -----	37
Pulpa -----	38
Ligamento Parodontal -----	40
Maxilar Superior -----	40
Maxilar Inferior -----	41

Capitulo III

Clasificación de Tumores Benignos de la Cavidad Oral Incluyendo los Tipos Histologicos más Frecuentes.

Labios.

a) Hemangioma -----	43
b) Adenoma Oxifilico -----	44
c) Fibroma -----	45
d) Papiloma -----	46
e) Lipoma -----	47

Encia.

a) Fibroma -----	48
b) Papiloma -----	49
c) Lipoma -----	50

Lengua.

a) Fibroma -----	51
b) Papiloma -----	52
c) Lipoma -----	53
d) Hemangioma -----	54
e) Linfangioma -----	55

	Pags.
f) Neurofibroma -----	56
Paladar Duro.	
a) Fibroma -----	57
b) Papiloma -----	57
c) Lipoma -----	58
Paladar Blando.	
a) Papiloma -----	59
b) Adenoma Oxifílico -----	60
c) Mioma -----	61
Glándulas Salivales.	
a) Adenoma Pleomórfico -----	62
b) Adenoma Oxifílico -----	63
c) Adenoma de Células Sebáceas -----	64
d) Cistadenoma Papilar Linfomatoso -----	64
e) Tumores Benignos del Estroma -----	64

Capítulo IV

Clasificación de Tumores Malignos de la Cavidad Oral Incluyendo los Tipos Histológicos más Frecuentes.

Carcinomas de la Cavidad Bucal.

a) Carcinoma Epidermoide -----	66
b) Carcinoma de Labio Inferior -----	69
c) Carcinoma de Labio Superior -----	71
d) Carcinoma de la Lengua -----	72
e) Carcinoma de la Mucosa Bucal -----	74
f) Carcinoma de la Encia Superior -----	75

g) Carcinoma de la Encia Inferior -----	78
h) Tumores Malignos del Maxilar -----	79
i) Tumores Malignos de la Mandíbula -----	81
j) Carcinoma de Glandulas Salivales -----	83

Casística.

Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares 168 Casos.

Hospital Juarez 1581 Casos.

Total de Casos Estudiados 1749.

Comentarios -----	85
Descripciones -----	92
Conclusiones -----	96

Conclusiones Generales.

CAPITULO I

SECUENCIA HISTORICA DE ALGUNOS DESCUBRIMIENTOS E INVESTIGACIONES HECHAS SOBRE EL CANCER

Sobre el cáncer se ha hablado desde tiempos muy remotos, al igual que de sus observaciones, clasificaciones y teorías.

El estudio científico de las enfermedades neoplásicas se hizo posible hasta el siglo XIX con el florecimiento de la Biología y de la anatomía patológica.

Los experimentos acerca de las enfermedades neoplásicas, se inició con el trasplante, que en 1889 realizó Hanau, con un carcinoma de una rata a otra.

Los descubrimientos de algunos científicos en el siglo XIX, como Johannes, Muller, Leyding, Virchow y otros, dieron origen a la descripción y clasificación de gran número de Neoplasias, también al diagnóstico diferencial fundado en la biopsia, al igual que a la forma de culminación de los procesos neoplásicos.

La investigación del cáncer, propiamente dicho, comenzó en el año de 1903, mediante los trabajos de Jensen; ya entonces se le concedió importancia a los descubrimientos anteriores.

Científicos alemanes y franceses demostraron la formación de metástasis en neoplasias malignas y la infiltración en los tejidos vecinos.

Rous en 1911 puso en claro la transmisión del virus filtrable del sarcoma en las gallinas, descubriendo así la primera Neoplasia causada por virus. Shope experimenta en conejos y descubre el papiloma del conejo.

En 1915 investigadores japoneses, Yamagiwa y/e Ichikawa produjeron tumores en animales, por medio de una acción continua y prolongada con alquitrán. Ya en 1930 en Londres, encabezado por E. L. Kennaway; descubren la existencia de largas cadenas de compuestos químicos, sustancias sumamente carcinógenas, llamadas hidrocarburos policíclicos del tipo benzantraceno.

En 1932 Lacassagne estudia las sustancias químicas estrógenas naturales.

Bar Harbor y Maine en 1933 comprobaron la participación de un factor extracromosómico en la génesis de los tumores mamarios del ratón, dando lugar al descubrimiento del factor lácteo hecho por Bittner.

Berenblun -1964- propuso una hipótesis en dos partes para el cáncer: la primera es la de iniciación y la segunda es la de promoción. Esta hipótesis solo indica la posibilidad de que se produzcan modificaciones seriadas en la conversión de una célula normal a una célula cancerosa. También comprobó que sustancias no carcinógenas pueden estimular la carcinogénesis.

Biskind y Biskind en 1944 demostraron en la rata que los ovarios --- que habían sido injertados en bazo, desarrollaban neoplasias; ya que probablemente desapareció la inhibición de la hipófisis por retroalimentación pura, de esta forma las hormonas ováricas pasan por el hígado y son

inactivadas. Los valores excesivos de hormona trópica hipofisiaria vuelven al bazo a través del sistema arterial, estimulando la proliferación del órgano blanco transplantado, lo cual va seguido de transformación neoplásica de los ovarios.

Experimentalmente pueden provocarse tumores con otras hormonas. El cáncer tiroideo, por ejemplo, se puede lograr por una secreción excesiva de hormona hipofisiaria tiroestimulante. Una causa de tumores de la glándula suprarrenal es el exceso de hormona suprarrenocorticotrópica -- (ACTH). El cáncer de la glándula mamaria puede depender de una secreción excesiva de gonadotropina o de hormona mamotrópica. La secreción excesiva puede ser causada por la supresión o disminución de un mecanismo de retroalimentación negativo.

Aunque no se ha comprobado que las hormonas pueden actuar como iniciadoras de un proceso maligno, se acepta que pueden actuar como promotoras de este proceso.

CARCINOGENESIS DE RADIACION. - La radiación es un carcinógeno potente, tanto en el hombre como en el animal.

En 1965 Cole y Nowell, demostraron que el tumor producido y cierto número de mutaciones guardan una proporción, es decir que la acción oncogénica incluye la mutación.

En 1966 Borek y Sachs confirmaron que las radiaciones pueden causar cambios en la estructura del DNA, pero estos cambios pueden ser suprimi-

dos y reparados por enzimas. Tal reparación podría evitar la carcinogé-
nesis, por lo tanto, cuando un cultivo de tejido es sometido a la acci-
ón de los rayos X, los efectos carcinógenos de radiación quedan suprimi-
dos, a menos que las células se dividan poco después de la radiación.

En 1970, Warren mencionó los efectos de la energía radiante, los ---
cuales se mencionan a continuación:

a) Acelera el envejecimiento (es decir, mayor frecuencia de muta-
ciones espontáneas, y consecuentemente, cáncer).

b) Activa los virus oncógenos.

c) Altera el microambiente de las células.

d) Estimula las células, las cuales proliferan originando errores
mitóticos.

e) Es la causa del desarrollo de mutantes vigorosos, constituyendo
tumores.

Se sabe que los procesos que estimulan la reproducción celular, es-
timulan o predisponen la producción del cáncer. Se conoce también que -
las células de aspecto normal pueden poseer en su interior, como parte -
integral del DNA, un gen de virus oncógeno conocido como "oncogen", el
cual podría ser activado por rayos X o por productos químicos.

OTROS ESTUDIOS.- El primero en estudiar los transplantes de tumores
fue Leo Lob, así como la influencia del factor genético y hormonal en ---
el origen del cáncer.

Otto Warvurge fué uno de los primeros en asociar la bioquímica con la investigación del cáncer, y realizó estudios sobre el metabolismo respiratorio del tejido canceroso.

Antiguamente se pensaba que el cáncer era de naturaleza infecciosa al observar grupos determinados de animales que lo presentaban, sin embargo, estudios posteriores demostraron que su distribución estaba determinada principalmente por caracteres hereditarios y genéticos.

RECIENTES INVESTIGACIONES SOBRE PROBLEMAS CANCERIGENOS

En un laboratorio canadiense se iniciaron con cien ratas (machos y hembras), los estudios encaminados a descubrir si la llamada "sacarina" actúa como cancerígeno.

Las ratas, cuyas progenitoras tomaron el producto, fueron alimentadas con una dieta que contenía el 5% de sacarina. Después de envejecer se les mató y previa autopsia, se encontró cáncer en la vejiga de 12 machos.

El Departamento de Alimentos y Medicinas (FDA), declaró que se había sospechado del producto desde 1969, cuando los ciclomatos fueron considerados carcinógenos, y por tanto, prohibidos.

Recientemente, médicos de Boston descubrieron que la hormona dietilestilbestrol (DES) producía cáncer vaginal raro en las niñas prenúbles, si se administraba a sus progenitoras cuando estaban embarazadas.

El humo del tabaco también se ha catalogado como cancerígeno.

El doctor Schneiderman del Instituto Nacional contra el Cáncer con-

sidera que la única forma de obtener una respuesta real, sería hacer pruebas en seres humanos, hecho que no es posible realizar.

Pocos cánceres humanos se encuentran identificados positivamente por un cancerígeno específico.

La incidencia de un cáncer del pulmón como resultado de fumar, varía en proporción directa al número de cigarrillos consumidos por día.

La frecuencia de leucemia inducida por una radiación ionizante de explosiones nucleares, parece variar en línea recta de acuerdo con la dosis.

Los expertos del FDA calculan que una botella diaria de refresco dietético endulzado con sacarina, por cada norteamericano, podría dar por resultado 1,200 casos adicionales de cáncer en la vejiga por año.

Es bien sabido que grandes dosificaciones de sacarina han causado cáncer en las ratas.

GENERALIDADES SOBRE NEOPLASIA

Definición de Neoplasia (Willis - 1952)

" La Neoplasia es una masa normal de tejidos cuyo crecimiento excede al de los tejidos normales y que se aparta de las leyes del organismo".

Los crecimientos benignos y malignos se incluyen bajo el nombre -- genérico de neoplasias, que significa " neo-formación".

Llegados aquí debemos aclarar palabras de uso médico corriente. La neoplasia a menudo se denomina tumor, y el estudio de los tumores se -- llama "Oncología". En sentido estricto, tumor es sencillamente tumefacción que pudiera ser producida entre otras cosas por edema o hemorragia en un tejido; sin embargo, por antecedentes históricos delatados, la -- palabra tumor ha llegado a aplicarse exclusivamente a masas neoplásicas que, claro está, pueden causar tumefacción cuando están en la superficie corporal.

La Neoplasia puede contemplarse desde tres puntos de vista diferentes:

- a) Como un fenómeno biológico que indica una ruptura del equilibrio en la vida normal del organismo multicelular.
- b) Como un grupo de entidades clinicopatológicas de enfermedades que -- ocurren en el hombre, y que requieren una atención inmediata y efectiva.
- c) En los casos malignos, como una tragedia humana de gran trascendencia, no solamente para el individuo, sino para la sociedad.

NOMENCLATURA

Lo más importante es la clasificación de neoplasias en benignas y malignas, las que difieren desde el punto de vista del grado de diferenciación celular. Tenemos que en los tumores benignos es diferenciado y en los malignos es indiferenciado. En los tumores benignos sus células presentan un núcleo normal y el de los malignos es grande e hipercrónico. La relación núcleo-citoplasma en los malignos se pierde y en los benignos se conserva. Las mitosis en los tumores malignos son abundantes en cambio en los tumores benignos son pocas. En los tumores malignos hay rapidez de crecimiento y en los benignos es lento; también se diferencian por su modo de expansión, ya que los malignos crecen en forma infiltrante y los benignos de forma localizada. La recurrencia en la resección quirúrgica en los malignos es muy frecuente y en los benignos es poco frecuente. En relación con la metástasis es frecuente en los malignos y en los benignos no existe. (Fig. I).

Diferencias entre tumores benignos y malignos (Willis).

CARACTERISTICAS	TUMOR BENIGNO	TUMOR MALIGNO
Estructura y Diferenciación	Frecuentemente típica del tejido de origen	Frecuentemente atípica o sea, poco diferenciado.
Modo de crecimiento	Expansivo, con formación de cápsula.	Infiltrativo, no encapsulado.
Velocidad de crecimiento.	Generalmente lento, - pocas mitosis normales	Generalmente rápido, - muchas mitosis anormales
Progresión del crecimiento.	Lento y progresivo, - puede detenerse o regresar.	Raramente cesa, casi siempre es rápido y progresivo hasta la muerte
Metástasis	Ausentes	Generalmente presentes

Aspecto Citológico del Cáncer

La atíпия celular debe interpretarse como la falta de semejanza -- morfológica de estas células con respecto aquéllas consideradas como -- normales, a quienes tratan de reproducir o remedar. Esta atíпия puede -- ser de mayor o menor grado; y en términos generales, mientras más hetero ro tí p i c a s sean los tumores, mayor será su malignidad.

Figura de Mitosis Atípicas

Todos los tumores benignos y malignos tienen dos componentes bási c o s, a saber: las células neoplásicas proliferantes que forman el parénq u i m a; y el estroma de sostén, que incluye tejido conectivo, vasos sang u i n e o s y posiblemente linfáticos.

La diferenciación de células parenquimatosas denota la medida en -- la cual estas células guardan semejanza con las antecesoras normales y -- esta manera alcanzan sus caracteres maduros, especializados, funcional e s y morfológicos.

La palabra anaplasia se usa como sinónimo de diferenciación. De man e r a estricta significa formarse hacia atrás. Sin embargo no es correct o y la palabra ha llegado a significar indiferenciación celular, acomp a ñ a d a n a r q u i a en la arquitectura. Los tumores anaplásticos co n s i s t e n células indiferenciadas que presentan pleomorfismo notable, esto es en tamaño y forma. En consecuencia, el tumor anaplástico es anárquic o.

En términos generales, las neoplasias benignas son muy diferenciad a s en sus células parenquimatosas, las mitosis son escasas y las que -- se observan son de tipo normal.

Las neoplasias malignas se caracterizan por la anarquía, que nos indica malignidad.

El estroma, si bien es importante para la supervivencia y el crecimiento de una neoplasia, no es dato de peso para identificarla. Brinda sostén estructural para el parénquima y lleva consigo el riego sanguíneo nutritivo. Cuando el parénquima crece más que el riego sanguíneo, a menudo aparecen zonas de necrosis isquémica y hemorragia.

Metástasis

La célula neoplásica es capaz de alejarse del tumor primario y de seguir creciendo lejos de él, en otro órgano a través de una serie de pasos que es posible resumir como sigue:

1) Invasión, en que alcanzan y penetran los vasos linfáticos o sanguíneos, y a través de estas vías llegan a otros tejidos u órganos.

2) Embolia o transporte, en que son acarreados por linfa, sangre, líquido seroso o secreción epitelial hasta que se detienen al final en un órgano distante o en una superficie serosa o epitelial.

3) Multiplicación celular y desarrollo de un nódulo que invade los tejidos vecinos y deriva de ellos el estroma necesario para su subsistencia. En alguna parte de esta odisea, la célula difiere fundamentalmente de la que es incapaz de llevarla a cabo, tumoral o no, y la diferencia la manifiesta en su autonomía con respecto a las condiciones del medio en que se desarrolla.

Las vías por las que se puede llevar a metástasis son:

1) Linfática.

- 2) Hematógena.
- 3) Mixta o linfa hematológica.
- 4) Translómica o de implantación.
- 5) Por conductos premoldados y revestidos de epitelio.

Etiología /

Carcinógenos Químicos

Encontramos en los productos químicos carcinógenos como son los hidrocarburos policíclicos y los más importantes son el benzopireno, el dibenzatraceno y sus derivados, estos se forman durante la combustión en altas temperaturas y un ejemplo es la combustión del tabaco que alcanza temperaturas de 835°C , y por pirólisis, que produce hidrocarburos policíclicos. También los colorantes nitrogenados han demostrado su poder carcinógeno, como la anilina, que en las fábricas donde se produce, al ser inhalada por los obreros que la eliminan por vía urinaria produciéndoles carcinoma en la mucosa de la vejiga.

Las hormonas que se administran en dosis anormales y por períodos largos, producen tumores en los órganos efectores.

Carcinógenos Físicos

Los rayos actínicos producen cáncer dependiendo de la exposición solar de los individuos y del pigmento protector de la piel.

Las radiaciones ionizantes son agentes cancerígenos y trae como consecuencia una forma de cáncer cutáneo y cáncer en el tejido hematopoyético, especialmente el tipo que depende de la reproducción desenfrenada de las células del tejido conjuntivo sanguíneo denominadas leucemias.

Carcinógenos Biológicos

Parásitos:

El más conocido de ellos es el *Schistosoma Haematobium* que frecuentemente se asocia con el cáncer de la vejiga.

El *Clororchis Sinensis* se asocia con un tipo específico de adenocarcinoma de los productos biliares.

Virus:

Los virus que producen tumores en animales tienen un núcleo de DNA y están rodeados de una membrana lípida libre de proteína y, por lo tanto, son resistentes al éter. En cuanto a tamaño son menores que los virus que contienen RNA y es probable que pertenezcan a los adenovirus.

Los estudios en cultivos de tejidos indican que las interacciones entre la célula tisular y el virus producen modificaciones del aparato genético de las células por la entrada del DNA viral. La transformación celular que ocurre da origen a proliferación anormal. Una vez que estas células se multiplican, puede ya no ser esencial la presencia de estas partículas virales.

El aislamiento de virus de las neoplasias, es un problema complicado en el que varios virus, PPL0 y formas L, que probablemente no tengan importancia como agentes etiológicos, pueden presentarse como contaminantes "pasajeros o visitantes". Además los tumores sólidos que se desarrollan en animales inoculados, a menudo parecen estar libres de partículas virales, complicando así el aislamiento del virus.

Acido Nucleico.- Acido desoxirribonucleico. Este es uno de los compuestos DNA; supuestamente ha sido el más importante en la transmisión - de la herencia en las células de los mamíferos.

Este se produce por interacción coordinada del DNA y de los ácidos ribonucleicos (RNA), los cuales son: Ac. ribonucleico mensajero (RNA.m); ac. ribonucleico ribosomal (RNA.r), ac. ribonucleico soluble o de transferencia (RNA.t). Y ácido ribonucleico nuclear concomitantemente con una labor armónica de cadenas enzimáticas y otros constituyentes químicos.

Es objeto de muchos aspectos del cáncer que se aclararán cuando se conozca con precisión la diferencia del DNA de una célula cancerosa y una normal.

Acido Ribonucleico.- Se ha observado que el RNA en células cancerosas está aumentado con respecto a sus homólogos normales, también cambia mecánicamente de síntesis.

El RNA nucleolar es la fracción que más aumenta y su síntesis metabólica es la más activa, desconociéndose su fórmula química alterada.

CAPITULO II

HISTOLOGIA DE LOS TEJIDOS DE LA CAVIDAD ORAL

La cavidad oral, en general, está constituida por un tejido epitelial plano o escamoso estratificado; este tejido puede ser queratinizado o no queratinizado, como en el fondo del vestibulo, en el esófago, - piso de la boca, paladar blando y úvula. Se encuentra queratinizado en: encía masticatoria, dorso de la lengua y paladar duro. Con referencia a la mucosa de la cavidad oral, se encuentra el tejido epitelial nombrado anteriormente en las zonas de mayor contacto de este tejido con los alimentos; por lo tanto, la queratina es una proteína fibrosa en forma de capa dura o capa córnea fibrosa. Por lo que nos explicamos que el tejido epitelial esté formado por muchas células con escasa sustancia intercelular, ya que sus principales funciones son: revestimiento, protección, secreción y absorción.

Consta de tejido epitelial que recubre la cavidad oral, así como tejido conectivo que soporta a la membrana epitelial a la cual se denomina lámina o túnica propia que suele presentar en partes algo de músculo liso en su profundidad.

Las mucosas de la cavidad oral se encuentran constituidas por las siguientes capas de la parte más profunda a la superficie:

- a) Estrato basal
- b) Estrato espinoso
- c) Estrato granular
- d) Estrato córneo

Estrato basal o germinativo.- es la más profunda de este tejido y lo constituye células ovoidales las cuales se encuentran en frecuente mitosis por lo que da origen a las células de los demás estratos.

El estrato espinoso.- se encuentra constituido por células de forma poliédrica, presentando como característica puentes de unión entre célula y célula, conocido con el nombre de desmosoma, constituido este por epitelio, fibrillas dándole la apariencia a este estrato de espinoso.

El estrato que sigue es el granular, el cual se encuentra constituido por dos o tres capas de células ovoidales cuya característica es la de presentar en el citoplasma gránulos de queratohialina.

La última capa de este tipo de epitelio es el estrato córneo el cual se encuentra constituido por células cuyos núcleos y órganos citoplasmáticos van desapareciendo; este estrato sirve de protección.

Se hace la observación de que la diferencia entre la piel y la mucosa es la ausencia del estrato lúcido en la mucosa encontrando este estrato solamente en la piel.

a) LABIOS.

La masa de los labios está constituida por fibras estriadas y tejido conectivo fibroelástico. El tejido muscular está formado principalmente por fibras del orbicular de la boca y se halla distribuido en la parte central del labio..

La superficie externa de cada labio está cubierta de piel que contiene folículos pilosos, glándulas sebáceas sudoríparas. Los bordes de los labios, de color rojo, están recubiertos de piel modificada que representan una transición entre la piel y la mucosa.

A este nivel el epitelio está recubierto de una capa de células muertas, como la de la piel, pero se sabe que contienen un elevado porcentaje de eleidina, bastante transparente. Las papilas de tejido conectivo de la dermis situado por debajo son muy numerosas, altas y ricas en vasos; en consecuencia, la sangre contenida en sus capilares se observa fácilmente a través de la epidermis transparente y proporciona color rojo a los labios. En la piel de los bordes libres de los labios, de color rojo, no hay glándulas sudoríparas ni sebáceas, ni folículos pilosos. -- Como el epitelio no está queratinizado ni dispone de sebo, tiene que humedecerse frecuentemente con la lengua para asegurar su integridad. En condiciones que favorecen la evaporación son frecuentes los labios "agrietados". Las papilas altas llevan terminaciones nerviosas hasta muy cerca de la superficie de los bordes rojos de los labios, por tal motivo, éstos tienen gran sensibilidad.

Cuando la piel de los bordes libres de los labios, pasa a constituir la superficie interna de los mismos, se transforma en mucosa. El epitelio

de ésta es más grueso que la epidermis que recubre la superficie externa del labio que es plano estratificado no queratinizado. Sin embargo, en las células de las capas más superficiales pueden observarse algunos gránulos queratohialinos.

Las papilas altas de la lámina propia del tejido conectivo (que en las mucosas representa la dermis de la piel) penetran en ella. En la lámina propia están incluidos pequeños acúmulos de glándulas mucosas (glándulas labiales) que alcanzan la superficie por medio de pequeños conductos.

b) MUCOSA ORAL.

La cavidad bucal se encuentra formada por dos cámaras: Cámara anterior o Vestíbulo bucal y se encuentra limitada en su lado interno por encías y dientes, otra es la cámara principal que se le conoce como Cavidad bucal que se encuentra limitada por delante y a los lados por encías y dientes, por arriba por paladares y en la base por surco sublingual y lengua. Existen variaciones en composición de los tejidos en las diversas partes de la boca debido a que existe diferentes funciones.

MUCOSA VESTIBULAR.

En ésta mucosa se encuentran los epitelios y el tejido conectivo que se localiza por debajo de ambos labios y de las mejillas. Existen pocas diferencias estructurales en ambas áreas.

El epitelio es de tipo interno y se le clasifica por lo tanto como escamoso estratificado no queratinizado.

La capa más superficial de descamación se encuentra compuesta por células aplanadas, los núcleos son pequeños y picnóticos. Como ésta á

rea se encuentra relativamente protegida a desgaste, el epitelio es grueso y los clavos epiteliales son cortos, anchos y romos.

Existe una membrana basal que separa el epitelio del tejido conectivo el cual se divide en que separa los clavos epiteliales (papilas) y el que se localiza por debajo.

Al primero se le conoce como capa papilar y el segundo como capa reticular. Como no existe una capa muscular definida ni capa elástica que separe los tejidos conectivos subepiteliales superficiales y profundos -- de la cavidad bucal se cree que no hay submucosa.

Las papilas del tejido conectivo son angostas y delgadas. Existe poco riego sanguíneo en ésta zona y es más abundante en la zona de transición. La capa reticular se encuentra adherida al centro del músculo -- por fibras colágenas; dicha capa tiene numerosas fibras elásticas. La -- adhesión firme evita la formación de pliegues grandes y las fibras elásticas permiten la formación de pliegues pequeños. Determinando de esta manera la flexibilidad y extensión de las mejillas durante la masticación -- de los alimentos.

El tejido conectivo de la capa reticular en general es areolar laxo y existe acúmulo de grasa por lo que la densidad disminuye. Los acinos o alvéolos de las glándulas salivales se encuentran cerca de la superficie. Algunas están situadas más profundas y otras entre las fibras del músculo estriado. Existe predominio de secreciones serosas y glándulas mixtas.

MUCOSA ALVEOLAR.

Esta mucosa comprende el área de los tejidos gingivales y vestibular..

El punto de unión con la mucosa vestibular no es notable, la unión con las encías se marca por la línea mucogingival.

Su color es intensamente rosado, el epitelio es delgado y no se encuentra queratinizado, por lo que los vasos sanguíneos superficiales se pueden observar. El tejido conectivo es laxo, por lo que existe movimiento libre.

SURCO SUBLINGUAL.

Se le da este nombre al piso de la boca. A los lados se continúa -- con las encías y por detrás con la superficie inferior de la lengua. El epitelio presenta rasgos estructurales parecidos al del vestíbulo, y los clavos epiteliales son más anchos y romos.

La membrana basal es muy delgada y la capa papilar no se distingue fácilmente. La capa reticular es delgada y difusa. Esto es debido a que no existe gran cantidad de fibras colágenas ya que existe gran aumento de células grasas. Las glándulas secretoras sublinguales y submaxilares se vacían en el surco y el tejido conectivo laxo está vascularizado.

MUCOSA DEL VIENTRE DE LA LENGUA.

La mucosa del lado inferior de la lengua es semejante a la del surco sublingual y a la del vestíbulo bucal. Se encuentra fijada al surco; lo cual se logra por la acción fijadora del colágeno que se extiende desde la capa reticular hasta las vainas musculares. El epitelio es delgado, no se encuentra queratinizado, y sus clavos epiteliales son bajos, anchos y en ocasiones no están presentes. La membrana basal se encuentra poco desarrollada.

El tejido conectivo es delgado y difuso y ahí se encuentran elementos vasculares, linfáticos y nerviosos.

Las glándulas están compuestas por alvéolos o acinos los cuales producen secreciones serosas, mucosas puras o mixtas.

c) GLANDULAS SALIVALES.

Se localizan en los tejidos de la boca. Se les puede clasificar como glándulas exócrinas.

Existe otro punto que se toma como base para clasificarlas; es el grado de destrucción que presentan las células en el proceso de liberación de las secreciones; se les llama glándulas Merócrinas si existe poco o ningún deterioro; si presenta deterioro parcial se le llama Apócrina y cuando la destrucción es total se le llama Holócrina.

Las glándulas de tipo Merócrino. Se clasifican en serosas, mucosas y seromucosas. De acuerdo al tamaño que presenta, pueden ser principales o accesorias.

FUNCIONES.

La secreción mezclada de todas las glándulas recibe el nombre de saliva. Esta tiene la consistencia líquida y viscosa, contiene bacterias, leucocitos, sales y material orgánico. Entre estos se encuentran las enzimas ptialina, maltasa y mucina.

Las funciones de la saliva son muchas y de acuerdo a su constitución. Con respecto a su composición química, incluye la destrucción de bacterias, disminución del tiempo de coagulación sanguínea y digestión de almidones. De acuerdo a su composición líquida tiene la función de -

humedecer y lubricar la mucosa bucal y labios, otra función que tiene - y es una de las más importantes es la de humedecer los alimentos secos para una mejor deglución, además permite que la boca quede limpia de - restos celulares y alimenticios.

La saliva puede funcionar como una excreción por ser un vehículo - en donde salen del cuerpo por el tubo gastrointestinal, metabolitos y - otros materiales sin valor.

GLANDULAS SALIVALES PRINCIPALES.

Son tres pares de glándulas que se encuentran en la cavidad bucal - y es ahí donde vacían sus secreciones a las cuales se les conoce con el nombre de: Glándula Parótida, Glándula Submaxilar y Sublinguales.

Estas se encuentran localizadas en forma bilateral en los cuadrantes posteroinferiores de la cara.

Todas las glándulas poseen acinos ramificados tubulares y tuboalveolares.

GLANDULA PAROTIDA.

Es la más grande, se encuentra incluida en el espacio que existe - entre la apófisis mastoide y la rama ascendente del maxilar inferior. - Se extiende debajo del arco cigomático y desde este extremo las secreciones de la glándula se introduce a la cavidad bucal, por medio del conducto de Stenon, encontrándose su abertura cerca del segundo molar inferior. La glándula se encuentra encerrada en una cápsula definida de tejido conectivo fibroso; es glándula tuboalveolar compuesta de tipo seroso.

GLANDULA SUBMAXILAR.

Se encuentra debajo del maxilar inferior, extendiéndose en el teji-

do del surco sublingual. Su conducto principal de Wharton, se abre en el suelo de la cavidad bucal, delante de la lengua y detrás de los incisivos inferiores, en una papila que se encuentra al lado del frenillo.

Posee una cápsula y sus ramas dividen a la glándula en lóbulos y lobulillos. Los acinos son en mayor parte serosos puros, la otra parte son células mixtas mucosas y serosas.

GLANDULA SUBLINGUAL.

Esta glándula no se encuentra encapsulada. Se sitúa, cerca de la línea media del surco sublingual. Se encuentra cubierta por la mucosa del surco; sus secreciones se vacían por diferentes conductos, el de Rivinus que se abre en hilera detrás de las aberturas de los conductos de Wharton. Otro conducto excretor es el de Bartholin que se abre en la cavidad bucal por un orificio que se encuentra en una papila cerca del frenillo. La secreción es mixta, predominando la mucosa.

Esta glándula presenta las siguientes diferencias:

- 1) Los acinos son puros y raros.
- 2) Las células seromucosas abundantes.
- 3) Los conductos intercalados.
- 4) Los conductos estriados son pocos y están deficientemente desarrollados.
- 5) La mayor parte de los conductos son extretores y, por lo tanto, se localizan en los septos.

GLANDULAS ACCESORIAS.

Estas se encuentran localizadas en la pared mucosa de la cavidad -

bucal, por lo que reciben el nombre de glándulas intrínsecas.

Todas las glándulas accesorias son predominantemente mucosas, excepto una serie de glándulas asociadas a la lengua llamadas Von Ebner.

Por ser las glándulas de tamaño pequeño no se les encuentra cápsula, los compartimientos producidos por septos de los grupos de acinos están mal definidos, si se encuentran presentes.

GLANDULAS VESTIBULARES.

Comprende tres grupos: Labiales, Bucales (mejillas) y Retromolares (detrás y debajo de los molares).

Todas tienen masas esféricas constituidas de acinos que contiene células serosas y mucosas. Los conductos excretores se introducen a la mucosa bucal por clavos epiteliales, producen predominantemente secreciones mucosas. Estas glándulas se caracterizan por la profundidad de su localización y porque son muy numerosas, principalmente cerca de la línea media del labio, siendo escasas cerca de la mejilla.

GLANDULAS PALATINAS.

Comprende tres grupos continuos: las del Paladar Duro, Paladar Blando, Uvula y Glosopalatinas. Sus secreciones son totalmente mucosas y las medias lunas son raras, en ocasiones llegan a faltar.

Las glándulas son más numerosas en el paladar duro, poco menos en el paladar blando y muy escasas en la úvula. En el paladar duro se formanseudolobulillos.

GLANDULAS DE VON EBNER.

Se encuentran en el tercio posterior de la lengua. Las porciones secretorias finales son segmentos tubulares ramificados de la glándula

y sus secreciones son serosas puras. Los conductos no se encuentran bien desarrollados. Algunos conductos excretores se abren en el dorso de la lengua.

d) LENGUA.

Está compuesta principalmente de músculo estriado, fibras agrupadas en ases entrelazados y dispuestos en tres planos.

Al corte sagital encontramos fibras longitudinales, musculares y - verticales, (cortadas longitudinalmente) y fibras horizontales al corte transversal, la disposición de fibras musculares estriadas es única en el cuerpo; por lo que permite identificar la lengua con toda seguridad.

Dentro de los ases, cada fibra muscular está rodeada de endomisio, que tiende a ser algo más grueso que en la mayor parte de los demás músculos estriados. El endomisio lleva capilares hasta cerca de las fibras musculares.

El tejido fibroelástico situado entre los ases musculares puede considerarse como perimisio. Contiene los vasos mayores y los nervios, en - diversos; en algunas partes de la lengua tiene glándulas incluidas.

MUCOSA.

El revestimiento de la superficie inferior de la lengua es delgado y liso. La lámina propia se une directamente al tejido fibroelástico que acompaña a los ases musculares. Aquí no hay verdadera submucosa.

La mucosa que recubre la superficie dorsal de la lengua tiene especial interés porque brinda información al médico en algunas enfermedades.

Ej. La Escarlatina y la Anemia Perniciosa puede causar alteraciones específicas en la superficie lingual. Esta mucosa está dividida en dos partes:

1.- La que cubre los dos tercios anteriores o parte dorsal de la lengua, (cuerpo de la misma).

2.- La que cubre el tercio posterior o faríngeo (raíz de la lengua).

El límite entre estas dos partes lo señala una línea en forma de "V" que es el surco terminal dispuesto transversalmente en la lengua.

PARTE BUCAL DE LA LENGUA.

La mucosa que recubre ésta parte, está cubierta por pequeñas proyecciones denominadas papilas; en el hombre son de tres tipos: Filiformes, Fungiformes y Caliciformes.

PAPILAS FILIFORMES (filim-hilo).

Estructuras relativamente altas, estrechas de forma cónica, constituidas por láminas propias, a partir de la cual se extienden hacia la superficie: papilas secundarias.

La papila primaria está cubierta de epitelio, que se extiende formando revestimientos separados para cada una de las papilas secundarias. A veces las cubiertas epiteliales de las papilas secundarias se dividen a su vez en hilos que justifican el término filiforme.

El epitelio que cubre las papilas secundarias se vuelve queratínico, pero todavía no sabemos si en el hombre las células superficiales se transforman en verdadera queratina. En algunos animales las papilas filiformes córneas hacen que la superficie dorsal de la lengua sea neta

mente rasposa. Estas papilas son muy numerosas y se distribuyen en hileras paralelas que atraviesan la lengua. Cerca de la raíz, estas hileras siguen la línea de forma "V" que separa el cuerpo de la raíz de la lengua.

PAPILAS FUNGIFORMES.

Reciben éste nombre porque se proyectan en la parte dorsal de la porción bucal de la lengua como pequeñas setas, más delgadas en su base y con la parte alta dilatada y uniformemente redondeada, no son tantas como las papilas filiformes, entre los cuales se hallan distribuidas. Se encuentran en mayor número en la punta de la lengua que en el resto del órgano.

Cada una tiene un núcleo central de lámina propia que recibe el nombre de papila primaria; de ella se proyectan papilas secundarias de lámina propia que penetran en el epitelio de revestimiento.

La superficie epitelial no sigue los contornos de las papilas secundarias de la lámina propia, como hace con las papilas filiformes; por lo tanto, las papilas secundarias de lámina propia llevan los capilares muy cerca de la superficie del epitelio. Como el epitelio de revestimiento no es queratinizado resulta bastante transparente; ello permite observar los vasos sanguíneos en las papilas secundarias altas y, en consecuencia durante la vida, las papilas fungiformes tienen color rojo.

PAPILAS CALICIFORMES.

Hay de siete a doce distribuidas a lo largo de la línea en forma de "V", que separa la membrana del cuerpo de la lengua de la que recu

bre la raíz.

El término caliciforme recuerda el cáliz, y el nombre circunvalada que a veces se les da (Valum-Baluart), recuerda que cada una de ellas a semejanza de una ciudad antigua, está rodeada de un foco o trinchera. El foco está constantemente lleno se líquido secretado por glándulas, situadas más profundamente que las papilas, que se vacian por medio de conductos en el fondo de dicho foco y lo limpian de residuos.

Cada papila caliciforme tiene una papila primaria central de lámina propia. Hay papilas secundarias de lámina propia que se elevan desde ésta hasta el epitelio estratificado no queratinizado que recubre toda la papila. Las papilas caliciformes son más estrechas a nivel de su inserción que en su superficie libre; por lo que tiene forma que recuerda la de las papilas fungiformes.

FUNCIONES DE LAS PAPILAS.

Los animales en los cuales las papilas filiformes están muy desarrolladas pueden lamer sustancias sólidas y semisólidas con acción que recuerda la del papel de lija.

Aunque las papilas filiformes no están muy desarrolladas en el hombre, permite que los niños laman a satisfacción su helado o un caramelo. Tales papilas tienen terminaciones nerviosas especializadas para el tacto. La mayor parte de las papilas fungiformes y todas las papilas caliciformes contienen corpúsculos gustativos en los cuales hay terminaciones nerviosas que, al ser estimuladas, originan los impulsos nerviosos causa de la sensación gustativa.

RAIZ DE LA LENGUA.

Amígdala lingual. La mucosa que recubre la raíz de la lengua no -- contiene papilas verdaderas. Las pequeñas prominencias que se observan en ésta parte de la lengua depende del acúmulo de nódulos linfáticos -- que hay en la lámina propia por debajo del epitelio.

Una disposición de éste tipo en estrecha relación con epitelio --- plano estratificado suele recibir el nombre de tejido amigdalár. El que se halla en el techo de la lengua constituye la amígdala lingual. ----- Muchos de los nódulos linfáticos de la amígdala lingual poseen centros germinativos y los espacios que quedan entre ellos se encuentran ocupados por tejido linfático difuso.

Con los linfocitos hay muchas células plasmáticas. El epitelio - plano estratificado no queratinizado que recubre el tejido linfático - se extiende hacia el interior del órgano a diversos niveles, para formar cavidades o fosas que reciben el nombre descritas (Kryptos-escondido). Los linfocitos emigran a través del epitelio que recubre placas de tejido linfático, pero más particularmente a través de las paredes epiteliales estratificadas de las criptas hasta alcanzar la luz de estas. Las células epiteliales superficiales del revestimiento de las criptas pueden contener acúmulos de restos formados por linfocitos y - células epiteliales descamadas.

Los conductos de las glándulas mucosas subyacentes se abren en el fondo de muchas criptas. Esta disposición permite que la luz de las - criptas provistas de tales glándulas se limpie y quede libre de restos.

Por este motivo las criptas infectadas no son tan comunes en las amígdalas subyacentes que se abren en las criptas.

e) ENCIA.

La encía o sea, la mucosa masticatoria que cubre el aparato de fijación, se encuentra formada la mayor parte por fibras colágenas elaboradas por fibroblastos, principal elemento celular del tejido conectivo.

Subdividida en: Encía Libre y Encía Adherida.

ENCIA LIBRE.

Corresponde a los tejidos comprendidos entre el borde gingival y la base del surco gingival. Su color suele ser rosa claro ó coral y su espesor oscila entre 0.5 y 2 mm. En el área interdental toma el nombre de papila gingival. La ranura gingival libre es un surco poco profundo que corre paralelamente, al borde de la encía. Estudios recientes señalan que menos de la mitad de todas las encías normales presentan una ranura gingival libre y que ésta puede encontrarse también en áreas con alteraciones de origen inflamatorio. Por lo tanto, no se puede utilizar la existencia de dicha ranura gingival como criterio o signo de encía normal, pero cuando está presente, corresponde aproximadamente a la base del surco gingival.

El surco gingival está tapizado con un epitelio delgado y no queratinizado, mientras que la superficie externa de la encía libre incluyendo la punta de la papila interdental, está cubierta con epitelio queratinizado.

ENCIA ADHERIDA.

La encía adherida, se encuentra formada por un tejido denso y punteado

do, se extiende desde el fondo del surco gingival hasta la unión muco -- gingival. Una red densa de fibras colágenas une firmemente la encía adherida al cemento y al hueso. El espesor de la encía adherida varía de una boca a otra y también según las diferentes regiones de la misma boca. Generalmente, el maxilar superior presenta una encía más fuertemente adherida que el inferior, y en la superficie vestibular del primer premolar inferior es donde se encuentra la encía más estrecha del periodonto adulto sano. Un epitelio estratificado, escamoso y queratinizado cubre la encía adherida; además unas digitaciones epiteliales bastante voluminosas y una superficie llena de depresiones y elevaciones diminutas dan a la encía un aspecto de piel de naranja.

El paladar duro se halla cubierto en su totalidad por la mucosa masticatoria, evidentemente las variaciones en el color de la encía están relacionadas con la constitución de la persona y es frecuente encontrar tejidos pigmentados.

En los dientes humanos totalmente erupcionados, el borde gingival redondeado está situado sobre el esmalte, a unos 0.5 a 2 mm. de la unión cementoamantina. El borde de la encía sigue un trayecto ondulante alrededor del diente y de su forma depende la curvatura de la línea cervical.

El surco gingival, o sea, el espacio comprendido entre la encía libre y el diente, está limitado de un lado por la superficie del diente y del otro por el epitelio que tapiza el surco y recubre la encía. La profundidad del surco sano no suele ser superior a 2.5 mm.

La estructura de la papila gingival, que en realidad, es la prolongación interdental de la encía, está determinada por las áreas de contac

to de los dientes adyacentes, el trayecto de la unión cementoadamantina y la proximidad de los dientes contiguos.

La papila gingival presenta una forma piramidal en dirección mesio distal, pero en sentido vestibulolingual su estructura varía según el contorno de las coronas de los dientes, la forma del área de contacto y del espacio interdental.

FIBRAS GINGIVALES.

La función de las fibras gingivales consiste en sostener la encía, manteniéndola firmemente aplicada sobre la superficie del diente, con lo cual se protege la encía contra las fuerzas que durante la masticación se ejercen sobre ella. Las fibras subyacente a la reinserción epitelial actúan como una barrera contra la migración apical de éste tejido e impiden por lo tanto, su retracción ulterior. Así, las fibras gingivales no sólo aguantan las fuerzas dirigidas sobre la encía, sino que también detienen la migración apical de los tejidos de la reinserción epitelial.

IRRIGACION SANGUINEA.

La irrigación sanguínea de los tejidos gingivales provienen, en su mayor parte, de los vasos supraperiósticos que nacen de las arterias --linguales, mentoniana, buccinadora y palatina. Las anastomosis con los vasos sanguíneos del ligamento periodontal y del tabique interdental -- puede seguirse con bastante facilidad. La encía presenta asas capilares abundantes, visibles en la papila conjuntiva debajo de la membrana basal del revestimiento epitelial.

TEJIDOS DENTARIOS

ESMALTE

Localización.- Se encuentra en todas las piezas dentarias.

Espesor.- Es variable según el diente de que se trate y de la persona, - siendo así que en los incisivos es de 2mm.; en los caninos de 2.4mm. y - los premolares es de 3mm..

Dureza.- Es el tejido más duro del organismo debido a la disposición de los cristales de hidroxí-apatita. Su dureza según la escala de MOH, que va de 1 a 10 referente a la dureza del diamante, el esmalte se clasifica de 5 a 8; se puede comparar su dureza con la del topacio.

Color.- El color del esmalte es translúcido, se determina por el color de la dentina y es variable, dependiendo del tercio del diente, de - la edad y del espesor.

Características Físicas.- El esmalte es una capa protectora cubre - las cúspides de los molares, sobre las bicúspides tiene un espesor máxi - mo de 2 a 2.5mm., se encuentra bien calcificado y cristalizado; su compo - nente inorgánico es de 96% aproximadamente, siendo la hidríxi-apatita su constituyente mineral más abundante.

Propiedades Químicas.- El esmalte está constituido por gran cantidad de materia inorgánica -96%- y en menor cantidad de sustancia orgánica y - agua -4%-. De agua tiene 2.3% y de sustancia orgánica 1.7%.

El material inorgánico está constituido por: Calcio 36.1 grs., Fosfa to 17.3 grs., Dióxido de Carbono 3.0 grs., Magnesio 0.5 grs., Sodio 0.2 - grs., Potasio 0.3grs., Cloro 0.3 grs., Flúor 0.016 grs., Azufre 0.1 grs., Cobre 0.01 grs., Silice 0.003 grs., Hierro 0.0025 grs., Zinc 0.016 grs..-

Las células formadoras del esmalte contienen una gluco-proteína 14 y un mucopolisacárido, en la sustancia fundamental amorfa se encuentran mucopolisacáridos ácidos, los que intervienen en la calcificación del esmalte.

Estructuras Histológicas. - Prismas: las encontramos perpendicularmente a la línea de unión amelodentinaria, tienen forma hexagonal y están formados por cristales de hidroxí-apatita; contiene principalmente - Sodio, Fosfato y Calcio, teniendo un promedio en dientes anteriores de cinco millones y en posteriores un promedio de doce millones, con un diámetro de 4 micras.

Vaina de los Prismas: la vaina del prisma es una estructura que envuelve al prisma del esmalte, algunos estudios microscópicos electrónicos han demostrado que es un interespacio entre dos prismas totalmente desprovistos de cristales de apatita y ricos en materia orgánica.

Sustancia Interprismática: se encuentra en cantidades mínimas en los dientes; en un estudio realizado se observó que la sustancia interprismática parece tener un contenido bajo de sales minerales y ocupa el espacio localizado entre un cuerpo prismático y otro.

Lamelas y laminillas: son defectos del esmalte (sustancias orgánicas y restos de prisma) parecidos a grietas y hendiduras que atraviesan el lado de la corona desde la superficie externa hasta la unión amelodentinaria.

Penachos: nacen en la línea amelodentinaria, penetra en el esmalte, - en una quinta parte de su espesor, están formadas por esmalte hipocalcificado y sustancia interprismática, dado que su trayectoria es breve.

Husos y Agujas: son estructuras histológicas del esmalte que sale de

la línea amelodentinaria, corresponden a las prolongaciones citoplásmicas de los odontoblastos, el hueso es más grueso que la aguja, y se cree que su función es la de percibir sensaciones dolorosas en el esmalte.

Bandas de Hunter-Schereger: señala la diferencia que existe en el grado de mineralización entre las bandas claras (parazonas) y las oscuras (diazonas). Desde el punto de vista óptico la densidad variará dependiendo del tipo de corte.

Estrías de Retzius o líneas incrementales: son los periodos de descanso en la formación del esmalte; en el momento del nacimiento ya está formado el esmalte.

Cutícula Primaria; o membrana de Nasmyth; es una capa fibrosa de recubrimiento en los dientes antes de la erupción, capa protectora para las caries en toda la cara oclusal. La forman los ameloblastos al estar por desaparecer su etapa terminal de la amelogenesis.

Cutícula Secundaria o del esmalte: es la última capa del esmalte, actúa como recubrimiento de los dientes, está compuesta por queratina, la cual es una proteína fibrosa que queda sin calcificarse. Al erupcionar el diente, el epitelio que cubre es estrato cornificado, su espesor es de 2 a 10 micras.

DENTINA

Localización.- la dentina constituye el macizo dentario del diente - y es formado por células especializadas llamadas Odontoblastos.

Características Físicas.- la dentina es de color blanco amarillento, su espesor varía de acuerdo a su localización en el diente.

Permeabilidad: tiene de 30,000 a 75,000 túbulos dentinarios por mm^2 .

Dureza: debido a la gran cantidad y disposición de cristales de hidroxi-apatita, permite cierta compresión ya que contiene fibras colágenas y agua en un 10%.

Propiedades Químicas.- según análisis cualitativos, se encuentra constituido por cristales de hidroxí-apatita (Ca y P) en un 70% y 30% de sustancia amorfa fundamental que está constituida por el ácido condroitinsúlfúrico, contiene fibras colágenas en un 30%, como sustancia orgánica (mucopolisacáridos ácidos y sustancias intercelulares).

Estructuras Histológicas.- Fibras de Tomes: son prolongaciones citoplásmicas dentro del túbulo dentinario, su propia célula tiene proteínas, sustancias fundamentales amorfas, mucopolisacáridos ácidos, ácidos - condroitinsulfúrico, glucosa-glucógeno, sistemas enzimáticos y fosfatasa alcalina; las fibras están fuertemente ramificadas a cada uno de los túbulos.

Dentina Peritubular.- En un corte transversal de los túbulos dentina^{rios} se observa en el túbulo la matriz citoplásmica o fibra de Tomes, - y a los conductos se les llaman túbulos dentinarios, en donde se puede - encontrar la Vaina de Neuman, esta vaina tiene gran cantidad de sales minerales, células y fibras colágenas de menor dimensión; fuera del túbulo

se observan fibras colagenas más gruesas y sales de calcio, que recibe - el nombre de dentina peritubular, las fibras colágenas finas miden aproximadamente de 0.05 a 0.2 mm..

Líneas Incrementales: el ritmo diario de aposición de la dentina - en la corona varía de 4 a 8 micras de espesor, esto es el período de descanso de la actividad celular y se le llama línea incremental de Von --- Ebner y Owen.

Dentina Interglobular: aparecen globulillos de calcio y quedan separados, luego se pueden llegar a juntar y calcificarse, en su calcificación incompleta rodean a los glóbulos y a esto se le llama dentina interglobular, quedan pequeños espacios a nivel del cuello del diente llenas de - aire y se les llama espacios interglobulares de Czernak.

Vitalidad de la dentina: es la capacidad de la dentina para reaccionar a los estímulos patológicos y fisiológicos. La sustancia intercelular es permeable a los líquidos orgánicos, y se llama linfa dental.

Dentina Primaria: se inicia cuando las células mesenquimatosas se - diferencian en odontoblastos pegados a la unión amelodentinaria y así comienza la formación de la dentina primaria.

Dentina Secundaria: se forma a partir de la dentina primaria y si que formando desde el momento de contacto de los dientes antagonistas, - se forma en dirección pulpar desde la línea de demarcación.

Dentina Irregular: cuando hay recubrimiento de las prolongaciones - odontoblásticas e irritación de la pulpa, se le llama dentina irregular; muchas veces se separa la dentina primaria de la secundaria.

Dentina Transparente (esclerótica): se depositan sales de calcio -

en las prolongaciones y obliteran el conducto, esto puede ser una reacción de la defensa de la dentina.

Zonas muertas: hay desintegración de las prolongaciones odontoblásticas, esto pasa en dientes vivos por la irritación de la caries, desgaste, abrasión o erosión (áreas de sensibilidad disminuida).

CEMENTO

Localización.- Se encuentra en las raíces de todas las piezas dentarias, teniendo unión con el esmalte en el cuello anatómico de la pieza.

Características Físicas.- El cemento es de color amarillo claro y de aspecto rugoso, su dureza es menor que la de la dentina y un poco -- más o igual que el hueso alveolar, tiene la propiedad de ser permeable y se encuentra revistiendo la totalidad de las raíces.

Propiedades Químicas.- Su composición, es de sustancia inorgánica en un 45% a un 50% de hidroxí-apatita e hidróxido de calcio, y sus sustancias orgánicas y agua de un 50% a un 55%, interviniendo mucopolisacáridos ácidos y colágenos.

Estructuras Histológicas.- Morfología del cemento: hay dos tipos de cemento; a) celular; b) acelular.

a) Cemento celular: se forma sobre la superficie del cemento acelular, -- las células tienen forma de almendra y están en espacios que contienen -- aire.

b) Cemento acelular: cubre la dentina radicular, los dos tipos están separados por una línea incremental constituida por una matriz calcificada y por fibras de Sharpey.

El cemento está constituido por sustancia amorfa, ácido condroitin sulfúrico, cementoblastos y células maduras que se encuentran en lagunas de cemento. La nutrición es a través de los vasos sanguíneos del ligamento parodontal.

Función del cemento: Su función es de soporte del diente por medio del ligamento parodontal, por hueso alveolar y por las fibras de Sharpey, protege la dentina y contribuye a la erupción del diente y a la oclusión. El cemento celular se encuentra en una tercera parte apical y el acelular en una tercera parte en la zona cervical y media.

PULPA

Localización.- Se encuentra en la parte interna de todas las piezas dentarias, por abajo de la dentina.

Características Físicas.- Función formativa: es de origen mesenquimatoso, su función principal es la producción de dentina.

Función nutritiva.- Proporciona alimentación a la dentina y sus prolongaciones, estos elementos están constituidos en los tejidos.

Función sensitiva.- Esta compuesta por fibras nerviosas mielínicas y amielínicas que entran en el conducto radicular con la mayor parte de los vasos sanguíneos. Las fibras nerviosas mielínicas, consideradas como sensitivas, normalmente son de trayecto directo y se ramifican en la porción coronal de la pulpa, y constituyen una red de tejido nervioso que al aproximarse a la capa basal de Weil, se notan arborizaciones con fibras entrelazadas en la pulpa coronal y radicular donde constituyen los plexos de Raschkow, de aquí parten las ramas terminales que pasan a los odontoblastos y forman ramificaciones en la capa odontoblástica. Suelen

llegar algunos procesos odontoblásticos hacia el área predentinal.

En la pulpa, el nervio mielínico continua hasta que el tronco principal se divide en ramas más pequeñas y se pierda la continuidad de la vaina de mielina. A la vaina más externa se le denomina vaina de Schwann, que es reconocible; pero puede también perder su continuidad en las ramas más terminales del nervio. Se cree que la sensibilidad de la pulpa y la dentina dependa de estas fibras nerviosas amielínicas, que se encuentran en las capas: Subodontoblástica, odontoblástica y también en la capa predentinal.

Propiedades Químicas.- El órgano pulpar no se encuentra constituido por material inorgánico, sino por material orgánico.

Estructuras histológicas.- Cámara pulpar: tiene extensiones delgadas hacia la región oclusal llamadas cuernos pulpares que con los años - éstas se vuelven más angostas por la aposición de dentina.

Conducto de la raíz: Existe un forámen apical amplio limitado por el diafragma epitelial o vaina de Herwig, por donde el paquete vasculo-nervioso penetra.

Abertura apical: La abertura nunca es recta, se puede encontrar en un extremo, siendo que los tejidos que atraviesan el forámen ejerce presión.

Fibras argirófilas: Las fibras de Kroff se originan entre las células pulpares, en forma de fibras delgadas que se distribuyen en la periferia formando haces gruesos que pasan entre los odontoblastos, son precolágenos. El resto es una densa red de fibras colágenas, en la porción de la cámara; en la parte exterior hay capas de predentina, odontoblastos

y la zona basal de Weill.

LIGAMENTO PARODONTAL

Las principales fibras de tejido colágeno, dispuestas en grupos, fijan el diente en el alveolo; entre esos grupos de fibras se encuentran; tejido conectivo laxo, vasos sanguíneos, linfáticos y nervios, estas fibras actúan como estructuras de revestimiento y sostén para el diente, es el ligamento parodontal el tejido que rodea a las raíces del diente, uniéndolo al hueso alveolar.

El aparato de fijación no solo actúa como estructura de sostén, sino que también tienen funciones formativas, nutritivas y sensitivas y sirve como amortiguador.

En el tejido se encuentran fibroblastos, osteoblastos. Hay bastante riego vascular, también existen fibras que amortiguan los estímulos de la masticación.

Función formativa: es necesaria para asegurar la reposición de tejidos como el cemento, ligamento parodontal y hueso alveolar. Los vasos sanguíneos y los nervios realizan funciones nutritivas y sensitivas.

MAXILAR SUPERIOR

Es un hueso que forma la mayor parte del macizo facial; a su alrededor se articulan todos los otros huesos de la cara, está situado por debajo del frontal y del etmoides, por delante de la apófisis pterigoides. Presenta en su interior una gran cavidad neumática, seno maxilar, ampliación de las fosas nasales, con las que se comunican. Las caras del maxilar son tres: superior u orbitaria, anterior o facial y posterior o cigom

mática, también se encuentran tres apófisis: ascendente o montante, la palatina y el reborde alveolar.

Composición interna: en ambas tablas se observan agujeros vasculares que son penetrantes y facilitan la anestesia por infiltración; se encuentra un tejido compacto denso, aloja vasos y nervios del dentario superior, que se divide en nervio palatino anterior y nervio palatino posterior. Se encuentra en el paladar duro el agujero anterior y el agujero palatino posterior, estos nervios van a dar inervación a las piezas dentarias superiores.

MAXILAR INFERIOR

Es un hueso impar debido a la soldadura en la línea media de los bordes laterales que lo originan, se deriva del esqueletico visceral (primer arco), su osificación es conjunta, pero se forma a lo largo del cartilago de Meckel.

En la mandíbula existen dos porciones: la inferior basal o basilar y la superior o apófisis alveolar.

Composición interna: se haya constituida por dos tablas, una externa y otra interna que dejan entre ellas una cantidad de tejido esponjoso variable en espesor, según la región que se considere, el cóndilo se ha ya recubierto por una delgada lámina de tejido compacto, aloja los vasos y nervios dentarios en el conducto dentario inferior o mandibular.

El conducto de Serres, en el recién nacido es constante en el 100%, únicamente es posible explorarlo en el segmento posterior, entre el den

tario inferior y el conducto de Serres, hay una capa de tejido esponjoso de variable espesor.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE TUMORES BENIGNOS DE LA CAVIDAD ORAL INCLUYENDO LOS TIPOS HISTOLOGICOS MAS FRECUENTES.

	Hemangioma
	Adenoma Oxifilico
LABIOS	Fibroma
	Papiloma
	Lipoma

HEMANGIOMA.- Es una neoplasia benigna de los pequeños vasos sanguíneos, formada por células endoteliales.

Los hemangiomas se subdividen en dos tipos: capilar y cavernoso.

FRECUENCIA.- El tipo cavernoso es el que se ha encontrado con más incidencia.

ETIOLOGIA.- Según Watson y McCarthy el 85% son congénitos y hacen su aparición durante el primer año de vida extrauterina.

Siendo de origen neoplásico, formándose de rudimentos endoteliales o del endotelio de vasos sanguíneos.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Microscópicamente el tipo capilar presenta espacios ocupados por sangre y revestidos por endotelio, son pequeños y el tipo cavernoso es todo lo contrario, siendo los espacios que presentan de mayor tamaño.

En general cuando existen núcleos son pequeños e hiper cromáticos. -- En su localización profunda presentan canales vasculares arracimados for

mando parte del estroma, el cual está constituido de tejido conjuntivo - fibroso y edematizado o bién presentando fibras colágenas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Generalmente se encuentra en la mucosa labial, lengua y mucosa - oral.

FORMA.- Disposición lobular delimitada.

COLOR.- Tipo cavernoso su coloración es roja.

Tipo capilar su coloración es violeta o azul.

CONSISTENCIA.- Blanda.

TAMAÑO.- En ocasiones los hemangiomas alcanzan un tamaño que varía de unos cuantos milímetros hasta varios centímetros.

TRATAMIENTO.- Por medio de la radioterapia y mediante procedimientos qui - rúrgicos se obtiene la eliminación de los vasos dilatados.

PRONOSTICO.- Favorable, aunque sí existe una porción de tumor es frecuen - te que recidive.

ADENOMA OXIFILICO.- Tumor benigno de crecimiento lento, compuesto por células, que tienen su citoplasma acidófilo y su pequeño núcleo marginal.

FRECUENCIA.- Se encuentra con más frecuencia en las mujeres que en los -- hombres, de 60 años en adelante.

ETIOLOGIA.- La mayoría de los autores están convencidos de su naturaleza - neoplásica y afirman que el tumor se origina a partir de tejido de glán - dulas salivales accesorias.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Está compuesto por bandas de células epite - liales poligonales, con estroma escasamente vascularizado. Las células

son de núcleos pequeños, oscuros en la periferia y su citoplasma contiene granulación con un gran contenido de mitocondrias ricas en enzimas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Frecuentemente se encuentran en los labios y mucosa oral.

FORMA.-- Es delimitada de acuerdo a los tejidos vecinos y está dividido en lóbulos por finas láminas de tejido conectivo fibroso.

COLOR.- Rojo grisáceo.

CONSISTENCIA.- Este tumor es de características firmes, desplazable y -- está bien encapsulado.

TAMAÑO.- Es variable desde milímetros hasta centímetros.

TRATAMIENTO.- Se recomienda la extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO.- Favorable, y rara vez hay recidiva.

FIBROMA.- Es una neoplasia benigna de las más localizadas en la mucosa oral, teniendo su origen en las capas profundas de la submucosa o - del periostio de los maxilares.

FRECUENCIA.- Tiene como predilección los labios y la mucosa oral.

ETIOLOGIA.- Es desconocida, unos autores la relacionan con la irritación y denominan a esta lesión fibroma por irritación.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Los núcleos de las células de estos tumores deben conservar su carácter fibroblástico y no poseer o sólo excepcionalmente figuras mitóticas. Predominan las células fibroblásticas de histología uniforme con escaso colágeno, mínima variabilidad nuclear y ausencias de figuras mitóticas, como se mencionó.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Se encuentra en labios y en la mucosa oral.

FORMA.- Diversa, puede estar fijo con una base amplia o por un pediculo delgado y angosto.

COLOR.- Varía desde el azul rojizo al rosa.

CONSISTENCIA.- Algunos son firmes (duro), por el tejido conjuntivo denso, otros son blandos debido a su vascularidad.

TAMAÑO.- Varía desde unos cuantos milímetros a más de un centímetro de diámetro.

TRATAMIENTO.- La excisión, debe ser amplia abarcando tejido sano.

PRONOSTICO.- Favorable.

PAPILOMA.- Se considera como un tumor benigno, bien definido del epitelio de superficie; es una neoformación pedunculada, de aspecto de coliflor. A las lesiones múltiples se les denomina Papilomatosis. Se ha establecido que la verruga cutánea es generada por un virus, cosa que es desconocida en el papiloma oral.

FRECUENCIA.- Se presenta en la infancia en un 8% de todos los tumores de la mucosa oral, predominan en varones de 3 a 1.

ETIOLOGIA.- Se desconoce su etiología.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Presenta un patrón complejo de múltiples prolongaciones digitales de epitelio estratificado y escamoso alrededor de un núcleo central de tejido conjuntivo vascular, suele presentar actividad mitótica y siendo excepcionalmente la disqueratosis maligna.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Se localiza en labios y en mucosa oral.

FORMA.- De neoformaciones exofíticas de aspecto de coliflor, con base - pediculada y algunas veces sésil.

COLOR.- Varía según su localización, en el epitelio no queratinizado es algo más enrojecido, en los labios se observa de coloración blanca por su queratina o paraqueratina.

CONSISTENCIA.- Los papilomas que contienen queratina suelen ser firmes.

TAMAÑO.- Por lo general son pequeños, aunque rara vez se encuentran lesiones de varios centímetros.

TRATAMIENTO.- Quirúrgico. (Técnica del Papiloma), consta de una excisión y sutura.

PRONOSTICO.- Favorable; pero en casos excepcionales puede reincidir.

LIPOMA.- Tumoración benigna de células maduras del tejido conjuntivo adiposo.

FRECUENCIA.- Es rara en los labios y tiene predilección por el sexo masculino.

ETIOLOGIA.- Se desconoce su etiología.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Las células grasas maduras se caracterizan por la grasa citoplasmática disuelta en su proceso hístico. Los restos celulares aparecen como grandes zonas redondeadas cuyo núcleo es aplanado y desplazado a hacia la periferia. La vascularización dentro de su escaso estroma tumoral es generalmente mínimo, y los divide unas laminillas de tejido conjuntivo y los vasos al tejido adiposo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Se localiza en labios y en mucosa oral.

FORMA.- Lobular bién definida.

COLOR.- Amarillento.

CONSISTENCIA.- Blanda, y la abundancia de sustancias fundamentales nos da un lipoma firme.

TAMAÑO.- Por regla general es pequeño.

TRATAMIENTO.- Quirúrgico, excisión y sutura.

PRONOSTICO.- Favorable.

ENCIA

Fibroma

Papiloma

Lipoma

Hemangioma

FIBROMA.- Es una neoplasia benigna de las más localizadas en la mucosa oral, teniendo su origen en las capas profundas de la submucosa o del periostio de los maxilares.

FRECUENCIA.- Tiene como predilección encías y mucosa oral.

ETIOLOGIA.- Es desconocida, unos autores la relacionan con la irritación y denominan a esta lesión fibroma por irritación.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Los núcleos de las células de estos tumores deben conservar su carácter fibroblástico y no poseer o sólo excepcionalmente figuras mitóticas. Predominan las células fibroblásticas de histología uniforme con escaso colágeno, mínima variabilidad nuclear

y ausencias de figuras mitóticas, como se mencionó.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Se localiza en encía y mucosa oral.

FORMA.- Diversa.

COLOR.- Debido a la queratinización se encuentra de color rosa blanquecino, específico de la zona.

CONSISTENCIA.- Firme, debido a la abundancia de tejido conjuntivo denso.

TAMAÑO.- Varía según su estadio.

TRATAMIENTO.- La excisión, debe ser amplia abarcando tejido sano.

PRONOSTICO.- Favorable.

PAPILOMA.- Se considera como un tumor benigno, bien definido del epitelio de superficie; es una neoformación pedunculada, de aspecto de coliflor. Alas lesiones múltiples se les denomina Papilomatosis. Se ha establecido que la verruga cutánea es generada por un virus, cosa que es desconocida en el papiloma oral.

FRECUENCIA.- Se presenta en la infancia de un 8% de todos los tumores de la mucosa oral, predominan en varones de 3 a 1.

ETIOLOGIA.- Se desconoce su etiología.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Presenta un patrón complejo de múltiples prolongaciones digitales de epitelio estratificado y escamoso alrededor de un núcleo central de tejido conjuntivo vascular, suele presentar actividad mitótica y siendo excepcionalmente la disqueratosis maligna.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Mucosa oral y pudiéndose encontrar en encía, colocándola en cuarto lugar según Shafer.

FORMA.- De superficie rugosa, pudiéndose encontrar su base sésil.

COLOR.- En encía suele estar recubierto de queratina o paraqueratina y nos dan una coloración blanca.

CONSISTENCIA.- Presentan cierta firmeza.

TAMAÑO.- Relativamente pequeños.

TRATAMIENTO.- Quirúrgico.

PRONOSTICO.- Favorable; pero en casos excepcionales puede reincidir.

LIPOMA.- Tumoración benigna de células maduras del tejido conjuntivo adiposo.

FRECUENCIA.- Es rara en las encías, y tiene predilección por el sexo masculino.

ETIOLOGIA.- Se desconoce su etiología.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Las células grasas maduras se caracterizan por la grasa citoplasmática disuelta en su proceso hístico. Los restos celulares aparecen como grandes zonas redondeadas cuyo núcleo es aplanado y desplazado a hacia la periferia. La vascularización dentro de su escaso estroma tumoral es generalmente mínimo, y los divide unas laminitas de tejido conjuntivo y los vasos al tejido adiposo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Se localiza en encía y se clasifica en el último lugar de estos tumores.

FORMA.- Lobular bien definida.

COLOR.- En esta región nos dá una coloración café amarillenta, (debido a la vascularidad).

CONSISTENCIA.- Fluctúa entre blanda y firme.

TAMAÑO.- Variable.

TRATAMIENTO.- Excisión y sutura.

PRONOSTICO.- Favorable.

LENGUA

Fibroma

Papiloma

Lipoma

Hemangioma

Linfangioma

Neurofibroma

FIBROMA.- Es una neoplasia benigna de las más localizadas en la mucosa oral, teniendo su origen en las capas profundas de la submucosa o del periostio de los maxilares.

FRECUENCIA.- Tiene como predilección la lengua y la mucosa oral.

ETIOLOGIA.- Es desconocida, unos autores la relacionan con la irritación y denominan a esta lesión fibroma por irritación.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Los núcleos de las células de estos tumores deben conservar su carácter fibroblástico y no poseer o sólo excepcionalmente figuras mitóticas. Predominan las células fibroblásticas de histología uniforme con escaso colágeno, mínima variabilidad nuclear y

ausencias de figuras mitóticas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Se encuentra en la lengua.

FORMA.- Diversa.

COLOR.- De azul rojizo a rosa, según el grado de queratina existente.

CONSISTENCIA.- Firme debido al tejido conjuntivo denso que presenta esta zona.

TAMAÑO.- Variable.

TRATAMIENTO.- La excisión, debe ser amplia abarcando tejido sano.

PRONOSTICO.- Favorable.

PAPILOMA.- Se considera como un tumor benigno, bien definido del epitelio de superficie; es una neoformación pedunculada, de aspecto de coliflor. A las lesiones múltiples se les denomina Papilomatosis. Se ha establecido que la verruga cutánea es generada por un virus.

FRECUENCIA.- Según Shafer el lugar de predilección es la lengua.

ETIOLOGIA.- Se desconoce su etiología.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Presenta un patrón complejo de múltiples prolongaciones digitales de epitelio estratificado y escamoso alrededor de un núcleo central de tejido conjuntivo vascular suele presentar actividad mitótica y siendo excepcionalmente la disqueratosis maligna.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- La lengua y mucosa oral.

FORMA.- De superficie rugosa, presentando su base tanto sésil como pedicu

lada.

COLOR.- Es blanca porque se encuentra recubierta de queratina.

CONSISTENCIA.- Firme, por la capa de queratina.

TAMAÑO.- Relativamente pequeña.

TRATAMIENTO.- Quirúrgico.

PRONOSTICO.- Favorable; pero en casos excepcionales puede reincidir.

LIPOMA.- Tumoración benigna de células maduras del tejido conjuntivo adiposo.

FRECUENCIA.- En este orden se presenta con mayor frecuencia en la lengua.

ETIOLOGIA.- Se desconoce su etiología.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Las células grasas maduras se caracterizan por la grasa citoplasmática disuelta en su proceso histico. Los restos celulares aparecen como grandes zonas redondeadas cuyo núcleo es aplanado y desplazado a hacia la periferia. La vascularización dentro de su escaso estroma tumoral es generalmente mínimo, y los divide unas laminillas de tejido conjuntivo y los vasos al tejido adiposo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Se localiza en lengua y en mucosa oral.

FORMA.- Redondeada, pudiéndose modificar.

COLOR.- Amarillo.

CONSISTENCIA.- Entre firme y blando.

TAMAÑO.- Va de milímetros a centímetros.

TRATAMIENTO.- Excisión y sutura.

PRONOSTICO.- Favorable.

HEMANGIOMA.- Es una neoplasia benigna de los pequeños vasos sanguíneos, formada por células endoteliales.

Los hemangiomas se subdividen en dos tipos: capilar y cavernoso.

FRECUENCIA.- El tipo cavernoso es el que se ha encontrado con más incidencia en lengua.

ETIOLOGIA.- Según Watson y McCarthy el 85% son congénitos y hacen su aparición durante el primer año de vida extrauterina.

Siendo de origen neoplásico, formándose de rudimentos endoteliales o del endotelio de vasos sanguíneos.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Microscópicamente el tipo capilar presenta espacios ocupados por sangre y revestidos por endotelio, son pequeños y el tipo cavernoso es todo lo contrario, siendo los espacios que presentan de mayor tamaño.

En general cuando existen núcleos son pequeños e hipercromáticos. En su localización profunda presentan canales vasculares arracimados formando parte del estroma, el cual está constituido de tejido conjuntivo fibroso y edematizado o bien presentando fibras colágenas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Se encuentran en la lengua los más grandes.

FORMA.- Disposición lobular.

COLOR.- Púrpura o azul claro, siendo más notable su coloración roja.

CONSISTENCIA.- Blanda o semifirme.

TAMAÑO.- Clínicamente grande.

TRATAMIENTO.- Por medio de la radioterapia y mediante procedimientos quirúrgicos se obtiene la eliminación de los vasos dilatados.

PRONOSTICO.- Favorable, aunque si existe una porción de tumor es frecuente que recidive.

LINFANGIOMA.- Son tumores benignos cuyas células forman espacios, - ocupados por linfa o líquido seroso, están revestidos por una capa única de endotelio, sus espacios se parecen mucho a los canales linfáticos.

FRECUENCIA.- Su mayor incidencia es en la lengua y generalmente se presentan tardíamente.

ETIOLOGIA.- Están constituidos de endotelio que provienen de las células que revisten los linfáticos. Es posible que sean congénitos, presentándose más tarde.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Revelan unos espacios vasculares de tamaño grande y pequeño, revestidos por una capa única de células endoteliales. En ocasiones pueden apreciarse unas estructuras valvulares siendo característico que sus espacios no poseen elementos sanguíneos aunque pueden contener líquido linfático.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Dentro de la mucosa oral y en la lengua. Específicamente en el dorso, bordes y a nivel sublingual siendo unilateral.

FORMA.- Pueden ser circunscritos y de superficie nodular.

COLOR.- Por lo común son blancos o pardo amarillento.

CONSISTENCIA.- Son blandos y se pueden infiltrar en la linfa a los tejidos profundos (cuando se hace presión).

TAMAÑO.- Pueden ser pequeños o grandes con superficie nodular.

TRATAMIENTO.- Es el mismo que para el hemangioma.

PRONOSTICO.- Favorable.

NEUROFIBROMA.- Puede presentarse como tumor único o formando parte de la neurofibrosis generalizada.

FRECUENCIA.- Es rara.

ETIOLOGIA.- Se origina con base neoplásica a partir del tejido conjuntivo de la vaina nerviosa, se considera que los traumatismos son importantes como factor secundario y las alteraciones endócrinas.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Consiste en una proloferación difusa y -- desordenada de las células de Schwann, en forma de empalizada; no es común que estén encapsulados.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- De preferencia en la lengua y mucosa oral.

FORMA.- Prominencias difusas.

COLOR.- Pálidas o de color normal y en los múltiples, manchas café con leche.

CONSISTENCIA.- Blanda.

TAMAÑO.- Varía mucho de tamaño.

TRATAMIENTO.- Extirpación quirúrgica local dejando un margen amplio.

PRONOSTICO.- Favorable, pudiendo sufrir transformación maligna.

Fibroma

PALADAR DURO

Papiloma

Lipoma

FIBROMA.- Es una neoplasia benigna de las más localizadas en la mucosa oral, teniendo su origen en las capas profundas de la submucosa o del periostio de los maxilares.

FRECUENCIA.- Es rara.

ETIOLOGIA.- Es desconocida, unos autores la relacionan con la irritación y denominan a esta lesión fibroma por irritación.

CARACTERES HISTOPATOLÓGICOS.- Los núcleos de las células de estos tumores deben conservar su carácter fibroblástico y no poseer o sólo excepcionalmente figuras mitóticas. Predominan las células fibroblásticas de histología uniforme con escaso colágeno, mínima variabilidad nuclear y ausencias de figuras mitóticas, como se mencionó.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

SITIO.- Se localiza en paladar duro y mucosa oral.

FORMA.- Diversa (pedicular o sésil).

COLOR.- Rosa blanquecino.

CONSISTENCIA.- Firme.

TAMAÑO.- Va de milímetros a más de un centímetro de diámetro.

TRATAMIENTO.- Es la excisión como ya quedó descrito.

PRONÓSTICO.- Favorable.

PAPILOMA.- Se considera como un tumor benigno, bien definido del -

epitelio de superficie; es una neoformación pedunculada, de aspecto de coliflor. A las lesiones múltiples se les denomina Papilomatosis. Se ha establecido que la verruga cutánea es generada por un virus, cosa que es desconocida en el papiloma oral.

FRECUENCIA.- Es de menor incidencia en el paladar duro.

ETIOLOGIA.- Se desconoce su etiología.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Presenta un patrón complejo de múltiples prolongaciones digitales de epitelio estratificado y escamoso alrededor de un núcleo central de tejido conjuntivo vascular suele presentar actividad mitótica y siendo excepcionalmente la disqueratosis maligna.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Se localiza en paladar duro y mucosa oral.

FORMA.- Neoformaciones exofíticas (coliflor).

COLOR.- Tiene coloración blanca.

CONSISTENCIA.- Firme, por la capa de queratina.

TAMAÑO.- Son relativamente pequeñas.

TRATAMIENTO.- Excisión, técnica ya descrita.

PRONOSTICO.- Favorable.

LIPOMA.- Tumoración benigna de células maduras del tejido conjuntivo adiposo.

FRECUENCIA.- Encontrándose en los cinco primeros lugares de incidencia en tumores del paladar duro.

ETIOLOGIA. - Se desconoce su etiología.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS. - Las células grasas maduras se caracterizan por la grasa citoplasmática disuelta en su proceso hístico. Los restos celulares aparecen como grandes zonas redondeadas cuyo núcleo es aplanado y desplazado a hacia la periferia. La vascularización dentro de su escaso estroma tumoral es generalmente mínimo, y los divide unas laminillas de tejido conjuntivo y los vasos al tejido adiposo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO. - Se localiza en paladar duro.

FORMA. - Lobular bien definida.

COLOR. - Amarillo.

CONSISTENCIA. - Semifirme.

TAMAÑO. - Variable.

TRATAMIENTO. - Ya descrito anteriormente.

PRONOSTICO. - Favorable.

Papiloma

PALADAR BLANDO

Adenoma Oxifílico

Mioma

PAPILOMA. - Se considera como un tumor benigno, bien definido del epitelio de superficie; es una neoformación pedunculada de aspecto de coliflor. A las lesiones múltiples se les denomina Papilomatosis. Se ha establecido que la verruga cutánea es generada por un virus, cosa que es desconocida en el papiloma oral.

FRECUENCIA. - Se encuentra con más frecuencia en paladar blando y úvula.

ETIOLOGIA.- Se desconoce su etiología.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Presenta un patrón complejo de múltiples prolongaciones digitales de epitelio estratificado y escamoso alrededor de un núcleo central de tejido conjuntivo vascular suele presentar actividad mitótica y siendo excepcionalmente la disqueratosis maligna.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Se en paladar blando y mucosa oral.

FORMA.- Son neoformaciones exofíticas.

COLOR.- El mismo de los tejidos circundantes o más enrojecido.

CONSISTENCIA.- Blanda.

TAMAÑO.- Pequeño.

TRATAMIENTO.- Quirúrgico.

PRONOSTICO.- Favorable.

ADENOMA OXIFILICO.- Tumor benigno de crecimiento lento, compuesto por células que tienen su citoplasma acidófilo y su pequeño núcleo marginal.

FRECUENCIA.- Se encuentra con más frecuencia en las mujeres que en los hombres, de 60 años en adelante.

ETIOLOGIA.- La mayoría de los autores están convencidos de su naturaleza neoplásica y afirman que el tumor se origina a partir de tejido de glándulas salivales accesorias.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Está compuesto por bandas de células epiteliales poligonales, con estroma escasamente vascularizado. Las células son de núcleos pequeños, oscuros en la periferia y su citoplasma contiene

ne granulación con un gran contenido de mitocondrias ricas en enzimas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- La unión del paladar duro y paladar blando.

FORMA.- Elevada y redondeada.

COLOR.- Rojo grisáceo.

CONSISTENCIA.- Firme, desplazable.

TAMAÑO.- Variable.

TRATAMIENTO.- Quirúrgico.

PRONOSTICO.- Favorable.

MIOMA.- Son neoplasias benignas de la cavidad oral muy raras.

FRECUENCIA.- Es poco frecuente en la cavidad oral.

ETIOLOGIA.- Se desconoce su etiología.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Los Miomas están compuestos de músculo - liso (Leiomiomas) y estriado (Rabdomiomas). Y suelen presentar hiperplasia pseudoepiteliomatosa y células granulosas subyacentes en el epitelio de cubierta.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Paladar blando, lengua y rara vez en otras localizaciones.

FORMA.- Masas prominentes con implantación sésil o pediculada.

COLOR.- Rosa pálido.

CONSISTENCIA.- Firme.

TAMAÑO.- Variable.

TRATAMIENTO.- Extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO.- Favorable.

CLASIFICACION DE TUMORES BENIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES INCLUYENDO LOS TIPOS HISTOLOGICOS PRINCIPALES:

GLANDULAS SALIVALES

- Adenoma Pleomórfico (tumor mixto benigno)
- Adenoma Oxifílico (oncocitoma)
- Adenoma de Células Sebáceas
- Cistadenoma Papilar Linfomatoso (tumor de Warthin)
- Tumores Benignos del Estroma

Glándula Parótida 87%

Glándula Submaxilar 12%

Glándula Sublingual 1%

(Según Mitchell, Standish y Fast.).

ADENOMA PLEOMORFICO.- Es un tumor benigno de las glándulas salivales, de crecimiento lento y generalmente bien delimitado.

FRECUENCIA.- Es el tumor más frecuente, pues integra cerca del 70% de los tumores de las glándulas salivales.

ETIOLOGIA.- Desconocida, originándose a partir de dos tejidos: epiteliales y mesenquimatosos. (Fibrillas, sustancia basal, cartílago y hueso); de aquí su nomenclatura de tumor mixto que introdujo Broca.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Presenta escaso tamaño, demostrando proliferación del espitelio de los conductos, entremezclada con áreas de estroma condroide, revela láminas de células epiteliales vecinas a un tejido mixomatoso de sostén. El área del estroma condroide presenta aquí mulo de células epiteliales en grupos y tiras laxas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- 84% glándula parótida, 8% glándula submaxilar y 0.5% en la glándula sublingual. (Rauch).

FORMA.- Como una masa redondeada y lisa.

COLOR.- Rojo grisáceo.

CONSISTENCIA.- Variable, pero generalmente es elástica.

TAMAÑO.- Puede llegar a ser gigantesco en ausencia de tratamiento ---- (10 Kgr.).

TRATAMIENTO.- Extirpación quirúrgica, incluyendo un amplio margen de la glándula normal vecina.

PRONOSTICO.- Favorable, aunque los índices de recurrencia son muy elevados.

ADENOMA OXIFILICO (ONCOCITOMA).- Tumor benigno de crecimiento lento, compuesto por células que tienen su citoplasma acidófilo y su pequeño núcleo marginal.

FRECUENCIA.- Constituye poco menos del 1% de las neoplasias de la glándula parótida y se presentan con más frecuencia en la mujer.

ETIOLOGIA.- La mayoría de los autores están convencidos de su naturaleza neoplásica y afirman que el tumor se origina a partir de tejido de glándulas salivales accesorias.

CARACTERES HISTOPATOLOGICOS.- Está compuesto por bandas de células epiteliales poligonales, con estroma escasamente vascularizado. Las células - son de núcleos pequeños, oscuros en la periferia y su citoplasma contiene granulación con un gran contenido de mitocondrias ricas en enzimas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

SITIO.- Glandula parótida, submaxilar y accesorias.

FORMA.- Masa redondeada.

COLOR.- Rojo grisáceo.

CONSISTENCIA.- Firme, desplazable y bien encapsulado.

TAMAÑO.- Rara vez presentan diámetro superior de 3 o 5 centímetros.

TRATAMIENTO.- Extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO.- Favorable, rara vez tiene reincidencia.

ADENOMA DE CELULAS SEBACEAS.- Es una neoplasia sumamente rara, es exclusiva de la glándula parótida, constituye un coristoma y no una neoplasia, está compuesta de glándulas sebáceas heterotópicas en el interior del parénquima de una glándula salival. La extirpación quirúrgica, es la curación definitiva.

CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO (TUMOR DE WARTHIN).- Este tumor se presenta en forma de tumefacción firme o blanda, en la glándula parótida con un abultamiento de la piel adyacente con diámetro rara vez superior a 3 centímetros; teniendo frecuencia por los varones. La aparición ocasionalmente bilateral y su aspecto histológico característico, no son típicos de una neoplasia verdadera, cuyo origen es en glándula salival, ganglios linfáticos parotídeos o cervicales.

TUMORES BENIGNOS DEL ESTROMA.- En el tejido conectivo de sostén de las glándulas salivales principales pueden dar origen a tumores benignos susceptibles de confundirse clínicamente. Entre los ejemplos de esta variedad cabe incluir: neurofibroma, neurilemoma, lipoma, hemangioma y el linfangioma.

CAPITULO IV

CLASIFICACION DE TUMORES MALIGNOS DE LA CAVIDAD ORAL INCLUYENDO LOS --
TIPOS HISTOLOGICOS MAS FRECUENTES.

Carcinoma Epidermoide

Carcinoma Epidermoide de Labio Inferior

Carcinoma Epidermoide de Labio Superior

Carcinoma Epidermoide de la Lengua

CARCINOMA DE LA

CAVIDAD BUCAL

Carcinoma Epidermoide de la Mucosa Bucal

Carcinoma Epidermoide de la Encía Superior

Carcinoma Epidermoide de la Encía Inferior

Tumores Malignos del Maxilar

Tumores Malignos de la Mandíbula

Carcinoma Epidermoide de Glándulas Salivales

CARCINOMAS DE LA CAVIDAD BUCAL:

CARCINOMA EPIDERMOIDE.- Es el Carcinoma Epidermoide el tumor más - maligno y frecuente de la cavidad bucal, pues representa más del 90% de los crecimientos malignos de la cavidad. Es responsabilidad del CIRUJA_ NO DENTISTA identificar el cáncer en su etapa inicial, ya que el Ciruj_ no se encuentra ampliamente relacionado en el reconocimiento de las enfermedades de la cavidad bucal.

FRECUENCIA.

Es más frecuente en los labios que intrabucalmente. Constituyendo los carcinomas bucales entre el 5% al 40% de todos los cánceres en general. Se encontró que el 6.2% corresponde al sexo masculino y el 1.9% co rresponde al sexo femenino, según Dorn y Cutler.

ETIOLOGIA.

Sigue siendo aún desconocida la etiología del carcinoma epidermoide de la cavidad bucal, al igual que las diversas formas de cánceres. - El carcinoma bucal se relaciona con una variedad de estímulos, tanto de origen intrínseco como extrínseco.

En los últimos años, se ha insistido bastante en el concepto de la Cocarcinogénesis (Goldhaber) concepto que supone una ampliación de la - carcinogénesis a cargo de agentes que por sí mismos, no son carcinogén_ ticos.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.

Está caracterizado microscópicamente por masas, islotes o cordones irregulares de células escamosas que proliferan hacia abajo invadiendo el tejido conjuntivo subyacente; existiendo una gran variación respecto

al grado de diferenciación de las células tumorales y el tipo de crecimiento. Su diferenciación va desde la semejante al epitelio escamoso -- normal hasta una diferenciación acentuada (anaplasia). De acuerdo a la diferenciación dependerá el grado de malignidad que presentan histológicamente.

Los islotes o cordones invasores de células epiteliales malignas -- están formadas por células del tipo periférico basal, espinosas, granulosas y queratina. Las masas invasoras que se encuentran en la región -- central, tienen células que sufren una queratinización del tipo de perlas de queratina. Son células espinosas que tienden a formar núcleos -- más grandes que los de las células escamosas normales, siendo sus núcleos los más prominentes.

El carcinoma bien diferenciado tiene una actividad mitótica mínima y las imágenes de división son normales, su invasión suele aparecer (como empuje), hacia la profundidad de los tejidos subyacentes y por su -- parte el tejido conectivo muestra inflamación crónica intensa.

Los carcinomas con un grado moderado de diferenciación presentan un patrón histológicamente más variable. El carcinoma escasamente diferenciado muestra escasa o nula tendencia a la queratinización, con ausencia general de puentes intercelulares, los núcleos son más bien grandes y a menudo tienen formas curiosas; pero en ocasiones se pueden observar células tumorales gigantes. Tienen una actividad mitótica considerable, pudiendo ver imágenes de división tripolar o de otros tipos anormales. En cuanto a los carcinomas menos diferenciados, a menudo dan la impresión de invadir el tejido subyacente más por extensión de pequeños islotes o ma-

sas celulares que mediante el efecto aparente de (empuje).

CARACTERISTICAS CLINICAS

Clinicamente el carcinoma epidermoide bucal tiene diversas variaciones. Su lesión inicial tiende a adoptar un aspecto insignificante, manifestándose como una zona aplanada de mucosa eritematosa o ligeramente rugosa, o también como una placa blanca o incluso una masa polipoide con -- ulceración superficial o sin ella.

En su evolución clínica, los carcinomas bucales tienden a adoptar -- uno de estos tres patrones de crecimiento:

Exofítico, Ulcerado y Verrugoso.

Carcinoma Exofítico.

Presenta una masa elevada de base amplia y su superficie es algo no dular. A la palpación presenta induración en su base y bordes, a medida -- que el tumor es más voluminoso, generalmente da necrosis y consiguientemente se ulcera la porción central de la masa exofítica.

Carcinoma Ulceroso.

Es de disposición crateriforme de bordes encontrados y elevados. Tiene una mayor tendencia a invadir profundamente los tejidos, cosa que no -- se observa en el tipo exofítico. Es un tumor superficialmente pequeño; pero en profundidad infiltra el tejido subyacente pudiendo dar metástasis. -- Para algunos autores es considerado como endofítico.

La forma verrugosa del carcinoma, presenta un aspecto papilar y posee múltiples pliegues extensivos. No es frecuente la ulceración excepto en -- las grietas existentes en los pliegues papilares. Algunos autores la consideran de tipo anatomopatológicamente bien diferenciado, mientras otros, lo

clasifican en las formas del carcinoma exofítico.

METASTASIS.

Cerca del 1% de los tumores malignos del organismo dan metástasis a cavidad bucal, y solamente el 1% de las afecciones bucales malignas - son focos metastásicos. La mayoría de las metástasis bucales se observan en los maxilares y sólo cerca del 10% se producen en los tejidos blandos. De estas, 5% en la lengua, 3% en carrillos y aproximadamente 1% en otras localizaciones.

CARCINOMA DE LABIO INFERIOR.

FRECUENCIA.- El carcinoma del labio inferior es una lesión bastante frecuente y supone del 23% de todos los carcinomas de la cavidad bucal ----- (Ackerman y del Regato) y tiene preferencia por el sexo masculino. En los Estados Unidos hay una relación de varón-hembra de 14 a 1. Su mayor frecuencia incide en personas adultas.

ETIOLOGIA.- Su etiología es desconocida, aunque este tumor por lo general se encuentra precedido de leucoplasias, queilitis actínica, atrofas, que ratosis senil, la quemadura del fumador. Y otros factores más que entrarían en el concepto de la cocarcinogénesis.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Por lo general el carcinoma de labio inferior son, de tipo epidermoide bien diferenciados y dentro del grado I se observa en un 60%; en el grado II en un 26%, y en el grado III y IV a lo máximo comprenderán un 15% del total (Bernier y Clark). Tiene una tendencia por la extensión lateral que por la invasión en profundidad y cuando es de largo estadio suele existir invasión de la musculatura de labio, piel de la cara y maxilar inferior.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Este tumor sigue uno de los tres patrones siguientes:

Tipo Exofítico: es el más frecuente (Sharp), se caracteriza por una elevada masa de superficie rugosa o nodular de lento crecimiento con una superficie granulosa de color blanquecino, al aumentar nos da una ulceración central, pudiendo existir hemorragias y exudado que origina una costra superficial, generalmente son de evolución clínicamente lenta, con menor tendencia a la invasión en profundidad y a la metástasis.

Tipo Ulcerado: se presenta, como una pequeña úlcera con infiltración a estructuras profundas; es más agresivo que el tipo exofítico. La afección superficial es pequeña, pudiendo haber invasiones extensas, sus márgenes están arrollados y presentan consistencia firme, frecuentemente presenta costras en los bordes.

Tipo Verrugoso: El típico carcinoma verrugoso es raro en los labios, teniendo forma de coliflor; con mínima tendencia a la invasión.

SITIO.- Se localizan en el borde del labio inferior, por fuera de la línea de contacto con el labio superior, por lo general esta situado a media distancia entre la línea media y la comisura. Encontrándose en ambos lados sin predilección.

COLOR.- Al inicio es de color blanquecino, siguiendo cualquier patrón de crecimiento.

CONSISTENCIA.- Firme (indurada).

TAMAÑO.- Variable, en su exploración inicial presenta aproximadamente 1.5 centímetros de diámetro (Sharp).

SINTOMATOLOGIA.- En su primera etapa es indolora; pero en sus últimas etapas el paciente come con gran dificultad y siente dolor intenso al movimiento del labio.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Es susceptible de confusión con algunos de los tumores benignos, teniendo más proporción con los queratoacantomas ---- (Karnauchow).

METASTASIS.- No es comparable con los carcinomas epidermoides de otras localizaciones, siendo su principal localización los ganglios submaxilares, pudiendo ser raros los ganglios submentoneanos aunque su metástasis a distancia es infrecuente.

Son muy raros los casos de carcinoma escamoso de células fusiformes; pues es una variante del carcinoma labial. Sus células tumorales son de forma fusiforme constante y el tumor tiende a crecer mas bién en forma expansiva que invasora. Su origen es también epitelial, teniendo un diámetro aproximadamente de 1 centímetro y macroscópicamente aparecen como lesiones aplanadas con ulceraciones superficiales.

PRONOSTICO.- Es desfavorable en casos avanzados. Muchos autores refieren índice sobrevida de 5 años, en el 80 al 90% de los enfermos (Wookey y cols Ashley y cols.).

CARCINOMA DE LABIO SUPERIOR.

FRECUENCIA.- El carcinoma epidermoide del labio superior es poco frecuente comparado con el inferior, y muestra una preferencia por el sexo masculino.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.- El carcinoma epidermoide muestra una acentuada extensión, lateral, y una invasión en profundidad.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

SITIO.- Está situado en la parte de transición del labio, generalmente cerca del borde cutáneo.

FORMA.- Variable, siendo una lesión de una capa córnea engrosada.

COLOR.- Gris o amarillo pardusco.

CONSISTENCIA.- Firme (indurada).

TAMAÑO.- Variable, de milímetros a centímetros.

SINTOMATOLOGIA.- Evolución clínica indolora.

METASTASIS.- Estas no se producen tan precozmente, dado a su ubicación anatómica y tampoco tiene la misma frecuencia que los carcinomas epidermoides en otras ubicaciones.

PRONOSTICO.- Favorable, aún en casos avanzados, dándose buenos resultados de sobrevida en 5 años de un 80 al 90% en todos los casos (Wookey, - Cols., Ashley).

CARCINOMA DE LA LENGUA.

Es de los cánceres más malignos de la cavidad bucal, siendo su malignidad ligeramente inferior al carcinoma labial.

FRECUENCIA.- Es más frecuente en el sexo masculino, en los Estados Unidos se ha establecido la relación varón-hembra de 4 a 1. Aunque en los últimos 25 años se ha observado un incremento del 10% en el sexo femenino.

Frazell y Lucas refieren que la causa podría ser el uso del tabaco y el alcohol exagerado. Su mayor incidencia en los últimos años de la -- edad adulta y en personas de edad avanzada.

ETIOLOGIA.- Es desconocida, al igual que las demás formas de cáncer.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El carcinoma epidermoide representa el 97% de los procesos linguales malignos, y el resto quedan comprendidos en adenocarcinomas y sarcomas. -- Por lo general su diferenciación corresponde a los grados II y III de -- Broders. Las lesiones de la base de la lengua nos proporcionan un alto índice de carcinomas indiferenciados (Gibbel y Cols.).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

SITIO.- Tercio anterior 20%, tercio medio y borde lateral 45%, tercio posterior y base de la lengua 47.8% (Frazell y Lucas); y el dorso únicamente el 4% (Grbbel y Cols.).

FORMA.- Es de forma irregular, simulando una verruga.

COLOR.- Es de color blanquecino en su inicio y a medida que avanza toma - color grisáceo.

CONSISTENCIA.- Consiste en una zona de induración que se identifica a la palpación profunda (firme).

TAMAÑO.- Variable, va de milímetros hasta centímetros.

SINTOMATOLOGIA.- Refiere el paciente inmovilidad de la lengua y cierta dificultad al comer y al hablar, debido a la infiltración muscular; el paciente refiere dolor en oído y más tarde en la lengua misma.

METASTASIS.- Tiene una elevada incidencia metastásica a los ganglios linfáticos regionales.

El carcinoma labial sigue dos patrones de crecimiento que son: infiltrativo y exofítico.

Infiltrativo: se caracteriza por su diseminación y ulceración superficial mínima, mientras las lesiones infiltrantes van hasta una invasión de la - musculatura.

Exofítico; teniendo aspecto de masa fungosa y ulcerada, y es relativa - su invasión profunda.

PRONOSTICO.- El carcinoma lingual es de pronóstico grave. Las supervivencias publicadas señalan unos índices de 5 años del 14 al 70%.

CARCINOMA DE LA MUCOSA BUCAL.

FRECUENCIA.- Se presenta en el 9% de todos los carcinomas bucales, con - mayor incidencia en el sexo masculino con referencia al sexo femenino en una relación de 10 a 1. Es más frecuente en edades avanzadas.

ETIOLOGIA.- Desconocida.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El carcinoma epidermoide de la mucosa bucal, presenta una diferen-
ciación, que va de moderada a intensa (Martin y Pflueger).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

SITIO.- Esta lesión se desarrolla, a lo largo o por debajo de la línea - de oclusión, también en la zona del tercer molar y cerca de la comisura labial. Siendo relativamente poco frecuente en la mucosa palatina.

FORMA.- De forma variable, según su patrón de crecimiento.

COLOR.- Al inicio su coloración es blanquecina, dependiendo al patrón de crecimiento.

CONSISTENCIA.- Indurada (firme).

TAMAÑO.- Variable, yendo de milímetros a centímetros.

SINTOMATOLOGIA.- En su inicio es indoloro, siendo doloroso a la infiltra-
ción de los tejidos profundos.

METASTASIS.- Es relativamente elevada, observándose el 45% en la cavidad - bucal y suele encontrarse también en los ganglios linfáticos submaxilares,

cervicales y rara vez en el grupo parotídeo de ganglios. Y como en los demás carcinomas es escasa la metástasis distante.

Tipo Exofítico: son blandos y de color blanquecino, tienden a engrosarse aunque no siempre se extienden.

Tipo Ulcerativo: no son tan comunes; pero presentan una excavación profunda con leve infiltración e invaden al músculo buccinador generalmente.

Tipo Verrugoso: es una lesión nítida, blanda, superficial y granulosa, - con poca infección secundaria o ulceración, sin infiltración profunda. - Con tendencia a extenderse superficialmente.

PRONOSTICO.- Richards, menciona que es de mal pronóstico cuando hay metástasis ganglionar, y lo clasifica en IV períodos:

Período I.- Lesiones que tienen hasta 1.5 centímetros de diámetro sin - invasión de tejido adyacente.

Período II.- De más 1.5 centímetros de diámetro sin invasión de tejido contiguo.

Período III.- Invasión de tejidos adyacentes (apófisis alveolares, pilar anterior, piel).

Período IV.- Invasión difusa, muy avanzada.

CARCINOMA DE ENCIA SUPERIOR.

FRECUENCIA.- Su frecuencia es menor en comparación con otros tumores de la cavidad bucal, encontrándose en pacientes de más de 60 años de edad y su relación hombre-mujer es de 4 a 5.

ETIOLOGIA.- Desconocida, tomando en cuenta como posible factor cocarcino

génicos: dentaduras postizas mal ajustada, dientes cariados, tabaco, alcohol, sífilis, falta de higiene de la boca e irritaciones crónicas. Y por lo general el carcinoma se asocia a una zona leucoplásica, pudiendo se originar de esta (Sharp y Wood).

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Los carcinomas de la encía superior son de tipo epidermoide bien - diferenciados, siendo generalmente el típico carcinoma verrugoso, el que se origina en estas localizaciones, denotando sus formas papilares, con hendiduras profundas y superficiales queratinizadas. En general se originan en las regiones molares y premolares. Y muy rara vez en la línea media anterior, siendo común su propagación por debajo de la membrana mucosa. Acompañándose de tumefacción lisa del paladar duro. Observándose frecuentemente la extensión hacia la excavación gingivobucal; suele ser más temprana la extensión al suelo del suelo maxilar en los pacientes dentados, pues los dientes se pierden y el tumor se propaga por el conducto alveolar. Solamente en períodos muy avanzados puede verse invasión a los tejidos blandos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

SITIO.- Se observa en la encía alveolar, en la zona de molares y premolares, y rara vez en la línea media.

FORMA.- Generalmente papilar correspondiente al tipo verrugoso.

COLOR.- Varía desde el blanco al rojo, según la magnitud de queratinización superficial.

CONSISTENCIA.- En su inicio es blando y en etapas más avanzadas denotan

firmeza; pero no con la característica de invasión.

TAMAÑO.- Variable, en su inicio va de milímetros hasta una evolución de centímetros.

SINTOMATOLOGIA.- En su inicio es indoloro; pero al evolucionar sobre todo cuando hay infección secundaria; a veces hay hemorragias. El trismus puede presentarse en periodos muy avanzados del tumor.

EXAMEN ROETGENOGRAFICO.

Las radiografías revelan destrucción ósea del maxilar superior a -- nivel del borde alveolar y el grado de invasión del seno.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Diferenciándose del Epulis Fibroso por su implan tación pediculada y por otras características importantes. La Gingivitis Hipertrófica es fácil de diferenciar, así como los melanomas, los Ameloblastomas, los quistes, los sarcomas óseos, los neoplasmas primitivos del antro o de las fosas nasales, y los carcinomas metastásicos del maxilar superior.

METASTASIS.- Tiene asiento fundamentalmente en los ganglios linfáticos submaxilar y muy rara vez a los ganglios de la región cervical superior, siendo sus mayores probabilidades de metástasis cuando son invadidos el repliegue gingivobucal superior y la mucosa del carrillo. Erich y Kragh comprobaron únicamente en el 9% de los enfermos, afección ganglionar clínica a su ingreso. Son raras las metástasis bilaterales; es de notar que el tipo verrugoso generalmente casi no dá metástasis.

PRONOSTICO.- Con tratamiento adecuado se observa más sobrevida importante. En 1953 y 1957 Brown y Cols. dan la cifra del 45% de sobrevida a los 5 años, en los cánceres alveolares del maxilar superior.

CARCINOMA DE ENCIA INFERIOR.

FRECUENCIA.- Su frecuencia es mayor en el hombre, observándose una mayor incidencia de los 40 años en adelante.

ETIOLOGIA.- Desconocida, se consideran como precursores secundarios a las áreas de leucoplasias.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Es el carcinoma epidermoide, de los tumores que afectan más a la encía inferior siendo bien diferenciados y se pueden dividir en tres tipos: Exofítico, Ulcerosas y Verrugosas.

Tipo Exofítico: es una elevada masa de superficie rugosa o nodular, que rara vez se presenta en la encía; hay hemorragias mínimas y tiene tendencia a la necrosis espontánea.

Tipo Ulceroso: por regla general se acompaña de extensa invasión a la mandíbula, con exposición del hueso.

Tipo Verrugoso: se caracteriza por su naturaleza granular, es superficial, crece lentamente y en períodos avanzados puede diseminarse a los tejidos blandos contiguos de esta cavidad, e inclusive a hueso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

SITIO.- Se presenta en la encía inferior, a nivel de la región molar o tercio posterior del arco dental, algunas veces se hayan en la región premolar o tercio medio y son muy raros en el tercio anterior.

FORMA.- Es de forma variable, dependiendo de su tipo de crecimiento, siendo en el exofítico como una masa proloferativa sin ulceración aparente.

COLOR.- Según su estadio, generalmente se presenta blanquecino.

CONSISTENCIA.- Generalmente blandos, variando de acuerdo a su evolución.

TAMAÑO.- Aparecen como una formación pequeña y amedida que evoluciona puede llegar a medir varios centímetros.

SINTOMATOLOGIA.- Presentan otalgia del lado de la lesión y puede acompañarse de infección secundaria. En ocasiones el paciente padece Trismus debido a la localización del tumor en la parte posterior.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Se diferencia de las demás tumoraciones por medio de biopsia.

METASTASIS.- Distantes, se presentaron en 5 de 14 casos de carcinoma de la encía inferior, en un trabajo realizado por Martin.

Da metástasis fundamentalmente a los ganglios linfáticos submaxilares, pudiendo ser invadidos de manera secundaria los ganglios de la cadena yugular anterior y rara vez acomete algún ganglio del grupo subdiagástrico.

PRONOSTICO.- Con el debido tratamiento es favorable el pronóstico.

TUMORES MALIGNOS DE MAXILAR SUPERIOR.

En algunos casos el tumor se presenta en el seno maxilar, por estar relacionado con la cavidad bucal.

FRECUENCIA.- Su frecuencia, es difícil de establecer con precisión si se compara con otras formas de cáncer bucal. Es más frecuente en el sexo -- masculino en relación de 3 a 1. (Ackerman y del Regato).

ETIOLOGIA.- Son pocos los factores cocarcinogénicos en relación con el - carcinoma del antro, se ha sugerido que la sinusitis maxilar crónica, tal vez sea un factor predisponente, siendo insuficiente las pruebas al respecto.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El seno maxilar se encuentra revestido normalmente por un epitelio pseudoestratificado, cilíndrico ciliado por lo que la mayoría de los carcinomas son del tipo epidermoide y por sus variaciones histológicas se les ha dado diferentes nomenclaturas, tales como; carcinomas sólidos de células cilíndricas, carcinoma Schneideriano, carcinoma celular de transición, linfoepitelioma, carcinoma de células intermedias, etc. Pudiéndose originar en la Infraestructura, Mesoestructura y Supraestructura - del seno maxilar. Son por lo general relativamente indiferenciados, aun que suelen observarse tumores queratinizantes de una elevada diferencia ción.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

SITIO.- Seno maxilar.

FORMA.- Irregular.

COLOR.- Va del blanco al rojo, según su evolución.

CONSISTENCIA.- Blanda.

TAMAÑO.- Variable.

SINTOMATOLOGIA.- Los pacientes refieren: odontalgia en la arcada superior, parestesia, aflojamiento de los dientes, dificultad en el uso de las prótesis en general y anestesia de la piel y mucosas. Entre los síntomas -- oculares existen: quemosis, dracriocistitis, debilitamiento de la visión, diplopia y proptosis.

EXAMEN ROETGENOGRAFICO.- En estado avanzado se observa la destrucción de una o más paredes óseas del antro.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Se diferencia de la sinusitis maxilar porque --

pocas veces causa eritema o celulitis de los tejidos blandos subyacente.
METASTASIS.- Solo en periodos avanzados originan metástasis regionales, -
siendo ser raras las metástasis distantes.

PRONOSTICO.- Los que se originan en la Infraestructura son los que tie-
nen pronóstico más favorable, cualquiera que fuera el tratamiento que -
se aplique, mientras los de la Mesioestructura y Supraestructura, tie -
nen mal pronóstico debido a la tendencia de invadir zonas inaccesibles,
observando tambien en extensión local.

TUMORES MALIGNOS DE LA MANDIBULA.

FRECUENCIA.- Son relativamente pocos los tumores de la mandíbula en com-
paración con los otros tejidos de la cavidad bucal.

ETIOLOGIA.- Estos tumores probablemente se originan de islotes celulares
embrionarios, habiéndolo la probabilidad que sean de origen odontogeno y
existiendo los factores cocarcinógenos.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El fibroosteoma es el más frecuente en la adolescencia y en el ter-
cer decenio de la vida, es multilobular y difuso, se forma en el cuerpo
de la mandíbula, se halla entrelazado con espículas óseas. La naturale-
za de este tumor varía desde muy celular hasta la eburnea.

Tumores de Células Gigantes; puede ser periférico o centrales es--
tos tumores distienden la mandíbula hacia afuera, dislocan y desprenden
los molares y premolares; rara vez se ulcera pero después de la extrac-
ción suelen quedar un tumor granuloso o una úlcera necrótica, pudiendo
propagarse a la mayor parte de la mandíbula.

Ameloblastoma; es un tumor epitelial que se origina de células ca-

paces de producir esmalte, forma conglomerados quísticos en el interior del cuerpo mandibular, suele dar lobulaciones superficiales y su consistencia es dura. Es posible que las altas cilíndricas del ameloblastoma sólido sean comprimidos y convertidas en células cuboidales o escamosas.

Sarcoma de Ewing; tiene su origen en el interior de la cavidad medular y engruesa el hueso cortical, después las células tumorales infiltran la corteza por los conductos de Havers y levantan el perióstio.

Sarcoma Osteogenos; son más frecuentes en la mandíbula según Stout. Estos tumores algunas veces se originan de lesiones preexistentes por la enfermedad de Paget, o rara vez de la Osteítis Fibrosa Quística. En general crecen rápidamente y puede ulcerarse en el interior de la cavidad bucal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

SITIO.- Generalmente se localizan en el cuerpo de la mandíbula.

FORMA.- Es de forma irregular, y generalmente en la zona intraósea.

CONSISTENCIA.- En el fibroosteoma, ameloblastoma, sarcoma de Ewing y los sarcomas osteogenos, generalmente presentan consistencia dura.

TAMAÑO.- Es variable, según su estadio pueden alcanzar grandes dimensiones.

SINTOMATOLOGIA.- En su inicio son asintomáticos y los síntomas en su evolución son motivados por la deformidad y tumefacción.

EXAMEN ROETGENOGRAFICO.

Es un auxiliar útil en el diagnóstico, ya que por si sólo es insuficiente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Se diferencia cada tumor específico, de cualquier otra alteración patológica inespecífica, basándose en los estudios

característicos; la anamnesia, historia clínica, la exploración bucal y los estudios roetgenograficos.

METASTASIS.- Ni el fibroosteoma, ni los tumores de células gigantes dan metástasis, los ameloblastomas lo hacen muy rara vez (Schiweitzer) y el Sarcoma de Ewing da metástasis en otros huesos.

PRONOSTICO.- Es muy favorable el pronóstico en el fibroosteoma, tumores de células gigantes y los ameloblastomas en el caso que se efectua su extirpación radical, siendo en el sarcoma de Ewing y sarcoma osteogeno reservado su pronóstico.

CARCINOMA DE GLÁNDULAS SALIVALES.

FRECUENCIA.- Son más frecuentes que los benignos y presentan diversas características clínicas de diferenciación.

ETIOLOGIA.- Se desconoce.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Los pacientes que sufren este tumor son más viejos que los que sufren los tumores mixtos benignos. Su crecimiento es continuo y se aprecia también invasión de los espacios vasculares.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

SITIO.- Su origen es en el conducto, se compone de células que secretan moco y de otras que tienen características epidermoides.

FORMA.- Irregulares, delimitada por las paredes del conducto glandular.

COLOR.- Es rojizo, por la alta vascularización del tumor dentro de la glándula salival.

CONSISTENCIA.- Blanda, por la implantación en los tejidos adyacentes.

TAMAÑO.- Los tumores mixtos malignos son más grandes, según en el esta-

dío en que se encuentran.

SINTOMATOLOGIA.- Presenta dolor frecuente e intenso, especialmente -- cuando el tumor se localiza en los lóbulos profundos de la glándula afec tada.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Según el patrón de crecimiento, pudiendolo lle gar a diferenciar con el tumor mixto benigno.

METASTASIS.- Se observa metástasis en los ganglios linfáticos y a dis-- tancia.

PRONOSTICO.- Favorable, si se llega a extirpar la totalidad de la glán- dula afectada con la tumoración, sin presentar metástasis a distancia.

COMENTARIO

Se hizo una revisión exhaustiva de los años de 1977-78, de los ingresos al Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares y al Hospital Juárez.

Como verá más adelante, dado el diferente tipo de patología que se maneja en las instituciones mencionadas anteriormente, el número de pacientes que se estudian en los departamentos de Odontología de ambos hospitales, difieren totalmente en cuanto al número, ya que en el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares se trataron 168, en cambio en el Hospital Juárez 1581 durante -- los años de 1977-78, y en cuanto a la múltiple patología que se observa en el Hospital Juárez, menos florida y abundante en el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares.

Durante los años 1977-78 se revisaron 4875 expedientes en el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares, de las cuales, 168 fueron consultadas en Odontología.

Predominaron en esta grupo los pacientes del sexo masculino.

	SEXO	
	casos	%
MASCULINOS	105	62.5
FEMENINOS	63	37.5
TOTAL	168	100

En relación a la edad, el mayor porcentaje se encontró entre

los 21-30 años.

	EDADES	
	casos	%
0-10	4	2.3
11-20	24	14.2
21-30	49	29.1
33-40	34	20.2
41-50	27	16.0
51-60	19	11.3
61-70	8	4.7
71-80	3	1.7
81-90	0	0
91-100	0	0
TOTAL	168	100

La patología que se vió en estos 168 pacientes fue la siguiente (en orden). El mayor porcentaje de pacientes fueron los portadores de Pulpitis Gaseosa, en número de 29 y con 17.26% del total.

Pulpitis Gaseosa	29	17.26%
Parodontitis Crónica Generalizada	15	8.92%
Gingivitis Crónica Localizada	12	7.14%
Parodontopatias	11	6.54%

Gingivitis Crónica Generalizada	9	5.35%
Hiperemia Pulpar	8	4.76%
Pulpitis Ulcerosa	7	4.16%
Parodontitis Crónica Generalizada	6	3.57%
Parodontitis Crónica Localizada	5	2.97%
Parodontosis Crónica Localizada	5	2.97%
Absceso Periapical Agudo	4	2.38%
Pulpitis Aguda	4	2.38%
Pulpitis Crónica	4	2.38%
Gingivitis	4	2.38%
Parodontopatias Crónicas	3	1.78%
Odontitis	3	1.78%
Parodontosis Localizada	2	1.19%
Torus Mandibular y Maxilar	2	1.19%
Gingivitis Marginal Crónica	2	1.19%
Gingivitis Marginal Crónica Localizada	2	1.19%
Gingivitis Localizada	2	1.19%
Pulpitis y Gingivitis	2	1.19%

Absceso Alveolar Crónico	2	1.19%
Necrosis Pulpar	1	0.59%
Pericoronitis Aguda	1	0.59%
Gingivitis Papilar Crónica Generalizada	1	0.59%
Parodontitis	1	0.59%
Parodontosis Parcial Crónica	1	0.59%
Parodontosis	1	0.59%
Gingivitis Aguda Generalizada	1	0.59%
Hiperplasia Gingival	1	0.59%
Pulpitis y Gingivitis Crónica Localizada	1	0.59%
Tercer Molar Mandibular Izquierdo	1	0.59%
Pericoronitis, Pulpitis Crónica	1	0.59%
Esquirlas Oseas	1	0.59%
Pulpitis Gaseosa y Parodontitis Crónica	1	0.59%
Parodontitis Localizada	1	0.59%
Pulpitis Gaseosa y Parodontosis Crónica	1	0.59%
Parodontitis Generalizada	1	0.59%
Mordedura de Carrillo	1	0.59%

Pulpitis Gaseosa Multiple	1	0.59%
Absceso Alveolar Agudo	1	0.59%
Papiloma Lingual	1	0.59%
Excrecencia Fibrosa	1	0.59%
Exostosis Mandibular1	1	0.59%
Papiloma Hiperplasico Simple	1	0.59%
Lengua Escrotal	1	0.59%
TOTAL	168	100%

Como se puede observar en este grupo de pacientes no se diag
nostico en ninguno de ellos, algùn tipo de Neoplasia Maligna.

En cuanto a la revisión que se practicó en el Hospital Juárez, constó de 6304 pacientes de los cuales en 1581 se encontró patología bucal.

Predominaron en este grupo los del sexo masculino.

	SEXO	
	casos	%
MASCULINOS	862	54.52
FEMENINOS	719	45.47
TOTAL	1581	100

En cuanto a las edades, predominaron entre 0-10 años como lo indica el siguiente cuadro.

	EDADES	
	casos	%
0-10	467	29.5
11-20	382	24.1
21-30	248	15.6
31-40	170	10.7
41-50	148	9.3
51-60	87	5.5
61-70	54	3.4
71-80	21	1.3
81-90	3	0.1
91-100	1	0.06
TOTAL	1581	100

Solamente en los 1581 se encontraron 6 casos de Neoplasias,
3 Benignas y 3 Malignas.

- 1.- Lipoma de la Región Meseterina
- 2.- Hemangioma Cavernosa Labial
- 3.- Hemangioma Lingual
- 4.- Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado de Lengua
- 5.- Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado de Lengua
- 6.- Carcinoma Epidermoide Invasor bien Diferenciado, Ulcerado e Infiltrado Secundariamente.

El estudio histopatológico reporta, en cuanto a los Hemangiomas, como dato común, vasos sanguíneos dilatados anfractuosos revestidos por un endotelio y fibras musculares lisas.

En relación al Lipoma que se localizaba en la región maseterina, se encontró tejido adiposo separado en porciones por el tejido fibro-conectivo.

Las 3 neoformaciones Malignas que se encontraron en este estudio, tema de esta tesis, vale la pena hacer la descripción del reporte Anatomopatológico.

DESCRIPCIONES

NUMERO 1

Parte Tumoral de Borde Lateral.

DESCRIPCION MACROSCOPICA.

Tejido de forma irregular que mide 0.8 x 0.7 x 0.4, una de sus superficies está cubierta por un tejido grueso de color blanquecino y de consistencia firme, por debajo de ésta hay tejido - café amarillento, al corte superficial de la sección muestra el mismo cambio.

DESCRIPCION MICROSCOPICA.

Se observan varios fragmentos de tejido revestido por un -- epitelio escamoso. Con acantosis, papilomatosis, hiperqueratosis y paraqueratosis con invasión al corion caracterizada por cordones de células con pleomorfismo, atipias, mitosis y disqueratosis individual, con abundantes piocitos en el centro y proliferación de tejido linfoide con centros germinativos al rededor.

DIAGNOSTICO.

Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado de la Lengua.

NUMERO 2

Maxilar Superior Izquierdo Rechazando el Antro.

DESCRIPCION MACROSCOPICA.

Se reciben varios fragmentos de tejido blando constituidos por dos formaciones ovoideas, así como varios fragmentos de hueso y cuatro piezas dentarias, el tejido blando mide en conjunto 3 x 2 x 1.5 cms, se incluyen dos fragmentos representativos en una cápsula.

DESCRIPCION MICROSCOPICA.

Fragmentos de tejido conjuntivo fibroso con numerosos cordones de células epiteliales neoplásicas de abundante citoplasma, poliédricas por presión y núcleo vesiculoso con atipias y mitosis anormales. En el centro de muchos cordones de células epiteliales hay tendencia a la cornificación y presencia de globos córneos. Hay intensa reacción inflamatoria linfoplasmocitaria y con leucocitos polimorfonucleares. La superficie de los fragmentos está parcialmente revestida por epitelio de vías respiratorias altas, por el epitelio plano poliestratificado con acantosis, paraqueratosis e hiperqueratosis acantonadas y de él se desprenden los cordones de células neoplásicas. También se observan espículas de hueso con reabsorción ósea.

DIAGNOSTICO

Carcinoma Epidermoide Invasor Bien Diferenciado, Ulcerado e Infectado Secundariamente.

NUMERO 3

Porción Central de la Lesión

DESCRIPCION MACROSCOPICA.

Son tres fragmentos que miden en conjunto 1.5 x 1 x 0.5 cms, son de color blanquecino con áreas café rojizas dispuestas irregularmente en su superficie. Al corte su consistencia es media y la superficie de secreción es blanquecina. Se incluyen dos fragmentos en una cápsula.

DESCRIPCION MICROSCOPICA.

Se aprecian varios fragmentos de tejido revestido por epitelio plano estratificado queratinizado, ulcerado en una porción, por debajo del cual se aprecia una neoplasia de estirpe epitelial formada por células con pleomorfismo, atipias, mitosis y disqueratosis individual, con formación de globos córneos. Estas células se disponen en cordones y están separadas por bandas de tejido fibroconectivo con reacción inflamatoria aguda y crónica inespecífica severa.

DIAGNOSTICO

Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado de la Lengua.

Por el número de casos estudiados -1749- en las dos Instituciones (Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares y Hospital Juárez), con patología, solamente se encontraron tres casos de tumores malignos, datos que nos hablan, en esta revisión, del bajo porcentaje que se presenta en nuestro medio.

En diversas estadísticas de distintos países se dan porcentajes del 3 hasta el 45%, por ejemplo, en Panamá se dice que el 9% de los cánceres afecta a la boca y se le achaca a la costumbre de fumar el cigarrillo invertido.

Otras probables causas son la sífilis, el alcoholismo, la exposición a los rayos solares del labio inferior y el tabaquismo, como en dos de nuestros casos, que fueron fumadores crónicos.

Siendo que el cáncer bucal predomina más en el sexo masculino en proporción de 4 a 1 y 9 a 1 .

Según la clasificación histológica de Broders:

- 1.- Células diferenciadas de 75 a 100%
- 2.- Células diferenciadas de 50 a 75%
- 3.- Células diferenciadas de 25 a 50%
- 4.- Células diferenciadas de 0 a 25%

Un caso observado por nosotros era del grupo 3, y los otros dos casos son del grupo 4.

CONCLUSIONES

- I El cáncer de boca en nuestro medio, según este estudio, es de muy bajo porcentaje: 0.17%
- II Las causas probables de cáncer bucal son:
- a) Sífilis
 - b) Tabaquismo
 - c) Alcoholismo
 - d) Exposición del labio inferior a los rayos solares
- III Es conveniente el chequeo anual por un Odontólogo, para el diagnóstico precoz de este padecimiento.

Para que esta proporción de años en sobre-vida mejore todos los Cirujanos Dentistas deben de participar para diagnosticar precozmente las lesiones neoplásicas de la cavidad bucal, y de establecer entre sus enfermos reglas higiénicas tanto general como bucal.

Finalmente consideramos que los procesos de neoplasias malignas en la actualidad siguen siendo un problema de salud muy importante, ya que existen aproximadamente 150,000 cancerosos en nuestro país, correspondiendo el 1.5 % a cáncer localizado en la cavidad oral.

Siendo el Cirujano Dentista el primer contacto con el paciente, deberá estar capacitado para diagnosticar correctamente los procesos neoplásicos malignos de la cavidad oral. Ya que descubriéndolos tempranamente aumentaría sus posibilidades de vida.

Al presentarse el paciente con lesiones que tienen asiento en los tejidos de la cavidad oral, y por muy inocuas que parezcan deberá pensarse en una neoplasia maligna hasta no demostrar lo contrario.

El Cirujano Dentista deberá preocuparse - por ilustrar al pueblo en general, en términos sencillos la naturaleza de las neoplasias malignas, así como sus manifestaciones, sobre todo - en las etapas iniciales.

A pesar de las investigaciones y lo avanzado del tratamiento, diagnosticar una neoplasia maligna es una tarea difícil, por lo que -- exhortamos a todos los compañeros a seguir uniendo nuestro esfuerzo para luchar contra esta - mortal enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Tratado de Histología; Arthur W. Ham
Pags. 655 a 673
- 2.- Histología; Roy O. Greep
Pags. 457 a 498
- 3.- Histología Basica; L. C. Junqueira J. Carneiro
Pags. 256 a 261
- 4.- Histología y Embriología Bucodental; Orban
Pags. 43 a 73, 215 a 263
- 5.- Histología de los Dientes y de sus Estructuras de Recubrimien-
to; Bertran Kraus
Pags. 189 a 193
- 6.- Histología; Lesson and Lesson
Pags. 245 a 265
- 7.- Anatomía Dental y Oclusion; Kraus - Jordan - Abrams
Pags. 133 a 200
- 8.- Patología General y Anatomía Patológica; Ribbert
Pags. 157 a 272
- 9.- Patología Basica; Robbins - Angell
Pags. 67 a 116
- 10.- Tratado de Patología; Stanley L. Robbins
Pags. 253 a 359
- 11.- Patología General; Contance
Pags. 101 a 106
- 12.- Historia de la Patología; Florey
Pags. 1 a 17, 436 a 457
- 13.- Patología; Lesson
Pags. 38 a 51, 99 a 124, 127 a 140, 155 a 172, 245 a 256, --
326 a 332
- 14.- Manual de Cancerología Basica; Secretaria de Salubridad y Asis-
tencia, Comité Técnico de la Campaña Nacional contra el Cán --
cer
Pags. 13 a 44, 47 a 57, 61 a 77, 90 a 105
- 15.- Cancerología Basica; Bertola Jorge y Colaboradores
Pags. 3 a 16, 39 a 49, 267 a 303, 361 a 375

- 16.- El Cáncer; Capdevila Arturo
Pags. 207 a 230
- 17.- Cirrohosis of the Liner Alcoholism and Heavy Smoking Associa-
ted with Cáncer of the Mouth and Pharyns; Dr. Keller A. Z.
- 18.- Principios de Patología; Ruy Perez Tamayo
Pags. 61 a 65
- 19.- Patología Bucal; Shafer
Pags. 66 a 168
- 20.- Fisiopatología Bucal; Tiecke - Stuteville - Calandra
Pags. 180 a 201, 207 a 230, 277 a 345
- 21.- Patología Oral; Thoma - Gorlin - Golman
Pags. 593, 879 a 1178
- 22.- Patología Bucal; Vol. 2 Thoma
Pags. 1147 a 1228
- 23.- Patología Oral; Orban
Pags. 76 a 95
- 24.- Anatomia Patologica Dental y Bucal; Tomas Velasquez
pags. 135 a 240
- 25.- Cáncer; Regato y Ackermann
Pags. 84 a 89, 206 a 313
- 26.- Oral Cáncer and Precancerous Conditions in India; Fali S. Mehta
Pags. 1, 27 a 49
- 27.- Patología Bucal; S. N. Bhaskar
Pags. 346 a 365
- 28.- Propedeutica Odontologica; Mitchel - Staudish - Fast
Pags. 60 a 62, 250, 251, 280 a 283, 292 a 297, 309 a 310, ---
330, 331
- 29.- Revista Actualidades Medicas; Consejo Consultivo
pags. 49
- 30.- Microbiologia Odontologica; William A. Nolte
Pags. 120
- 31.- Diagnóstico de Patología Oral; Edwards V. Zegarelli
Pags. 225