

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**Neoplasias y Lesiones que Pueden Simular  
Neoplasias de la Cavidad Bucal.**

**TESIS PROFESIONAL**

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

**MEXICO, D. F.**

**1984**



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

I.- INTRODUCCION

II.- MATERIAL Y METODO

III.- CLASIFICACION DE LAS NEOPLASIAS SEGUN SU  
ORIGEN.

IV.- RESULTADOS

V.- CONCLUSIONES

VI.- BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El tema que nos ocupa es de suma importancia dentro del campo de la odontología y en general de la medicina, ya que en comparación con otras ramas de dichas ciencias, poco se ha hablado de las neoplasias bucales.

El pobre o nulo conocimiento del cirujano -- dentista sobre esta materia, es lo que ocasiona un mal diagnóstico o un diagnóstico tardío, lo que se traduce en un tratamiento inadecuado que muchas veces es causa de la muerte de miles de pacientes o que el tratamiento al ser tardío influya en forma importante en el pronóstico y la morbilidad de dichas neoplasias.

Se ignora mucho de la naturaleza íntima de -- las alteraciones biológicas que dan origen a las -- neoplasias. La decisión más importante que puede hacerse acerca de una neoplasia es saber si es -- benigna o maligna, porque en ella se funda el tratamiento y el pronóstico, para lo que cuenta mucho

la preparación del profesional que le permitirá emplear al máximo sus conocimientos para así aplicar el tratamiento adecuado o bien remitir al paciente a un medio hospitalario a fin de que se le realicen los estudios necesarios para llegar al diagnóstico definitivo.

La medicina institucional es una arma muy poderosa con la que contamos los profesionales para el manejo de las neoplasias, sobre todo las malignas, en las cuales se aplican tratamientos médicos, quirúrgicos o radioterapéuticos, motivo por el cual nos inclinamos a hacer un estudio estadístico retrospectivo sobre que tipo de padecimientos neoplásicos son manejados con más frecuencia en esta Institución y que tan efectivos son los tratamientos en un medio hospitalario de este nivel que cuenta con departamentos auxiliares de radiodiagnóstico, laboratorio clínico y patología.

La responsabilidad que tiene el cirujano -- dentista en su práctica profesional es incalcula-

ble, por lo que es inminentemente importante que tenga conocimientos de patología para que pueda y sepa valorar las neoplasias que se presentan - en la cavidad bucal y así poder aplicar el tratamiento adecuado o referir los casos que salen de su competencia a los centros en que sean manejados en forma adecuada e integral.

## MATERIAL Y METODO

Se efectuó una revisión de los informes quirúrgicos del Departamento de Patología en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E., con el fin de realizar un estudio estadístico sobre la frecuencia con que se presentan las neoplasias y otras lesiones que pueden simular neoplasias en la cavidad oral, en la población de derecho habientes que maneja dicho nosocomio.

La revisión abarcó un período de diez años — comprendidos del 1.º de enero de 1966 al 31 de diciembre de 1975, revisándose un total de 91,385 biopsias y piezas quirúrgicas, de las cuales 457 correspondieron a distintas lesiones y neoplasias de la cavidad bucal.

La revisión incluyó datos de edad, sexo, diagnóstico clínico, diagnóstico anatomopatológico y localización de las lesiones.

Encontrándose que en buen número de casos la

localización no era precisa y se empleaban términos vagos como: encía, lengua, mandíbula, etc., sin especificar el sitio. En algunos casos se tuvo que recurrir a la revisión del expediente clínico para aclarar algunos datos, en otros ésto no fue posible porque aproximadamente 50 casos fueron referidos a este hospital y los expedientes regresaron a su lugar de origen.

Las lesiones de la cavidad bucal se dividieron en neoplásicas y en lesiones que clínica o radiográficamente aparentaron neoplasias; así mismo, las neoplasias fueron subdivididas en benignas y malignas basadas en la clasificación histogénica, a su vez las neoplasias se dividieron en: a) Neoplasias y lesiones odontogénicas propiamente dichas y b) — Neoplasias de tejidos blandos y estructuras relacionadas en la cavidad bucal (lengua, encía, paladar, piso de boca, etc.).

En vista de que existen distintas clasificaciones en relación con las neoplasias odontogéni-



cas, se seleccionó la de la Organización Mundial de la Salud en la cual basamos nuestra tabulación de datos.

Todas las lesiones antes mencionadas se tabularon en cuadros de edad, sexo, localización, etc.

Se incluyen en el trabajo algunos de los ejemplos más frecuentes.

## CLASIFICACION DE NEOPLASIAS

### TIPOS HISTOLOGICOS DE NEOPLASIAS ODONTOGENICAS. - QUISTES DE LOS MAXILARES Y LESIONES AFINES.

#### I.- NEOPLASIAS Y OTROS TUMORES RELACIONADOS CON EL APARATO ODONTOGENICO.

##### A. BENIGNOS

1. AMELOBLASTOMA
2. TUMOR ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE
3. FIBROMA AMELOBLASTICO
4. TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE (Adeno--  
ameloblastoma)
5. QUISTES ODONTOGENICOS CALCIFICANTES
6. DENTINOMA
7. FIBRO ODONTOMA AMELOBLASTICO
8. ODONTOAMELOBLASTOMA
9. ODONTOMA COMPLEJO
10. ODONTOMA COMPUESTO
11. FIBROMA (Fibroma Odontogénico)
12. MIXOMA (Mixofibroma)

### 13. CEMENTOMAS

- a. Cementoblastoma Benigno (Cementoma Verdadero).
- b. Fibroma Cementificante.
- c. Displasia Cementaria periapical (Displasia fibrosa periapical).
- d. Cementoma Gigantiforme (Cementomas - múltiples familiares).

### 14. TUMOR NEUROECTODERMICO MELANOTICO DE LA INFANCIA. (Progonoma melanótico, melanoameloblastoma).

## B. MALGINOS

### 1. CARCINOMAS

- a. Ameloblastoma maligno
- b. Carcinoma Intraóseo Primitivo.
- c. Otros carcinomas originados en el epitelio odontogénico, incluso los que se originan en quistes odontogénicos.

### 2. SARCOMAS ODONTOGENICOS

- a. Fibrosarcoma ameloblástico (Sarcoma - ameloblástico)
- b. Odontosarcoma ameloblástico.

## II. NEOPLASIAS Y OTROS TUMORES RELACIONADOS CON EL HUESO.

### A. NEOPLASIAS ODONTOGENICAS

#### 1. FIBROMA OSIFICANTE (Osteofibroma)

### B. LESIONES OSEAS NO NEOPLASICAS

#### 1. DISPLASIA FIBROSA

#### 2. QUERUBISMO

#### 3. GRANULOMA GIGANTOCELULAR CENTRAL (Granuloma Gigantocelular de reparación)

#### 4. QUISTE OSEO ANEURISMATICO

#### 5. QUISTE OSEO SIMPLE (Quiste óseo traumático, hemorrágico)

## III. QUISTES EPITELIALES

### A. DE DESARROLLO

#### 1. ODONTOGENICOS

##### a. Quiste Primordial (Queratoquiste)

##### b. Quiste Gingival

##### c. Quiste de Erupción

##### d. Quiste Dentífero (Folicular)

#### 2. NO ODONTOGENICOS

- a. Quiste del conducto nasopalatino
- b. Quiste Globulomaxilar
- c. Quiste Nasolabial (Nasoalveolar)

## B. INFLAMATORIOS

### 1. QUISTE RADICULAR

## IV.- LESIONES SIN CLASIFICAR.

NEOPLASIAS Y LESIONES NO NEOPLASICAS DE LOS TEJIDOS  
BLANDOS Y GLANDULAS ANEXAS DE LA CAVIDAD ORAL.

I.- NEOPLASIA DE ORIGEN EPITELIAL

A. BENIGNAS

1. PAPILOMA
2. NEVO

B. MALIGNAS

1. CARCINOMA EPIDERMÓIDE
2. CARCINOMA BASOCELULAR
3. MELANOCARCINOMA
4. ADENOCARCINOMA

II.- NEOPLASIA DE ORIGEN MESENQUIMATOSO

A. BENIGNAS

1. FIBROMA
2. LINFANGIOMA
3. HEMANGIOMA
4. NEUROMA
5. NEURILEMOMA
6. LEIOMIOMA

B. MALIGNAS.

1. FIBROSARCOMA
2. RABDOMIOSARCOMA
3. LINFOMA MALIGNO

### III.- NEOPLASIAS DE GLANDULAS SALIVALES

#### A. BENIGNAS

1. ADENOMA
2. CISTOADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO
3. TUMOR DE WARTHIN
4. ADENOMA DE CELULAS BASALES
5. ADENOMA PLEOMORFICO (Tumor Mixto)

#### B. MALIGNAS

1. CARCINOMA EN ADENOMA PLEOMORFICO (Tumor Mixto Maligno)
2. CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO
3. CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE
4. ADENOCARCINOMA PAPILAR
5. LINFOMA MALIGNO

### IV.- LESIONES NO NEOPLASICAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y GLANDULAS ANEXAS DE LA CAVIDAD ORAL.

- a. GRANULOMA PIOGENICO

b. EPULIS

c. DISQUERATOSIS

1. Acantosis

2. Paraqueratosis

3. Hiperplasia Pseudoepiteliomatosa

d. RANULA

e. MUCOCELE



## R E S U L T A D O S

De las 91,385 biopsias y piezas quirúrgicas que se revisaron en el Departamento de Patología - del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E., se encontró que 457 (0.5 %) casos correspondieron a lesiones localizadas en la cavidad bucal (cuadro No. 1).

No. de biopsias y piezas quirúrgicas.	Lesiones de la cavidad oral.
91,385 ( 100 % )	457 ( 0.5 % )

Cuadro No. 1

Basándose exclusivamente en las lesiones localizadas en la cavidad bucal (457), éstas se divi

dieron en: lesiones neoplásicas a las cuales les correspondieron 319 casos y en lesiones no neoplásicas con 138 casos (cuadro No. 2).

Lesiones Bucales	Neoplásicas	No Neoplásicas
457 ( 100 %)	319 (69.8 %)	138 (30.2 %)

cuadro No. 2

Tomando en cuenta las clasificaciones empleadas para este trabajo las lesiones neoplásicas se subdividieron en: neoplasias benignas a las cuales les correspondieron 172 casos y neoplasias malignas con 147 casos, sin especificar su extirpe histológica (cuadro No. 3).

### LESIONES NEOPLASICAS

#### Neoplasias Benignas

---

 Neoplasias Benignas

 Neoplasias Malignas
 

---

 172  
 (53.9 %)

 147  
 (46.0 %)
 

---

## Cuadro No. 3

Se observó que de los distintos tipos de neoplasias benignas, al hacer la revisión, la frecuencia más sobresaliente fué la del fibroma con 83 casos; siguiéndole en orden de frecuencia el papiloma con 62 casos, odontoma 10 casos, ameloblastoma 5 casos, cementoma 3 casos, angiofibroma 1 caso, mixoma 1 caso y fibromixoma 1 caso. (cuadro No. 4).

La localización más frecuente del fibroma -- fue en la lengua con 16 casos, le siguió el labio con 8 casos, sin embargo los datos recogidos en -- cuanto a frecuencia no son de valor estadístico ya que en 38 casos ni se especificó ni se pudo identificar en el expediente la localización precisa -- (cuadro No. 5).

## NEOPLASIAS BENIGNAS 172 CASOS (100 %)

Tumor	No. Casos	Frecuencia
FIBROMA	83	48.2 %
PAPILOMA	62	36.0 %
ODONTOMA	10	5.8 %
AMELOBLASTOMA	5	2.9 %
CEMENTOMA	3	1.7 %
HEMANGIOMA	3	1.7 %
LINFANGIOMA	3	1.7 %
ANGIOFIBROMA	1	0.5 %
MIXOMA	1	0.5 %
FIBROMIXOMA	1	0.5 %

## cuadro No. 4

## FIBROMAS 83 CASOS (100 %)

SITIO	No. Casos	Frecuencia
LENGUA	16	19.2 %
LABIO	8	9.6 %
CARRILLO	7	8.4 %
ENCIA	5	6.0 %
MAXILAR	4	4.8 %
MANDIBULA	4	4.8 %
PALADAR	1	1.2 %
SITIO SIN ESPEC.	38	45.7 %

## CUADRO No. 5

Los 62 papilomas se encontraron distribuidos en diferentes áreas de la cavidad bucal como lo podemos apreciar en el cuadro No. 6

PAPILOMAS 62 CASOS (100 %)

SITIO	No. CASOS	Frecuencia
LENGUA	35	56.4 %
PALADAR	7	11.2 %
ENCIA	6	9.6 %
SITIO SIN ESPEC.	14	22.5 %

cuadro No. 6

Es importante hacer notar que dichas neoplasias pueden aparecer en personas de cualquier raza, edad y sexo.

En los otros tipos de neoplasias benignas no se especificó la localización y el número de casos fué mínimo.

Neoplasias Malignas

En cuanto a las neoplasias malignas podemos observar en el cuadro No. 7 que en primer lugar -- con 127 casos, se encontró el carcinoma epidermoide y los más raros fueron: melonoma, condrosarcoma, reticulosarcoma, sarcoma osteogénético y linfoma linfocítico con un caso cada uno.

NEOPLASIAS MALIGNAS 147 CASOS (100 %)

TUMOR	No. Casos	Frecuencia
CARCINOMA EPIDERMOIDE	127	86.3 %
CARCINOMA BASOCELULAR	9	6.1 %
ADENOCARCINOMA	6	4.0 %
MELANOMA	1	0.6 %
CONDROSARCOMA	1	0.6 %
RETICULOSARCOMA	1	0.6 %
SARCOMA OSTEOGENETICO	1	0.6 %
LINFOMA LINFOCITICO	1	0.6 %

Cuadro No. 7

Por la importancia que tiene el carcinoma -- epidermoide por se la neoplasia maligna más fre--

cuente, se tabularon datos de edad, sexo y localización.

Como se puede observar (cuadro No. 8) el carcinoma epidermoide se localizó a menudo en la lengua correspondiéndole 52 casos (40.9 %) y en menos ocasiones se localizó en el antro maxilar con 9 casos (7.0 %).

#### LOCALIZACION DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE

127 CASOS (100 %)

SITIO	No. CASOS	Frecuencia
LENGUA	52	40.9 %
ENCIA	22	17.3 %
PALADAR	16	12.5 %
LABIO	16	12.5 %
PISO DE BOCA	12	9.4 %
ANTRO MAXILAR	9	7.0 %

cuadro No. 8

Se elaboró el cuadro No. 9 para mostrar que el carcinoma epidermoide localizado en lengua afectó con mayor frecuencia a individuos del sexo masculino entre las edades de 51 a 70 años.

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LENGUA

52 CASOS (100 % )

EDAD Y SEXO

EDAD	F.	M.	Frecuencia
De 30 a 40 años	0	2	3.8 %
De 41 a 50 años	0	3	5.7 %
De 51 a 60 años	5	13	34.6 %
De 61 a 70 años	3	13	30.7 %
De 71 a 80 años	5	6	21.1 %
De 81 a 90 años	0	2	3.8 %

cuadro No. 9



## CARCINOMA EPIDERMOIDE DE ENCIA

22 CASOS (100 % )

EDAD Y SEXO.

E D A D	F.	M.	Frecuencia
De 1 a 10 años	1	0	4.5 %
De 40 a 50 años	2	1	13.6 %
De 51 a 60 años	0	3	13.6 %
De 61 a 70 años	7	5	54.5 %
De 71 a 80 años	1	0	4.5 %
De 81 a 90 años	2	0	9.0 %

cuadro No. 10

Aquí vale la pena hacer especial mención, por lo raro y poco frecuente, un solo caso encontrado en una niña de 4 años, ya que como se ha visto en los cuadros anteriores la mayoría de las neoplasias malignas de esta extirpe histológica se encuentran en edades por arriba de los 40 años. (cuadro No. 10)

Respecto al carcinoma epidermoide localizado en paladar fué más frecuente encontrarlo en -

personas de edad superior a los 50 años y con predominio del sexo femenino de 2:1 (cuadro No. 11).

### CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PALADAR

16 CASOS (100 %)

EDAD Y SEXO

E D A D	F.	M.	Frecuencia
De 50 a 60 años	2	1	18.7 %
De 61 a 70 años	4	5	56.2 %
De 71 a 80 años	3	0	18.7 %
De 81 a 90 años	1	0	6.2 %

cuadro No. 11

### CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LABIO

16 CASOS (100 %)

EDAD Y SEXO

E D A D	F.	M.	Frecuencia
De 20 a 30 años	0	2	12.5 %
De 40 a 50 años	1	2	18.7 %
De 51 a 60 años	2	2	25.0 %
De 61 a 70 años	1	4	31.2 %
De 71 a 80 años	1	0	6.2 %
De 81 a 90 años	0	1	6.2 %

Cuadro No. 12

El carcinoma epidermoide localizado en labio afectó más frecuentemente al sexo masculino (cuadro No. 12). Asimismo el que se localizó en piso de boca (cuadro No. 13).

### CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PISO DE BOCA

12 CASOS (100 % )

EDAD Y SEXO

EDAD	F.	M.	Frecuencia
De 50 a 60 años	2	2	33.3 %
De 61 a 70 años	1	5	50.0 %
De 71 a 80 años	0	1	8.3 %
De 81 a 90 años	1	0	8.3 %

cuadro No. 13

Respecto a la localización en antro maxilar, se pudo observar que afectó más a pacientes del sexo femenino entre las edades de 50 a 60 años (cuadro No. 14).

Como se puede ver en los distintos cuadros que ilustran la frecuencia de la edad y el -

El carcinoma epidermoide localizado en labio afectó más frecuentemente al sexo masculino (cuadro No. 12). Así mismo el que se localizó en piso de boca (cuadro No. 13).

### CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PISO DE BOCA

12 CASOS (100 % )

EDAD Y SEXO

EDAD	F.	M.	Frecuencia
De 50 a 60 años	2	2	33.3 %
De 61 a 70 años	1	5	50.0 %
De 71 a 80 años	0	1	8.3 %
De 81 a 90 años	1	0	8.3 %

cuadro No. 13

Respecto a la localización en antro maxilar, se pudo observar que afectó más a pacientes del sexo femenino entre las edades de 50 a 60 años (cuadro No. 14).

Como se puede ver en los distintos cuadros que ilustran la frecuencia de la edad y el -

sexo, la edad más afectada por el carcinoma epidermoide está entre los 50 y 70 años.

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE ANTRO MAXILAR

9 CASOS (100 %)

EDAD Y SEXO.

EDAD	F.	M.	Frecuencia
De 50 a 60 años	2	3	55.5 %
De 61 a 70 años	3	0	33.3 %
De 71 a 80 años	1	0	11.1 %

cuadro No. 14

El carcinoma basocelular se encontró en 9 ca sos y todos ellos en la superficie cutánea del labio superior, predominando el sexo femenino (cuadro No. 15).

CARCINOMA BASOCELULAR

9 CASOS

SITIO	F	M
LABIO SUPERIOR	7	2

CUADRO No. 15

El adenocarcinoma, tumor maligno, se tabu--  
la su localización y frecuencia en relación al --  
sexo en el cuadro No. 16.

## ADENOCARCINOMA

## LOCALIZACION

S I T I O	F	M
ANTRO MAXILAR	5	0
PISO DE BOCA	0	1

cuadro No. 16

Se pudo observar que la frecuencia en el --  
sexo femenino es sobresaliente.

La frecuencia de las neoplasias malignas --  
restantes fué mínima por lo que no se pudo esta--  
blecer cuadros que nos ilustren la localización,  
edad y sexo.

LESIONES NO NEOPLASICAS

Las lesiones pertenecientes a este grupo - fueron 138, distribuidas como lo muestra el cuadro No. 17.

## LESIONES NO NEOPLASICAS

T U M O R	No.CASOS	Frecuencia
QUISTES	35	25.3 %
GRANULOMA PIOGENO	20	14.4 %
ACANTOSIS Y PARAQUERATOSIS	16	11.5 %
HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIO MATOSA	15	10.8 %
EPULIS	15	10.8 %
RANULA	15	10.8 %
DISPLASIA FIBROSA	10	7.2 %
MUCOCELE	10	7.2 %
OSTEOMIELITIS	2	1.4 %

cuadro No. 17

Como se puede ver en el cuadro No. 18 sólo - se identificaron quistes de localización ósea en -

## Q U I S T E S

T I P O	No. CASOS	Frecuencia
QUISTES DE DESARROLLO (DENTIGEROS)	22	62.8 %
QUISTES INFLAMATORIOS (RADICULAR)	11	31.4 %
QUISTES DE INCLUSION EPI TELIAL.	2	5.7 %

cuadro No. 18

número de 33 y sólo 2 fueron de inclusión epitelial.

De los quistes de localización ósea el más frecuente fué el dentígero, los cuales constituyen un trastorno en el desarrollo, siguiéndoles - aquellos de origen inflamatorio (radicular) y por último sólo dos casos de quistes de inclusión epitelial.

Se observó que los quistes son una lesión - que afecta a individuos de ambos sexos con una ligera predominancia en personas menores de los 10 años. (cuadros No. 19 y 20).



QUISTES DENTIGEROS  
EDAD Y SEXO

E D A D	F.	M.	Frecuencia
De 1 a 10 años	6	3	40.9 %
De 11 a 20 años	1	2	13.6 %
De 21 a 30 años	1	4	22.7 %
De 31 a 40 años	3	1	18.1 %
De 41 a 50 años	0	1	4.5 %

cuadro No. 19

QUISTES RADICULARES  
EDAD Y SEXO

E D A D	F.	M.	Frecuencia
De 1 a 10 años	1	3	36.3 %
De 11 a 20 años	1	0	9.0 %
De 21 a 30 años	1	0	9.0 %
De 31 a 40 años	0	2	18.1 %
De 51 a 60 años	2	1	27.2 %

cuadro No. 20

Otra de las lesiones no neoplásicas que encontramos muy frecuentemente fué el granuloma piógeno el cual le correspondieron 20 casos (cuadro No. 21).

## GRANULOMA PIOGENO

### LOCALIZACION

S I T I O	No. CASOS	Frecuencia
ENCIA	14	70 %
PALADAR	3	15 %
LENGUA	2	10 %
SITIO SIN ESPECIFICAR	1	5 %

cuadro No. 21

El granuloma piógeno afectó a individuos - del sexo femenino preferentemente, con edades entre los 31 y 40 años (cuadro No. 22).

Se incluyeron con el término general de -- "disqueratosis" a las alteraciones epiteliales no neoplásicas designadas como acantosis, paraqueratosis, e hiperplasia pseudoepiteliomatosa, etc. - (cuadro No. 23), por considerar que pueden corres

## GRANULOMA PIOGENO

## EDAD Y SEXO

E D A D	F.	M.	Frecuencia
De 30 a 40 años	11	2	65.0 %
De 41 a 50 años	3	0	15.0 %
De 51 a 60 años	1	1	10.0 %
De 61 a 70 años	1	1	10.0 %

cuadro No. 22

## DISQUERATOSIS

## LOCALIZACION

SITIO	No. CASOS	Frecuencia
ENCIA	10	32.2 %
LENGUA	10	32.2 %
PALADAR	3	9.6 %
CARRILLO	3	9.6 %
PISO DE BOCA	1	3.2 %
LABIO	1	3.2 %
SITIO SIN ESPECIFICAR	3	9.6 %

cuadro No. 23

ponder a la misma lesión en distintos estadios - de evolución. Correspondieron más casos a individuos del sexo femenino (cuadro No. 24).

### DISQUERATOSIS

#### EDAD Y SEXO

E D A D	F.	M.	Frecuencia
De 40 a 50 años	8	1	29.3 %
De 51 a 60 años	2	3	16.1 %
De 61 a 70 años	10	5	48.3 %
De 71 a 80 años	1	1	6.4 %

cuadro No. 24

Epulis.- No se pudo hacer cuadro en cuanto a la frecuencia de su localización ya que en los informes no se especificó la misma, sólo se determinó su frecuencia de acuerdo a la edad y el sexo (cuadro No. 25)

Ránula.- Lesión no neoplásica localizada - en piso de boca, de la cual se encontraron 15 ca-

sos en individuos de ambos sexos, en la mayoría -  
de los cuales no se especificó la edad.

## E P U L I S

## EDAD Y SEXO

E D A D	F.	M.	Frecuencia
De 1 a 10 años	5	0	33.3 %
De 21 a 30 años	2	1	20.0 %
De 31 a 40 años	3	1	26.6 %
De 41 a 50 años	3	0	20.0 %

cuadro No. 25

## DISPLASIA FIBROSA

## LOCALIZACION

S I T I O	No. CASOS	Frecuencia
MAXILAR	7	70.0 %
MANDIBULA	3	30.0 %

cuadro No. 26

La mayoría de los casos de displasia fibrosa se encontraron con localización en maxilar -- (cuadro No. 26).

Mucocele.- Unicamente se encontraron 10 - casos localizados en la mucosa labial, en personas de ambos sexos.

Osteomielitis.- Se encontraron dos casos localizados en maxilar, en individuos del sexo - femenino por arriba de los 40 años.



Fig. 1.- Micrografía de un odontoma en donde se observa un estroma de aspecto fibroso — que rodea estructuras que histológicamente recuerdan a las piezas dentarias.



Fig. 2.- Acercamiento de un odontoma.

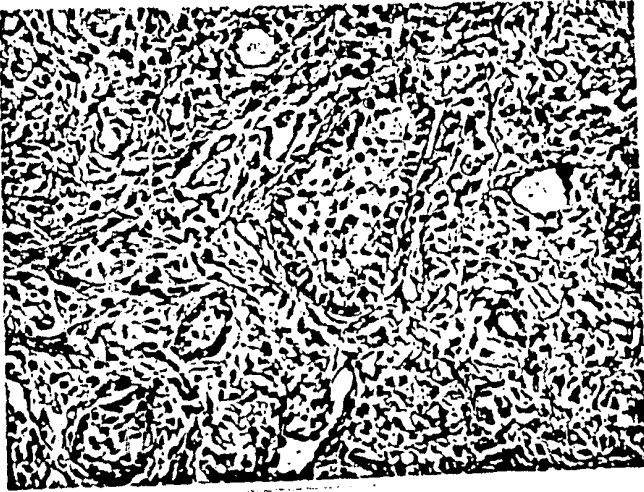


Fig. 3.- Micrografía de un ameloblastoma en la que se aprecian células estrelladas como las que se observan en el órgano del esmalte desarrollado y estructuras de tipo epitelial.

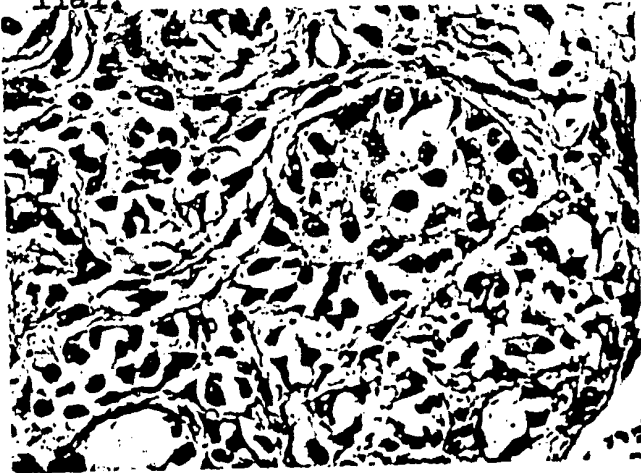


Fig. 4.- Micrografía que muestra el mismo ameloblastoma visto a mayor aumento.





Fig. Micrografía de un cementoma en donde se observan células similares a los osteocitos rodeados de abundante material de tipo amorfo.



Fig. 6.- Micrografía (Hematoxilina y Eosina) en que se aprecia un nido de células de tipo epidermoide con moderado pleomorfismo nuclear y celular de un carcinoma epidermoide bien diferenciado

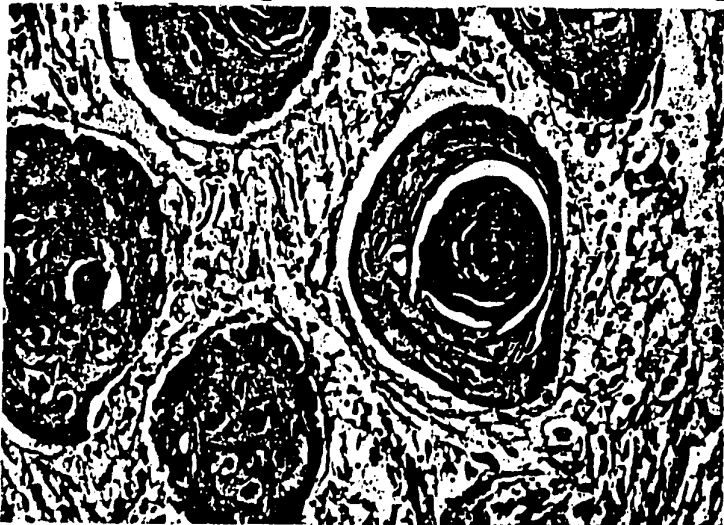
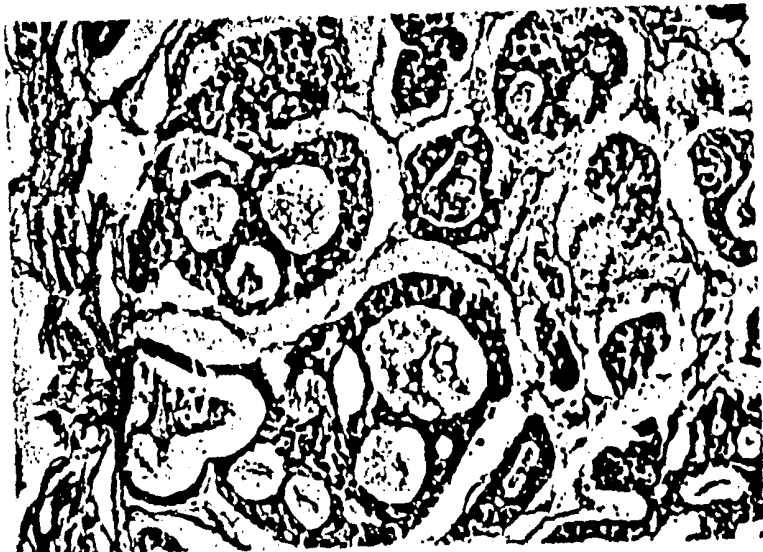


Fig. 7.- Micrografía del mismo carcinoma de - la figura anterior en donde se observan grupos celulares neoplásicos con formación de queratina.



**Fig. 8.-** Micrografía en donde se observan las estructuras glandulares con producción de moco de un carcinoma adenoide quístico de antro maxilar.



Fig. 9.- Radiografía de maxilar superior en la que se observa zona radiolucen-  
te bien limitada a nivel de la ra-  
íz de 2o. premolar y 1er. molar --  
correspondiente a un quiste dentí-  
gero.



Fig. 10.- Micrografía del quiste dentífero cuya cavidad está revestida por epitelio plano no estratificado no queratinizado, bajo el cual se observa tejido conjuntivo — laxo con focos de infiltrado inflamatorio.



Fig. 11.- Micrografía a mayor aumento del epitelio estratificado plano del quiste — dentífero y del tejido conjuntivo laxo subyacente con pequeños focos de hemorragia y de infiltrado inflamatorio —

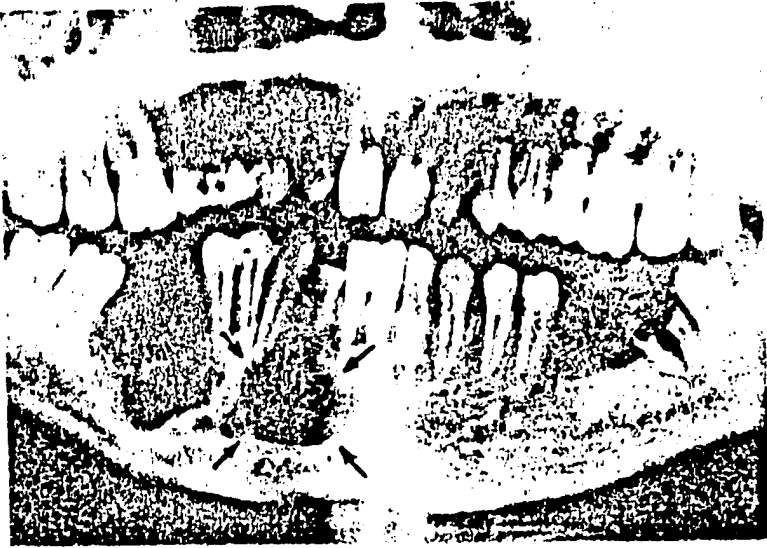


Fig. 12.- Radiografía en que se muestra zona bien limitada radioluciente que corresponde a un granuloma reparador de células gigantes.

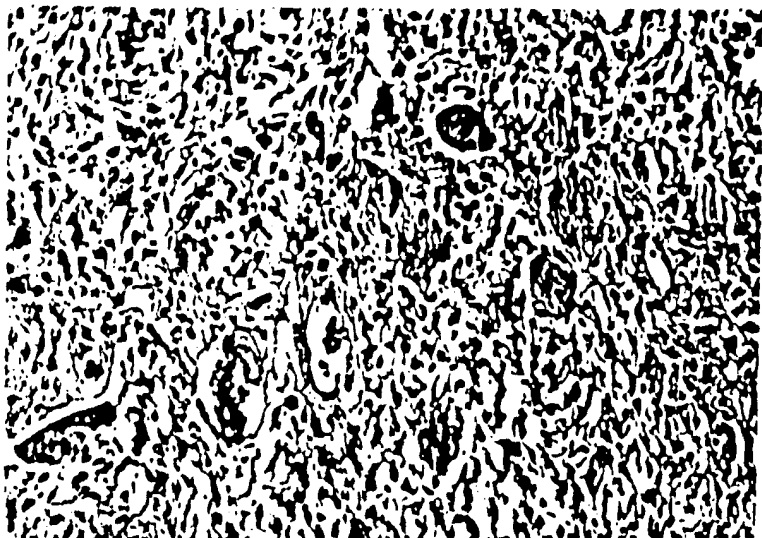


Fig. 13.- Micrografía del granuloma reparador de células gigantes en la que se — observa el tejido de granulación y las células gigantes.

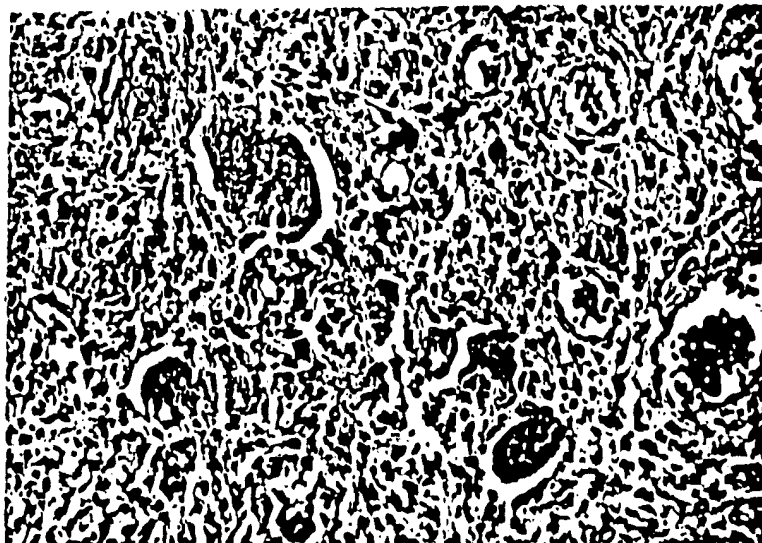


Fig. 14.- Micrografía a mayor aumento en donde se observan con más detalle las células gigantes y el tejido de granulación.



Fig. 15.- Micrografía de un épulis en la que se observa a la derecha el epitelio estratificado plano de la encía bajo el cual se puede ver el estroma fibroso de la lesión y abundantes células gigantes multinu-  
cleadas.



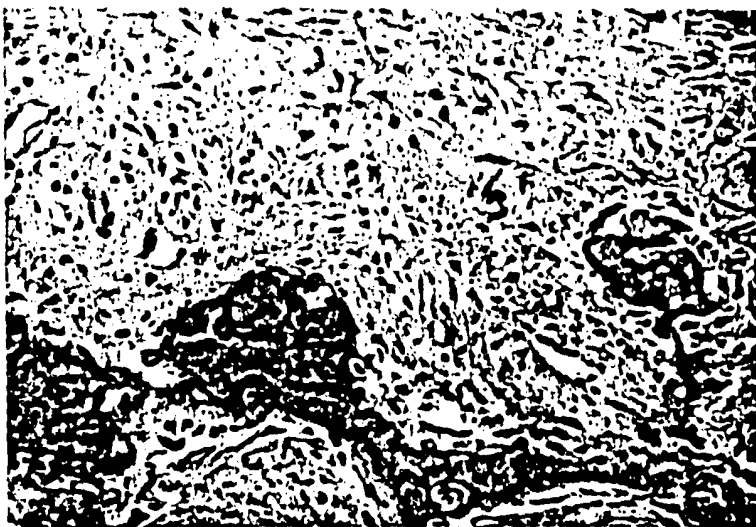


Fig. 16.- Micrografía de una displasia -  
fibrosa en la que se puede apre-  
ciar espículas óseas rodeadas de  
tejido conjuntivo denso con esca-  
sos vasos.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- De las 91,385 biopsias y piezas quirúrgicas que se revisaron, 457 (0.5 %) correspondieron a lesiones bucales.
- 2.- Estas se clasificaron en neoplásicas (319 casos) y no neoplásicas (138 casos).
- 3.- Las lesiones neoplásicas se dividieron en malignas y benignas.
- 4.- El total de las lesiones neoplásicas benignas fué de 172 casos y dentro de éstos la lesión con mayor frecuencia fué el fibroma (83 casos).
- 5.- Las lesiones neoplásicas malignas fueron 147 y el carcinoma epidermoide fué la lesión más frecuente (127 casos).
- 6.- La lengua fué el sitio más afectado por el carcinoma epidermoide.
- 7.- La edad más afectada por el carcinoma epidermoide estuvo por arriba de los 40 años.
- 8.- Las lesiones no neoplásicas más frecuentes -

fueron quísticas con localización predominante en la mandíbula.

- 9.- Se encontraron tres tipos de quistes: dentígero, radicular y de inclusión epitelial.
- 10.- Se notó una ligera prevalencia de quistes dentígeros en individuos menores de 10 años.
- 11.- La lesión no neoplásica con menor número de casos fué la osteomielitis (2 casos).
- 12.- Es preciso establecer que este estudio retrospectivo tiene un valor estadístico relativo, ya que en 11 % de los 457 casos — tabulados no se especificó la localización exacta de la lesión y en otros casos no se precisó ni la edad ni el sexo del paciente, datos que no se pudieron obtener por no haberse localizado los expedientes. —

Queda sin embargo la importancia de establecer en forma global las lesiones neoplásicas y aquellas que clínica o radiográficamente pueden simular neoplasias, más —

frecuentemente detectadas en la población -  
de derechohabientes manejados en un período  
de 10 años en el Centro Hospitalario "20 de  
Noviembre" que por mucho tiempo constituyó  
el único y a la fecha el centro de concen--  
tración mayor del Instituto de Seguridad y  
Servicios Sociales para los Trabajadores --  
del Estado.

## B I B L I O G R A F I A

Armed Forces Institute Of Pathology.- Tumors of Odontogenic Apparatus and Jaws.

Edward V. Zagarelli. Austin M. Jutscher George A. Hyman.- Diagnóstico en Patología Oral. Salvat - Editores, S.A. 1972 ( Cap. III pág. 57-60; Cap.- VII pág. 63-70 )- .

J.J. Pindborg, I.R.H. Kramer, H. Torloni.- Clasificación Histológica Internacional de Tumores - No. 5, Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1972.

Kurt H. Thomas M.M.D.- Patología Bucal, 2da. Edición en Español. UTEHA ( Cáp XLI pág 1241-1313; Cap. XLIV pág. 1440-1504 ) .

Lauren V. Ackerman.- Surgical Pathology, 5ta. - Edición , St. Louis. 1974 ( cap. IV pág. 140-174).

Stanley L. Robbins.- Tratado de Patología, Editorial Interamericana, S.A., Primera Edición en - - Español 1975 ( cap. XX pág. 829-868 ).

Wintrobe, Thorn, Adams, Bennett Harrison.- Medicina Interna.- Tumores, Consideraciones Odontológicas, 4ta. Edición en Español. D. R. 1973, C. Amor S.- La Prensa Médica Mexicana.- ( Sección 5 pág. 261-270 ).