

2ej 211



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

QUISTES Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS
EN CAVIDAD ORAL.

A large, stylized handwritten signature in black ink, which appears to be 'Enrique Hernández Rodríguez', is written over the title and author information.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

MA. GUADALUPE CONTRERAS MIRANDA
ENRIQUE HERNANDEZ RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.

1901.



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.

I N D I C E

QUISTES Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS

INTRODUCCION.

CAPITULO 1.- QUISTES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

a) Mucocelo.....	1
b) Quiste mucoso.....	3
c) Ránula.....	3
d) Quiste gingival.....	4
e) Quiste epidermoide.....	5
f) Quiste del conducto tirogloso.....	6
g) Quiste nasopalveolar.....	8
h) Quiste braquial.....	9
i) Quiste linfocelular.....	10

CAPITULO II.- TUMORES BENIGNOS DE TEJIDOS BLANDOS.

1. Verruga vulgar.....	12
2. Condiloma acuminado.....	13
3. Papiloma.....	13
4. Hiperplasia epitelial focal.....	15
5. Hiperplasia pseudoepiteliomatosa.....	16
6. Hiperplasia papilar inflamatoria.....	22

CAPITULO III. TUMORES MESENQUIMATOSOS.

1. Fibroma por irritación.....	25
2. Fibroma periférico.....	26
3. Epulis figurado	26

INTRODUCCION

La medicina, ampliamente abierta a todas las corrientes que la impulsan con creciente fuerza al cumplimiento de su función fundamental de ser el mecanismo para la obtención y mantenimiento del bienestar biológico, psicológico y social de los individuos y de los grupos humanos, encuentran en la Medicina Odontológica uno de los campos básicos de atención, de estudio, de investigación, de reflexión, de preocupación y también de estímulo, ya que en éstos fenómenos se engloban directa e indirectamente todas las áreas odontológicas.

Debido a su intervención en el mantenimiento y restauración de la salud, el Cirujano Dentista asume ciertas obligaciones en relación tanto con sus enfermos como con su profesión. Indudablemente, una de las causas más importantes, en relación a la vida y a la muerte, es la detección del cáncer en la boca.

Las estadísticas indican que en el país el cáncer es el responsable del 15% de la mortalidad total. El hecho es que muchas lesiones de la boca no se reconocen como malignas lo suficientemente precozmente ya sea por su error en el Diagnóstico, por falta de conocimiento con los signos clínicos del cáncer oral, o simplemente por una exploración bucal incompleta o inadecuada.

Los miembros de la profesión dental, pueden y deben desempeñar un papel importante para el diagnóstico precoz de cáncer bucal. Este diagnóstico asegurará un pronóstico mucho más favorable que cuando se reconoce en un periodo muy evolucionado.

El Cirujano Dentista está lo suficientemente calificado para detectar o diagnosticar las enfermedades tumorales de la boca y de los maxilares, incluyendo los quistes de la cavidad oral, las neoplasias benignas ó malignas. Los quistes del maxilar y la mandíbula no son raros en promedio. Existen un sin número de enfermedades comunes y no comunes que afectan la cavidad oral y un porcentaje (3%) de ellos hacen peligrar la vida del individuo.

Por lo que la Medicina Odontológica abierta ampliamente a todas corrientes que la impulsan con creciente fuerza al cumplimiento de su fundamental función de ser el mecanismo para la obtención y mantenimiento del bienestar biopsicosocial de los diferentes individuos no importando la raza, el clero y el estatus social de éstos.

CAPITULO 1.

QUISTES DE LOS TEJIDOS BIANDOS

- a).- MUCOCELE
- b).- QUISTE MUCOSO
- c).- RANULA
- d).- QUISTE GINGIVAL
- e).- QUISTE EPIDERMIDE
- f).- QUISTE DEL CONDUCTO TIRUGLOSO
- g).- QUISTE NASOALVEOLAR
- h).- QUISTE BRANQUIAL
- i).- QUISTE LINFOEPITELIAL

QUISTES DE LA CAVIDAD ORAL

QUISTES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Cuando se habla de quistes, la mayoría de las veces se involucra una serie de padecimientos aunque éstas no tengan las características de un quiste verdadero como es el ser una cavidad revestida de epitelio y -- que además puede encontrarse completamente dentro de tejidos blandos o bien profundamente en hueso o localizarse sobre la superficie ósea y producir una área depresible.

En éste capítulo se verán quistes de los tejidos blandos aunque algunos como la ránula, mucocel y quistes mucosos no sean quistes verdaderos.

ASPECTOS GENERALES.

Los quistes se manifiestan clínicamente por la expansión dentro del tejido circundante; raras veces aflojamiento de las piezas dentales a menos que sean muy grandes; muchos quistes permaneces pequeños y producen poca o ninguna dilatación se descubren por exámen -- radiológico habitual.

a) MUCOCELE.

Se da éste nombre a una tumefacción debida a la presencia de un depósito circunscrito de moco en los tejidos submucosos. Puede ser que un trauma sea el responsable de las lesiones en los conductos de las -- glándulas salivales menores, que dan lugar a que el moco se vierta entre la lámina propia y el tejido submucoso.

El mucus que se encuentra en la cavidad

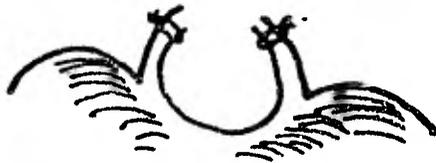
quistica es un material homogéneo, levemente basófilo; y en el podemos encontrar microscópicamente: células redondas, tumefactas al parecer en degeneración así como infiltración de neutrófilos, linfocitos y plasmocitos.

El mucocelo puede ser profundo ó superficial y su tamaño varia de unos pocos mm. a 1 cm. ó más de diámetro, los superficiales son de color azulado son transparentes y se rompen fácilmente; los mucocelos más profundos pueden durar meses e incluso años, es frecuente que se multipliquen.

El mucocelo se puede presentar en todo aquel lugar que presente glándulas salivales; en la punta de la lengua se denomina Quiste de Blandin-Nuhn, más del 70% de éstos quistes se dan en labio inferior. La mucosa bucal y con menor frecuencia el piso de la boca, son localizaciones algo habituales; raramente afectan el labio superior.

En el labio inferior el mucocelo se observa con mayor frecuencia en individuos de menos de 40 años y se produce más a menudo en los varones que en las mujeres.

Para realizar el tratamiento eficaz se debe recurrir a la remoción del tejido glandular lesionado, además de la tumefacción quística porque de no realizarse ésto el moco puede continuar derramándose en los tejidos y puede producirse una recidiva del mucocelo. Se puede facilitar la remoción mediante la aspiración parcial del contenido del quiste y la inyección de una pequeña cantidad de alginato, la gelificación produce una lesión firme cuya extensión puede ser fácilmente



RANULA

Tecnica de marsupializacion

apreciable y por ende facilita la escisión.

B) QUISTE MUCOSO.

Es una rara lesión quística de la cavidad bucal que suela aparecer en los labios, carrillos ó lengua. Se trata de un pequeño crecimiento renitente cuyo tamaño pocas veces excede unos pocos milímetros.

Microscopicamente se caracteriza por una cavidad quística llena de mucus, revestida por un epitelio cúbico ó cilíndrico que consiste en células mucosas.

Esta lesión se diferencia del mucocelo en que su causa no radica en la ruptura u obstrucción de un conducto, en que está revestida de epitelio y en que no se asocia, por lo general con glándulas mucosas. El tratamiento más eficaz es la escisión quirúrgica la cual es curativa.

C). RÁNULA.

El término ránula se utiliza de modo laxo para designar una lesión quística de pared gruesa localizada en la porción anterior del piso de la boca y engloba entidades tales como el mucocelo de las glándulas sublinguales y una lesión rara y profunda que a menudo se extiende más allá del músculo milohioideo. Sería aconsejable o bien abandonar totalmente este término o bien usarlo de modo más específico para identificar ésta lesión profunda que se extiende con frecuencia hasta la base del oráneo ó por el cuello y que probablemente tiene su origen en el seno cervical, que de ordinario se oblitera durante la vida embrionaria. A diferencia del mucocelo de glándulas sublinguales la ránula profunda está a menudo delimitada por células cuboides-

ó alargadas. La metaplasia al menos parcial del tipo de epitelio escamoso estratificado es infrecuente.

El mucocelo de las glándulas sublinguales es habitualmente unilateral y presenta un diámetro de 2 a 3 cms., es blando y flu tuu tiene un color azul violáceo. Sus paredes son delgadas y la compresión no deja fovea en ellas.

El mucocelo está localizado por encima del músculo milohioideo pero puede extenderse en dirección hacia atrás. Es de estructura unilocular y contiene en su luz un líquido viscoso, pegajoso, mucoseroso. Si bien no produce dolor, el mucocelo de la glándula sublingual puede dificultar la locución la masticación y la deglución.

Al igual que los mucocelos de otras localizaciones orales la gran mayoría de los mucocelos de las glándulas sublinguales no tienen revestimiento epitelial. Su pared está formada por tejido conjuntivo comprimido infiltrado por un número variable de células inflamatorias crónicas. Se reportaron algunos casos en los que existía un revestimiento epitelial, éste era idéntico al de un conducto excretor.

El tratamiento de éstos quistes pueden ser enucleación aunque es más aconsejable realizar la marsupialización de éste.

D) QUISTE GINGIVAL.

El quiste periodontal lateral, relativamente raro suele ser encontrado en adultos sobre la raíz del canino o premolares del maxilar inferior. Para denominarse así, debe estar localizado dentro del hueso,

no tener ninguna comunicación con la cavidad bucal, y estar en aposición con la superficie dental de uno ó varios dientes vitales.

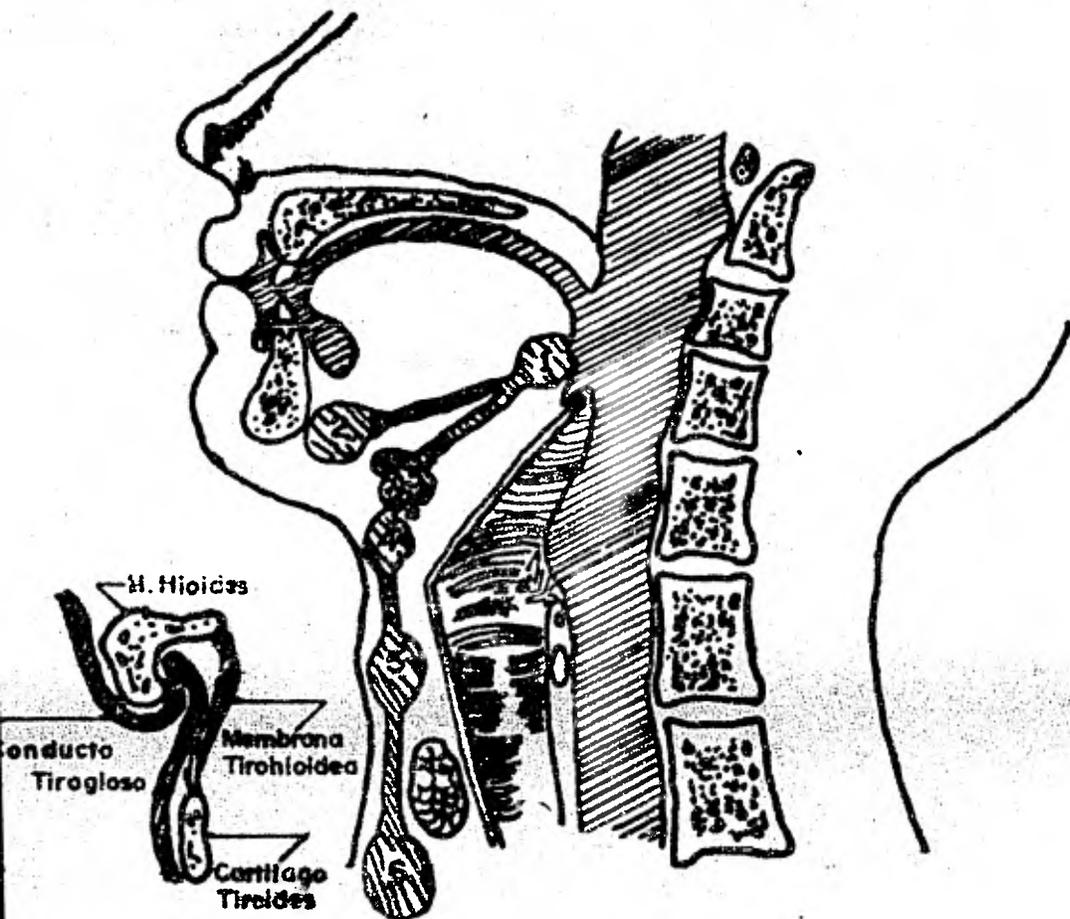
El quiste gingival lateral, que parece ser la misma entidad está incluido dentro del tejido gingival y no afecta el hueso.

Parece ser, que ambos quistes tienen su origen en una degeneración quística de restos celulares-epiteliales en el ligamento periodontal ó encía; también se ha sugerido un origen traumático. Estos quistes son probablemente más frecuentes en hembras y en personas de raza negra, en los cuales también pueden contener células pigmentadas. Ambos quistes están tapizados por un delgado epitelio escamoso estratificado queratinizante ó una capa doble de epitelio cuboideo bajo no queratinizante.

El tratamiento más efectivo es la escisión

E) QUISTE EPIDERMOIDE.

Termino "dermoide" (Griego=semejante a piel) es empleado para describir un grupo de quistes raros que pueden ocurrir en un número de lugares del cuerpo, incluyendo el piso de la boca. Es posible que éstos quistes, que se manifiestan en diferentes lugares, representan en número de entidades patológicas diversas, pero los mismos se hallan unidos por los hechos comunes que la cavidad quística está llena de un material semisólido semejante a sebo y el epitelio que los tapiza puede acusar evidencia de la formación de derivados cutáneos especializados, que incluyen glándulas sebáceas.



**Localizacion mas frecuente de los quistes
de conducto tirogloso**

- 1.- Debajo del foramen caecum
- 2.- Piso de boca
- 3.- Region suprahioidea
- 4.- Region infrahioidea
- 5.- Sobre el cartilago o membrana tiroidea
- 6.- A nivel de la escotadura supraesternal

Los quistes dermoides se dividen en 3 - grupos en base a criterios histológicos. El Tipo Simple (epidermoide) es el más común y está tapizado solamente por simple epitelio escamoso estratificado. El Tipo Compuesto (dermoide) es similar pero el tapizado epitelial presenta evidencia de la formación de anexos-cutáneos especializados, incluyendo pelo, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas. El tercer tipo es mucho más raro es el Tipo Complejo (tetratoide) y presenta evidencia no solo de derivados epiteliales especializados, que a veces pueden incluir dientes, sino que también incluye estructuras mesodérmicas y ectodérmicas, - tales como músculo, cartílago y tejido alimentario.

No se conoce con certeza el origen de - éstos quistes. En la región bucal el tipo simple bien - puede representar un quiste de inclusión fisural de tejido blando de la mandíbula, pero los tipos compuestos y - complejo, según el pensamiento de algunos autores, se desarrollarían a partir de células multipotenciales secuestradas que habrían resultado enclavadas durante las etapas tempranas del desarrollo embrionario.

F) QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

El anlage del lóbulo medio de la glándula tiroidea aparece en la base de la lengua aproximadamente al terminar la tercera semana intrauterina. Durante su descenso, sigue unido al punto de origen (señalado por el agujero ciego) mediante un tallo epitelial conocido como conducto tirogloso. Este tallo desciende en situación ventral a la zona ocupada por el hueso hioides, por delante del cartilago tiroideo, para unirse a los -

alos lóbulos laterales que se hallan en desarrollo.

En condiciones normales, la conexión con la faringe se ha perdido al llegar a la sexta semana. - La falta total o parcial de obliteración del tallo puede dar lugar a la formación de un quiste o fístula del conducto tirogloso. La mayoría de las fístulas del conducto tirogloso aparecen después de la ruptura del quiste, - pero aproximadamente el 5% aparecen ser congénitas. Se estima que el 15% al 35% desarrollan una fístula. Algunas veces se pueden desarrollar un carcinoma papilar en el conducto tirogloso.

Clinícoamente, el quiste se manifiesta como una masa cervical blanda, casi siempre móvil, muchas veces sensible a la presión, situada en la línea media, cuyo diámetro varía entre 1 cm. y 10 cm., (con una media de 3 cms.) Suele levantarse al deglutir o al sacar la lengua. Aparece en cualquier punto a lo largo del trayecto de descenso de anclaje tiroideo (es decir, desde el agujero ciego hasta la escotadura supra esternal). Más del 70% ocurren a nivel del hueso hioides o del istmo del tiroides. El conducto tirogloso está algunas veces asociado con masas ectópicas de tejido tiroideo. - Más del 60% aparecen durante las 2 primeras décadas de la vida.

No tiene predilección sexual. Más de la mitad de los pacientes tienen una anamnesis de infección recidivante del quiste.

Si el quiste está localizado dentro de la lengua o en la región suprhioides, puede producir - - bastantes molestias como disfagia o accesos de ligera agfixia. Hay ronquera o dificultades de la fonación en -

aproximadamente el 5%. El quiste es casi siempre de - paredes delgadas y el contenido es acuoso o seroso, a no ser que esté infectado.

Microscópicamente, el conducto o fístula-tiroglosa está tapizado por epitelio escamoso estratificado, cilíndrico, ciliado o no ciliado y transicional in termedio. Los quistes pueden estar conectados al agujero ciego por conductos únicos o múltiples o carecen de - comunicación. Puede haber glándulas mucosas dentro de - la luz. Los quistes que tienen su origen cerca de la bo ca tienen más probabilidades de estar revestidos por un epitelio escamoso estratificado. Tal vez existan focos de tejido tiroideo aberrante dentro del tejido conjuntivo fibroso. El tratamiento es la escisión completa del tra yecto fistuloso hasta la base de la lengua, frecuentemen te incluyendo una porción del hueso hioides, que es in-- dispensable para la curación.

G) QUISTE NASOALVEOLAR.

El quiste nasopalveolar o naso labial lo describe por primera vez, probablemente, Zuckerkandl. También se ha denominado quiste de Klestad debido a la - publicación de éste investigador, donde se indica que -- probablemente deriva de restos epiteliales localizados - en la unión de los procesos globulares, nasolaterales y maxilares, teoría aceptada actualmente por la mayoría de los investigadores.

Este quiste está situado en el lugar de fijación del ala de la nariz (es decir cerca de la base de la nariz). No está localizado dentro del hueso. El quiste nasopalveolar puede ocasionar bastante hinchazón -

facial para obliterar el pliegue nasolabial en el lado afectado. Se han observado casos bilaterales en aproximadamente 10% de los pacientes. Generalmente éste quiste abulta hacia el suelo del vetíbulo nasal, proyectándose debajo del extremo anterior del cornete inferior, y algunas veces causa obstrucción nasal. Una tercera parte de los pacientes han experimentado dolor intermitente. La disección roma del quiste ha sugerido que está fijado a la mucosa nasal.

El quiste nasopalveolar ocurre principalmente en mujeres y por lo menos en E.U.A., parece ocurrir con más frecuencia en individuos de raza negra.

Todos los dientes de la región poseen vitalidad. Las radiografías no muestran ninguna alteración ósea, sin embargo, puede aparecer una radiolucencia si el quiste produce una resorción ósea por presión desde el lado del perióstico.

Microscópicamente está tapizado por epitelio respiratorio o escamoso estratificado o, con más frecuencia por epitelio cilíndrico pseudoestratificado o por una combinación de estos epitelios.

H) QUISTE BRANQUIAL.

El quiste de la hendidura branquial es de rara manifestación y suele aparecer como una tumefacción asintomática situada por debajo del ángulo de la mandíbula a nivel del borde anterior del músculo esterno mastoideo. Anteriormente se pensaba que el quiste era el resultado de hiperplasia y encerramiento de epitelio proveniente de ciertos arcos branquiales, pero ahora se considera más probable que sea el resultado de degenera-

4. Epulis granulomatosa.....	27
5. Granuloma gigantocelular periférico...	28
6. Granuloma víógeno.....	29
7. Tumor del embarazo.....	31
8. Hemangioma.....	31
9. Linfangioma.....	33
10. Higroma quístico.....	34
11. Neuroma.....	35
12. Neurofibroma.....	36
13. Schwannoma.....	37
14. Neurofibromatosis múltiple.....	38
15. Lipoma.....	40
16. Mioblastoma de células granulosas.....	41
17. Epulis congénito.....	42
18. Nevoxantoendotelioma.....	43
19. Xantoma verrugiforme.....	44
20. Granuloma de células plasmáticas.....	44
21. Leiomioma.....	45
22. Angiofibroma nasofaríngeo.....	46
23. Hamartoma y coristoma.....	46

CAPITULO IV. TUMORES EPITELIALES MALIGNOS.

1. Carcinoma de células escamosas.....	51
2. Carcinoma verrugoso.....	58
3. Carcinoma de célula transicional.....	60
4. Linfoepitelioma.....	61

5. Melanoma.....	61
6. Carcinoma mucocpidermoide	64
7. Carcinoma de células acinares.....	67
8. Carcinoma adenocústico.....	68
9. Adenocarcinoma.....	69

CAPITULO V. TUMORES MESENQUIMATOSOS MALIGNOS.

a) Fibrosarcoma.....	71
b) Rabdomyosarcoma.....	72
c) Plasmocitoma de tejidos blandos.....	74
d) Linfoma maligno.....	74
e) Leucemia.....	78
f) Granuloma letal de la línea media	83

CAPITULO VI. TUMORES METASTASICOS 85

CONCLUSIONES..... 86

BIBLIOGRAFIA..... 88

ción quística de restos epiteliales atrapados por el interior de ciertos ganglios linfáticos cervicales durante su desarrollo.

El cuadro histopatológico del quiste se ajusta al patrón común ya descrito, pero se distingue por la frecuente presencia de grandes cantidades de tejido linfóide en sus paredes; incluyendo a veces folículos -- con centros germinales activos. Algunas autoridades consideran que la proliferación reactiva del epitelio del quiste puede ser consecuencia de alteraciones inflamatorias causadas por el drenaje de material infectado que se vuelca en éste tejido linfóide.

I) QUISTE LINFOEPITELIAL.

Los quistes linfocpiteliales (hendidura-branquial) parecen tener su origen en el anclavamiento de elementos de un conducto salival en los ganglios linfáticos, generalmente está situado superficialmente cerca del ángulo del maxilar inferior, se halla cubierto -- solamente por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y generalmente está sobre la vaina carotídea. Muy raras veces está más profundo que la arteria carótida. Se trata de una lesión libremente desplazable y no ulcerada, que puede perdurar pocos meses ó muchos años.

El quiste se puede evidenciar durante -- la tercera década. Parece no haber predilección sexual. El tamaño varía entre un diámetro de 2 cms. y 10 cms. (media de 3 cms. a 4 cms.); en general hay fluctuación. El quiste no suele ser transparente, a no ser que tenga un tamaño grande. No suele estar fijado a las estructuras subyacentes o a la piel.

También se ha observado dentro de un --
gánglio linfático intraparotídeo, teniendo así un ori--
gen semejante al cistoadenoma papilar linfomatosos.

El quiste linfoepitelial también ocurre en
el suelo de la boca o por debajo de la lengua o faringe
bucal, lo cual también habla en contra de un origen bran-
quial. La mayoría de los casos en la boca han sido en --
varones, observación que pudiera ser importante.

El diagnóstico diferencial incluye el hi-
groma quístico, linfadenitis, linfoma y tumor del cuerpo
carotídeo. También hay que tener en cuenta el diagnósti-
co diferencial los raros casos cervicales de quistes tí-
micos y parotídeo.

Microscópicamente, el quiste linfoepite-
lial tiene un revestimiento epitelial escamoso estratifi-
cado, generalmente no queratinizado, rodeado por tejido-
linfoide con centros germinales. En más del 85% de las --
piezas examinadas por Bhaskar y Bernier, se pudo demos-
trar la presencia de sinusoides subcapsulares o medula-
res.

El quiste linfoepitelial los han produci-
do experimentalmente en Hámsters Vickers y Von der Muhl

El tratamiento del quiste linfoepitelial
consiste en una simple emucleación. Se cree que está le-
sión se origina en una formación de la mucosa bucal des-
crita recientemente que se denomina amígdala bucal. Se-
trata de estructuras nodulares circunscritas, de 1 a 3 mm
que se observan en la mucosa del paladar blando, super-
ficie ventral de la lengua y piso de la boca de aproxima-
damente 20% de la población.

CAPITULO 11.

TUMORES BENIGNOS DE TEJIDOS BLANDOS.

- 1.- VERRUGA VULGAR
- 2.- CONDILOMA ACUMINADO
- 3.- PAPILOMA
- 4.- HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL
- 5.- HIPERPLASIA SEUDOEPITELIOMATOSA
- 6.- HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA

TUMORES BENIGNOS DE TEJIDOS BLANDOS

Los tumores benignos y las proliferaciones semejantes a tumores de los tejidos de la cavidad bucal comprenden cerca del 20% de todas las biopsias bucales hechas por el odontólogo. Estadísticamente, entre las 15 lesiones que se observan con mayor frecuencia en la cavidad oral (con excepción de las caries y enfermedades periodónticas) 7 constituyen tumores benignos o crecimientos parecidos de los tejidos blandos.

A) TUMORES EPITELIALES.

- 1.- Verruga Vulgar.
- 2.- Condiloma Acuminado
- 3.- Papiloma
- 4.- Hiperplasia Epitelial Focal (Enf. de Heck)
- 5.- Hiperplasia Seudoepiteliomatosa (Queratoacantoma)
- 6.- Hiperplasia papilar inflamatoria

1.- Verruga Vulgar.

Tanto en los labios como en otras localizaciones intraorales cabe encontrar lesiones con la misma histomorfología que la verruga vulgar, si bien las características celulares vacuoladas, así como las inclusiones observadas en muchas verrugas cutáneas, aparecen poco a menudo en las lesiones orales. Algunos anatomopatólogos orales designan a las lesiones de éste tipo con el nombre de papilomas en tanto que otros separan las verrugas de los típicos papilomas orales. La verruga vulgar es causada por un virus, y el periodo de incubación es de aproximadamente 6 semanas hasta un año.

Características clínicas.- Es una lesión sésil y blanda, con forma de coliflor, de solo pocos milímetros. La imagen microscópica revela una lesión papilomatosa, en la cual el epitelio se halla plegado; muestra alternativamente hiperqueratosis y paraqueratosis, así como largas crestas epiteliales. En las márgenes de las verrugas, las crestas se "doblan" hacia el interior y se orientan hacia el centro. Las lesiones pueden desaparecer espontáneamente; también, es posible tratarlas con nitrógeno líquido o mediante escisiones. La recurrencia es rara en el caso de una verruga vulgar que ha involucionado espontáneamente; en cambio, es común en las que han sido tratadas.

2.- Condiloma Acuminado.

Es una lesión verrugosa epitelial de amplia base, producida por un virus, que suele presentarse en la región anogenital (condiloma venéreo, verruga acuminada, verruga húmeda, verruga venérea); sin embargo, en la actualidad se ha demostrado que puede asentarse en la cavidad bucal. Las lesiones pueden ser múltiples y se extienden por autoinoculación. Microscópicamente se trata de una lesión papilífera revestida por epitelio escamoso estratificado paraqueratósico. El tejido sub-epitelial evidencia un infiltrado linfocitario. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica, aunque es probable que recidive.

3.- Papiloma.

Es un tumor benigno de la piel y membranas mucosas, compuestas de procesos epiteliales que crecen hacia afuera desde la piel o la superficie de la mu

cosa, comprende el 8% de todos los tumores en la infancia. Tanto microscópica como macroscópicamente el papiloma es imposible de distinguir de la verruga común que es producida por un virus.

Los terminos "papiloma" y "pólipo" son a veces empleados indistintamente pero el último es la designación para cualquier masa circunscrita de tejido que se proyecta desde la piel o la superficie de la mucosa. Tal masa puede ser un fibroma, un lipoma, un hemangioma, en verdad, una gran variedad de lesiones. De esta manera "pólipo" es una designación macroscópica únicamente, y aunque un papiloma suele ser polipoides, el pólipo es con la mayor frecuencia otra cosa que un papiloma.

A menudo resulta posible distinguir al papiloma de otras excrecencias polipoides en base a su aspecto a simple vista, y los procesos epiteliales o estructuras papilares individuales aparecen como múltiples y diminutas proyecciones a manera de follaje o digitaciones. En el caso de papilomas bucales el aspecto general puede ser blanquecino si se ha formado queratina, o rosa do si la queratina se halla ausente.

Características anatomopatológicas.

El tumor consiste de un corazón central arborescente de tejido conectivo vascularizado del cual ramificaciones laterales forman las proyecciones papilares individuales que resultan cubiertas por epitelio que puede o no estar queratinizado. A menudo hay un leve infiltrado crónico en el tejido conectivo, probablemente como resultado del trauma mastioatorio.

Características Clínicas.

El papiloma intraoral es relativamente raro. Puede manifestarse en cualquier parte de la boca pero afecta con mayor frecuencia las áreas móviles, tal como la mucosa yugal y el paladar blando. Los papilomas bucales suelen ser menores de 1 cm de diámetro pero ocasionalmente alcanzan tamaños mayores.

El tratamiento consiste de la escisión completa, incluyendo una zona de tejido normal alrededor de la base. La escisión incompleta puede dar lugar a una recidiva del neoplasma.

4.- Hiperplasia Epitelial Focal.

Algunos autores han descrito casos de una lesión epitelial poco común, la hiperplasia epitelial focal (Enfermedad de Heck), que incide principalmente en niños indígenas americanos y sudamericanos. También se ha observado lesiones de este tipo en individuos de ascendencia originaria de Puerto Rico, Escandinavia y Polinesia, también se ha podido observar este padecimiento en un individuo de origen Británico.

Etiología.

La evolución natural de éstas lesiones es dioxonocida. En 2 de los pacientes examinados por Archard y Cola., las lesiones remitieron espontáneamente. Clausen describió este proceso en el 20% de un grupo de esquimales de Groenlandia sugiriendo una etiología vírica. Otros investigadores sugieren que los factores genéticos pueden tener un cierto papel pero que es probable que la etiología sea vírica.

Características clínicas.

Este es un proceso que afecta más a niños que adultos. Clínicamente aparecen unas lesiones blandas, discontinuadas, múltiples, planas y papulosas, del mismo color que la mucosa subyacente normal. Por lo general se observan más en el labio inferior pero pueden afectar igualmente la mucosa bucal, el labio superior, la lengua, las encías, y los pilares anteriores del ítemo de las fauces.

Las lesiones son pequeñas, presentan un diámetro que está entre 0.1 y 0.5 cms., aunque su confluencia puede originar lesiones de mayor tamaño. No provocan la aparición de síntomas y, en la mayoría de los casos, los enfermos no se habían percatado de su existencia.

Características anatomopatológicas.

Se encontró una acantosis localizada que, con frecuencia, daba lugar a una estructura papilomatosa discontinua o confluyente. Las crestas de la trama estaban a menudo anastomosadas. En la lámina propia papilar, entre las crestas acantósicas se observó generalmente una infiltración linfocítica. No se apreció disqueratosis, atipismos ni inclusiones. En algunos casos se observaron glándulas salivales menores, las cuales ofrecían en mayor o menor medida, afectaciones en el conducto o en los lobulillos.

La lesión puede remitir espontáneamente y no requiere de ningún tratamiento.

5.- Hiperplasia Seudoepiteliomatosa.

Esta afección puede ser resultado de una

serie de padecimientos como úlcera crónica, infecciones micóticas y sequestros óseos, es probable que el epitelio de la cavidad bucal puede presentar una proliferación semejante a la de un tumor, aunque benigna; por lo que se parece íntimamente al carcinoma de células escamosas. También es probable que se presente sin causa aparente. Se podría hacer una clasificación en primaria (idiopática) y se cundaria (resultado de una causa conocida), pero a veces la distinción entre ambos no siempre resulta clara.

a). Hiperplasia pseudoepiteliomatosa primaria (Idiopática)

Son identificadas las lesiones cutáneas - solitarias o, múltiples que, clínica y microscópicamente se parecen al carcinoma epidermoide bien diferenciado y que puede afectar igualmente a la mucosa oral, sobre todo a los labios.

Las formas idiopáticas de hiperplasia -- pseudoepiteliomatosa se la han dado diferentes nombres, -- como acantosis invasora, verrugoma, Molluscum Sebaceum, epiteloma de curación espontánea y queratoacantoma. Parece ser que ésta última designación es la que se utiliza en forma más generalizada refiriéndose a lo que parece tratarse de 3 entidades separadas: 1) querato acantoma solitario; 2) epitelomas múltiples de curación espontánea, y 3) queratoacantoma de tipo eruptivo múltiple.

Los tipos solitario y múltiple puede aparecer en los labios, pero las mucosas orales parecen ser afectadas solo por el queratoacantoma eruptivo. Estas -- lesiones son hiperplasias penetrantes de tipo tumoral -- del epitelio escamoso y no necesariamente progresiva, -- puede curar espontáneamente y carecen de facultad de pro

ducir metástasis.

Es muy importante la identificación de --
estas lesiones ya que el pronóstico y el tratamiento del
queratoacantoma son considerablemente distintas de las --
correspondientes al carcinoma.

Etiología.

Es realmente poco lo que se conoce acerca
de la etiología aunque ha llegado a demostrarse un virus
En algunas ocasiones existe un antecedente traumático pe
ro en absoluto es un dato constante. La mayoría de las-
lesiones parecen originarse de un modo espontáneo. Pare-
ce ser, que en el epiteloma múltiple de curación espon-
tánea, pueden existir factores genéticos, trasmitiéndose
la enfermedad como un rasgo autosómico dominante.

Características Clínicas.

No se sabe mucho acerca de la frecuencia
de la hiperplasia pseudoepiteliomatosa primaria de la mu-
cosa oral aunque se piensa que la frecuencia del querato-
acantoma es alrededor de un tercio de la del carcinoma -
de células escamosas en una serie larga de tumores cutá-
neos.

La característica clínica más sobresa-
liente de estas lesiones es su rápido desarrollo; princi-
pia como una pápula y en 4 a 12 semanas alcanzan su máxi-
mo tamaño. Una lesión plenamente constituida acostumbra
a ser un nódulo duro, prominente, hemisférico, de un ta-
maño de 1 a 2 cms. de diámetro y con una depresión cen-
tral cubierta por una costra de queratina.

Clínicamente el queratoma puede ser in-
distinguible o fácilmente confundido con el carcinoma de
células escamosas o basales. Los antecedentes de creci-
miento rápido son un dato importante para la diferencia-

ción. Los lugares más frecuentes de afectación son la piel de la cara, cuello, dorso de las manos y brazos. Los enfermos suelen ser de edad avanzada, se ha comprobado casos de incidencia de ésta lesión en labios, parecer que hay una preferencia por los varones de 3:1 afectándose por igual el labio superior y el inferior, en claro constante con el carcinoma de células escamosas — que incide de forma casi exclusiva en el inferior, también puede presentarse en lengua y en los procesos alveolares.

Características anatomopatológicas.

Se visualiza la lesión en pocos aumentos para mejor apreciación. El epitelio superficial normal se encuentra elevado hacia el borde del cráter central — en cuyo punto se nota una transición hacia el epitelio — escamoso notablemente hiperplásico que socava el epitelio de superficie formando con el un ángulo agudo.

El grueso de la lesión lo forman unas prolongaciones profundas de epitelio escamoso hiperplásico que parece empujar hacia abajo o invadir el tejido conjuntivo subyacente. Estas prolongaciones epiteliales se encuentran cubiertas de una capa de queratina bastante gruesa que forman el núcleo central de la lesión. Las células las epiteliales que constituyen la mayor parte de la lesión son bien diferenciadas y no presentan — atipias significativas. En la porción profunda de las prolongaciones epiteliales se hallan unos islotes de epitelio que parecen invadir la estroma. En estas zonas el aspecto microscópico es muy similar al del carcinoma epidermoide poco desarrollado, y la diferenciación entre —

ambas entidades basándose en el aspecto histológico - de la base de la lesión, puede resultar imposible. El tejido conjuntivo adyacente a las masas epiteliales presenta una respuesta inflamatoria crónica.

Pronostico.

El pronóstico del queratoacantoma es excelente y en varios casos de queratoacantoma outáneo se produce una curación espontánea, aunque algunas ocasiones persiste cicatrización residual.

Durante un periodo de aproximadamente 1 a 2 meses en el que se encuentra estacionado, la lesión - por lo general sufre una regresión espontánea que dura - de 6 a 8 semanas en realizarse que incluye la resorción - de toda la masa y la expulsión del tapón córneo. La evolución completa puede durar de 4 a 6 meses o más.

El queratoacantoma mucoso también parece buen pronóstico. No se observa invasión en profundidad ni metástasis. Puede presentar un falso diagnóstico anatomopatológico de carcinoma y como consecuencia e inecesariamente un tratamiento radical, o bien la confusión con carcinoma verrugoso de células escamosas. Es extraordinariamente difícil la distinción microscópica de ambas lesiones a partir de una pequeña muestra de biopsia. Los antecedentes de crecimiento rápido deben valorarse - convenientemente.

El tratamiento es mediante escisión quirúrgica de la lesión.

b) Hiperplasia pseudoepiteliomatosa secundaria.

Esta lesión no es infrecuente en el epitelio de recubrimiento de la cavidad oral o en el borde-

de alguna lesión inflamatoria que afecte el tejido conjuntivo subyacente. También se observa con particular frecuencia en el epitelio que recubre un neurofibroma - de células granulosas (mioblastoma).

Etiología.

En la mayoría de los casos la reacción epitelial parece ser influida por un proceso inflamatorio - subyacente aunque el mecanismo básico de dicha reacción es desconocido.

Se le asocia frecuentemente a procesos - granulomatosos crónicos, como blastomycosis, tuberculosis, sífilis (gomas) y granuloma inguinal, a picaduras de insectos o úlceras por quemaduras, situadas en el borde. Esta reacción también puede verse acompañado al - carcinoma de células basales y al melanoma.

En la cavidad bucal suele acompañar más - bien a reacciones inflamatorias crónicas inespecíficas - producidas por dentaduras mal ajustadas, periodontitis o cuerpos extraños. También incide con bastante frecuencia, en el epitelio de recubrimiento de neurofibromas - de células granulosas (mioblastomas). El mecanismo de - tal reacción es desconocido, y a diferencia de otros procesos en los que se aprecia hiperplasia pseudoepiteliomatosa secundaria, el "mioblastoma" no se acompaña de - - reacción inflamatoria.

Características clínicas.

Clínicamente, la lesión puede presentarse como un proceso en forma de placa, nódulo, úlcera o - incluso con aspecto vegetante, semejando, algunas ocasiones, un carcinoma ulcerado. En algunos casos los antece

dentes son de corta duración, pero en otros el proceso puede ser bastante prolongado.

Características anatomopatológicas.

Se nota una intensa hiperplasia epitelial con prolongaciones irregulares de los cordones epiteliales hacia el tejido conjuntivo subyacente. A veces la producción de perlas de queratina, llegan a ser importantes. Islotes que las contienen, parecen independizarse de la masa central semejando invasión, pero éstas células epiteliales permanecen bien diferenciadas y no se observan en grado significativo cambios atípicos de importancia, como queratinización individualizada de las células, aumento de tamaño del núcleo o hiperchromatismo. En respuestas epiteliales relacionadas a proceso inflamatorio, pueden encontrarse infiltración de numerosos leucocitos, observándose a veces una degeneración epitelial focal. Esta reacción no se encuentra en el carcinoma y se podría considerar como factor importante en el diagnóstico diferencial de ambas entidades.

Pronóstico.

El pronóstico de la reacción epitelial, es excelente. Se trata de una reacción benigna en la que no se produce ni invasión profunda ni metástasis. Además, la reacción epitelial sufre regresión con el tratamiento o cuando se resuelve la enfermedad subyacente, aunque el resultado final está en relación con la gravedad del proceso patológico fundamental (tuberculosis, actinomycosis, etc).

6.- Hiperplasia Papilar Inflamatoria.

Es conocida también, con el nombre de --

hiperplasia papilar, papilomas múltiples del paladar— y papilomatosis. La lesión se limita por lo general en el paladar, pero en raras ocasiones puede presentarse — en crestas alveolares de la mandíbula y el maxilar. Se le asocia comúnmente con aparatos protésicos completos— o parciales mal ajustados, siendo la higiene bucal deficiente un factor coadyuvante, aunque, también puede suceder sin cambio aparente. La mayoría de los pacientes— se encuentran en la cuarta o quinta década de vida y — los hombres son afectados con mayor frecuencia que las— mujeres.

Características clínicas.

Se presenta como una placa poco prominente pero extensa de tejido tumoral, presenta crecimientos verrugosos o papilares, numerosos y pequeños en el paladar en los que como resultado de la acumulación de restos alimenticios entre las papilas puede originarse una inflamación secundaria. No se observan ulceraciones, y la lesión suele ser asintomática.

Características anatomopatológicas.

Los cortes microscópicos nos muestran — numerosos crecimientos papilares cubiertos por un epitelio escamoso estratificado hiperplásico y por lo general no queratinizado. En éste epitelio no se encuentra disqueratosis pero pueden observarse cambios disqueratósicos así como formación de perlas de queratina dentro de los tejidos conectivos subyacentes que también presenta— este último infiltración plasmocitaria y linfocitaria — densa.

Pronóstico.

Se ha hablado mucho acerca de ésta le-

sión como precancerosa, por el hecho de presentar disqueratosis que ha sido observada microscópicamente, pero al ser una lesión relativamente frecuente sería lógico suponer que un porcentaje razonable de casos con carcinoma de paladar duro fueran asociados de hiperplasia papilar, sin embargo, ésto no sucede así.

El tratamiento consiste en retirar la prótesis por la noche, confeccionar un aparato protésico que se adapte bien y si fuera necesario la extirpación quirúrgica de la masa con un amplio margen de tejido de aspecto normal.

CAPITULO III.

TUMORES MESENQUIMATOSOS.

- 1.- FIBROMA POR IRRITACION.
- 2.- FIBROMA PERIFERICO.
- 3.- EPULIS FISURADO.
- 4.- EPULIS GRANULOMATOSO.
- 5.- GRANULOMA GIGANTECELULAR PERIFERICO.
- 6.- GRANULOMA PIGMENTO.
- 7.- TUMOR DEL EMBARAZO.
- 8.- HEMANGIOMA.
- 9.- LINFAGIOMA.
- 10.- HIGROMA QUISTICO.
- 11.- NEUROMA.
- 12.- NEUROFIBROMA.
- 13.- SCHWANNOMA.
- 14.- NEUROFIBROMATOSIS MULTIPLE.
- 15.- LIPOMA.
- 16.- MIOBLASTOMA DE CELULAS GRANULOSAS.
- 17.- EPULIS CONGENITO.
- 18.- NEVOXANTOEDOTELIOMA.
- 19.- XANTOMA VERRUGIFORME.
- 20.- GRANULOMA DE CELULAS PLASMATICAS.
- 21.- LEIOMIOMA.
- 22.- ANGIOFIBROMA NASOFARINGEO.
- 23.- HAMARTOMA Y CRISTOMA.

(B) TUMORES MESENQUIMATOSOS.

1.- Fibroma por Irritación.

Esta lesión constituye el crecimiento tumoral más común en cavidad oral y resulta de una irritación local.

Etiología.

Por lo general ésta lesión suele asociarse con una irritación local, como la succión de la mejilla a través de un espacio interdental o edentado, el morderse los labios o el empuje de la lengua contra un diastema.

Características clínicas.

Se presenta como una lesión elevada pedunculada o sésil, comunmente presenta el color normal de la mucosa, si bien puede ser más pálida, su tamaño fluctua entre pocos mm. y algunos cms. Puede presentarse en cualquier lugar de la cavidad oral; sin embargo, las regiones más frecuentemente afectadas son la lengua, la mucosa bucal y los labios.

Características anatomopatológicas.

El fibroma por irritación se compone -- principalmente de colágeno denso, que presenta zonas de hialinización y escasez de vasos sanguíneos. Si existen células inflamatorias su número es mínimo y toda la lesión se encuentra cubierta por epitelio escamoso estratificado, el cual puede presentar paraqueratosis o hiperqueratosis.

El tratamiento del fibroma por irritación consiste en la escisión quirúrgica. Sin embargo, si la causa persiste, la lesión vuelve a aparecer.

2.- Fibroma periférico y Fibroma periférico con Calcificación.

Este último es una variante del fibroma - periférico, ambas lesiones tienen consistencia firme, sé siles o pedunculadas, de un color que varía del pálido - al rojo y que se originan en la papila interdental. Tiene mayor frecuencia en las mujeres, y la edad en que - - aparecen oscila alrededor de los 34 años. El promedio de duración de la lesión es de más o menos 18 meses; el maxilar es afectado algo más frecuentemente que la mandíbula y la parte anterior de la boca es la localización preferida. Estas lesiones pueden provocar migración dentaria y su tamaño oscila entre 0.5 cms. y 8 cms. el 20% de las lesiones se encuentran ulceradas.

Características anatomopatológicas.

En los cortes microscópicos se identifica una tumoración compuesta por fibroblastos y fibras colágenas en proporciones variables. Esta lesión es más celular que el fibroma por irritación, y algunos pueden demostrar degeneración mixomatosa. El tumor se encuentra cubierto por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado, aunque en algunas zonas es posible observar - ulceración, así como una infiltración acompañada de neutrófilos, plasmocitos y linfocitos. Alrededor de la mitad de las lesiones contienen material calcificado y, es por lo que reciben el nombre de fibroma periférico con - calcificación.

El tratamiento más adecuado es la escisión quirúrgica.

3.- Epulis Fisurado.

Esta lesión, que debería llamarse hipertro

fia del surco vestibular o fibroma del surco vestibular y su aparición se relaciona con los bordes de una prótesis mal adaptada por lo cual se le observa en el vestíbulo del maxilar o de la mandíbula.

Características clínicas.

Se trata de un crecimiento tisular de consistencia blanda, doloroso y flácido, sangra con facilidad y se extiende desde la parte inferior del borde causante. Cuando se quita la prótesis es factible observar una "cuneta" en la lesión. Los pacientes por lo general son personas de edad avanzada.

Características anatomopatológicas.

En cortes microscópicos muestran que la lesión se compone de grandes cantidades de tejido conectivo fibroso el cual se encuentra infiltrado por linfocitos y plasmocitos. Esta lesión puede presentar zonas de ulceración, pero la mayor parte de su superficie se halla cubierta de epitelio escamoso estratificado.

El tratamiento más adecuado sería la corrección de la prótesis y la extirpación de la masa excesiva de tejido.

4.- Epulis Granulomatoso.

El épulis granulomatoso es un crecimiento parecido a un tumor y se le observa relacionado con heridas de extracción de órganos dentarios o pequeños secuestros.

Características clínicas.

El alveolo de la extracción o la zona del secuestro se encuentra lleno de tejido granuloso exuberante y rojo, que sangra con facilidad.

Características anatomopatológicas.

En los cortes microscópicos se observa - tejido de granulación (tejido conectivo edematoso joven con infiltración de neutrófilos, plasmocitos y linfocitos), numerosos capilares y un revestimiento delgado de epitelio escamoso estratificado.

El tratamiento es la remoción del épolis-granulomatoso y si éste es demasiado exuberante es necesario recurrir al raspado.

5.- Granuloma gigantocelular periférico.

El granuloma gigantocelular periférico es también conocido con las denominaciones de épolis de células gigantes, épolis mieloide y osteoclastoma. Ocurre como lesión periférica de la encía o como una lesión de localización central dentro del maxilar que radiográficamente presenta el "aspecto quístico". Puede presentar - una excrescencia epitelizada en la encía igual que otros tipos de épolis, es una proliferación oral, tumoral aunque no neoplásica y su característica distintiva se basa en el hecho que el tejido conectivo que forma su estoma contiene un número variable de células gigantes.

Características clínicas.

Esta lesión contiene células con potencial fibroblástico, osteobástico y osteoclastico. No - existe una predilección por determinada edad, en el momento del diagnóstico la edad media es de aproximadamente 30 años. Las mujeres se afectan con mayor frecuencia que los hombres, especialmente desde los 30 a los 60 años. Esta lesión se encuentra, frecuentemente, ulcerada, es pedunculada o sésil y es indoloro, estas lesiones son muy vascularizadas y la hemorragia es un dato clíni-

co importante, su color acostumbra a ser rojo o marrón-oscuro. Se afecta de igual manera tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior, y de modo especial a la parte inferior. Se puede encontrar en éstos pacientes antecedentes traumáticos. El tamaño raramente sobrepasa los 4 cms. y en todos los casos se debe practicar radiografías intraorales para descartar una posible afectación al hueso subyacente.

Características anatomopatológicas.

Se encuentra que los cortes microscópicos son diagnósticas o idénticas a los del granuloma reparativo central de células gigantes. La lesión está compuesta por fibroblastos, vasos sanguíneos jóvenes en gran cantidad y células gigantes multinucleadas, se encuentra también hemosiderina en mayor o menor cantidad, se encuentra cubierto por epitelio escamoso estratificado o bien parcialmente ulcerado.

El tratamiento implica la escisión quirúrgica completa complementado con curataje de la base de la lesión y si se hace correctamente ésto, la lesión no recidiva.

6.- Granuloma Piógeno.

Esta lesión también se le conoce como granuloma piogénico y hemangioma capilar de tipo granulomatoso, es una respuesta inflamatoria hiperplásica localizada, que puede simular una neoplasia. Representa una masa epitelizada de tejido de granulación, generalmente como una reacción excesiva a una irritación crónica de poca intensidad. Afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres, la mayoría de las lesiones afecta

la encía (75%) y el resto se distribuye en mejillas, - labios, lengua, paladar, pliegue mucolabial y frenillo - es más común en el maxilar que en la mandíbula, en la - superficie bucal que en la lingual y en la parte ante- rior de los maxilares más que en las regiones posterio- res.

Características clínicas.

El granuloma piógeno se presenta como un cre- cimiento elevado, masa roja, pequeña, blanda, pedunculada ó de base ancha, sangra con facilidad y frecuentemen- te se encuentra ulcerada, su duración es de semanas a me- ses.

Características anatomopatológicas.

El término granuloma piógeno es algo incorrec- to puesto que la producción de pus no es una de sus carac- terísticas principales de éstas lesiones, son muy vascu- larizadas y contienen bastantes capilares. La lesión se encuentra parcial o completamente rodeada por epitelio - escamoso estratificado. Con frecuencia existe tejido de granulación en la región de más reciente formación, y cu- yo tejido contiene numerosos fibroblastos y poco coláge- no. Las zonas ulceradas se encuentran cubiertas por un- exudado fibrinoso, también encontramos tejido conectivo. edematoso interpuesto así como infiltración leve o densa de leucocitos polimorfnucleares, plasmocitos y linfocit- os.

El tratamiento consiste en la escisión y la- remoción de los factores irritativos o de lo contrario - puede sufrir recidiva.

7.- Tumor de Embarazo.

Esta lesión se presenta en un porcentaje muy reducido entre las mujeres que desarrollan gingivitis del embarazo y son crecimientos semejantes a tumores de encía, y tanto clínica como microscópicamente es idéntico al granuloma piógeno.

Características clínicas.

Aparecen alrededor del 2o. ó 3er. mes del embarazo y algunos casos involucionan espontáneamente -- después del parto pero raras veces desaparece del todo, y en embarazos posteriores puede dar recidivas en el mismo lugar.

Siempre que sea posible el tratamiento, -- que es idéntico al del granuloma piógeno deberá completarse con la escisión quirúrgica lo cual deberá realizarse durante el 2o. trimestre del embarazo y después -- completar con vigilancia médica hasta efectuarse el trabajo de parto.

8.- Hemangioma.

El hemangioma es un tumor benigno, cuyas células forman espacios revestidos por una capa única de epitelio y que contienen sangre. Se ve con mucha frecuencia en la boca, generalmente en la mucosa bucal, en la mucosa labial, en la lengua y en el vermillion del labio. A pesar de que los hemangiomas se presentan en todas las edades, muchos son congénitos, presentándose en el momento de nacer ó muy poco después.

Se han subdividido los hemangiomas en numerosos tipos pero los más importantes en los tejidos -- orales, son el hemangioma capilar y el cavernoso.

a) Hemangioma Capilar

El hemangioma capilar más frecuente que el cavernoso es por lo regular una masa de tamaño pequeño o moderado, algo elevada, bien limitada, de color púrpura intenso o azul oscuro y de consistencia blanda. Cuando se comprime el tumor puede vaciarse su contenido sanguíneo, ocasionando una palidez en el tumor y al retirar la presión se puede observar como vuelve a llenarse el tumor con sangre. Esto es el dato que lo distingue de otro tipo de lesiones parecidas.

b). Hemangioma cavernoso.

Es casi siempre de origen congénito, se encuentra principalmente en la lengua y la mucosa bucal. Su tamaño es mayor que el hemangioma capilar y su tamaño varia desde 2 ó mas cms. Se observa como una masa prominente grande, redondeada, de color azul claro o púrpura de consistencia blanda o semisólida. Los bordes no se encuentran bien definidos, confundiéndose a veces con los tejidos normales contiguos. En ocasiones aparecen como una placa plana poco elevada de color púrpura intenso ó azul que se extiende por encima de la mucosa bucal ó de la parte dorsal de la lengua.

Estas 2 lesiones datan de años de evolución con mínimos signos de crecimiento.

El hemangioma capilar histiológicamente consta de numerosos capilares pequeños limitados por endotelio. La variedad cavernosa está constituida por grandes y dilatados vasos de delgadas paredes, limitadas también por epitelio. Los espacios vasculares generalmente se encuentran llenos de sangre, pero a veces se --

observa también líquido linfático.

Dependiendo del tamaño, localización y -- accesibilidad del tumor será el tratamiento. Cuando el hemangioma es pequeño o incluso de tamaño moderado y cuando no crea problemas estéticos ó funcionales, no estará indicada la extirpación; pero si hay un trauma constante con secuelas hemorrágicas, si estará indicada la extirpación lo cual se llevará a cabo con distintos métodos como, extirpación quirúrgica, electrocauterización, producción de fibrosis por medio de líquido esclerosante (tetradisulfato sodico, nieve de oxido de carbono, agua hirviente), crioterapia. En niños pequeños sería preferible utilizar radioterapia.

9.- Linfangioma.

Esta lesión, es histológica y etiológicamente similar al hemangioma, adiferencia de éste último, en el linfangioma los vasos anormales están llenos de un líquido claro, rico en proteínas, con pocas células (linfa) más bien que sangre. Esta lesión puede encontrarse aislada, pero más frecuentemente acompañando a hemangiomas u otras anomalías de vasos sanguíneos con los que se anastomosan los vasos linfangiomatosos.

Características clínicas.

La lengua suele ser localización bucal -- más frecuente y, es una importante causa de macroglosia-congenita junto con el hemangioma.

Se diferencian del hemangioma por ser -- incoloros ó azules. Son de consistencia blanda, indoloros, es una lesión difusa, ligeramente elevada, formado por numerosos racimos de pequeños nódulos llenos de líquido parecidos a "ampollas".

Características anatomopatológicas.

La lesión consta de numerosos vasos linfáticos dilatados, limitados por células endoteliales y que contienen linfa.

El tratamiento cuando el linfangioma es de pequeño tamaño, es la extirpación quirúrgica y los tumores grandes se reducen quirúrgicamente por extirpación parcial seriada. Se ha usado soluciones esclerosantes con cierto grado de éxito. El linfangioma es radioresistente. Si se realiza una escisión completa no habrá recidivas, pero esto casi nunca se logra.

10.- Higroma Quístico.

Es una malformación congénita de tipo linfangiomatoso, con grandes espacios quísticos, llenos de linfa y que se difunden hacia las partes blandas y alcanzan las estructuras de la musculatura lateral del cuello ocasionando algunas veces tortícolis. También puede extenderse hacia arriba y reemplazar y agrandar la glándula parótida, piso de la boca, la lengua y la mejilla.

Características anatomopatológicas.

Los cortes microscópicos nos enseñan un quiste ó quistes llenos de linfa, el quiste se encuentra revestido por endotelio delgado y plano conteniendo cantidades variables de colágeno en sus paredes.

Esta afección no se encuentra encapsulada y eliminarla es una tarea casi imposible. Sin embargo, la escisión quirúrgica parece ser el único tratamiento posible.

11.- Neuroma.

Este nombre, así como el de neuroma traumático y neuroma por amputación, se utiliza para designar una proliferación reparadora no neoplásica que ocurre en la terminal de un nervio periférico traumatizado. Sus principales componentes son los cilindros ejes neuronales y las células de neurilema. El neuroma representa un esfuerzo por parte del nervio y células neurilémicas por restablecer la inervación existente antes del traumatismo.

Características clínicas.

Los neuromas traumáticos se localizan en sitios de lesiones previas, irritaciones crónicas o procedimientos quirúrgicos, con lo cual pocas regiones orales ó extraorales, quedan inmunes. El maxilar inferior, tanto en el seno de hueso, después de fracturas o procedimientos quirúrgicos, como fuera de él, también pueden presentarse en el tejido conjuntivo del maxilar inferior a nivel del punto de salida del nervio alveolar inferior. Se presenta también en lengua, labio, mucosa bucal y piso de la boca. Se presentan como nódulos movibles, presentando dolor y una sensibilidad delicada, son redondeadas, de color rosa pálido, pero no suele tener localización ni bordes definidos de la mayoría de las neoplasias benignas.

Características anatomopatológicas.

Los neuromas traumáticos microscópicamente, presentan fibras nerviosas periféricas, por lo regular pequeñas, enredadas ó arracimadas. Las células neurilémicas suelen ser abundantes y distribuidas irregular

mente, también hay una cantidad variable de tejido oí- -
catrizal (tejido colágeno).

El tratamiento consiste en la escisión —
quirúrgica y se realiza un estudio para diferenciación —
con neurofibromas solitarios y plexiformes.

12.- Neurofibroma.

Es un tumor solitario, que se origina en-
las vainas nerviosas y fibroblastos perineurales y que —
tienen tendencia a ser múltiples y asociarse a otras anó-
malias familiares originando la enfermedad de Von Reck-
linghausen a la cual nos referiremos en breve más adelan-
te.

Características clínicas.

Puede encontrarse en cualquier lugar de —
la boca, incluido el cuerpo de la mandíbula, pero es más
frecuente en los tejidos blandos que recubren las super-
ficies bucales de los maxilares como el paladar, lengua,
labios y mejillas. Su aspecto es variable, puede presen-
tarse alargado, de tejido prominente, difuso, de super-
ficie lisa, de mucosa de color normal, o bien como tumo-
res prominentes, sésiles o pedunculados parecidos a un-
fibroma. Las lesiones de localización profunda se pal-
pan como nódulos circunscritos. Crece con mucha lentitud
y por lo general suele ser asintomático.

Características anatomopatológicas.

El neurofibroma no es encapsulado, no con-
tiene cuerpos de Verocay (tejido A de Antonioni), ni se-
observan formaciones en empalizada. Con frecuencia los-
axones nerviosos atraviesan el tumor.

La escisión quirúrgica es el tratamiento-

electivo y después de la escisión local el neurofibroma no recidiva.

13.- Schwannoma o Neurilemoma.

Es una neoformación que se asienta en el tejido conjuntivo. Se piensa que el neurilemoma (neurinoma, fibroblastoma perineural, neuroma, tumor específico de la vaina nerviosa, etc.) representa una proliferación de las células de Schwan.

Características clínicas.

Esta neoplasia presenta caracteres clínicos inespecíficos, los cuales son muy parecidas al fibroma y al neurofibroma, con el que a llegado a confundirse. Puede presentarse en cualquier lugar de la boca, tanto en el hueso, como en tejidos blandos. Se presenta como una masa indolora de crecimiento lento con localización más frecuente en la lengua en la que los tumores pueden alcanzar un tamaño considerable. Los pacientes con neurileomas tienen edad media y se afectan con igual frecuencia hombres y mujeres. Se encuentran encapsuladas y poseen una consistencia dura y elástica, su color varía de blanco al amarillo, presentando algunos focos necróticos y hemorrágicos y suelen ser asintomáticos.

Características anatomopatológicas.

Solo microscópicamente es posible diferenciar el Schwannoma del neurofibroma. El neurilemoma se encuentra encapsulado ó en íntima asociación con nervios periféricos, presenta grupos nucleares paralelos (en empalizada) adyacentes a zonas orgánicas homogéneas (tejido Antoni tipo A), que se denominan cuerpos de Verocay. Además presenta una cantidad variable de tejido Antoni

tipo B que es una mezcla laxa, desorganizada a veces - -
quística conteniendo los componentes antes mencionados.

El tratamiento es la extirpación quifurgi
ca que, una vez realizada no da recidivas.

14.- Neurofibromatosis Múltiple ó enf.de Recklinghausen

Es una enfermedad hereditaria, con malfor
maciones múltiples,. Cuando el tumor oral es solitario,-
se le considera una neoplasia benigna con poca ó ninguna
tendencia a la malignización.

Esta enfermedad se hereda como un rasgo -
autosómico dominante aunque un 50% aproximadamente, de -
los pacientes no demuestran tener antecedentes familia--
res. Existen numerosos neurofibromas en la piel, la ca-
vidad bucal, el tracto gastrointestinal y los huesos - -
así como manchas de pigmento pardo (melanina) en la piel.
Puede encontrarse en cualquier lugar de la boca, incluyen
do el cuerpo de la mandíbula, pero es más frecuente que -
se localice en los tejidos blandos del paladar o en los-
que recubren las superficies bucales de los maxilares ó -
en la lengua.

La mayoría de las lesiones se manifiestan
en los tejidos blandos siendo la lengua la localización
más común en la cavidad bucal. En raras ocasiones, sin-
embargo, las lesiones pueden desarrollarse centralmente
en el interior del hueso en lugares tales como un canal-
dentario inferior donde origina una lesión radiolúcida -
de crecimiento lento. A pesar de la asociación con el -
tejido nervioso, solamente en raras ocasiones el dolor -
constituye una característica del proceso.

Características clínicas.

Su aspecto es variable, el tumor se pre-

TESIS DONADA POR D. G. B. -- UNAM

senta como un "panecillo" alargado de tejido prominente, difuso, de superficie lisa, de mucosa de color normal o bien como tumores prominentes, sésiles o pedunculados, parecidos a un fibroma.

Los huesos pueden presentar deformidades acentuadas como consecuencia de tumores neurógenos en la médula. En ésta enfermedad, además de los tumores neurógenos, es posible observar lipomas, adenomas sebáceos, fibromas y exceso de pelo.

En la cavidad bucal puede haber lesiones en los tejidos blandos y/o en el interior de los maxilares. La lengua es el lugar afectado con mayor frecuencia, si los neurofibromas son de localización profunda, la lengua aparece agrandada (macroglosia); si son superficiales, se presenta fisurada (escrotal). Los neurofibromas pueden surgir dentro de la membrana periodontal y ocasionar migración de los dientes. Las lesiones en el interior del maxilar, aparece como radiolucencias y pueden constituir un problema diagnóstico.

Características microscópicas.

Es habitual que los neurofibromas no contengan cuerpos de Verocay ni se observen formaciones empalizadas. Posiblemente, las células neurilémicas y los fibroblastos participan en la formación de tumor y originan diversas combinaciones de ambos elementos. Es frecuente que los axones atraviesen el tumor aunque, por lo general, no se les considera como neoformaciones tumorales. A veces existen variaciones microscópicas que -- aparecen exclusivamente conjuntivas (fibromatosas o mixomatosas) o neurógenas (fibras nerviosas periféricas de curso tortuoso); ésta última variación ha sido denomina-

da neurofibroma plexiforme. Por otra parte, los neurofibromas no están encapsulados.

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

15.- Lipoma.

Constituye uno de los neoplasmas más comunes, es una tumoración benigna de células maduras del tejido conjuntivo adiposo, se ha observado en todas las estructuras orales pero de modo predominante en la lengua, mejillas y suelo de la boca. Cuando su localización se sitúa en lugares poco frecuentes, como el antro maxilar o en el paladar duro, el diagnóstico precoz sólo se hace raras veces.

Características clínicas.

Los lipomas orales son unas masas de color amarillo pálido característico, blandas, únicas, pequeñas, bien limitada, prominente y de lento crecimiento. A menudo tienen una periferia delgada, lisa y encapsulada o pseudoencapsulada. Raras veces son dolorosos, a pesar del gran tamaño que alcanzan en alguna ocasión. Otras veces, su localización es más profunda, por lo que hay que pensar en el cuando se puede observar sólo una tumoración o asimetría.

Algunos lipomas constituyen una cantidad importante de tejido conjuntivo fibroso, lo que constituye también a que su aspecto clínico recuerde el fibroma, éstos tumores se llaman muchas veces fibrolipomas. Los lipomas de mayor tamaño pueden sufrir necrosis y hemorragias siendo la lobulación otra de sus características.

La radiografía no ha sido utilizada sistemáticamente con fines diagnósticos en las tumoraciones bucales, pero la lobulación en partes blandas de los lipomas da lugar a una imagen redondeada y con una radio-

transparencia claramente bien diferenciada del músculo y tejido conjuntivo fibroso vecinos.

Características anatomopatológicas.

El lipoma consiste en una masa bien circunscrita de células grasa maduras con una cantidad variable de matriz de tejido fibroso.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica. Muy pocas veces hay recidivas.

16.- Mioblastoma de Células granulosas.

Es un tumor benigno del tejido blando cuya naturaleza exacta es desconocida. Se le ha asignado un origen en células musculares, fibroblastos e histiocitos; sin embargo, se ha demostrado que procede de las células de Schwann de la vaina nerviosa.

Alrededor de un 35% de los mioblastomas de células granulosas inciden en la lengua, siendo otras localizaciones la úvula, paladar blando, encías, suelo de la boca, labios e incluso los tejidos gingivales. - Puede aparecer en cualquier lugar de la piel, la túnica mucosa o el tracto gastrointestinal, pero la cavidad bucal constituye uno de los lugares afectados con mayor frecuencia.

Características clínicas.

El mioblastoma de células granulomatosas no tiene influencia en el sexo, pudiéndose observar en cualquier edad.

Las lesiones son indoloras, de tamaño pequeño (menos de 2 a 3 cms.), no ulceradas y de color blanco ó amarillo de crecimiento lento.

Características histopatológicas.

Las células tumorales del mioblastoma de células granulosas son grandes y poseen un citoplasma - granuloso claramente eosinófilo. En las partes musculares, sus fibras han demostrado un aspecto citoplasmático parecido, lo que sugiere transición y aposición. - Las células se hallan en grandes y pequeños grupos separados por un tejido conjuntivo fibroso, colágeno y dispuesto irregularmente. Los perfiles celulares son claros aunque, en algún grupo, tal vez no se observen todas las membranas celulares, lo cual imprime al grupo - un carácter pseudoglandular. Los núcleos suelen ser centrales y con un aspecto vesicular o "pálido" y sin figuras de mitosis.

El tratamiento del mioblastoma de células granulosas consiste en la escisión, que es curativa.

17.- Epulis Congénito.

Es un tumor benigno que se observa únicamente en niños recién nacidos. La semejanza microscópica entre las células tumorales del epulis congénito y el mioblastoma de células granulosas es notable sin embargo, constituye una entidad separada. Se trata de una excrecencia pedunculada y de superficie lisa del tejido blando. Surge de la mucosa alveolar, maxilar ó-mandibular, aunque las lesiones maxilares son aproximadamente cuatro veces más frecuentes que las de la mandíbula. Es mucho más común en el sexo femenino.

Microscópicamente, las características más notables son las que le diferencian del mioblastoma de células granulosas, ya que las características morfo

lógicas de la célula aislada desafían los intentos de separación, el épulis congénito es morfológicamente más unicelular y tumoral. El epitelio situado por encima es aplanado, a veces está adelgazado, y en contraste con el mioblastoma de células granulosas, no muestra hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

El tratamiento consiste en la escisión y no hay recidivas.

18.- Nevoxantodotelioma (xantogranuloma juvenil)

Se le conoce también como xantogranuloma - aparece espontáneamente a diferencia de otras formas - bien conocidas de xantomas, que se asocian a trastornos metabólicos.

Características clínicas.

Esta enfermedad se manifiesta en forma de pápulas únicas ó múltiples de color amarillo o naranja - las cuales remiten espontáneamente sin necesidad de tratamiento. Estas pápulas se presentan principalmente en la cabeza y la cara. En la cavidad oral es rara, pero, si aparece, la lengua es el sitio afectado con mayor frecuencia.

Características microscópicas.

Se encuentran numerosos histiocitos, algunos de los cuales se encuentran cargados de lípidos y son multinucleados, también se encuentran en grados variables proliferación fibroblástica. Una característica visible en la mayoría de los casos es la inflamación.

Estas lesiones son benignas y por lo regular mejoran espontáneamente, después de la escisión quirúrgica no recidivan.

19.- Xantoma Verrugiforme.

Es una lesión verrugosa o papilífera que, por lo general aparece en personas mayores de 40 años. Puede medir entre 1 mm. y 1 cm. y se localiza con preferencia en la encía y en el paladar.

Características microscópicas.

El examen microscópico muestra una lesión papilar que se halla cubierta por epitelio pavimentoso --estratificado. La particularidad de ésta lesión está -- en la presencia de células espumosas ó células xantomato--sas en el tejido conectivo comprendido entre las crestas epiteliales. La lesión se trata con escisión quirúrgica conservadora.

20.- Granuloma de Células Plasmáticas.

Esta lesión es una clase de granuloma en el cual existe un gran número de células plasmáticas y -- es un tumor inflamatorio, el granuloma de células plasma--ticas debe diferenciarse del plasmocitoma que es un tu--mor no inflamatorio, infiltrante, y del mielomade célu--las plasmáticas, el cual es una neoplasia maligna.

Características Clínicas.

Presenta el aspecto de un granuloma común. Es una masa de tejidos blandos sobresalientes, redondeada, situada en la encía, piso de la boca, mucosas o en -- la lengua. Tiene un color rojo púrpura intenso, de consistencia blanda o semidura y con fácil tendencia a hemo--rragia. A veces es más ó menos difuso, con bordes poco--limitados que se confunden gradualmente con los tejidos--sanos de la periferia.

Características anatomopatológicas.

Es aspecto microscópico nos va a ser de gran utilidad para la diferenciación del granuloma de células plasmáticas con otras entidades similares. La presencia de numerosas células plasmáticas por todo el corte, aún cuando se encuentren otros elementos inflamatorios crónicos, se deberá buscar por medio de otras técnicas exploratorias el mieloma de células plasmáticas

Es difícil poder diferenciar el granuloma de un plasmocitoma, lo cual se logra solo por medio de la evolución clínica del tumor. Infiltración en tejidos blandos circundantes, invasión y destrucción de huesos contiguos y recidivas repetidas después de la exéresis quirúrgica, podría indicar la presencia de un plasmocitoma.

21.- Leiomioma.

El leiomioma es una tumoración benigna del músculo liso muy rara en la boca, cuando se ha localizado en cavidad oral se han descrito como una masa aislada e indolora en la superficie lingual ó situada en el paladar ó en los labios, son de crecimiento lento y es inusual que sean diagnosticados preoperatoriamente. Su existencia se ha comprobado con más regularidad en la piel y en las restantes zonas del tubo digestivo.

Características anatomopatológicas.

El leiomioma se encuentra compuesto por células fusiformes de musculatura lisa, con muy poca cantidad de citoplasma miomatoso eosinófilo. En raras ocasiones se encuentra actividad mitótica. Estos tumores son netamente circunscritos y después de la escisión quirúrgicamente la recidiva no es común.

22.- Angiofibroma Nasofaríngeo Juvenil.

Es un tumor vascular que presenta principalmente en varones entre los 15 y 18 años de edad, - puede propagarse de la nasofaringe a la cavidad oral. No presenta cápsula, es expansivo, produce obstrucción nasal y puede presentarse como un bulto en el paladar.

El exámen microscópico nos muestra abundantes vasos sanguíneos, los cuales se encuentran circundados por un denso estroma de tejido conectivo en el que están incluidas. El tratamiento es la base de escisión quirúrgica y radioterapia.

Este tumor no se maligniza, aún cuando - las recidivas son frecuentes.

23.- Hamartoma y Coristoma.

Los hamartomas son malformaciones de aspecto tumoral, que son consecuencia de un crecimiento-excesivo de tejido normal en su localización habitual. Si se presenta en otra localización que no es la acostumbrada se denomina coristoma. Los hamartomas deben - distinguirse de malformaciones como dedos extras, dientes supernumerarios y tejido glandular salival ectopico, en el que hay un acceso de tejido pero conservando sus - relaciones histiológicas habituales. Los hamartomas suelen ser congénitos y tienen su mayor periodo de crecimiento cuando el resto del organismo se está desarrollando. Una vez que se ha llegado a su etapa adulta, el hamartoma ya no se extiende más para afectar tejido, y raramente aumenta de volúmen a menos que traumatismos, - trombosis e infecciones provoquen edema ó infiltración-inflamatoria.

Se trata de masas circunscritas de crecimiento lento, que, microscópicamente constan de uno ó más de los siguientes tejidos: glándula salival, cartílago, hueso, músculo, estriado nervioso y tejido adiposo.

Se localiza por lo general en la lengua con frecuencia estas lesiones contienen huesos ó cartílago por lo que se les conoce con el nombre de coristoma óseo lingual o coristoma condromatoso lingual.

El tratamiento es la escisión quirúrgica.

CAPITULO IV.

TUMORES EPITELIALES MALIGNOS.

- 1.- CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
- 2.- CARCINOMA VERRUGOSO
- 3.- CARCINOMA DE CELULAS TRANSICIONALES
- 4.- LINFOEPITELIOMA
- 5.- MELANOMA
- 6.- CARCINOMA MUCOEPIDERMIDE
- 7.- CARCINOMA DE CELULAS ACINARES
- 8.- CARCINOMA ADENOQUISTICO
- 9.- ADENOCARCINOMA

TUMORES MALIGNOS DE TEJIDOS BLANDOS.

Para comprender mejor éste tema, tendremos que hablar un poco acerca de lo que es el cáncer.

El cáncer es un grupo de enfermedades que se observan en todas las razas y en todas las edades, no solo en el hombre, sino también en todas las especies — animales. Sin embargo denotan diferencias netas en cuanto a la frecuencia del cáncer, en localización anatómica y en tipo histopatológico, según las poblaciones humanas

Se han considerado muchas veces a el cáncer una enfermedad única, y puede ser descrita como tal en el sentido de que todo cáncer se caracteriza por un crecimiento incontrolado en las células. Regularmente — éstas células que crecen en una forma irresistible desarrollan tumores que comprimen, invaden y destruyen tejidos normales, acabando en la muerte si no son tratados debidamente.

Las neoplasias malignas comparten éstas características en común: intensidad elevada de crecimiento celular, mayor que los tejidos normales del cual proviene el cáncer, incapacidad de conservar los límites de los tejidos y órganos normales, aspecto microscópico de falta de madurez y tendencia a la difusión a partes distantes del organismo. Aunque no todos los tumores malignos presentan éstas características se podrían considerar como típicas en la mayor parte de formas del cáncer

Para una clasificación de la etapa clínica se considera a la cavidad oral como una región anatómica que se extiende desde los bordes rojos de los la-

bios a la unión del paladar duro y blando por arriba, y la línea de las papilas circunvaladas por debajo.

Factores casuales.

La causa exacta, única o múltiple del cáncer es desconocida sin embargo, se dan por conocidos como posibles factores casuales del desarrollo del cáncer.

a).- Tabaco.-- Nueve de cada diez personas que presentan cáncer bucal son fumadores, indicando que existe un peligro muy elevado entre los consumidores del tabaco.

b).- Deficiencias Nutritivas.-- Cuando presentan deficiencias de hierro (síndrome pulmonar Vinson), puede haber alguna predisposición a desarrollar carcinoma.

c).- Alcohol.-- En pacientes que presentan una comprobada cirrosis hepática en asociación con consumo excesivo de alcohol, con consumo intenso de tabaco, había una relación clara con carcinoma al piso de la boca. Se piensa que el consumo exagerado del alcohol propiciaría una disminución en la respuesta inmunológica, pero esto se está estudiando.

d).- Radiaciones.-- Estudios clínicos en el hombre e investigaciones, han comprobado que, las radiaciones en determinadas condiciones, y según la dosis y la duración de la exposición podría producir cáncer.

e).- Irritación Traumática.-- Causada por dientes fracturados, restauraciones dentales ásperas y /o mal ajustadas, con bordes cortantes y prótesis totales mal ajustadas se han considerado como factores causales de cáncer bucal, sin embargo, esto no se ha podido comprobar plenamente que sean procesos carcinógenos.

f).- Susceptibilidad Genética.-- Aunque existe un --

factor hereditario en el caso de ciertos padecimientos-neoplásicos, como la poliposis del colon no hay mucha - evidencia de que ésto puede ser aplicable en cáncer bucal.

g).- Virus.-- Aunque desde hace muchos años que los virus pueden ser posibles causa de neoplasias, aún no -- existen pruebas definitivas de que ello ocurra en el ser humano. Empero, se encuentran ciertas indicaciones de -- una causa viral, tratándose de ciertas lesiones como: -- leucemia y el tumor de Burkitt, pero ésto no se ha com-- probado completamente.

Diagnóstico y valoración.

Cuando el cáncer bucal ha avanzado lo suficiente y ha dado metástasis de gánglios linfáticos, el promedio de sobrevivida es de 5 años la más baja entre todas las formas de cáncer por lo que se dice que: "El -- diagnóstico temprano es el factor aislado más importante para combatir con éxito el cáncer de boca, siempre que -- se emplee el tratamiento adecuado tan pronto como se haya evaluado el paciente".

Establecimiento de etapas para el Cáncer de cabeza y Cuello

El sistema TNM (T-tumor, N-Ganglio o no-- dos linfáticos regionales, M-metástasis distantes) para establecer la etapa del cáncer fué creado en Francia por el profesor Denoix en 1942 y desde entonces ha sido usado mundialmente. Para conocer las etapas del cáncer en cavidad oral, se debe conocer la extensión del tumor primario por medio de inspección y palpación de cavidad -- oral y cuello. En la actualidad se pueden usar otros estudios (radiografías, tomografías, tomografías computari

zadas) para estimar la invasión ósea.

Definición categorías "T" en cavidad oral.

TIS: Carcinoma insitu.

T1 : Tumor de 2 cms. ó menos como diámetro máximo.

T2 : Tumor mayor de 2 cms. pero menor de 4 cms. en su diámetro máximo.

T3 : Tumor mayor de 4 cms. de su diámetro máximo.

T4 : Tumor masivo mayor de 4 cms. de diámetro, con invasión profunda afectando antro, músculos -- pterioigoideos, base de la lengua o piel del -- cuello.

Clasificación de gánглиos linfáticos.

NO: Sin gánглиos clínicamente positivos.

N1: Un solo gánглиo homolateral (se considera el -- que está en la línea media) positivo de menos -- de 3 cms. de diámetro.

N2: Un gánглиo homolateral positivo de 3 a 6 de diámetro, ovarios gánглиos homolaterales ninguno -- mayor de 6 cms. de diámetro.

N3: Gánглиo (s) homolateral (es) masiva, gánглиos -- bilaterales o gánглиos contralaterales.

Resumen:

Etapa I T1, NO, MO.

Etapa II T2, NO, MO.

Etapa III T3, NO, MO.

T1 ó T2 ó T3, N1, MO

Etapa IV T4, NO, MO.

cualquier T, N2, MO

Cualquier T, cualquier N, N1

1.- Carcinoma de células esc mosas.

Es el tumor más común de los tejidos bucales; le corresponden el 90% de todos los casos de cáncer bucal. Excluyendo los labios, el carcinoma epidermoide se descubren como lesión primaria sobre todo en la lengua, piso de la boca, mucosa alveolar, paladar y mucosa oral, en éste orden de frecuencia. Al igual que muchos tumores malignos en otras partes del organismo, ocurre en individuos de edad media o avanzada.

Etiología.

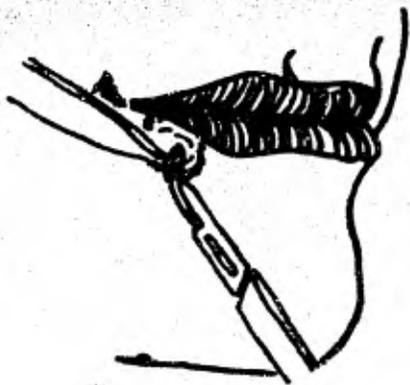
Los posibles agentes causales fueron descritos en la introducción por lo que nos referimos a -- aquellos solo por su nombre.

- a).- Tabaco.
- b).- Deficiencias nutritivas.
- c).- Agentes químicos.
- d).- Radiaciones.
- e).- Irritación traumática.
- f).- Herencia.
- g).- Virus.

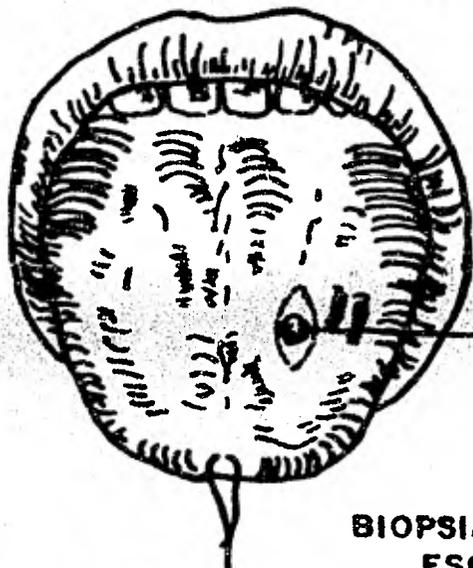
Aspectos clínicos.

La queja principal del paciente con cáncer bucal es el de "irritación" ó molestias de la boca. El dolor se presenta después, y frecuentemente, cuando la lesión se ha ulcerado se produce una infección secundaria, ó cuando han quedado afectadas terminaciones nerviosas. A veces el paciente busca consejo médico o dental, debido a una inchazón en el cuello, la cual suele -- se-a causa de un gánglio linfático afectado por infección ó metástasis.

Cuando un paciente se presenta con los --

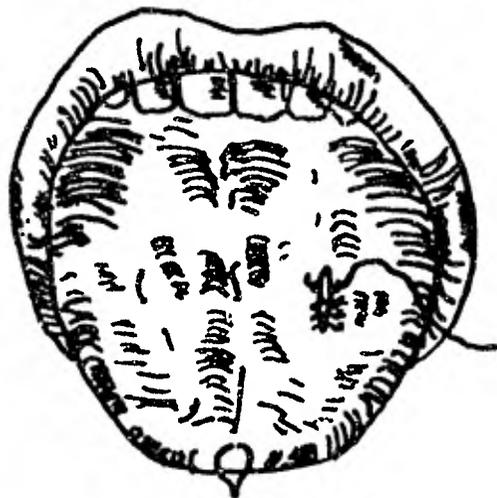


BIOPSIA INCISIONAL



PAPILOMA

**BIOPSIA
ESCISIONAL**



signos que veremos a continuación, deberá sospecharse - candidato a cáncer bucal: una úlcera crónica que no cura, lesión dura con bordes indurado, una lesión que se fija a los tejidos más profundos, una lesión roja de aspecto aterciopelado, una lesión blanca moteada, una lesión exofítica, ó una linfadenopatía indolora.

El Carcinoma Epidermoide de Labio - Afecta con mayor frecuencia (casi 95%) el labio inferior, y por lo general en las zonas laterales que en la línea media. - La lesión presenta al aspecto de una verruga, úlcera, - llaga o escama. Los carcinomas labiales se descubren - tempranamente, y al iniciar el tratamiento solo un pequeño porcentaje presenta metástasis a Gánglios linfáticos. El carcinoma del labio superior, sin embargo, produce metástasis con una frecuencia de 6:1 a diferencia del labio inferior.

El cáncer del labio suele incidir sobre personas de edad mayor (entre 50 y 70 años) de compleción robusta, ocupaciones a la intemperie y de raza - blanca. La lesión puede ocurrir en forma exofítica, - ulcerosa o verrugosa, pero la forma ulcerosa es la más frecuente y la de mayor potencial maligno.

Suele presentarse como una zona blanca-indurada, localizada, que a veces se ulcera y presenta costra, con bordes duros y elevados.

Carcinoma de Lengua.

Es el más importante de los tumores intrabucuales en cuanto a frecuencia. Se origina entre - los dos tercios posteriores y en los bordes inferiores, y solo en raras ocasiones en el tercio anterior de su cara dorsal. Predomina en el sexo masculino e incide-

sobre todo en los últimos años de la edad adulta y -
personas de edad avanzada, aunque también se puede pre-
sentar en pacientes más jóvenes. La localización más -
frecuente es el borde lateral del tercio medio de la --
lengua. En los dos tercios anteriores, se suele presen-
tar como una masa indolora, mientras que el dolor es el
síntoma que más acompaña al carcinoma del tercio poste-
rios. Se puede presentar disfagia y linfadenopatía.

La lesión se presenta en forma de engrosa-
miento focal, ó de úlcera indolora, que va desarrollan-
do un borde elevado y duro. Después adpta un aspecto -
exofítico infiltrante, que termina originando una masa-
ulcerosa fungosa, ó una infiltración profunda a través-
de todos los músculos. Desafortunadamente los pacien-
tes retrasan su consulta, lo cual incide en la elevada-
frecuencia de metástasis a gánglios linfáticos regiona-
les que de por sí ya es rápida debido a la elevada cir-
culación tanto sanguínea como linfática de la lengua.

El Carcinoma de Piso de la Boca.

Es el segundo en orden de frecuencia, --
ocurre con más frecuencia (aproximadamente 5:1) en varo-
nes entre 50 y 60 años de edad. La parte más afectada-
parece ser la parte anterior del piso de la boca. Las-
primeras lesiones parecen ser inocuas en forma de pla--
cas elevadas blancas ó rojas ó incluso de úlcera. Des-
pues se presenta la fijación y la induración y la le- -
sión suele seguir su curso de infiltración. La dureza
es el primer síntoma, luego se presenta el dolor. La -
metástasis son frecuentes y puede producirse difusión-
a gánglios linfáticos regionales bilaterales. Su pro-
nóstico es algo más favorable que el de la lengua (13%
de supervivencia en 5 años)

Carcinoma de encía y Mucosa Alveolar.

Se observa en varones de mas de 60 años - Se localiza con mayor frecuencia en la mucosa alveolar - del maxilar inferior y clásicamente se observa en zonas- de molares inferiores. El tumor suele aparecer en bordes desdentados, en los cuales puede remedar épulis con fi-- suras. Aparece como un pequeño crecimiento nodular de - superficie rugosa que penetra en una masa exofítica con- centro ulcerado. También puede aparecer como una placa - de leucoplasia una pequeña úlcera. La metástasis en la- mayor parte de casos se difunde primero en los gánglios- linfáticos submaxilares (existe una supervivencia de 5 - años de 52% por carcinoma del borde del maxilar inferior y el 45% en la mucosa del maxilar superior).

Carcinoma del Paladar.

Es un tumor que suele producir a nivel - de la unión de los dos paladares. Se trata de un tumor que predomina en los varones, descubierto en personas - de 55 años de edad, de crecimiento exofítico granuloso. Cuando el tumor se presenta en el paladar blando, el do- lor es síntoma temprano; más tarde hay disfagia y tris- mo. Es un tumor bien diferenciado, pero suele causar - metástasis a los gánglios linfáticos cervicales profun- dos. El pronóstico para supervivencia es de 5 años, el carcinoma de paladar duro es más favorable que el carci- noma de paladar blando.

Carcinoma de la Mucosa Bucal.

Este tumor puede aparecer en la mucosa - bucal en una de 3 formas: exofítico, ulceroso-infiltran- te o verrugoso.

El tipo exofítico acompaña a la leucoplasia, constituye una masa eritomatosa fungosa, con bordes indurados cuando la lesión está plenamente desarrollada. La forma ulcerada es menos común, e infiltra la submucosa y la musculatura profunda. El carcinoma de la mucosa bucal suele ser un tumor poco ó bastante diferenciado, - que causa metástasis en los ganglios linfáticos submaxilares o en las cadenas cervicales profundas. El pronóstico es bueno siempre que el tratamiento sea adecuado, lográndose una supervivencia de 5 años del orden de 60 a - 75%.

Características anatomopatológicas.

El carcinoma epidermoide suele aparecer - histopatológicamente formando masas, láminas, islotes, - o cordones de células escamosas malignas, que proliferan hacia abajo penetrando en el tejido conectivo y en las - capas musculares.

La imagen microscópica es muy variable, - según el grado de diferenciación celular. Las células - malignas son células cuboides periféricas, células espi- nosas y células granulosas, que todavía son capaces de -- producir queratina.

En el carcinoma poco diferenciado son cé- lulas malignas muestran poca ó ninguna capacidad de pro- ducir queratina, presentan amplias variaciones de morfo- logía, núcleos hipercromáticos raros y, frecuentemente, divisiones mitóticas anormales.

La invasión del tejido subyacente es rá- pida y extensa, proyectándose hacia abajo, en forma de - nidos o islotes de células malignas que muchas veces con- servan poca cohesión celular.

Este examen histopatológico nos muestra que, mientras más parecido sea un carcinoma al tejido que lo rodea, menos maligno resulta. De acuerdo a ésta premisa Broder creó una clasificación de tumores.

Este sintoma de I a IV; el grado I tiene el 75 a 100% de células bien diferenciadas mientras que el grado IV solo tiene de 0 a 25% de células bien diferenciadas. Este sistema muchos patólogos prefieren no usarlo y brindar al oncólogo una idea del grado histológico relativo de malignidad empleando la diferenciación tumoral considerada buena, moderada ó mala.

Tratamiento

El tratamiento depende de la etapa de la enfermedad. En el caso de una atipia epitelial una completa biopsia escisional constituye el tratamiento de -- elección. En raras ocasiones, sin embargo, el área afectada es demasiado extensa como para una escisión completa, y el examen biopsico de limitarse a cualquier porción sospechosa como ser zonas de induración, excrecencias -- verrugosas, fisuras y ulceraciones por cuantos éstos son los lugares en las que el carcinoma tiende a manifestarse. Si no se halla evidencia positiva debe mantenerse -- al paciente bajo estrecha supervisión con periódicos -- reexámenes. Además se deberá eliminarse todas las causas potenciales de irritación local como: fumar, bebidas alcoholicas, a las especies, a la sepsis y a la sífilis.

El carcinoma ya establecido se trata quirúrgicamente ó mediante radioterapia, ó una combinación de ambos. Se ha descubierto y utilizado una gran variedad de quimioterápicos, como el uretano, la mostaza ni--

trogenada, los antagonistas del ácido fólico y las sustancias radioactivas, pero su efectividad en cáncer bucal es muy limitada. El tratamiento directo de la lesión primaria puede ser complementado mediante disección en bloque de los ganglios linfáticos regionales cuando se estima que se hallan involucrados.

El pronóstico para el carcinoma de labio es bueno, con un 80% de expectación de 5 años de curación, pero tratándose de un carcinoma intraoral la expectación de 5 años de curación queda reducida a un 30%.

2.- Carcinoma Verrugoso.

Esta neoplasia se considera un tipo clínico patológico separado del carcinoma epidermoide de bajo grado, crece en forma lenta e inexorable, y puede terminar con el fallecimiento del paciente al extenderse a órganos vitales. Las lesiones que tienen una morfología y una evolución natural similares, se observan también en dorso de la mano, pene, vúlva, escroto, mamas y fosas nasales. Es difícil estimar la frecuencia del carcinoma verrugoso porque frecuentemente es complicado por el carcinoma epidermoide. Se observa por lo general después de los 50 años y suele guardar estrecha relación con el antecedente de masticar tabaco o tomarlo en rapé.

Características clínicas.

El carcinoma verrugoso suele originarse en el surco bucal adyacente y mucosa alveolar del surco maxilar inferior. Un reducido porcentaje de tumores se localizan en la mucosa alveolar superior, y en alguna ocasión puede encontrarse en la lengua ó en el labio.

Se presenta como una gran masa papilar - que, a menudo, se extiende por una considerable zona de mucosa. A la palpación ésta masa resulta relativamente blanda y no posee la induración que caracteriza al carcinoma epidermoide. Su color varía desde el blanco al rojo, según que tanto se hay queratinizada la superficie.

El tumor se encuentra formado por numerosas excrecencias papilares múltiples con fisuras profundas entre las proyecciones papilares; aunque la ulceración no sea un dato característico pueden encontrarse - pequeñas zonas ulceradas en las puntas o lados de las prolongaciones papilares. Puede crecer hasta tamaños considerables y se caracterizan por la propagación lateral extensa que por la invasión a profundidad. A veces, penetra a través de las partes blandas de la mejilla, extendiéndose hacia la superficie externa como una masa fungosa. También puede extenderse hacia cualquiera de los maxilares, con destrucción progresiva del hueso subyacente.

Características anatomopatológicas.

Microscópicamente el tumor se manifiesta como un complejo de múltiples pliegues de epitelio escamoso bien diferenciado. Se observa también, una considerable acantosis, con una profunda penetración de las crestas hacia los tejidos subyacentes.

Las proyecciones epiteliales tienden a hincharse en profundidad. Las células tumorales están bien diferenciadas, y no muestran atípicas significativas.

El tratamiento de elección es la escisión

quirúrgica. El pronóstico de supervivencia para los pacientes de carcinoma verrugoso en 5 años es del orden - del 75%.

3.- Carcinoma de Célula Transicional.

Este tumor presenta ciertas características clínicas, histológicas y de comportamiento que lo -- distinguen de otros carcinomas intrabucales.

El tumor se observa con mayor frecuencia en la base de la lengua y en la orofaringe y con prefe-- rencia en el hombre.

Características clínicas.

Se presenta como una lesión roja pequeña, aframbuesada o aterciopelada, que puede presentar ero -- sión, pero en la que falta la ulceración profunda del -- carcinoma epidermoide. En muchos pacientes la lesión -- primaria es poco significativa, y un ganglio cervical -- palpable suele ser el signo más temprano de la enferma -- dad.

Características anatomopatológicas.

El tumor se compone de hojas o islotes -- de células epiteliales densamente agrupadas, con núcleos hipercromáticos y escaso citoplasma. Los cortes teñidos con H/E (Hematoxilina Eosina) y vistas con poco aumento -- muestran una acentuada basofilia. Algunos islotes mues -- tran zonas centrales de necrosis. Existen numerosas mi -- tosis. Las células del carcinoma de células transicio -- nales carecen de los procesos espinosos, la queratiniza -- ción y formación de perlas las cuales son característi -- cas, en cambio, del carcinoma de células escamosa.

Tratamiento.

El carcinoma de células transicionales — producen metástasis tempranas, es radiosensible, y por lo tanto, en su tratamiento se utiliza tanto la escisión quirúrgica como la irradiación. Sin embargo el pronóstico es desfavorable.

4.- Linfoepitelioma.

El linfoepitelioma es parecido al carcinoma de células transicionales, dadas las características clínicas del primero como son, que se presenta como una úlcera pequeña o una escrecencia insignificante que puede pasar inadvertida, y que se observa solamente cuando el paciente desarrolla un agrandamiento metastásico de uno de los ganglios linfáticos cervicales. Los enfermos son mucho más jóvenes (generalmente en la 3a. década de la vida) que los que presentan carcinoma de células transicionales y/o carcinoma de células escamosas. Una característica del linfoepitelioma es que aparece siempre en la nasofaringe ó en región de amígdalas palatinas.

El linfoepitelioma microscópicamente consiste en islotes de células poliédricas grandes con límites indistintos. Estas células pueden presentar mitosis u núcleos hipercromáticos. Los islotes epiteliales yacen en un "mar" de linfocitos.

El linfoepitelioma es radiosensible pero no radiocurable, y su pronóstico es malo.

5.- Melanoma.

El melanoma maligno ó melanocarcinoma es, afortunadamente una neoplasia rara de la boca, debido a que es altamente maligno. Afecta principalmente a caucá

sicos, sobre todo personas con ojos claros, piel blanca y poco pelo. La frecuencia aumenta en latitudes bajas, debido tal vez a la mayor intensidad de luz ultravioleta. Se observa con mayor frecuencia entre los 20 y 60 años - de edad y con una frecuencia de 2:1 en los hombres. Presenta una perfecta predilección por el borde alveolar superior y el paladar y puede desarrollarse a partir de un nevo epidérmico ó compuesto u originarse sin ningún precursor.

Características clínicas.

Dentro de las primeras estudios lo único que nos sería sospechoso es el aumento de pigmentación - de melanina, que forma una placa de coloración oscura. Inmediatamente, debido a su crecimiento rápido y constante, el melanoma maligno toma la forma de una masa tumoral de consistencia sólida. Se ulceran con bastante frecuencia, sobre todo durante las fases precoces de los melanomas orales. A diferencia del carcinoma epidermoide, el melanoma ulcerado no acostumbra a estar indurado ni posee las características bordes encorvados.

Los melanomas de mayor tamaño pueden presentar una notable estriación del pigmento desde la masa principal hacia la mucosa adyacente. También se observa a veces nódulos satélites pigmentados alrededor de la tumoración principal.

Aunque la mayoría de los melanomas orales son pigmentados, pueden encontrarse otros que no lo sean.

Se puede tener en cuenta para el diagnóstico clínico temprano del melanoma tres signos positivos y son:

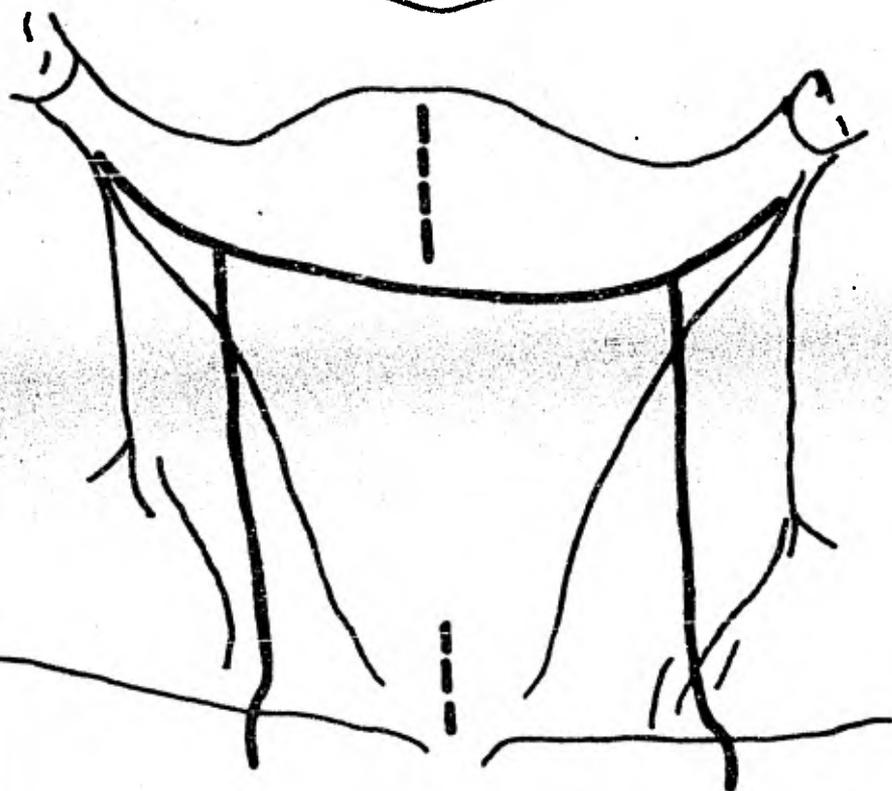
a).- Color variegado.- Es una característica clínica común del melanoma maligno, sobre todo del tipo de difusión superficial. Los tonos rojo, blanco y azul indican malignidad, en una lesión de color pardo o negro. - Los tonos de azul tienen el peor pronóstico.

b).- Borde irregular.- Este signo se observa especialmente como una muesca en el borde de la lesión.

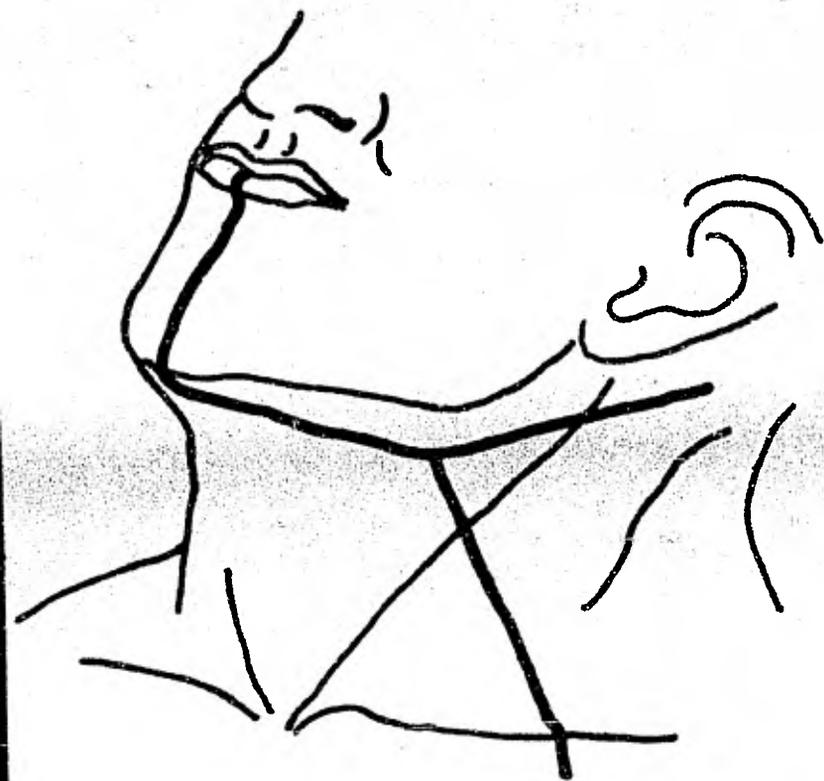
c).- Superficie irregular.- Hay elevaciones irregulares en muchos melanomas los cuales pueden verse o palparse, pero algunos melanomas nodulares se presentan con superficie lisa.

Características anatomopatológicas.

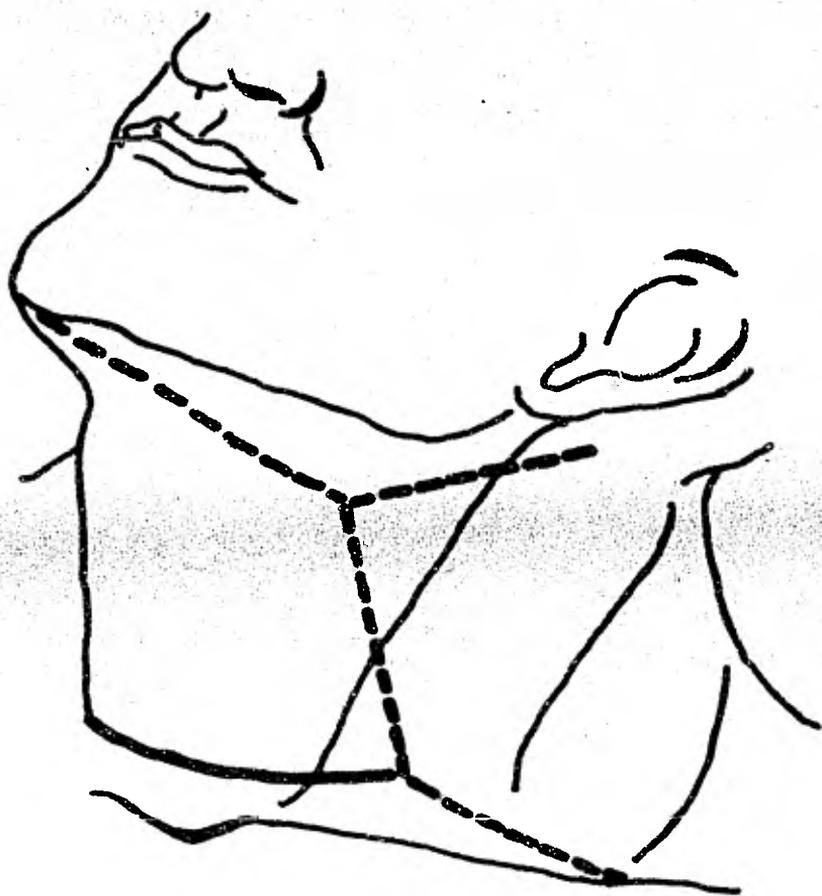
Microscópicamente el melanoma se extiende desde la parte demoe epidérmica hacia el tejido conectivo más profundo en distancia variable. Las células tumorales pueden tener aspecto diverso, cuboide o fusiforme, y disponerse en forma alveolar muy compacta. En la mayor parte de casos las células malignas están llenas de gránulos de melanina; sin embargo, en otras la melanina puede ser poco manifiesta o no existir. Dado ésto los melanomas pueden confundirse con linfosarcomas, fibrosarcomas y carcinoma epidermoide poco diferenciados. La epidermis superior o adyacente al melanoma exhibe a menudo una considerable hiperplasia y las proyecciones alargadas del epitelio, a veces con formación de perlas de queratina, se entremezclan con el melanoma, ocasionando la confusión con el carcinoma epidermoide. Las células mucosas de las glándulas salivales menores pueden contener melanina, posiblemente a consecuencia de una metaplasia melanogénica.



TIPO DE INCISIONES USADAS
EN OPERACIONES COMBINADAS



**TIPO DE INCISIONES USADAS
EN OPERACIONES COMBINADAS**



CONTINUA

TIPO DE INCISIONES USADAS
EN OPERACIONES COMBINADAS



CONTINUA

TIPO DE INCISIONES USADAS
EN OPERACIONES COMBINADAS

Pronóstico.

El pronóstico del melanoma oral suele ser bastante desfavorable con una supervivencia de 5 años de solo el 5% y la vida media despues de realizado el diagnóstico, fue tan solo de 18 meses y medio.

El tratamiento aceptado habitualmente para el melanoma consiste en la escisión quirúrgica con --- disección en bloque de los ganglios linfáticos regiona--- les. El indice global de supervivencia para el melanoma en piel parece ser considerablemente mejor que el pres--- crito para el melanoma oral.

Tumores de glándulas Salivales.

En el tejido salival no es raro que se --- presenten tumores malignos, y que por lo general afectan la parótida, y a veces se les puede descubrir en las --- glándulas salivales menores. Frecuentemente estos tumores tienen un esquema común de presentación lo que los --- hace muy difíciles de distinguir entre ellos si no se ha --- ce con la ayuda de una biopsia.

6.- Carcinoma Mucoepidermoide.

El carcinoma mucoepidermoide es el más --- frecuente de las lesiones malignas de las glándulas sali --- vales. Representan entre el 3 y 11% de los tumores de --- glándulas salivales. La glándula parótida se afecta entre el 63 y 70%, el paladar en un 15%, alrededor del 10% en la glándula submaxilar, aproximadamente el 5% en la --- mejilla y el 4% sobrante en labios, piso de la boca y re --- gión retromolar.

Características clínicas.

El carcinoma mucoepidermoide es por lo --- general pequeño y blando con un diámetro aproximadamen---

entre 2 y 5 cms. Se les confunde a menudo en diagnóstico clínico con el "Tumor mixto", 9 veces más a menudo en glándula parótida que en la submaxilar. Mas de la mitad de los tumores menos malignos, presentan quistes cuyo contenido es algo viscoso, casi claro y discretamente sanguinolento, raramente produce dolor.

El carcinoma mucoepidermoide muy maligno tiende a ser mayor y el dolor suele presentarse antes de que la tumefacción sea visible. Se encuentra parálisis del nervio facial en aproximadamente el 15% de los pacientes. La mayoría de los tumores se hallan en la glándula parótida, pero la glándula submaxilar se afecta con mayor frecuencia que en la forma menos maligna. El tumor es más duro a la palpación debido a su crecimiento infiltrativo y existe a menudo necrosis localizada. Las dos formas crecen con bastante lentitud, transcurriendo más de 6 años desde la aparición de los primeros síntomas al diagnóstico microscópico, la forma menos maligna se da con mayor frecuencia en las glándulas salivales mayores de las mujeres y la forma muy maligna ataca con igual frecuencia a ambos sexos. La edad de incidencia fluctua entre los 5 y 79 años de edad con una media de aproximadamente de 40 años.

Características anatomopatológicas.

Microscópicamente los carcinomas mucoepidermoide se hallan compuestos de 3 tipos de células a saber: la mucosa, la epidermoide y la clara. Las células mucosas son esencialmente indistintas a las que se observan en las glándulas mucosas (grandes, vacuoladas, de coloración clara y conteniendo mucina. Las células

epidermoides presentan distintas formas y un contorno variable y son parecidas a las células en los diferentes aspectos del epitelio bucal. Las células claras son grandes y su citoplasma parece estar vacío. Se piensa que éste último tipo de células sea intermedio entre los otros dos y que se puede diferenciar en uno o en otro. Los tres tipos de células se pueden encontrar en distintas proporciones y en disposiciones morfológicas diversas. También es posible observar quistes, que contienen mucosidad y que están revestidas por estas células que también se pueden encontrar en disposición de hojas, así como mucosidad en el estroma del tumor.

El tratamiento de elección consiste en una escisión quirúrgica amplia, pero solo en los muy malignos ya que presentan algunas o varios rasgos de los adenocarcinomas, como son la ausencia total o casi de la característica mucoides, anaplasia, hiperchromatismo, etc. Estas formas muy malignas dan metástasis a ganglios linfáticos, pulmonares, huesos o encéfalo y producen la muerte en el lapso de dos años.

Pronóstico.

Las formas muy malignas del tumor mucopidermoide produce más recidivas que las menos malignas -- las cuales aparecen durante el primer año después de la escisión. En alrededor de la tercera parte de pacientes con tumor muy maligno existen metástasis.

El promedio de supervivencia en 5 años se encontró un 95% de pacientes que padecieron un tumor poco maligno estaban libres de enfermedad, pero este porcentaje disminuye a 50% a los que habían padecido un tu

mor muy maligno.

7.- Carcinoma de Células Ancinares.

Es un tumor de crecimiento lento y moderadamente maligno. Por su estructura, que es tan semejante a los de acinos glandulares que hasta hace 28 años - se le consideró benigno, pero sus recidivas de más de - 50% y mortalidad del 10% en 5 años demostraron su naturaleza maligna.

Este tumor se encuentra limitado esencialmente a la glándula parótida y es un tumor raro, afectando más a las mujeres que a los hombres y la edad de máxima incidencia es en la quinta y sexta década, aunque también ha sido observado en niños.

Este tumor se parece al tumor mixto que también es pequeño, encapsulado y redondeado y raramente produce dolor o parálisis del nervio facial. Es habitualmente duro y puede ser desplazable o estar firmemente adherido. Puede ser distinguido del adenoma pleomorfo por varios detalles; al corte, el tumor es amarillo grisáceo, pero sin componentes mixomatosos. Como le faltan las estructuras fibrilares el tumor es blando y prominente. Se observan focos necróticos debidos a la mala irrigación sanguínea.

Las recidivas locales se han producido en diversas series entre el 30 y 50% de pacientes, falleciendo aproximadamente la mitad de los mismos por causa del tumor. La supervivencia en 5 años es del 90% pero ésta decae al 56% al pasar 20 años y cerca del 20% se producen metástasis, la mitad de ellos en ganglios linfáticos regionales.

Características anatomopatológicas.

Microscópicamente es típico su aspecto por lo general el tumor consiste en un tipo celular único. Es una célula muy grande con un núcleo redondo y obscuro y un citoplasma granular acentuadamente basófilo. - Las células se parecen a las células acinosas de las - - glándulas serosas y están dispuestas en hojas anchas.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica y si ésta es amplia el pronóstico es bueno.

8.- Carcinoma Adenoquistico (cilindroma o tumor mixto basaloide).

Las características clínicas de este tumor son: constituye del 2 al 4% de los tumores de glándulas salivales, afecta un poco más a la mujer que al hombre y la edad varía entre los 40 y 60 años afecta más a la glándula parótida luego a la submaxilar y finalmente las palatinas.

Debido a su crecimiento lento el carcinoma adenoquistico se parece a los tumores mixtos. El síntoma más importante es el dolor precoz, presenta síntomas neurológicos y fijación a los tejidos circundantes. - Cuando se presenta en glándula parótida puede producir - parálisis espontánea, mide aproximadamente entre 2 y 5 - cms. de diámetro y casi no presenta encapsulación.

Características anatomopatológicas.

Histologicamente el carcinoma adenoquistico, se compone de múltiples conglomerados de pequeñas células oscuras dispuestas en formaciones ovaladas o circulares, cada una de las cuales pueden contener múltiples defectos semejantes a conductos o microquisticos de

diversos tamaños, que están llenos la mayoría de las veces por material eosinófilo mucoso. Estas estructuras parecerían representar cortes transversales de formaciones cilíndricas de epitelio, lo que explicaría el nombre de "cilindroma". Además existen condensaciones de tejido conectivo que rodea y separan cada uno de los "cilindros" individuales de las células epiteliales.

Contrario a la regularidad de su aspecto-histológico, y a su crecimiento lento, el tumor tiene la reputación de repetidas recidivas locales y la mayoría de los pacientes con recidivas fallecieron, además puede producir metástasis a ganglios linfáticos regionales, -- pulmones, huesos y otras vísceras.

La escisión quirúrgica amplia es el tratamiento de elección.

9.- Adenocarcinoma.

Existen numerosas lesiones, a las que se les ha dado el nombre de adenocarcinomas, pero que se han distinguido entre sí, de acuerdo a su morfología (anaplásico, transicional de células escamosas, trabecular, papilar, sólido, mixto maligno, cilindroma, de células atípicas, etc.) Todos estos nombres solo confunden al médico ya que todas son malignas, y potencialmente asecinas y -- que se les debe de tratar de manera radical.

Estos adenocarcinomas se distinguen por -- su características microscópicas.

Características clínicas.

Constituyen aproximadamente el 85% de los tumores de glándulas salivales y son los que más rápidamente crecen. Este tumor, por lo general se presenta a --

una edad avanzada que los otros tipos de tumores en --
glándulas salivales. La ulceración y la fijación son --
habituales, así como los síntomas neurológicos y las me--
tástasis a ganglios linfáticos.

Características anatomopatológicas.

Las características microscópicas varían de acuerdo a los diferentes tipos. El carcinoma epidermoide de glándulas salivales es similar o idéntico al -- observado en otras partes. Algunos tumores presentan -- cordones, tubos, islotes y acinos de epitelio glandular anaplásico (adenocarcinoma). En algunas otras células -- anaplásicas hipercromáticas, de diversas formas, consti-- tuyen hojas grandes o trabeculas sin indicios de forma-- ción glandular (adenocarcinoma trabecular). En otras le-- siones, una parte puede parecerse a un adenoapleomorfo mientras que en otras partes pueden observarse caracte-- rísticas de alguno de los tipos de adenocarcinoma (ade-- noma pleomorfo maligno). También hay tumores malignos -- que presentan anchas hojas de células con bordes mal de-- finidos y ausencia de formación glandular. Su imagen -- es casi idéntica a la del carcinoma de células transi-- cionales, del cual toman el nombre. El tumor es quísti-- co cuando se trata de los adenocarcinomas papilares ó -- quístico-papilares, proyecciones papilares de células -- tumorales se extienden como dedos al interior de la ca-- vidad quística.

Su tratamiento de elección suele ser la cirugía radical y cuando es necesario también se puede disección radical decuello. En casos inoperables la radioterapia se usa única y exclusivamente como un tratamiento paliativo.

CAPITULO V.

TUMORES MESENQUIMATOSOS MALIGNOS

- a).- FIBROSARCOMA
- b).- RABDOMIOSARCOMA
- c).- PLASMOCITOMA DE TEJIDOS BLANDOS
- d).- LINFOMA MALIGNO
- e).- LEUCEMIA
- f).- GRANULOMA LETAL DE LA LINEA MEDIA

TUMORES MESENQUIMATOSOS.

a).- Fibrosarcoma.

El fibrosarcoma es el tumor mesenquimatoso maligno más frecuente, aunque, en general tanto el fibrosarcoma, como las demás neoplasias mesenquimatosas -- son raras en la cavidad oral. El fibrosarcoma representa el 29% aproximadamente de los sarcomas de tejidos -- blandos.

Características clínicas.

El fibrosarcoma es el tumor maligno de -- los fibroblastos, aparecen en todas las edades, aunque -- su mejor incidencia se halla entre los 33 y 45 años, con un promedio cercano a los 40 años. No tiene predilec -- ción sexual.

De acuerdo a la localización del fibrosarcoma y a su duración es como van a variar los síntomas -- aunque por lo regular se trata de masas indoloras, pueden estar pedunculadas o en situación mas profunda, sin -- que por ello originen signos constantes o fuera de la -- normalidad. Tiene bordes mal definidos, y está recubierta por mucosa rosada normal; esta neoplasia se puede -- confundir con la Fascitis la cual es una formación tumoroide benigna que presenta regresión espontánea.

Características anatomopatológicas.

No hay un buen acuerdo en cuanto a caracteres histológicos ya que mientras algunos tumores, a excepción de signos sutiles, parecen proliferaciones benignas o incluso no tumorales, otras son tan anaplasicas que hacen dudar de su origen fibroblástico.

Los tumores consisten en fibroblastos y --

fibras colágenas, y tanto unas como otras dan la impresión de seguir la trayectoria de una corriente. En los fibrosarcomas bien diferenciados, los fibroblastos y sus núcleos son fusiformes, muestran muy pocas mitosis y se parecen a células normales. Las fibras colágenas pueden ser muy delgadas y delicadas o gruesas y densas. En los fibrosarcomas menos diferenciados se aprecia que son más celulares, presentan numerosas mitosis y fibroblastos -- hipercromáticos con formas caprichosas.

Los fibrosarcomas en su mayoría producen infiltración local, son muy persistentes y casi no producen metástasis, y el pronóstico es favorable. En los menos diferenciados y menos comunes, las metástasis son amplias casi siempre alcanzan los pulmones por vía sanguínea y su diagnóstico es menos favorable porque su resultado es fatal. El tratamiento es la escisión amplia.

b).- Rabdomiosarcoma.

El rabdomiosarcoma es un tumor formado por células del músculo estriado en todas sus fases de diferenciación histológica, son contados los casos de -- rabdomiosarcoma intraoral (aproximadamente 70 casos desde 1854) La cabeza y el cuello son localizaciones frecuentes, ocupando el primer lugar en cuanto a localización la lengua, seguida por el paladar duro y partes -- blandas en orden de creciente. El tipo de rabdomiosarcoma que predomina es el embrionario.

Características clínicas.

Se puede subdividir 4 subtipos de rabdomiosarcoma y son:

1.- Tipo adulto pleomórfico.-- Se presenta en perso--

nas entre la quinta y sexta décadas. En región oral se presenta el aspecto de un tumor sólido, voluminoso, muy infiltrativo y no suele ser doloroso a menos que afecte al nervio lingual y al hueso. Se ulcera cuando las lesiones son muy extensas. Se refiere en la anamnesis -- del caso un crecimiento rápido, y cuando se encuentra -- afectada una interferencia en el habla y en la deglu-- ción.

2.- Tipo Embrionario.-- Este tipo se presenta principalmente en la primera década de vida y en la mayoría de -- los rhabdiosarcomas en cabeza y cuello. Se localiza so -- bre todo en el paladar blando donde se desarrolla como -- una masa blanca no dolorosa, sésil polipóide. La mucosa -- que la recubre suele estar hiperémica y raramente ulce-- rada y en sus primeros estadios recuerda a una hiper-- plasia papilar.

3.- Tipo Orbitario o Alveolar.-- Este tipo se presenta -- en pacientes jóvenes, su lugar de localización es la -- órbita y en el maxilar y el oído.

4.- Tipo Botriode.-- Este tipo difiere del embrionario -- por su localización y sus características macroscópicas -- dando la impresión de un racimo de uvas.

Características anatomopatológicas.

En cada uno de estos tipos se aprecian -- características microscópicas comunes, como su origen -- celular, ya que las células tumorales se parecen más o -- menos a las células embrionarias ó en desarrollo de la -- musculatura lisa, el citoplasma micromatoso, que con fre-- cuencia, es finamente granulosa y eosinófilo. Presenta -- también fasciculación y estricciones cruzadas, así como--

células tumorales gigantes, con núcleos gigantes ó múltiples.

El rhabdiosarcoma es un tumor altamente maligno y casi siempre mortal, presenta una sobrevida -- en 5 años de 25% o menos. El tratamiento electivo es -- la escisión quirúrgica amplia con disección cervical -- cuando esté completamente comprobada la invasión gan- -- glionar cervical.

c).- Plasmocitoma de tejidos blandos.

Este tipo de neoplasia en algunos casos -- son manifestaciones tempranas del mieloma múltiple que -- afecta a la médula ósea.

Se presenta después de los 40 años y es -- más común en el hombre que en la mujer. Se afecta el -- tracto respiratorio superior y la cavidad oral, y en -- ésta última por lo general están implicados el paladar -- blando, la mucosa maxilar, el seno maxilar y la región -- de las amígdalas platinas. Presenta el aspecto de una -- lesión granulomatosa.

Histiológicamente se compone por un cúmi -- lo denso de plasmocitos típicos o atípicos.

Estos pacientes despues de la escisión -- quirúrgica deben ser vigilados estrechamente debido a -- que pueden ser antecedentes del mieloma múltiple.

d).- Linfoma Maligno.

El sistema linfo reticular está formado -- por componentes linfocíticos y reticuloendoteliales los -- cuales son originados a partir de células mesenquimato- -- sas primitivas, las cuales no solo existen en el tejido -- linfoide sino en la mayoría de los tejidos del organis-

mo. Los tumores que se originan a partir de células -- linfocíticas o reticuloendoteliales se hallan integra-- dos por células que se han desarrollado siguiendo cual-- quiera de las dos líneas de diferenciación o ambas a la vez. Existen tumores de tipo citológicas puras y otras que existen tanto elementos linfocíticas como elementos reticulares.

Los linfomas malignos han sido clasificados de diversas maneras. Por lo general se originan en órganos linfoides (gánглиos linfáticos, bazo y en tejido linfoide difuso como amígdalas linguales y faríngeas y el tejido linfoide del tracto intestinal). También -- algunos tumores pueden presentarse en tejidos no lin-- foides (ejem. la encía) pero esto es resultado de lo -- arriba citados.

Los linfomas son principalmente:

I.- Linfosarcoma.

II.- Sarcoma de células reticulares.

III.- Enfermedad de Hodgkin

IV.- Linfoma folicular.

Solo las primeras, es decir, el linfosarcoma y el sarcoma de células reticulares son los únicos que se presentan en la cavidad oral por lo que serán a los que nos referiremos en seguida.

I.- Linfosarcoma.

El linfosarcoma puede desarrollarse a partir de los linfocitos o linfoblastos. Los terminos linfocíticos y linfoblástico se usan para señalar tumores -- compuestos por pequeños linfocitos maduros o grandes células parecidas a los linfoblastos, respectivamente. El

linfosarcoma linfocítico no puede diferenciarse solo -- por los datos histológicos de la Leucomia linfocítica.

El linfosarcoma puede afectar a cualquier edad, pero por lo general se presenta en la cuarta década y más frecuentemente a los hombres que a las mujeres, -- sus localizaciones primarias habituales son los ganglios linfáticos, el bazo y el hígado, pero ocasionalmente, la localización primaria puede estar en la encía, paladar -- blando, amígdalas palatinas, médula ósea, la nasofaringe ó el tubo gastrointestinal.

El primer signo de enfermedad suele ser -- una hipertrófia no dolorosa de los ganglios linfáticos -- cervicales profundos. Estas suelen ser sólidas, discretas y móviles en los primeros estadios de la enfermedad, y cuando hay infiltración se hacen confluentes y adherentes. La lesión aparece como una hiperplasia gingival ó -- una masa tumoral de crecimiento rápido. Se ulcera con -- frecuencia, así como también presenta necrosis y aliento fético.

Características anatomopatológicas.

La estructura normal de un ganglio linfático ó de tejido invadido se encuentra distorciónada -- por un crecimiento excesivo difuso de células linfocíticas; la mayoría de ellas se encuentran en el mismo estadio de desarrollo, lo que le da al tumor un aspecto muy -- uniformes. Son frecuentes las figuras de mitosis en todas las porciones del tumor. Puede existir la total ausencia de "estroma".

Los linfosarcomas son radio sensibles.-- No obstante, las remisiones son temporales, y tarde o --

temprano la enfermedad se generaliza. La cifra de supervivencia en 5 años es de un 28% aproximadamente. Cuando la enfermedad se limita a una zona y se aplica radioterapia precoz a dosis altas se consigue una supervivencia en 5 años de un 65 a 80%. Los enfermos con forma linfoblástica o enfermedad generalizada, tienen un pronóstico mas pobre. La leucemia linfocítica también es un signo fatal.

II.- Sarcoma de Células Reticulares.

El reticulosarcoma se caracteriza por una proliferación y degeneración maligna de las células reticulares. Se puede presentar en cualquier órgano, aunque presenta preferencia por ganglios linfáticos cervicales y retroperineales, las amígdalas y el tubo gastrointestinal. En regiones de la boca el reticulosarcoma se puede presentar en los tejidos blandos o en el interior de los maxilares. Cuando se halla instalado en tejidos blandos sus características clínicas son similares a las del infosarcoma. Se presenta en personas de edad avanzada -- (aproximadamente 70 años) se encuentran, malestar general, dolor de gargante, obstrucción nasal, disnea, disfagia y disfonía.

A la lesión primaria del linfoma maligno en el paladar se le conoce con el nombre de "enfermedad linfoproliferativa del paladar duro". El reticulosarcoma es el linfoma que tiene el peor pronóstico. A la afectación cervical y amigdalár le sigue una infiltración progresiva del bazo, hígado y de la médula ósea así como de los grupos ganglionares linfáticos viscerales, y a veces puede complicarse con una leucemia monocítica. La

supervivencia después de 5 años es de 19%.

e).- Leucemia.

Las leucemias se caracterizan por una -- producción excesiva cada vez más frecuente de globulos- blancos muchos de los cuales no llegan a la madurez. Los leucocitos se acumulan en sus lugares de origen, infil- tran la médula ósea y otros tejidos y con frecuencia, -- aunque no invariablemente, se encuentran en gran número- en la sangre periférica.

Existen varias formas de la enfermedad; -- las leucemias se clasifican según su curso clínico en -- formas agudas y crónicas y según el tipo de células pre- dominantes en los tipos mielocítica, linfocitaria y mono- citaria.

Se desconoce la etiología de la leucemia- y se le considera una neoplasia maligna del tipo hemopo- yético. Los datos como la proliferación desenfrenada de células, la hiperproducción de formas inmaduras indife- renciadas que presentan anomalías morfológicas y bioquí- micas y el establecimiento de colonias en órganos a dis- tancia sugieren que se trata de una neoplasia maligna. -- Además el cuadro sanguíneo de la leucemia linfocítica -- también se puede dar en el linfosarcoma, una neoplasia - maligna, lo que indica la estrecha relación entre ambas- enfermedades.

Leucemias Agudas.

Características clínicas.

La leucemia aguda aparece en todas las e- dades. La leucemia linfocítica aguda se da generalmente- en niños menores de 5 años y es infrecuente en adultos - de mas de 30 años.

Las características clínicas son similares a todos los tipos. Con un comienzo que suele ser insidioso o brusco. Los síntomas se relacionan con la anemia, la trombocitopenia, la infiltración leucémica de los tejidos y la disminución de la resistencia a la infección. Habitualmente se encuentra una marcada palidez, fatigabilidad y astenia. También se producen hemorragias de las mucosas, petequias y equimosis cutáneas durante el curso de la enfermedad. Se produce un aumento de volumen en los ganglios linfáticos así como un discreto aumento de volumen del bazo y el hígado. La fiebre es frecuente y es asociada a veces con infección de la cavidad oral, amígdalas y el aparato respiratorio. El dolor a la presión en el esternon es un signo frecuente en niñas. Las lesiones cutáneas, el dolor óseo y el dolor abdominal no son raros y puede haber lesión del S.N.C.

Manifestaciones orales.

Los signos orales iniciales son muy frecuentes en la leucemia aguda como otros signos sistémicos pero pueden faltar del todo. El dato oral más frecuente es la notable palidez así como la dificultad en distinguir las papilas fungiformes en la lengua. Se debe sospechar de las hemorragias gingivales asociadas a palidez. En la leucemia aguda se producen comúnmente hemorragias gingivales, submucosas, petequias y equimosis sobre todo en fase terminal.

Hay aumento de tamaño de las encías debido a la infiltración leucémica y las purpuras que se encuentran en todos los tipos de leucemias agudas son más acentuadas en la leucemia monocítica aguda. Las papilas-

interdentales tienen una coloración, están turgentes, - son blandas y fofas y sangran con facilidad. Se pierden piezas dentales debido a la infiltración leucémica en la región periodontal que radiográficamente se observa ensanchada.

La ulceración se inicia debido a cálculos y superficies cortantes, dando un cuadro clínico de gingivitis ulcerosa necrosante aguda (GUNA, Enfermedad de - Vincent). La sequedad bucal es común y la lengua se presenta muy saburral, está teñida de sangre y presenta olor fétido. En las faces terminales se producen aftas, los - ganglios linfáticos cervicales pueden estar aumentados - de tamaño sobre todo en leucemias linfocíticas. Las glándulas salivales parótidas y submaxilares presentan aumento de volumen y dolor a la presión, dando lugar a un síndrome de Mikulics.

Características hematológicas.

El recuento leucocitario está típicamente elevado, variando entre 20,000 y 100,000/mm³, pero pueden ser más elevado.

La indiferenciación celular es un dato - importante en la Leucemia aguda y la identificación morfológica no siempre es posible debido a que los mieloblastos, linfoblastos y monoblastos tienen un aspecto - muy similar.

La anemia y la trombocitopenia acompaña - casi siempre a la leucemia. El nivel de hemoglobina es de 3 a 8 g/100 cm³ en sangre es frecuente; los glóbulos - rojos presentan anisocitosis y poiquilocitosis. El número de plaquetas puede estar disminuido a menos de - -

60,000 y es el motivo por el cual el tiempo de sangrado se prolongue y haya trastornos en la coagulación. La -- cantidad de tejido eritropoyético está disminuido.

Características anatomopatológicas.

En las encías aumentada se tamaño se observa que están infiltradas por células de tipo leucémico y esta infiltración es tan marcada que la estructura normal del tejido conjuntivo está muy alterada. La infiltración es por lo general más marcada en las capas reticulares y se haya separada del epitelio escamoso estratificado por una capsapapilar edematosa pero menos celular. Los capilares se observan dilatados. La infiltración -- se extiende hasta alcanzar ligamento periodontal y el -- hueso, y ha sido observada en la pulpa dental.

Leucemia Crónica.

En contraste con la forma aguda de la leucemia, las células circulantes en la forma crónica, suelen ser células maduras. Se presentan en personas de edad adulta o avanzada y con un curso prolongado de hasta muchos años con periodos de aparente remisión y periodos de exacerbación aguda y con la muerte en cualquier momento.

Tiene un comienzo insidioso y es común la esplenomegalia y hepatomegalia. Es frecuente que estos -- pacientes presenten vértigos, astenia y palpitación por anemia secundaria. La piel presenta un color amarillo -- verdoso especial y se puede encontrar hemorragia subcutánea y/o sangrado por orificios naturales. Hay adenopatía cervical así como agrandamiento de ganglios linfáticos cervicales.

Manifestaciones Orales.

Se encuentra engrosamiento y sensibilidad de las encías, hay signos de púrpura, también puede encontrarse aflojamiento dental debido a la infiltración leucémica en el ligamento periodontal, hay infecciones gingivales y úlceraciones en mucosa.

Características hematológicas

El recuento total de leucocitos suele ser elevado del orden del 100,000 a 500,000/mm³. El recuento de eritrocitos y plaquetas suele seguir normal durante tiempo. A veces se produce anemia siendo normocítica o normocrómica.

Tratamiento de Leucemias Agudas.

Aunque ha habido adelantos en el tratamiento de éste tipo de leucemias no se han obtenido curaciones definitivas. Ha habido remisiones transitorias por medio de corticoesteroides, antimetabólicos y antagonistas del ácido fólico y muchos medicamentos más.

El tratamiento local para lesiones bucales, es a base de colutorios con antisépticos en concentraciones ligeras. Suelen estar contraindicadas las odontectomías y otras intervenciones orales importantes.

El pronóstico es muy grave ya que todos los pacientes fallecen. Los no tratados sobreviven de 2 a 3 meses y los tratados llegan a vivir pocas veces de 5 a 10 años.

Tratamiento de Leucemias Crónicas.

Se utiliza radioterapia de bazo, médula ósea y ganglios linfáticos ya que pueden dar remisiones de la enfermedad. También se han obtenido remisiones con quimioterápicos como Clorabucil, Citozan y Myleran.

El tratamiento para las lesiones orales - es igual al referido en leucemias agudas.

La expectación de vida es mucho mejor en leucemias crónicas que en las agudas. En pacientes no tratados la duración media de vida es de 2 a 3 años, y en los tratados el promedio es de 5 años, pero pueden sobrevivir entre 15 y 25 años.

f).- Granuloma Letal de la Línea Media.

El granuloma letal de la línea media es una lesión maligna, persistente y destructiva que afecta la cavidad nasal y el maxilar, es de etiología desconocida y algunos autores piensan que puede ser variante de una poliarteritis nudosa o bien ser causa secundaria a linfoma de cualquier tipo.

Características clínicas.

El granuloma letal se caracteriza por una ulceración progresiva masiva y destrucción del tejido blando afecto, del hueso subyacente, e incluso del cerebro originando la muerte. En el curso de la enfermedad el paciente se queja de debilidad, pero no existen síntomas sistémicos. La duración puede ser de algunos meses hasta 5 años.

Características microscópicas.

No se encuentran alteraciones vasculares muy notorias, se observan linfocitos maduros e inmaduros con cierta cantidad de reticulocitos extraños. Como características constantes se observan trombosis vascular y necrosis.

El tratamiento se basa en radioterapia y los antimicrobianos solo sirven para dominar la infec -

ción secundaria. El pronóstico es muy malo.

Granulomatosis de Wegener

Es una entidad similar al granuloma letal de la línea media, pero las lesiones bucales en la granulomatosis de Wegener no son tan frecuentes. Involucra la laringe, traquea, riñón y pulmones, y cuando -- existen lesiones bucales éstas afectan las encías y consisten en tumores dolorosos y sangrantes de la papila interdientaria. En algunos casos éstas lesiones son el primer signo de enfermedad.

Histológicamente presentan necrosis, inflamación vascular y celular inflamatorias. El tratamiento es a base de citotóxicos que han resultado prometedores--.

CAPITULO VI.

TUMORES METASTASICOS

TUMORES METASTASICOS.

Solo el 1% de tumores malignos de metástasis en cavidad oral y solo el 1% de los tumores malignos en boca son focos metastásicos. La mayoría de las metástasis se encuentran en maxilares y solo el 10% ocurren en tejidos blandos. El tumor primario suele asentarse en mamas, tiroides, riñón, pulmones, aparato urogenital ó tracto gastrointestinal.

CONCLUSIONES.

El Historial Clínico del paciente es importante y elemental para el Cirujano Dentista, el cuál podrá obtener a través del interrogatorio directo o indirecto una panorámica extensa de las patologías que afectaron ó afecta a éste y poder así, detectar por medio de la exploración física (intra y extra oral) el inicio de un problema neoplásico ó quístico que ponga en peligro la vida del paciente.

Es importante el uso y conocimiento de la Patología oral en el ejercicio de la profesión, para diagnosticar precozmente las anomalías que afecten la cavidad bucal.

El logro de un pronóstico menos severo en las neoplasias benignas como malignas, será a través de un Diagnóstico Clínico e Histiológico certero.

El éxito de una extirpación quística estará basada en una correcta técnica quirúrgica, la cual estará acompañada por conocimiento, habilidad y destreza por parte del operado.

Una orientación adecuada al paciente y familiares que presenten cualquier alteración en la cavidad oral, será el resultado de un tratamiento bien planeado el cuál redundará en beneficio y bienestar del paciente teniendo como resultado la incorporación de éste a la sociedad como un miembro activo.

Durante el tratamiento de los quistes y neoplasias presentadas en la cavidad oral, se deberá evitar las iatrogenias, dolores innecesarios, complicaciones e infecciones en los pacientes. Por lo que el Ciru-

jano Dentista deberá tener siempre en mente que su --
función primordial es el de preservar la salud y mante-
ner el equilibrio biopsicosocial del individuo.

B I B L I O G R A F I A S .

ANATOMIA ODONTOLOGICA ORO-CERVICO-FACIAL.
HUMBERTO APRILE/ M.E. FIGUIN/ R.R. GARINO.
Quinta Edición, 1975
Editorial El Ateneo, Argentina.

CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO.
ROBERT A. WISE/ HARVEY W. BAKER.
Tercera Edición 1973
Editorial Interamericana, México.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.
EDWARD V. ZEGARELLI/ A. KUTSCHER/ G. HYMAN.
Primera Edición. 1979
Editorial Salvat Editores, Barcelona España.

DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS.
Undécima Edición. 1978
Salvat Mexicana de Ediciones, México.

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES.
ORBAN.
Primera Edición traducida de la sexta en inglés, 1980
Prensa Médica Mexicana, México.

MEDICINA BUCAL DE BURKET.
MALCOLM. A. LYNCH
Tercera edición traducida de la séptima en inglés, 1980
Editorial Interamericana, México.

MEDICINA INTERNA.
T.R. HARRINSON.
Tercera Edición 1966
Prensa Médica Mexicana, México.

MANUAL MERCK.
Sexta Edición, 1978.
Merck Sharp & Dohme R. Laboratorios E.U.

PATOLOGIA BUCAL.
S.N. BHASKAR.
Tercera Edición, 1979.
Editorial El Ateneo, Argentina.

PATOLOGIA BUCAL DE THOMA.
ROBERT. J. GORLIN/ H.M. GOLDMAN.
Primera Edición, 1977.
Salvat Editores, Barcelona España.

PATOLOGIA BUCAL.
J.D. SPOUGE.
Primera Edición, 1980
Editorial Mundi, Argentina.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
GUSTAV. O. KRUGER.
Cuarta Edición, 1978.
Editorial Interamericana, México.