



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

Escuela Nacional de Estudios Profesionales  
"ZARAGOZA"

# **FIBROMA - BUCAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Cirujano Dentista

P R E S E N T A:

Laura Enedina Carmona Macías

MEXICO, D. F.

1982



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

	PAGS.
I. INTRODUCCION.....	6-7
II. FUNDAMENTACION.....	8-9
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10-11
IV. OBJETIVOS.....	12-13
V. HIPOTESIS.....	14-15
VI. MATERIAL.....	16-17
Y	
METODO.....	16-17
VII. DESARROLLO.....	18
1. SINONIMOS .....	19-20
2. GENERALIDADES.....	21-24
3. DEFINICION.....	25-26
4. ETIOLOGIA.....	27-28
5. DIFERENTES TIPOS.....	29-31
6. CARACTERISTICAS CLINICAS.....	32-35
7. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.....	36-39
8. CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.....	40-41
9. INMUNOLOGIA.....	42-43
10. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	44-56
11. DIAGNOSTICO DEFINITIVO.....	57-60

	PAGS.
12. PRONOSTICO.....	61-62
13. TRATAMIENTO.....	63-65
14. CASO CLINICO.....	66-69
15. RESULTADOS.....	70-71
16. FOTOGRAFIAS.....	72-95
VIII. CONCLUSIONES.....	96-97
IX. PROPUESTAS.....	98-99

BIBLIOGRAFIA.

I

I N T R O D U C C I O N

El fibroma bucal está contemplado dentro de la clasificación de neoplasias, y éstas, se consideran como un fenómeno biológico poco comprendido a pesar de que ha sido ampliamente estudiado. Esta poca comprensión se manifiesta incluso en la falta de acuerdo universal acerca de su definición. Actualmente se le define ( a la neoplasia ) como una masa anormal, cuyo crecimiento excede al de los tejidos normales y que no está coordinado con estos mismos que, en sí, es una neoformación independiente e incoordinada de tejidos potencialmente capaces de crear una proliferación ilimitada.

Los fibromas bucales son secuelas de procesos irritantes.

Con la revisión literaria efectuada, me dí cuenta de que los signos y síntomas de estos fibromas bucales son bien característicos y la frecuencia en ambos sexos es por igual.

Es de considerar que es necesario que el estomatólogo esté familiarizado con estas características ya que en muchas ocasiones puede poner en peligro la vida del paciente.

En el adecuado nivel de prevención el estomatólogo debe estar educado y contar con un adiestramiento suficiente, apoyándose en los medios de diagnóstico específicos y de identificar los signos de posibles alteraciones preclínicas.

Basada en esta premisa y ante la carencia relativa de informes en nuestra literatura odontológica y médica en cuanto a estudios sobre la frecuencia de la afección neoplásica bucal ( fibroma ), realicé esta tesis con el fin de contribuir en algo al enriquecimiento del caudal de conocimientos tan necesarios para el estomatólogo actual.

I I

F U N D A M E N T A C I O N

El fibroma bucal es un tema que en la literatura nacional como internacional se le presta una atención mínima por la problemática tan relativa que ocasiona al paciente y por su baja prevalencia en la población.

Este trabajo concentra los aspectos clínicos e histológicos como su comparación con otras patologías, para que de esta forma, solucionar la distribución informativa que existe en las fuentes bibliográficas, de las características propias de esta enfermedad, que aunque es de origen benigno no deja de ser una alteración de la salud.

Al fibroma bucal se le considera por sus propiedades, como "no peligroso" porque únicamente en casos especiales se desencadena en una neoplasia maligna.



I I I

PLANTEAMIENTO DEL

PROBLEMA

He constatado en mi práctica clínica escolar, que las condiciones de salud bucal son precarias, ya que la mayoría de la comunidad, al no contar con la educación y estado económico suficiente, descuida su salud.

Existe cierto número de personas que solicitando tratamiento bucal ordinario, requieren tratamiento quirúrgico, siendo que la mayoría de ellas no tienen idea alguna de la presencia neoplásica, a consecuencia de la falta de educación para la salud.

Existen bases sólidas para la solución de dicha situación con la ayuda de la integración de dos ramas específicas del área como lo son la patología y la cirugía, en el aspecto relevante, al tratar la lesión neoplásica benigna como es la que se trata en este caso.

Dicha integración es de sumo interés, puesto que tuve la oportunidad de adquirir los conocimientos teóricos en el transcurso de la carrera y de realizar la práctica en el último año de la misma, con lo que pude observar desde la llegada del paciente, hasta el darlo de alta; reviviendo dicha experiencia clínica en este trabajo y el dar énfasis de la importancia de estas especialidades viendo la relación tan importante que existe entre ambas.

Para lograr de una u otra forma, mantener un equilibrio oral adecuado, cuento con una educación multidisciplinaria y con la preparación de un sistema de atención integral al paciente, dando como resultado un mejor trato y pronóstico satisfactorio, dentro de la evolución de mi labor.

I V

O B J E T I V O S

17

## I.- GENERALES.

1. Demostrar que para la solución de estos casos es necesaria la integración de ambas especialidades odontológicas, así como de calidad humana, para el conocimiento tanto de alumnos como del odontólogo de práctica general, los cuales dentro de sus conceptos profesionales, deberán estar la preparación adecuada para brindar un mejor servicio a la comunidad.
2. El transmitir mi experiencia e inquietudes a la población estudiantil y campo odontológico en general, para lo que aquí he expuesto sirva a futuras generaciones en su formación y desarrollo profesional.
3. Así como para poder brindar, cada día, mejor atención a la comunidad; no encerrándome en un cubículo de trabajo monótono que me llenará únicamente de satisfacción económica personal.

## II. ESPECIFICOS.

1. Mencionar pwr lo menos 4 caracteres etiológicos de esta alteración.
2. Enumerar 5 patologías que formen parte del diagnóstico diferencial de dicha alteración, en orden de similitud.
- 3.- Describir los elementos necesarios para el tratamiento de esta enfermedad en orden cronológico.

v

H I , P O T E S I S

Las características histopatológicas más que las clínicas, nos ayudan a obtener el diagnóstico definitivo determinando así el tratamiento adecuado.

V I

M A T E R I A L

Y

M E T H O D O

## I. MATERIAL

I.1 Publicaciones de artículos de revistas de 5 años a la fecha.

I.2 Libros ( ver bibliografía actualizada ).

I.3 Expediente Clínico.

I.4 Biopsia.

## II. METODO

II.1 Investigación bibliográfica.

II.2 DEDUCTIVO.- Pues se está recabando información de artículos publicados tanto en inglés como en español, así como de documentación bibliográfica para el logro de esta tesis, yendo de lo general a lo más particular; como del diagnóstico diferencial en donde se comparan y deducen las características tanto clínicas como histológicas de diversas patologías, como el fibroma bucal.

II.3 Examen clínico propiamente dicho en donde se utiliza la visión directa y la palpación, para estudiar su forma, consistencia, color y situación geográfica en boca.

II.4 Examen histopatológico propiamente dicho en donde se utiliza visión indirecta para estudiar e identificar las características celulares, correspondientes a esta neoplasia.

Y para llegar a este pronóstico satisfactorio es necesario tener presente el origen del tumor, la situación en boca del mismo, la causa que lo originó, el tiempo de evolución, comprobar que las características clínicas e histológicas correspondan a éste, confirmando que en realidad no sea una tumoración maligna para que en esta forma se realice el tratamiento adecuado.



V I I

D E S A R R O L L O

7

1

S I N O N I M O S

Durante el tiempo ocupado y a través de la fuente de datos revisada se encontraron a lo largo de la elaboración de esta tesis, diversos nombres equivalentes al fibroma bucal como: Granuloma Fibrótico, Fibrogranuloma, Fibroma-Irritativo, Fibroma Cementante Periférico, Fibroma Odontógeno Periférico, - Hiperplasia Fibrosa Focal.

- 
- (1) THOMA KURTH.- Patología Oral.- Editorial Salvat.- 1973.  
(8) SHAFER WILLIAM G.- Patología Bucal.- Interamericana.-1977.  
(10) ZEGARELLI EDWARD V.- Patología Oral.- Salvat.-1972.

2

G E N E R A L I D A D E S

4

Se apreció la necesidad de incluir las características más generales de los tumores benignos y malignos, pues es de suma importancia el saber diferenciar uno del otro, así como el de contar con la seguridad de que se trate - como en este caso ( Fibroma Bucal ), de una neoplasia benigna, para ésto, - son esenciales las características diferenciales de tumores o neoplasias - benignas, como de tumores o neoplasias malignas, para empezar así, de esta forma, un camino correcto hacia un diagnóstico definitivo verdadero.

NOTA: La OMS clasifica a las neoplasias benignas dentro de la nomenclatura 210 a 232 correspondiendo los primeros dígitos a la zona de cavidad oral:

- 210.0 LABIO
- 210.1 LENGUA
- 210.2 GLANDULAS SALIVALES
- 210.3 PISO DE BOCA
- 210.4 ZONAS INESPECIFICAS DE LA BOCA.

CARACTERISTICAS DIFERENCIALES DE LOS

TUMORES

BENIGNOS Y MALIGNOS

	<u>BENIGNOS</u>	<u>MALIGNOS</u>
- ESTRUCTURA	Recuerda frecuentemente el tejido de origen.	Frecuentemente atípica.
- MODO DE CRECIMIENTO.	Expansivo y encapsulado.	Infiltrativo y encapsulado en sentido estricto y/o encapsulación ausente.
- GRADO DE CRECIMIENTO	Lento y con bajo o ningún índice mitótico.	Rápido y con elevado índice mitótico.
- DETENCION DE CRECIMIENTO	Suele estacionarse o retroceder.	Raramente cesa, progresa hasta un fatal desenlace.
- METASTASIS	Ausentes	Frecuentemente presentes.
- RESULTADOS	Sólo peligrosos por: a) Su localización b) Complicaciones accidentales. c) Excesiva producción hormonal.	Peligrosos intrínsecamente por su progresiva infiltración y metastatización.
- MICROSCOPICAMENTE.	Núcleo normal.	Núcleo grande.

- 
- (4) ROBERTSON F. OGILVIE.- Histopatología.- Editorial Interamericana.- Quinta Edición.- 1960.
- (27) DENTAL ABSTRACTS,- Primary Tumors of Jaw.- Khanna.- Vol. 25, No. 7, Pág. 378.- Julio - 1980.
- (34) ODONTOLOGO MODERNO.- Central Odotogenic Fibroma. Gardner.

3

D E F I N I C I O N



El término neoplasia se refiere a la proliferación de tejido que se origina de uno existente de él y con su propia velocidad (Ver foto 1). Técnicamente, este tejido nuevo anormal recibe el nombre más comunmente de tumor.

En el nombre de Fibroma, la terminación OMA, se refiere a una hinchazón o tumor.

FIBRONA: Nombre genérico de las neoplasias, compuestas esencialmente de tejido fibroso, siendo estas neoformaciones mesenquimatosas que se originan en los fibroblastos del tejido conjuntivo (Ver. Foto No.11). Siendo ésta, una neoplasia benigna, una de las más frecuentes en la cavidad oral (Ver foto 2).

Las neoplasias que se asemejan al tejido de origen en los detalles celulares y en el funcionamiento se clasifican benignas.

Por lo general, la denominación de las neoplasias se hace mediante la utilización del nombre del tejido originario, ejemplo: osteoma, lipoma, condroma, fibroma (Ver foto 6), etc.

---

(1) THOMA KURTH.- Patología Oral.- Editorial Salvat.- 1983.

(8) SHAFER WILLIAM G.- Patología Bucal.- Interamericana.- 1977.

(10) ZEGARELLI EDWARD V.- Patología Oral.- Salvat.- 1972.

(17) DICCIONARIO MEDICO.- Segunda Edición.- Salvat.- 1974.

(18) GRESHMAN GEOFFREY AUSTIN.- Anatomía Patología Atlas.- Tercera Edición.- Salvat.- 1977.

4

E T I O L O G I A

4

Todo tejido del organismo que puede dividirse, es capaz de generar una neoplasia, reacción básica del tejido a diversos estímulos, en la cual el mecanismo de regulación del crecimiento es defectuoso, siendo estadios fibróticos de tumores inflamatorios ( granulomas ) que resultan generalmente de irritaciones agudas e irritaciones crónicas como lo son las persistentes y las prolongadas.

#### CAUSAS:

**FISICAS.-** Depósitos calculosos, impactaciones de alimentos, cámaras de succión de las dentaduras, cuerpos extraños, espículas óseas, rebordes de las dentaduras, oclusión traumática - (Ver foto 3), succión de la mejilla a través de un espacio interdental o edentado, el morderse los labios (Ver foto 2) o el empuje de la lengua contra un diastema, el mordisqueo continuo del carrillo, el frotamiento de una zona áspera con la lengua.

**QUIMICAS.-** Como ciertos medicamentos usados en la endodoncia.

Los fibromas difusos parecen responder a un trastorno local de la inervación vegetativa, a un trofismo alterado de los tejidos con un depósito excesivo e irregular de la materia colágena; en otros casos se puede tratar de malformaciones tisulares o desórdenes del desarrollo embrionario que afectan a todo un sector de las formaciones fibrosas del organismo.

---

( 1 ) THOMA KURTH.- Patología Oral.- Editorial Salvat.- 1973.

( 34 ) ODONTOLOGO MODERNO.- Central Odontogenic Fibroma.- Gardner.

( 16 ) THOMA KURT.- Patología Oral, Salvat Editores, Barcelona, 1980.

5

D I F E R E N T E S   T I P O S

En el curso de la evolución del tumor, en el seno del fibroma pueden desarrollarse fenómenos regresivos que originan otras tantas variedades.

La impregnación de sales cálcicas da lugar al fibroma pétreo o calcáreo, en el cual la substancia colágena aparece sembrada de endiduras poligonales que responden a los cristales de ácidos grasos o de colessterina y también sales calcáreas diseminadas; los fibromas casi totalmente han desaparecido, de ahí la falta de núcleos y los que persisten se encuentran en picnosis. Los fenómenos de calcificación originan al fibroma osificante (Foto 12); la transformación mucosa al fibroma mixomatoso y los fenómenos de edema y focos de necrosis y reblandecimiento confieren el tumor un aspecto quístico.

El Fibroma Odontógeno de la mucosa bucal, se deriva del tejido conectivo que participa en la formación de los dientes. Otras variantes de fibroma como Lipo-fibroma y el Mixofibroma.

Ocasionalmente se encuentran fibromas de color amarillento, color que es producido por leucocitos endoteliales llenos de glóbulos lipoides, clasificándose como Xantomas.

Igualmente pueden encontrarse en los fibromas (blandos) muy vascularizados clasificándolos en fibrohemangiomas.

En otros tumores se pueden encontrar trabéculas de hueso, que pueden irradiar del lugar de inserción del tumor dentro del tejido y conocidos con el nombre de fibromas osificantes o fibro-osteoma u osteoma fibroso.

---

(1) THOMA KURTH.- Patología Oral.- Editorial Salvat.- 1973.

(8) SHAFER WILLIAM G.- Patología Bucal.- Interamericana,- 1977.

Fibromatosis, en esta variedad clínica el fibroma afecta toda la encía en forma difusa, la encía no está inflamada, sino muestra aspecto normal, liso o nodular, de color pálido como en el fibroma duro. Más este tipo de fibroma también puede afectar la encía palatina del maxilar.

---

(10) ZEGARELLI EDWARD V.- Patología Oral.- Salvat.- 1972.

(28) DENTAL ABSTRACTS.- Primary Odontogenic Fibroma.- Gardner.- Vol. 26, No. 4, Pág. 191.- April 81.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Este tipo de neoplasia se encuentra con igual frecuencia en ambos sexos y puede proceder casi de cualquier tejido blando de la boca o del resto del cuerpo.

Se presenta como lesión elevada de superficie lisa (Foto 4), base sésil (Foto 10) o pedunculada, de consistencia firme, resiliente o blanda y esponjosa, de forma curva simétrica, redondeada, ovalada o elíptica. Es una lesión bien definida, de crecimiento lento (aproximadamente hasta 18 meses), se produce a cualquier edad pero más común en la tercera o cuarta o quinta década, aparece con mayor frecuencia en encía, mucosa vestibular, lengua, labios (Fotos 2 y 1) y paladar, se adhiere a los tejidos subyacentes por un estrecho pedículo, es localizado y bien delimitado, el color es parecido a los tejidos normales o algo más pálido.

Los fibromas que se originan en el tejido conjuntivo más profundo en tejidos blandos, tienen aspecto diferente, descubriéndose por un bulto de ligera prominencia mostrando a la palpación una masa bien delimitada, dura y no dolorosa, de fácil movilización que se desliza libremente por debajo de la membrana mucosa.

Cuando la lesión se localiza entre los dientes, en forma redonda se altera (Foto 3) por las estructuras duras dentales con superficies inflamadas o ulceradas por irritaciones varias.

La irritación en episodios traumáticos, produce diversas alteraciones llegando a presentar así, masas deformes, infecciones secundarias extensas y profundas así como ulceraciones, por lo que se cree que ésto acelera el crecimiento del tumor y la invasión del tejido subyacente, pudiendo transformar a este tumor benigno en Fibrosarcoma.

---

(8) SHAFER WILLIAM G.- Patología Bucal.- Interamericana.- 1977.

(10) ZECARELLI EDWARD V.- Patología Oral - Salvat - 1972.



Muestra predilección neta por las vainas de tejido conectivo de los nervios, las vainas y aponeurosis musculares, el periostio y el tejido conectivo dérmico y, ocasionalmente en órganos internos como riñón y ovario.

Generalmente no presenta necrosis ni hemorragia. Los fibromas son por regla general muy benignos, como lo comprueba su crecimiento lento y expansivo, teniendo por lo general una duración de varios años ( Foto 1 ) y presentan escasa tendencia a la recidiva cuando la extirpación es completa; los fibromas no causan incomodidad, pero pueden dificultar el habla o la masticación ( Foto 1 ).

El tejido fibroso si se presenta en niños, puede impedir la erupción dentaria.

El fibroma blando comprende cerca del 7.5% de todas las biopsias orales y el fibroma duro representa el 2.8% de las lesiones bucales.

El maxilar es afectado con mayor frecuencia que la mandíbula, y la parte anterior de la boca constituye la localización preferida ( Foto 1 ). Las lesiones pueden provocar migración de los dientes y su tamaño varía entre 0.5 mm., y 8 cm. y cerca del 20% están ulceradas.

Los efectos de las neoplasias sobre el paciente dependen del sitio o la localización, del tipo de neoplasia y de cada persona. Las neoformaciones benignas crean masas que por lo general son estudiadas para estimar la presencia de una lesión maligna. No son, por lo común, mortales, pero sí pueden serlo si se expanden y presionan zonas vitales.

La consistencia de los fibromas está en relación con la mayor o menor abundancia de células, de fibras colágenas y de vasos; de acuerdo a éstas, se presentan bajo diversos tipos de estructura y aspectos diferentes, reunidos por numerosas formas intermedias.

Existen dos formas características de fibromas:

**FIBROMA DURO:** Este se describe pobre en células y rico en haces (Foto 5), de consistencia muy firme y superficie de sección brillante (Foto 4), blanco nacarada, tendinosa, seca, sin jugo al raspado en la que a simple vista pueden notarse ya, la presencia de fibras flexuosas entrecruzadas que corren en todas las direcciones enlazándose mutuamente. Como tipo de fibroma duro se cita el fibroma dermoide.

**FIBROMA BLANDO:** Este se le opone, porque está constituido por tejido conjuntivo laxo o reticular, de fibrillas delicadas y más o menos rico en células que en su mayor parte poseen los caracteres de células fijas (Foto 8). El tipo de fibroma blando es el fibroma Molluscum, que se asienta generalmente en la piel de la cabeza, cuello, etc. Se caracteriza porque el tejido tumoral tiene una consistencia blanda, por hallarse infiltrado de un líquido seroso que disocia los fibroblastos; de volumen variable, son pediculados o poseen una base ancha de implantación. Generalmente es mayor que el fibroma duro y en el corte presenta una superficie rosa grisácea, netamente más vascularizada con detalles menos definidos.

Si nace de una superficie mucosa, el fibroma puede estar netamente pedunculado, por lo que es una variedad de pólipo. En otros sitios, la neoplasia simplemente aparta los tejidos adyacentes y al mismo tiempo su estroma se convierte en una cápsula. de la que puede despegarse fácilmente el tumor.

Existen fibromas que contienen gran cantidad de vasos sanguíneos o linfáticos, de conformación irregular que reciben la denominación de fibromas Telangiectásicos, Linfangiectásicos o cavernosos.

Cuando el fibroma adquiere un desarrollo notable las fibras elásticas reciben el nombre de lastoma o elastofibroma.

---

(9) ROBBINS STANLEY L.- Patología Estructural y Funcional.- Interamericana.- 1975.

(16) THOMA KURT.- Patología Oral.- Salvat Editores.- Barcelona.- 1980.

(18) GRESHAM GEOFFREY AUSTIN.- Anatomía Patología Atlas.- Tercera Edición.-Salvat.- 1977

(29) DENTAL ABSTRACTS.- Submucous Fibrosis.- Pindborg.-Vol. 25, No.12, Pág. 616.-Dec. 1980.

(34) ODONTOLOGO MODERNO.- Central Odontogenic Fibroma.- Gardner.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Desde el punto de vista microscópico, su estructura es muy variable.

La superficie está cubierta por una capa de epitelio escamoso estratificado medianamente gruesa que frecuentemente aparece estirado, con brotes epiteliales acortados y aplanados (Foto 10); en algunos fibromas se encuentran zonas de calcificación difusa o focal, principalmente en neoplasias de encía (Foto 12).

Los fibromas puros están formados por células conjuntivas adultas provistas de prolongaciones delicadas, anastomosadas las unas con las otras, por fibras y vasos sanguíneos y linfáticos.

Las células son esencialmente normales y se conserva la proporción nucleocitoplasma. Las mitosis son raras y no hay anaplasia.

La substancia fundamental se presenta bajo la forma de fibras colágenas dispuestas en haces que se dividen y subdividen para volver a asociarse, constituyendo en conjunto una trama cuyos espacios están ocupados por las células (Foto 8), bañadas siempre en substancia fundamental amorfa (glucoproteínicas), que es tanto más abundante cuanto menos lo son las fibras colágenas. Los vasos sanguíneos, escasos, están reducidos generalmente a una simple pared endotelial rodeada por una vaina colágena de espesor variable, pero siempre mayor que en el resto del tumor. En conjunto las células y las fibras, forman haces entrecruzados en todas direcciones, que en los cortes aparecen seccionados en todas las incidencias: longitudinal, oblicua o transversal (Foto 5). Esta disposición aparentemente caprichosa de los elementos, obedece a que la proliferación conjuntiva está subordinada a la topografía vascular. Como las células y las fibras se orientan relativamente a los vasos más próximos y los siguen en su recorrido tortuoso y en sus ramificaciones, en una región dada, son localmente paralelos y dibujan fascículos, pero después de cierto trayecto, solicitadas por vasos de orientación diferente, se dividen y cambian de dirección (Foto 8). Por eso en los cortes aparecen seccionadas en todas las incidencias: Los fascículos de sección longitudinal se presentan como bandas de amplias ondulaciones que se ramifican y desaparecen después de haber mostrado las células y las fibras en corte oblicuo y transversal, cuyo contorno como es lógico suponer, será ovalado o circular

En los cortes se observan fibrocitos y fibroblastos fusiformes característicos. Tienen núcleos alargados con cromatina finamente dividida y prolongaciones citoplásmicas largas y adelgazadas en ambos (Foto 11) extremos.

Las técnicas especiales de impregnación argéntica o hematoxilina, revelan fibrillas llamadas fibrogliá; que son producidas por los fibroblastos y se ven entre los mismos (Foto 11). Las fibrillas son muy útiles para diferenciar - los tres tipos principales de células fusiformes (fibroblastos, liomioblastos y células endoteliales), que pueden ser muy semejantes entre sí en los cortes sistemáticos.

Se ha señalado que la proporción relativa de células y fibras permite distinguir los fibromas duros de los blandos.

**EL FIBROMA DURO:** Consiste en haces de tejido conjuntivo bien desarrollado y relativamente acelular (Foto 9). La disposición de estos fascículos varía mucho; pueden estar entrelazados, en espiral, como plumas o completamente irregulares (Foto 5). Las fibras colágenas son gruesas, a menudo hialinas y dispuestas apretadamente en sentido paralelo; las células pequeñas y fusiformes, se caracterizan por tener un anillo de citoplasma y núcleo, teñido intensamente, con extremos puntiagudos (Foto 11). Las células a veces son más numerosas en las cercanías de vasos sanguíneos.

**EL FIBROMA BLANDO:** También tiene estructura fasciculada, pero los haces pueden ser menos definidos. Además, la proporción entre células y fibras está invertida, pues los fascículos son netamente celulares y menos (Foto 8), fibrosos. Las células tienen aproximadamente el tamaño de fibroblastos y pueden ser redondas, ovaladas, fusiformes o ramificadas, con núcleo reticulado relativamente grande, redondo u oval. Están separadas por pequeña cantidad de fibras colágenas jóvenes, delgadas, onduladas y dispuestas laxamente.

El fibroma blando es moderadamente vascularizado; el duro es relativamente pobre en vasos. Las arteriolas pueden tener túnica media deficiente. A veces carecen por completo de músculo y consisten simplemente en bandas fibrosas hialinas gruesas. El tumor puede estar difusamente infiltrado por células redondas,

sobre todo linfocitos; en la adventicia de los vasos hay ligera infiltración de las mismas células.

Los fibromas duros se localizan preferentemente en el tejido conjuntivo de la piel, de los músculos y tendones, periostio (Foto 3), etc. Los fibromas blandos se desarrollan en el tejido cutáneo, subseroso en el de las mucosas (Foto 4) y de los nervios.

- 
- (3) MARIANO S. H. DI FIORE.- Diagnóstico Histológico.- Tomo I.- Quinta Edición.- Librería El Ateneo, 1963.
  - (4) ROBERTSON F. OGILVIE.- Histopatología, Editorial Interamericana, Quinta Edición, 1960.
  - (8) SHAFER WILLIAM G.- Patología Bucal, Interamericana, 1977.
  - (16) THOMA KURT.- Patología Oral, Salvat Editores, Barcelona 1980.
  - (29) DENTAL ABSTRACTS, Submucous Fibrosis, Pindborg, Vol. 25, No. 12, Pag. 616; Dec. 80.
  - (34) ODONTOLOGO MODERNO,- Central Odontogenic Fibroma, Gardner.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El examen radiográfico mostrará el contorno del tumor (no siempre), que es al go radiopaco. En un fibroma osificante se notará el depósito de hueso.

Los fibromas pueden ser de origen odontogénico. Su localización es central - (cuando se presenta dentro del hueso), o periférica (Foto 13) (Cuando se presenta limitado). Los fibromas pueden producir un material calcificado o hueso (Foto 12) como lo es en el caso del fibroma osificante u osteofibroma.

Radiográficamente, el fibroma de localización central aparece en su fase inicial como una zona radiotransparente rodeada por una línea blanca, es decir, tiene un aspecto muy semejante al de un quiste.

Cuando el tumor forma espículas óseas calcificadas, aparecen pequeños segmentos o focos de material radiopaco en la zona radiotransparente.

El fibroma de localización periférica suele presentar resultados radiográficos esencialmente negativos; sin embargo, si está calcificado, se observará la cal cificación en los tejidos blandos del radiograma diagnóstico (Foto 13).

- 
- (1) THOMA KURTH.- Patología Oral, Editorial Salvat, 1973.
  - (12) SAFNE-GILBILLISCO, Diagnóstico Radiológico en Odontología, Editorial Panamericana, Cuarta Edición, 1979.
  - (19) ORAL SURGERY.- Desmoplastic Fibroma of Bone, Joao E. Wagner, Cesar S. Lorandi, Vol. 43, No. 1, Pag. 108, January 1977.
  - (24) ORAL SURGERY.- The Radiologic Features of Fibrous Dysplasia of the cranio-facial bones. A.A. Obisesan. Vol. 44, No. 6, Pag. 949-58. Dec. 1977.
  - (29) DENTAL ABSTRACTS.- Submucous Fibrosis, Pindborg. Vol. 25, No. 12, Pag. 616. Dec. 80.
  - (34) ODONTOLOGO MODERNO.- Central Odontogenic Fibroma. Gardner.



I N M U N O L O G I A

En la actualidad, se piensa que el desarrollo de las neoplasias (Foto 1) obedece a un error o un desequilibrio en los mecanismos de vigilancia del sistema inmune del huésped.

Intervienen contra las células tumorales los mismos mecanismos inmunes que en las respuestas a otras configuraciones extrañas.

Aparecen antígenos en muchos tumores, a consecuencia del cambio neoplásico, y estos antígenos son específicos de cada tumor o grupo de tumores. Dichos antígenos se llaman antígenos de trasplante específicos de tumores (TSTA), o simplemente antígenos específicos de tumores (TSA).

En la literatura revisada, no se encontraron características específicas de inmunología para con las neoplasias benignas de fibromas de cavidad oral. Pero consideré pertinente mencionarlo en forma general para mostrar la relación existente con las neoplasias benignas.

---

(3) MARIANO S. H. DI FIORE.- Diagnóstico Histológico, Tomo I, Quinta Edición, Librería El Ateneo, 1963.

(34) ODONTOLOGO MODERNO.- Central odontogenic fibroma. Gardner.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Antes de la obtención del Diagnóstico Definitivo, es necesario primeramente el valorar la patología de que se trate (en este caso Fibroma Bucal), en forma comparativa con diversas alteraciones patológicas semejantes a la que está en estudio, para lograr en esta forma evitar un diagnóstico erróneo, - desechando así, el confundirse con otra alteración de la salud.

Este procedimiento es necesario y se conoce con el nombre de DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, en el que se incluyen, en esta tesis, las siguientes patologías:

- a). HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA (FOTO 14)
- b). PAPILOMA (FOTO 16)
- c). LIPOMA (FOTO 18)
- d). GRANULOMA PIOGENO (FOTO 20)
- e). GRANULOMA PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES (FOTO 22)

A). HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA:

El Epulis fisurado o hiperplasia por prótesis es una reacción del tejido a las aletas o bordes periféricos generalmente de una dentadura floja. - El tejido presenta pliegues fisurados flácidos y rojos a lo largo de los bordes de la prótesis (el Fibroma Bucal es a veces blanco nacarado, siendo bien circunscrito y curvo simétrico).

El paciente suele relatar que la prótesis no ajusta bien. Cuando los bordes se extienden demasiado, producen una úlcera. Si la prótesis no es - corregida, la inflamación crónica y el traumatismo constante conducen a la formación de tejido excedente. La proliferación exagerada corresponde tanto al tejido epitelial como al conectivo, que suele ser bastante - vascularizado y dá la coloración roja.

La mayor parte de estas proliferaciones representan una sobreproducción de colágeno, una alteración de su recambio o ambas cosas a la vez, sin que se trate de lesiones neoplásicas.

Aunque la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria puede hallarse en cualquier parte de la boca, lo más frecuente es observarla en la mucosa bucal, - labio inferior, lengua (Foto 14) u otros lugares fácilmente traumatizables (al igual que el Fibroma Bucal).

Según la causa original y los factores modificadores de la evolución inflamatoria, estas formaciones pueden ser pedunculadas, ampliamente sésiles, hiperqueratinizadas, duras o blandas y ulceradas (al igual que el - Fibroma Bucal). Es frecuente que una inflamación secundaria altere toda vía más el aspecto superficial y la sintomatología.

El Epulis Fibroso gingival se presenta con mayor frecuencia en las décadas tercera a quinta (al igual que el Fibroma Bucal) y con una incidencia aproximadamente doble en el sexo femenino.

Microscópicamente: Ya se trate de masas bucales, pequeñas o pedunculadas, o de proliferaciones difusas en los bordes de placas protésicas, - estas malformaciones consisten en fascículos colágenos densos (en el Fibroma Bucal los fascículos son entrelazados, en espiral o irregulares) y, separados en ocasiones por núcleos fibroblásticos (Foto 15) (en el - Fibroma Bucal los hay en demasía), pequeños canales vasculares y un número variable de células, generalmente inflamatorias crónicas (el Fibroma Bucal no presenta células inflamatorias). Los fascículos están muchas veces engrosados, hialinizados y dispuestos de forma irregular. El tejido es ligeramente acelular y la vascularización suele ser ligera. En -

ocasiones se observan zonas de calcificación distrófica (en el Fibroma Bucal se presentan zonas calcificadas) osificación metaplásica o degeneración mixomatosa existiendo a veces un componente adicional de tejido conjuntivo adiposo maduro (no hay descripción de este tipo de tejido adiposo en el Fibroma Bucal). La calcificación se ha atribuído ocasionalmente a restos óseos o fragmentos dentarios, en el caso de los tejidos afectados y es probable que tales restos tengan importancia etiológica.

- 
- (1) THOMA KURTH.- Patología Oral, Editorial Salvat, 1973.
  - (2) S.N. BHASKAR.- Patología Bucal, Editorial El Ateneo, Segunda Edición. Buenos Aires, 1977.
  - (4) ROBERTSON F. OGILVIE, Histopatología, Editorial Interamericana, Quinta Edición, 1960.
  - (5) DAVID GRISPAN.- Enfermedades de la Boca, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal, Tomo II, Editorial Mundi, Buenos Aires 1973.
  - (8) SHAFER WILLIAM G.- Patología Bucal, Interamericana, 1977.
  - (10) ZEGARELLI EDWARD V.- Patología Oral, Salvat, 1972.
  - (9) ROBINS STANLEY L.- Patología Estructural y Funcional, Interamericana, 1975.
  - (16) THOMA KURT.- Patología Oral, Salvat Editores, Barcelona, 1980.
  - (26) DENTAL ABSTRACTS.- Phenytoin - Induced Mucosal Hiperplasia. Dreyer. Vol. 23, No. 1, Pag. 28 Jan. 1979.
  - (30) ASOCIACION DENTAL MEXICANA.- Hiperplasia Fibrosa Gingival (reporte de un caso). Vol. XXXVII, No. 4, Pag. 234, Julio 1980.
  - (31) ASOCIACION DENTAL MEXICANA.- Hiperplasia Gingival Hereditaria. Vol. XXXVII, No. 2, Pag. 80. Marzo 1981.

B). PAPILOMA.

El Papiloma es una neoplasia benigna (al igual que el Fibroma Bucal) común que se origina en el epitelio escamoso superficial (al igual que el Fibroma Bucal). Es una lesión blanca debido a su superficie queratósica (en algunos casos se encuentra en el Fibroma Bucal según del tipo - que sea).

Clínicamente: El Papiloma es una prolongación exofítica (en el Fibroma Bucal también se puede presentar) compuesta de numerosas proyecciones - dectiliformes pequeñas que producen una lesión cuya superficie es rugosa, verrugosa (Foto 16) o en coliflor (En el Fibroma Bucal se presenta como lesión elevada de superficie lisa de forma curva simétrica, redondeada, ovalada o elíptica), cuyo origen suele estar en un pedículo de pequeño tamaño generalmente (en el Fibroma Bucal también llega a presentarse) bien circunscrito y ocasionalmente sésil (al igual que en el Fibroma Bucal).

La etiología del Papiloma oral es desconocida, pero se cree que las produce en virus (en el Fibroma Bucal sí se conocen las causas siendo éstas físicas o químicas como irritaciones agudas y crónicas como lo son las persistentes y prolongadas).

Al Papiloma se le encuentra más comunmente en paladar, encías, lengua labios, mucosa bucal en un 90% del total, siendo el paladar blando y - la úvula los lugares de origen más frecuentes (el Fibroma Bucal).

Los Papilomas no queratinizados acostumbran a ser blandos mientras que los recubiertos de una gruesa capa de queratina pueden presentar cierta dureza (en el Fibroma Bucal, también se presentan duros o blandos),

Histológicamente: El Papiloma es caracterizado y consiste en muchas proyecciones dactiliformes largas y delgadas (Foto 17) que se extienden sobre la superficie de la mucosa. Cada una está compuesta por una capa continua de epitelio escamoso estratificado (En el Fibroma Bucal, también consta de epitelio escamoso estratificado y se observan brotes epiteliales acortados y aplanados pudiendo presentar calcificación difusa), conteniendo un núcleo central delgado de tejido conectivo (Foto 17) que sostiene los vasos sanguíneos nutritivos (en el Fibroma Bucal, las células conjuntivas, están provistas de prolongaciones delicadas, anastomosadas).

La característica esencial es una proliferación de las células espinosas en estructura papilar; el tejido conectivo es nada más que estroma de sostén y no es considerado como parte del elemento neoplásico.

- 
- (2) S.N. BHASKAR.- Patología Bucal, Editorial El Ateneo, Segunda Edición, Buenos Aires, 1977.
  - (4) ROBERTSON F. OGILVIE.- Histopatología, Editorial Interamericana, Quinta Edición, 1960.
  - (5) DAVID GRISPAN.- Enfermedades de la Boca, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa --- Bucal. Tomo 11, Editorial Mundi. Buenos Aires 1973.
  - (8) SHAFER WILLIAM G.- Patología Bucal, Interamericana, 1977.
  - (9) ROBBINS STANLEY L.- Patología Estructural y Funcional, Interamericana, 1975.
  - (10) ZEGARELLI EDWARD V.- Patología Oral, Salvat, 1972.



C). LIPOMA:

El Lipoma es un tumor conjuntivo constituido por células adiposas (Foto 19) de nueva formación (no habiendo éstas, en el Fibroma Bucal).

Los Lipomas son tumores lobulados, bien circunscritos, encapsulados, por lo mismo, fácilmente enucleables (al igual que el Fibroma Bucal) de color amarillo (en el Fibroma Bucal, se llega a presentar de color blanco nacarado) de consistencia blanda, casi fluctuante, siendo líquida la grasa, a la temperatura del cuerpo (Foto 18) (El Fibroma Bucal no contiene grasa).

Son los tumores más benignos que puedan darse: Su crecimiento es lento y expansivo (también se presenta en el Fibroma Blando), nunca determina metástasis, ni se ha observado jamás su transformación maligna (al igual que el Fibroma Bucal).

Habitualmente se les encuentra en el tejido celular subcutáneo; más raramente en los intersticios musculares, debajo de las serosas (el Fibroma Bucal, además se encuentra en tejido conectivo de los nervios y en periostio), intraóseo como en los maxilares (al igual que el Fibroma Bucal) como también en el interior o al rededor de las glándulas, llamado Lipoma Sub o Preparotídeo. Los lipomas orales son unas masas blandas (al igual que el Fibroma Blando) y, de lento crecimiento; raras veces son dolorosos.

La localización submucosa es aún más excepcional: Corresponde a los que asientan en la lengua, carrillos (Foto 18), suelo de la boca, etc. (En el Fibroma Bucal, es más frecuente).

El volumen de los Lipomas es muy variable, de pequeñas a grandes dimensiones. Comúnmente único, a veces es múltiple, pudiendo ser simétricos.

En la cavidad bucal, presentan pequeño volúmen. Su asiento más frecuente es en los carrillos, suelo de la boca y excepcionalmente en la lengua - (al igual que en el Fibroma Bucal). Aparecen como formaciones nodulares circunscriptas, recubiertas por una mucosa sana y lisa de color rojo violáceo, que se desliza fácilmente. La palpación permite comprobar su consistencia blanda y elástica.

Histológicamente: Su estructura es sencilla, reproduciendo con bastante exactitud la estructura del tejido adiposo (Foto 19) normal (en el Fibroma Bucal, su estructura es semejante al tejido de origen) con la diferencia de que las células adiposas, poseen mayor tamaño que las normales (100 u) e irregularidades en la trama conjuntivovascular.

En los Lipomas en pleno crecimiento, pueden encontrarse células jóvenes - indiferenciadas que poco a poco se cargan de grasa (en el Fibroma Bucal, las células y fibras en conjunto, forman haces entrecruzados en todas direcciones) para transformarse en las grandes células adiposas (En el Fibroma Bucal, no se presentan células de este tipo).

Estos elementos celulares ofrecen un citoplasma ocupado por una gruesa - gota de grasa que rechaza al núcleo hacia la periferia (en el Fibroma Bucal, se conserva la relación núcleo-citoplasma).

Las células se agrupan en lóbulos de tamaño desigual (en el Fibroma Bucal se presentan como bandas de amplias ondulaciones que se ramifican y desaparecen), separados entre sí, los tabiques fibroconjuntivos más o menos completos por los que corren los vasos, que constituyen una red capilar de gran riqueza.

Su etiología es poco conocida (a diferencia del Fibroma Bucal). Pueden ser congénitos o adquiridos. A los primeros, hay que referir los casos de lipomas múltiples circunscritos. Para las otras formas de Lipomatosis hay que admitir, un disturbio endócrino simpático. Los lipomas adquiri-

La radiografía para la localización en partes blandas de los Lipomas, dá lugar a una imágen redondeada y con una radio-transparencia claramente diferenciada del músculo y tejido conjuntivo fibroso vecino.

- 
- (1) THOMA KURTH.- Patología Oral, Editorial Salvat, 1973.
  - (2) S.N. BHASKAR.- Patología Bucal, Editorial El Ateneo, Segunda Edición, Buenos Aires, 1977.
  - (4) ROBERTSON F. OGILVIE.- Histopatología, Editorial Interamericana, Quinta Edición, 1960.
  - (5) DAVID GRISPAN.- Enfermedades de la Boca, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal, Tomo II, Editorial Mundi, Buenos Aires, 1973.
  - (7) PEREZ TAMAYO ROY.- Patología Molecular, Subcelular y Celular, México, 1975.
  - (8) SHAFER WILLIAM G.- Patología Bucal, Interamericana, 1977.
  - (9) ROBBINS STANLEY L.- Patología Estructural y Funcional, Interamericana, 1975.
  - (10) ZEGARELLI EDWARD V.- Patología Oral, Salyat, 1972.

D). GRANULOMA PIOGENO:

Es una lesión común que se presenta generalmente en encía vestibular, aunque puede aparecer en cualquier parte de la boca (menos en lengua y en Fibroma Bucal también se presenta ahí como asimismo, en labios y carrillos).

Clínicamente: Es una masa nodular, elevada y redondeada, de color rojo a violeta, con masas blancas diseminadas (Foto 20) (en el Fibroma Bucal, se presenta de color blanco nacarado) que representan zonas ulceradas. - Hay bacterias en éstas úlceras (en el Fibroma Bucal no las hay) superficiales y antes se pensaba que eran el agente causal, porque piógeno se refiere a organismos productores de pus.

En una proliferación excesiva de tejido de granulación (este tejido no se presenta en el Fibroma Bucal) que confiere el color rojo y hace que sangre fácilmente.

Es frecuente descubrir antecedentes de crecimiento rápido (En el Fibroma Bucal su crecimiento es lento) y no son raros los casos de recidivas después de la extirpación.

Los vasos pueden ser pequeños o dilatados (Foto 21) y están revestidos por una capa de células endoteliales de morfología regular. Estas células han sido calificadas de jóvenes o proliferativas a causa de sus núcleos, de tamaño superior al normal (en el Fibroma Bucal se guarda la relación núcleo-citoplasma) y de tinción menos profunda. Se observan fibroblastos y células endoteliales bien diferenciadas (de la misma manera que el Fibroma Bucal) así como células de tejido conjuntivo menos diferenciadas, a veces con notable actividad mitótica (en el Fibroma Bucal no se presenta mitosis).

A menudo hay células inflamatorias agudas, tales como leucocitos polimorfonucleares, neutrófilos en todo el estroma edematoso (en el Fibroma Bucal presenta edema únicamente cuando está ulcerado), siendo constante la presencia de células plasmáticas y linfocitos.

- 
- (2) S.N. BHASKAR.- Patología Bucal, Editorial El Ateneo, Segunda Edición, Buenos Aires, 1977.
  - (4) ROBERTSON F. OGILVIE.- Histopatología, Editorial Interamericana, Quinta Edición, 1960.
  - (5) DAVID CRISPAN.- Enfermedades de la Boca, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal, Tomo II. Editorial Mundi, Buenos Aires, 1973.
  - (7) PEREZ TAMAYO ROY.- Patología Molecular, Subcelular y Celular, México, 1975.
  - (8) ROBBINS ET AL. - Patología Clínica, Edición de 1974, Editorial Interamericana, Buenos Aires, 1974.

E). GRANULOMA PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES:

Como también Epulis de células gigantes es una tumefacción roja o azul (del mismo color del tejido o blanquecina en el Fibroma Bucal) elevada y firme que aparece únicamente la encía (Foto 22) (el Fibroma Bucal - también se encuentra en encía como también en otras partes de la boca). Se forma súbitamente y aumenta de tamaño con rapidez (cosa contraria - del Fibroma Bucal).

Es una proliferación oral, tumoral aunque no neoplásica que afecta sobre todo las mucosas gingivales donde asientan las piezas dentales. Su origen es probablemente inflamatorio.

La edad media en el momento del diagnóstico es, aproximadamente de 30 - años (la edad promedio del Fibroma Bucal es de los 30 años hasta los 50 años) y las mujeres se afectan con mayor frecuencia que los hombres.

El Granuloma Periférico de Células Gigantes está, a menudo, ulcerado - (Foto 22), pedunculado y es indoloro, sobrepasando sólo raras veces los 4 cm. de diámetro. La afectación recae tanto sobre el maxilar superior como sobre el inferior y de un modo especial en la parte anterior y cabe encontrarse con antecedentes traumáticos.

Microscópicamente: Presenta una gran celularidad, compuesta por tejido conjuntivo inflamatorio, elementos vasoformadores y cantidades variables de CELULAS GIGANTES (en el Fibroma Bucal no las hay). En ocasiones se - aprecia osificación metaplásica.

Las células gigantes contienen un número variable (Foto 23) de núcleos vesiculosos con nucléolos prominentes, algunas de estas células pueden poseer grandes cantidades de núcleos (en el Fibroma Bucal, las células son normales conservando la relación núcleo-citoplasma). El citoplasma de las células gigantes es ligera o claramente eosinófilo.

- 
- (1) THOMA KURTH.- Patología Oral, Editorial Salvat, 1973.
  - (2) S.N. BHASKAR.- Patología Bucal, Editorial El Ateneo, Segunda Edición, Buenos Aires, 1977.
  - (4) ROBERTSON F. OGILVIE.- Histopatología, Editorial Interamericana, Quinta Edición, 1960.
  - (5) DAVID GRISPAN.- Enfermedades de la Boca, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal, Tomo II, Editorial Mundi, Buenos Aires, 1973.
  - (7) PEREZ TAMAYO ROY.- Patología Molecular, Subcelular y Celular, México, 1975.
  - (9) ROBBINS STANLEY L.- Patología Estructural y Funcional, Interamericana, 1975.
  - (10) ZEGARELLI EDWARD V.- Patología Oral, Salvat, 1972.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO



El Fibroma se presenta como una lesión elevada de superficie lisa (Foto 2), base sésil o pedunculada, de consistencia firme, resiliente o blanda y esponjosa, de forma curva simétrica, redondeada, ovalada o elíptica. Es una lesión bien definida, de crecimiento lento, aparece con mayor frecuencia en encía (Foto 3), mucosa vestibular, lengua, labios y paladar (Foto 1); es localizado y bien delimitado, el color es parecido a los tejidos normales o algo más pálido (Foto 4).

Los fibromas originados en el tejido conjuntivo más profundo se descubren por un bulto de ligera prominencia mostrando a la palpación una masa bien delimitada, dura y no dolorosa y de fácil movilización.

Cuando la lesión se localiza entre los dientes, su forma redonda se altera por las estructuras duras dentales (Foto 3).

Generalmente no presenta necrosis ni hemorragias, presenta escasa tendencia a la recidiva cuando la extirpación es completa.

Su tamaño varía entre 0.5 cm. y 8 cm.

Existen dos formas de Fibromas;

El Fibroma Duro: Es de consistencia muy firme y superficie de sección brillante, blanco nacarado, tendinosa seca, sin jugo al raspado.

El Fibroma Blando: Tiene una consistencia blanda de volumen variable, es pediculado o posee una base ancha de implantación, es mayor que el fibroma duro y en el corte presenta una superficie rosa grisácea y es más vascularizado. Su estroma se convierte en una cápsula, de la que puede sespegarse fácilmente.

Microscópicamente: La superficie está cubierta por una capa de epitelio escamoso estratificado medianamente gruesa con brotes epiteliales acortados y aplastados (Foto 7).

Los Fibromas puros están formados por células conjuntivas adultas provistas de prolongaciones delicadas, anastomosadas las unas (Foto 7) con las otras, por fibras y vasos sanguíneos y linfáticos.

Las células son esencialmente normales y se conserva la proporción núcleo-citoplasma. Las mitosis son raras y no hay anaplasia.

La substancia fundamental se presenta bajo la forma de fibras colágenas (Foto 5) dispuestas en heces que se dividen y subdividen para volver a asociarse.

Los vasos sanguíneos, escasos (Foto 8), están reducidos generalmente en una simple pared entotelial rodeada por una vaina colágena. En conjunto las células y las fibras forman haces entrecruzados en todas direcciones.

En los cortes se observan fibrocitos y fibroblastos (Foto 11) fusiformes característicos. Tienen núcleos alargados con cromatina finamente dividida y prolongaciones citoplásmicas largas y adelgazadas en ambos extremos.

La proporción relativa de células y fibras, permite distinguir los Fibromas Duros de los Blandos.

El Fibroma duro: Consiste en haces de tejido conjuntivo bien desarrollado y relativamente acelular (Foto 5). La distribución de estos fascículos varía mucho, pueden estar entrecruzados, en espiral, como plumas o completamente irregulares. Las fibras colágenas son gruesas, a menudo hialinas y dispuestas apretadamente en sentido paralelo; las células pequeñas y fusiformes, se caracterizan por tener un anillo de citoplasma y núcleo estrecho, teñido intensamente, con extremos puntiagudos.

El Fibroma Blando: Tiene estructura fasciculada, pudiendo ser los haces menos definidos. La proporción entre células y fibras está invertida (Foto 8), pues los fascículos son netamente celulares y mucho menos fibrosos. Las célu

reticulado relativamente grande, redondo u oval. Están separadas por pequeña cantidad de fibras colágenas jóvenes, delgadas, onduladas y dispuestas laxamente.

El Fibroma Blando, es moderadamente vascularizado; el Fibroma Duro, es relativamente pobre en vasos.

Los Fibromas Duros se localizan preferentemente en el tejido conjuntivo de la piel, de los músculos y tendones, periostio, etc. Los Fibromas Blandos se desarrollan en el tejido cutáneo, subseroso en el de las mucosas y de los nervios.

La bibliografía ya se anotó anteriormente. (Cap. pasados).

P R O N O S T I C O

Los signos y síntomas que se mencionan en el transeurso de esta tesis nos indican que este tipo de anomalías bucales, no representan por el tipo de lesión que es, peligro alguno para el cuerpo humano, a menos que estén involucrados tejidos u órganos vitales, representando en sí, un pronóstico favorable.

Existe la probabilidad de recidiva, siempre y cuando no se haya eliminado el agente causal o en su defecto no se haya realizado la extirpación total de dicha neoplasia.

T R A T A M I E N T O

El tratamiento adecuado para el Fibroma Bucal consiste simplemente en la "extirpación quirúrgica" y en caso de que la irritación no se elimine, puede existir recidiva del mismo; es necesario el examen microscópico para confirmar nuestro diagnóstico y para ello existen dos métodos que son los más comunes:

#### CITOLOGIA EXFOLIATIVA:

La Citología Exfoliativa Bucal es el raspado de la superficie de las lesiones de tejidos blandos y el examen de esas células al microscopio. No substituye a la biopsia. Puede, empero, ser útil como complemento en el diagnóstico de lesiones cancerosas, virales, micóticas y de otras enfermedades. Si el frotis se diagnostica como positivo, respecto a células anormales, la biopsia es obligatoria.

La técnica de la citología, al igual que la biopsia, es simple e indolora. Se usa un abatidor de lengua de madera o una espátula metálica para recoger las células de la superficie. El abatidor de lengua debe ser humedecido con agua o saliva. Luego se frota la lesión con firmeza. Con las células obtenidas, se hace un frotis en un portaobjetos, con el nombre del paciente y la localización de la lesión indicados en el extremo esmerilado. Las células del frotis deben fijarse de inmediato con Spray-cite, fijador en aerosol para el cabello Agua Net., alcohol etílico al 95 por 100, o alcohol isopropílico al 70 por 100. Una vez seco el portaobjetos, se envía al laboratorio de Diagnóstico, junto con el protocolo.

#### BIOPSIA:

Es la extirpación y el examen de tejido de un cuerpo vivo. En muchas enfermedades no se precisa de la biopsia, pero por otra parte, hay veces que el examen microscópico del Tejido, da mayores datos sobre la enfermedad y con

frecuencia, define el diagnóstico. Se requiere hacer la biopsia siempre - que se sospeche que la lesión es un cáncer. La biopsia confirma o descarta la posibilidad de que se trate de un proceso maligno y es un procedimiento sumamente confiable y preciso para esta finalidad.

Cuando se necesita mayor información para distinguir afecciones con características clínicas similares, la biopsia es de gran utilidad para aclarar el diagnóstico y establecer el tratamiento. Además, cuando la lesión es tratada mediante extirpación quirúrgica, la pieza quirúrgica debe ser analizada sistemáticamente para confirmar el diagnóstico. En algunos casos, esto revela un diagnóstico insospechado.

La biopsia puede ser excisional o incisional. Biopsia excisional es la extirpación quirúrgica de la totalidad de la lesión más un borde circundante de tejido normal. Por lo general, las lesiones pequeñas son eliminadas - así (como en este caso de Fibroma Bucal).

La biopsia incisional es la extirpación de sólo una pequeña parte de la lesión.

La zona de donde se tomó el tejido se sutura o cierra o se deja abierta para que pueda cicatrizar. La muestra puede colocarse en una solución fijadora, por lo común Formol al 10 por 100, y se envía junto con la historia adecuada y las características de la lesión clínica a un laboratorio de diagnóstico. En él, se preparan cortes microscópicos para que los examine el patólogo.

---

(6) JOHN GIUNTA.- Patología Bucal, Editorial Interamericana, México, 1978.

(9) ROBBINS STANLEY L.- Patología Estructural y Funcional, Interamericana, 1975.

(10) ZEGARELLI EDWARD V.- Patología Oral, Salvat, 1972.

(14) KRUGUER.- Tratado de Cirugía Bucal, Interamericana, 1978.

(18) GRESHAM GEOFFREY AUSTIN.- Anatomía Patología Atlas, Tercera Edición, Salvat, 1977.



C A S O            C L I N I C O

INTRODUCCION:

Los Fibromas Bucales son secuelas de procesos irritantes.

Con la revisión literaria bien documentada nos damos cuenta de que los signos y síntomas de estas neoplasias benignas son bien característicos, y la frecuencia en ambos sexos es por igual.

Las irritaciones constantes se dan por diversas causas como: depósitos - - calculosos, impactaciones de alimentos, cámaras de succión de algunas dentaduras, cuerpos extraños, espículas oseas, empastes mal adaptados, oclusiones traumáticas, succión de la mejilla, el morderse los labios o carrillos como así del frotamiento de la lengua contra zonas ásperas, así como también de el uso de ciertos medicamentos utilizados en endodoncia.

Existen diversos métodos para obtener un diagnóstico correcto en caso de que existan dudas en cuanto a que sea benigno, siendo la citología exfoliativa y la biopsia, no representando así problema alguno para comprobar dicho diagnóstico.

Informe del caso:

Paciente femenino de 46 años de edad, canalizada al servicio de cirugía en la clínica multidisciplinaria de atención secundaria de la E.N.E.P. Zaragoza, por presentar un aumento de volumen en el borde derecho de la lengua, con 10 meses de evolución aparente.

La paciente refiere haber notado un aumento de volumen en la lengua a la altura de los premolares derechos, después de haber sido tratada prostodóncicamente (orientándonos haber padecido anodoncia parcial por 10 años aproximadamente, en esa zona) sin antecedentes de dolor.

En la historia clínica presentó una higiene oral regular.

Odontológicamente se observó que fué atendida con operatoria, exodoncia y prótesis.

En los antecedentes personales patológicos sistémicos, presenta dolor en la ATM, marcos, sumbidos en los oídos, debilidad e hipertensión arterial (esta última ya controlada).

Los antecedentes infecciosos resultaron negativos así como los antecedentes hemorrágicos.

No es alérgica a la penicilina como tampoco a la anestesia local.

La paciente ha estado sometida a tratamiento médico prolongado siendo la causa artritis reumatoide e hipertensión arterial.

Presenta al examen de cabeza y cuello, cráneo mezocefalo perfil convexo y tés morena, los ganglios linfáticos no son palpables.

Se observó la necesidad de exámenes como: oclusión, higiene oral, operatoria y terapia pulpar, cirugía menor, tratamiento parodontal y la necesidad de prótesis.

Presenta caries de 1o., 2o. y 3er. grado en las piezas 25, 38, 37, 36 como del 45, 47 y 48.

A la exploración física presenta en el borde lateral derecho de la lengua un crecimiento epitelial de aproximadamente 3 mm de largo por 3 mm de ancho que a la palpación resulta de consistencia dura, sésil, de color blanquecino (más claro que el tejido normal circundante) de base ancha, negativo al dolor y sin datos de ulceración local.

Con la previa valoración preoperatoria, se programó para la intervención quirúrgica.

#### TECNICA QUIRURGICA.

Se utilizó anestesia regional en el nervio dentario inferior derecho y se prosiguió a la exisión total del tumor lazándolo con hilo para sutura en la base del tumor, y se continuó al corte, abarcando un poco más de la base antes mencionada, asegurándonos de haber excisionado la raíz de esta neoplasia.

Una vez hecha la extirpación total del tumor, éste se sumergió en Formol al 10 por 100, mandándose al laboratorio con el histopatólogo, anexando nuestro diagnóstico con los datos de la paciente y con la fecha en que se efectuó la ejecución, para después confirmar nuestro diagnóstico definitivo.

#### RESULTADO.

Días después obtuvimos el resultado del laboratorio, dándonos la descripción microscópica y el diagnóstico histopatológico de "células normales", aumento tisular que abarca al epitelio escamoso estratificado llegando hasta el tejido submucoso y tejido conectivo. No hay presencia de mitosis como tampoco de anaplasia, resultando un FIBROMA BUCAL.

N O T A : Leer el siguiente capítulo en la segunda cuartilla.

FUENTE DE INFORMACION: Clínica E.N.E.P. Zaragoza. Expediente Clínico -  
No. 20546.

15

R E S U L T A D O S

El contenido de esta tesis se actualizó con lo más relevante contando con el auxilio de artículos de revistas cuya vigencia es de 5 años a la fecha.

En base al resultado del diagnóstico presentado en el caso clínico integrado en esta tesis, el cual se obtuvo (o sea el paciente) de la clínica multidisciplinaria de atención secundaria de la E.N.E.P. Zaragoza y tomando en cuenta las características histológicas presentadas en esta tesis en el capítulo VIII inciso 10 demuestro una segunda opción de HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA.

Pude captar la evolución de teorías en libros de consulta de principio de siglo con libros de consulta con vigencia en estos últimos años.

Obtuve la capacidad necesaria para poder evaluar en un momento determinado la presencia y grado de evolución de esta alteración (Fibroma) de la salud en cavidad oral, así como también del plan de tratamiento que se debe llevar a cabo en estos casos.

## F O T O G R A F I A S

- 
- (1) THOMA KURTH.- Patología Oral, Editorial Salvat, 1973.
  - (2) S.N. BHASKAR.- Patología Bucal, Editorial El Ateneo, Segunda Edición, Benos Aires, 1977.
  - (4) ROBERTSON F. OGILVIE.- Histopatología, Editorial Interamericana, Quinta Edición, 1960.
  - (5) DAVID GRISPAN.- Enfermedades de la Boca, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa - Bucal, Tomo II, Editorial Mundi, Buenos Aires, 1973.
  - (6) JOHN GIUNTA.- Patología Bucal, Editorial Interamericana, México, 1978.
  - (7) PEREZ TAMAYO ROY.- Patología Molecular, Suclular y Celular, México, 1975.
  - (8) SHAFER WILLIAM G.- Patología Bucal, Interamericana, 1977.
  - (10) ZEGARELLI EDWARD V.- Patología Oral, Salvat, 1972.
  - (11) CRAIGNYLE M.- Atlas a color de Histología, Salvat.
  - (12) SAFNE-GILBILISCO.- Diagnóstico Radiológico en Odontología, Editorial Panamericana, - Cuarta Edición, 1979.
  - (18) GRESHAM GEOFFREY AUSTIN.- Anatomía Patología Atlas, Tercera Edición, Salvat, 1977.

FOTOGRAFIA 1

F I B R O M A  
EN LA  
ENCIA PALATINA



EN UN VARON DE 29 AÑOS DE EDAD. LA LESION ES PEDUNCULADA Y HA ESTADO  
PRESENTE POR VARIOS AÑOS



FOTOGRAFIA 2.

F I B R O M A

DEL

LABIO INFERIOR



EL PACIENTE TENIA EL HABITO DE MORDISQUEAR EL LABIO EN ESE SITIO

John Goiunta  
Patología Bucal  
Pag. 102

FOTOGRAFIA 3.

F I B R Ó M A

OSIFICANTE PERIFERICO



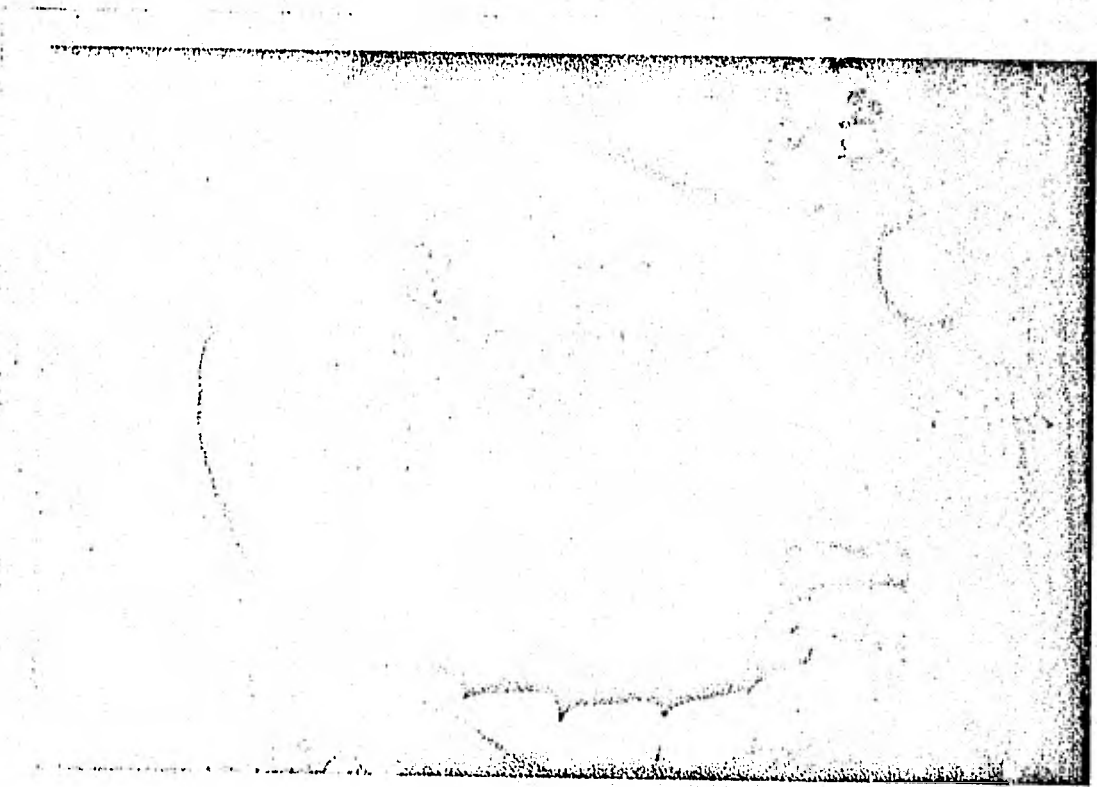
EN UNA MUJER DE 18 AÑOS DE EDAD, HAY ABUNDANTES IRRITANTES Y PIEZAS PARCIALMENTE DESTRUIDAS. LA LESION PRESENTA UN AREA BLANQUECINA DE HIPERQUERATOSIS POR TRAUMA MASTICATORIO

FOTOGRAFIA 4.

F I B R O M A

DE LA

MUCOSA BUCAL.



77.  
FOTOGRAFIA 5.

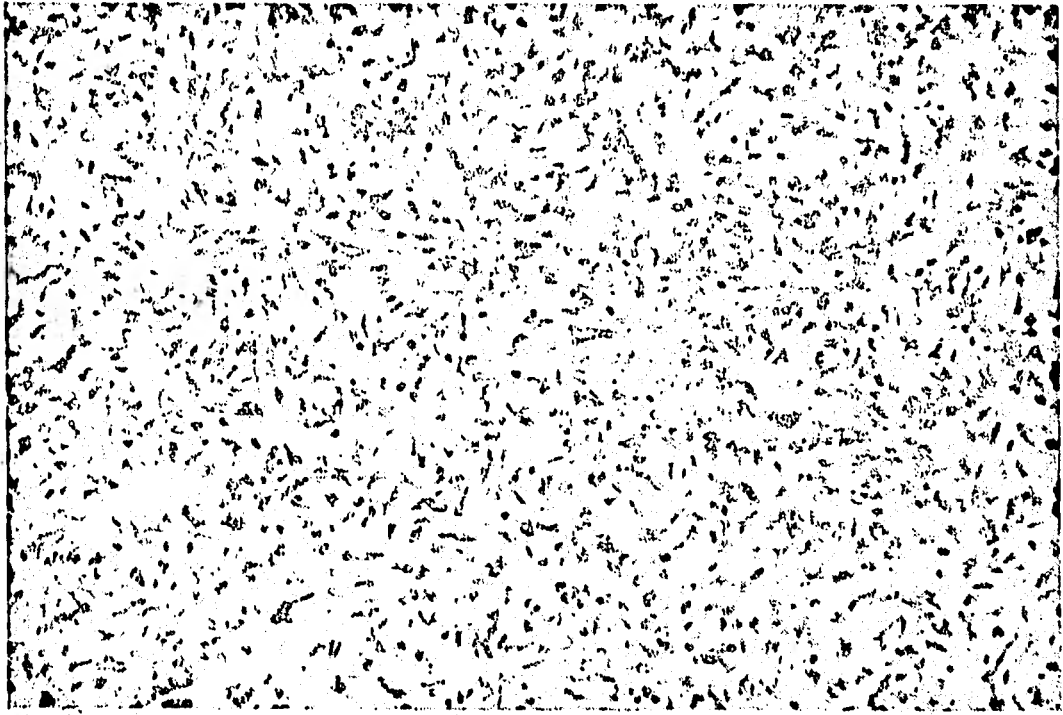
FIBROMA

D U R O

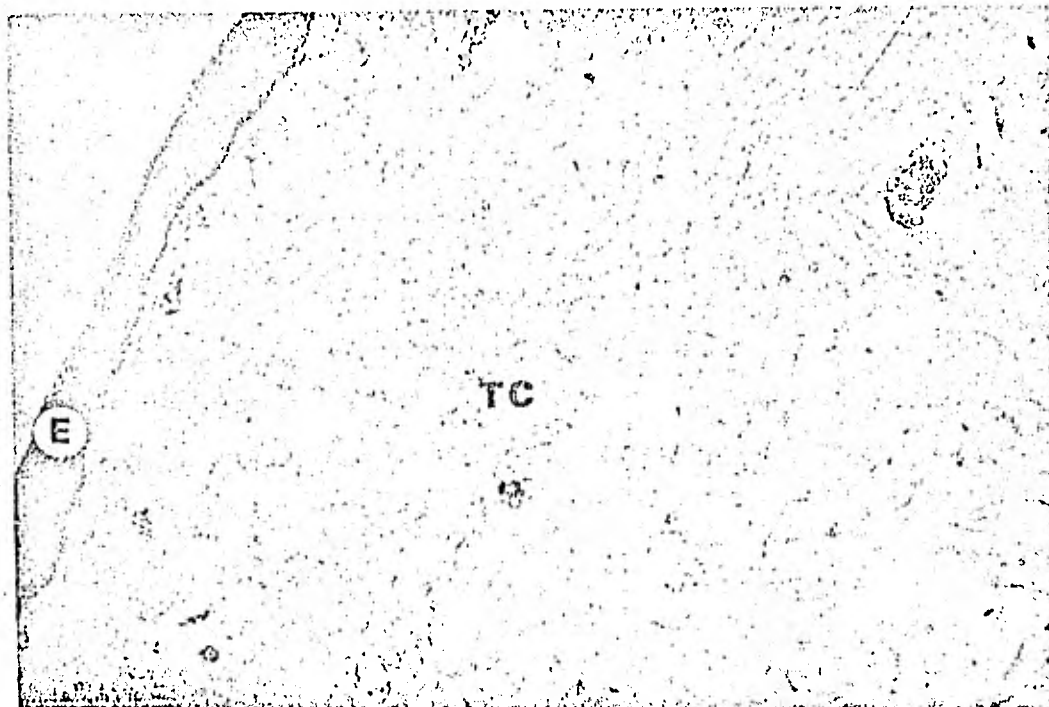


POBRE EN CELULAS Y RICO EN HACES COLAGENOS MUY CONDENSADOS

L. Ortubey  
Anatomía Patológica General  
Pag. 278

FOTOGRAFIA 6.F I B R O M AJ O V E N

RICO EN CELULAS, EN PARTE CORRESPONDEN A FIBROCITOS, PERO TAMBIEN HAY  
ELEMENTOS HISTOCITARIOS

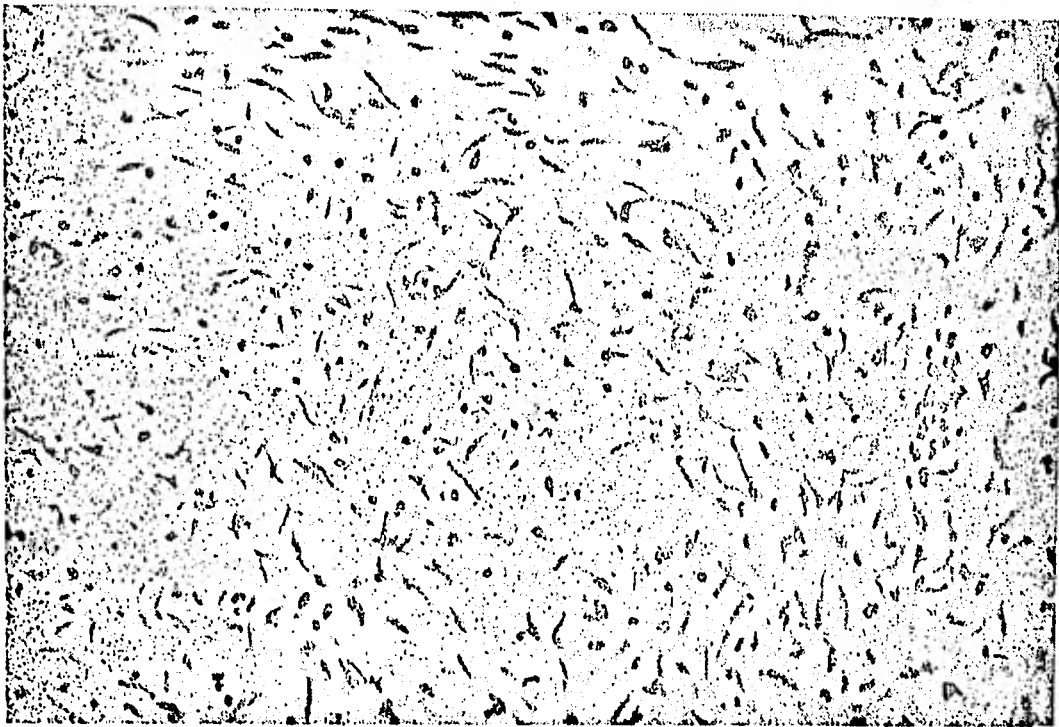
FOTOGRAFIA 7.F I B R O M A

EL EPITELIO (E) ESTÁ ADELGAZADO Y NO PRESENTA PROLONGACIONES INTERPAPILARES  
EL TEJIDO CONJUNTIVO (TC) ES DE TIPO COLAGENO DENSO, POCO VASCULARIZADO Y  
NO MUESTRA REACCION INFLAMATORIA APARENTE

FOTOGRAFIA 8.

F I B R O M A

B L A N D O



LA SUBSTANCIA FIBRILAR ES DE TEXTURA LAXA JUGOSA, COMO EDEMATIZADA; EN EL LADO DE LA DERECHA, UN PEQUEÑO VASO.

FOTOGRAFIA 9.

F I B R O M A



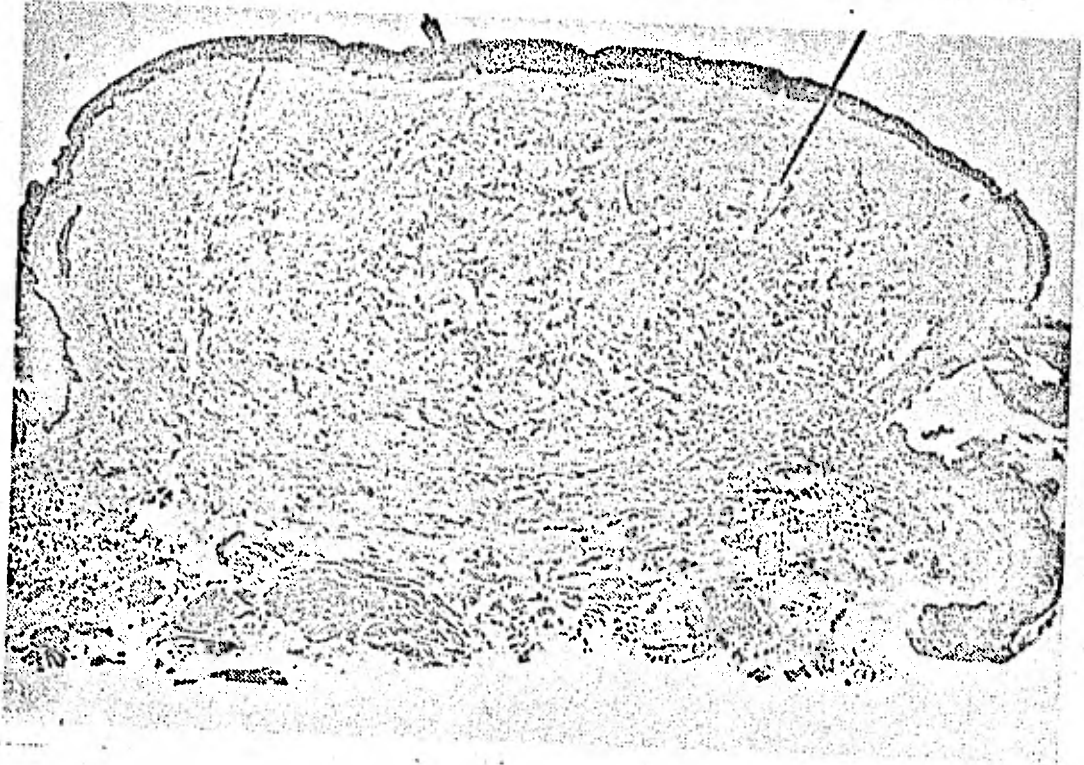
SE MUESTRA LA ACELULARIDAD RELATIVA DEL TEJIDO CONECTIVO (GRAN AUMENTO)

William G. Shafer  
Patología Bucal  
Pag. 130



FOTOGRAFIA 10.

F I B R O M A



SE MUESTRA LA BASE SÉSIL TÍPICA, EL EPITELIO SUPERFICIAL DELGADO Y LOS HACES MAS GRUESOS DE COLAGENA QUE FORMAN LA MASA DEL TUMOR

FOTOGRAFIA 11.FIBROMA MOSTRANDO LOS FIBROBLASTOS Y LAS FIBRAS( X 400 )

FOTOGRAFIA 12.

F I B R O M A

OSIFICANTE PERIFERICO



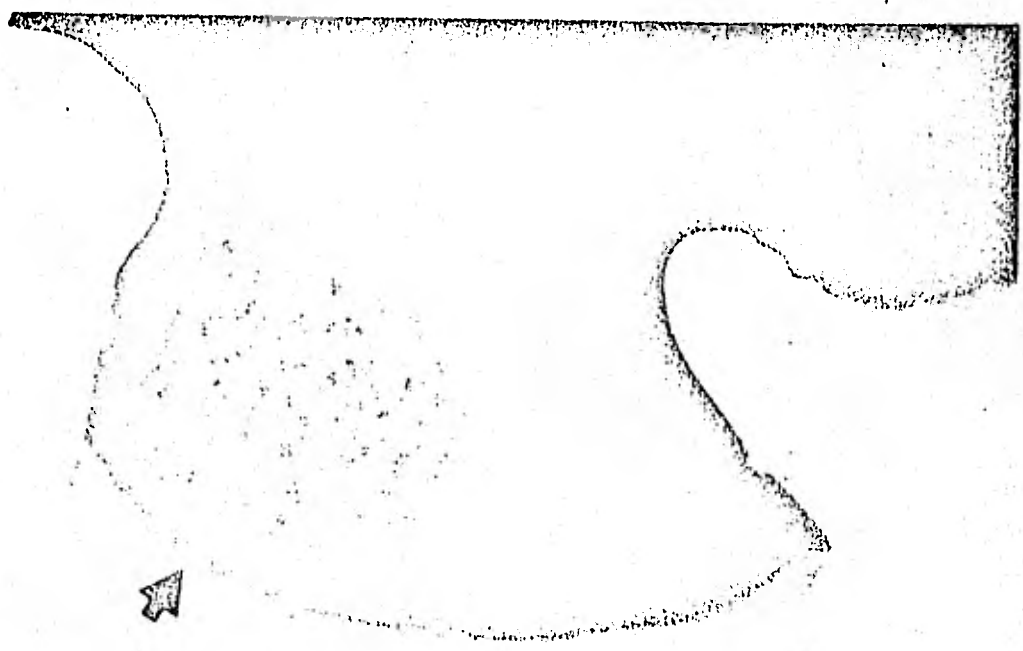
LA MASA PRINCIPAL ESTA FORMADA POR TEJIDO CONJUNTIVO Y SE OBSERVA TEJIDO MINERALIZADO CON APARIENCIA DE HUESO TRABECULAR EN EL CENTRO (FLECHAS).

EL EPITELIO ESTA INTACTO.

FOTOGRAFIA 13.

F I B R O M A

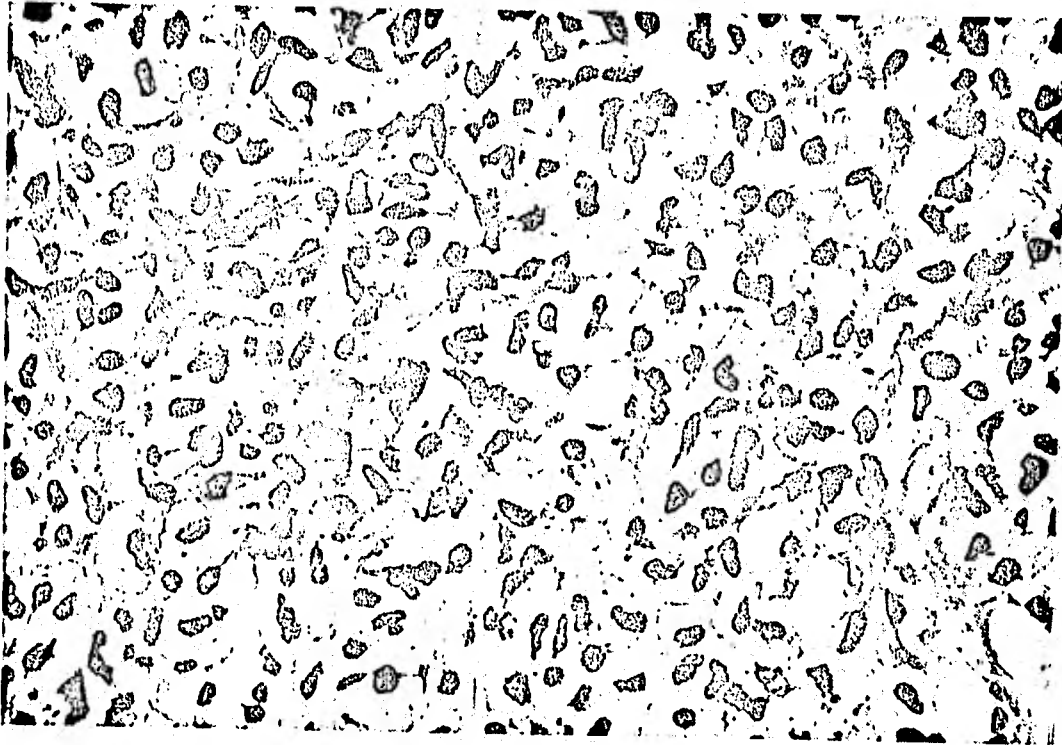
OSIFICANTE PERIFERICO



ROENTGENOGRAMA PERIAPICAL DEL AREA OCUPADA POR LA LESION. HAY FORMACION DE TEJIDO MINERALIZADO TRABECULAR EN LA PARTE CENTRAL DE LA LESION (FIBROMA - OSIFICANTE PERIFERICO)

FOTOGRAFIA 14.

HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA LATERAL DE LA LENGUA; UNA PROLIFERACION  
TUMORAL Y CIRCUNSCRITA

FOTOGRAFIA 15.

HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA AMPLIACION A MAYOR AUMENTO. PREDOMINAN LAS CELULAS FIBROBLASTICAS DE HISTOLOGIA UNIFORME CON ABUNDANTE COLAGE NO. NININA VARIABILIDAD NUCLEAR Y AUSUENCIA DE FIGURAS MITOTICAS.

FOTOGRAFIA 16.P A P I L O M A

PAPILOMAS EN LA REGION VENTRAL DE LA LENGUA. EL PACIENTE, VARON DE 44 AÑOS DE EDAD INDICO QUE LAS HABIA NOTADO POCO TIEMPO ANTES AL EXAMEN.

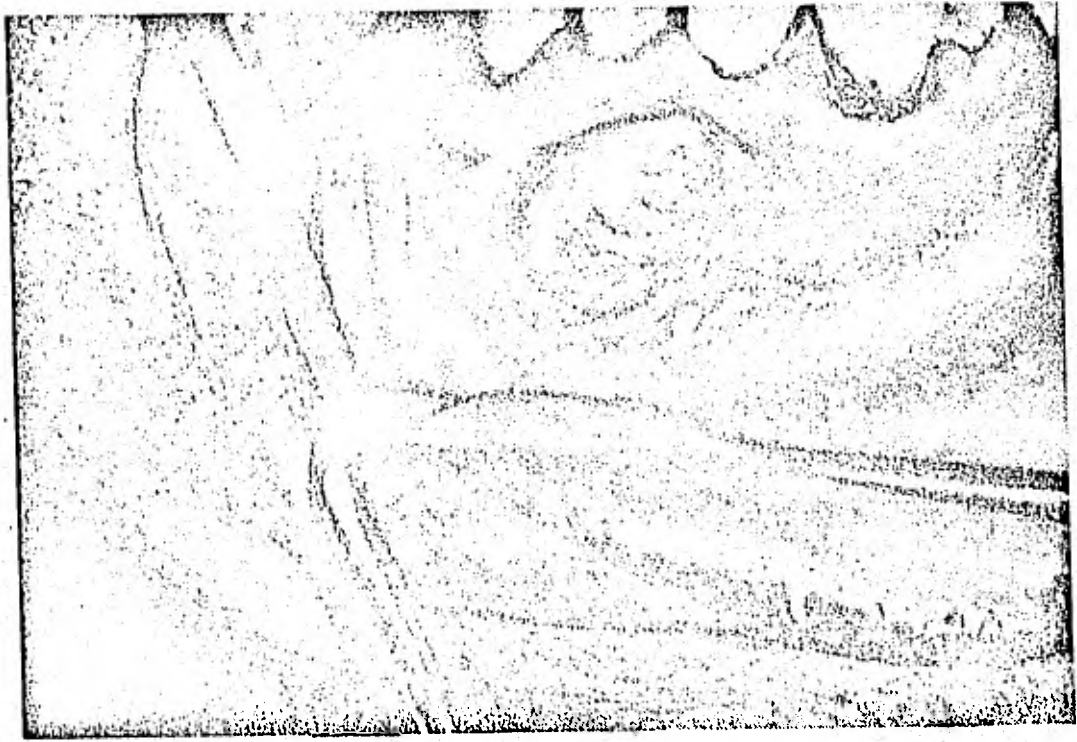
FOTOGRAFIA 17.P A P I L O M A

SE NOTAN MULTIPLES ELEVACIONES DEL EPITELIO CON UNA BASE COMUN. CADA -  
PROLONGACION EPITELIAL CONTIENE UNA PAPILA DE TEJIDO CONJUNTIVO. -



FOTOGRAFIA 18.

L I P O M A

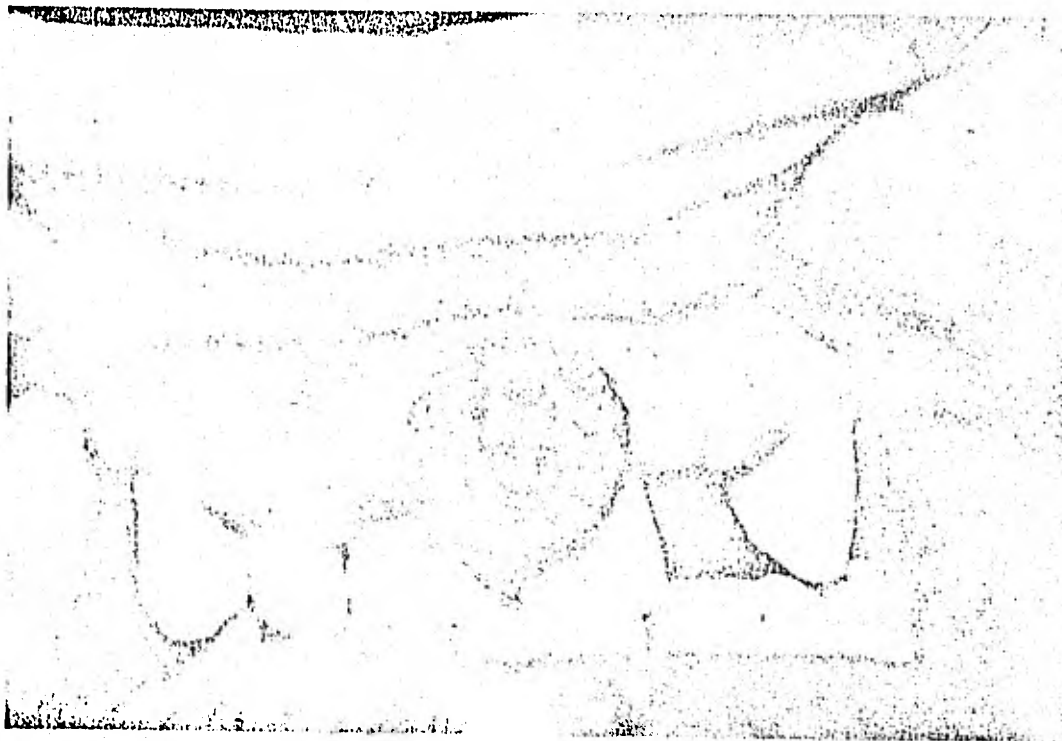


PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD. LA LESION ES DE BASE SESIL Y SE ORIGINA EN LA MUCOSA ALVEOLAR

César López A.  
Manual de Patología Oral  
Pag. 237

FOTOGRAFIA 19.L I P O M A

PUEDEN OBSERVARSE CELULAS ADIPOSAS NORMALES FORMANDO LA MASA PRINCIPAL DEL  
TUMOR.

FOTOGRAFIA 20.GRANULOMA PIOGENO

MUJER DE 32 AÑOS DE EDAD, EN EL 7o. MES DEL EMBARAZO. LA LESION SANGRA  
CON FACILIDAD

FOTOGRAFIA 21.GRANULOMA PIOGENO

SE OBSERVAN ABUNDANTES ESPACIOS VASCULARES DE TAMAÑO Y FORMA VARIABLES

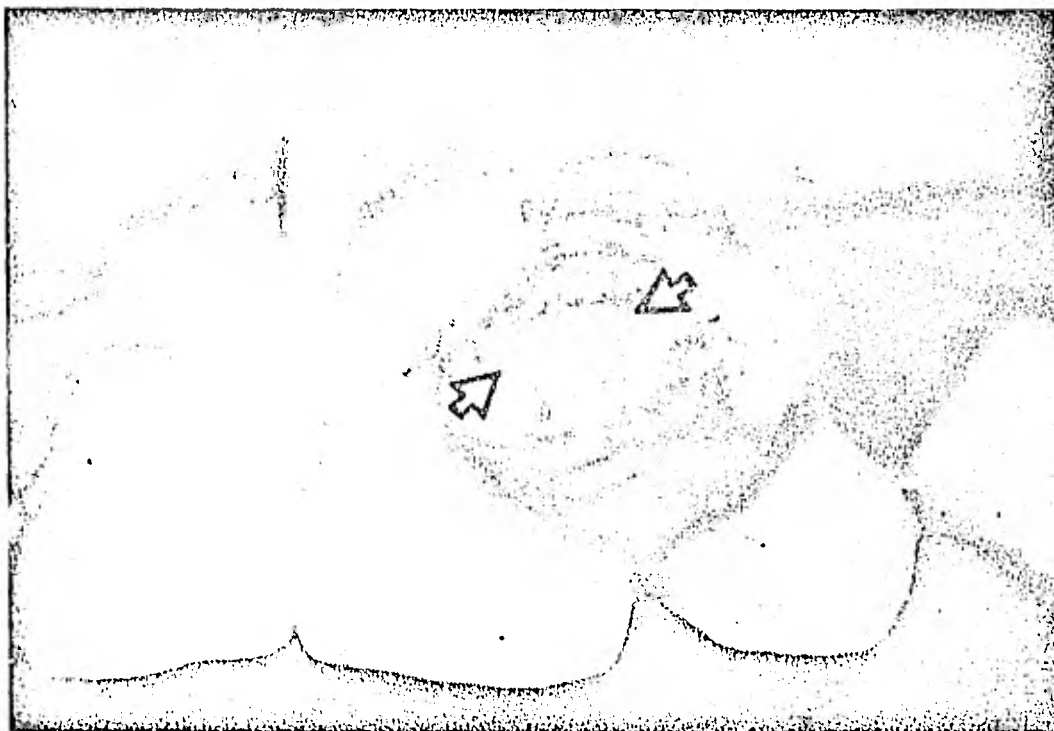
(FLECHA)

FOTOGRAFIA 22.

GRANULOMA PERIFERICO

DE

CELULAS GIGANTES



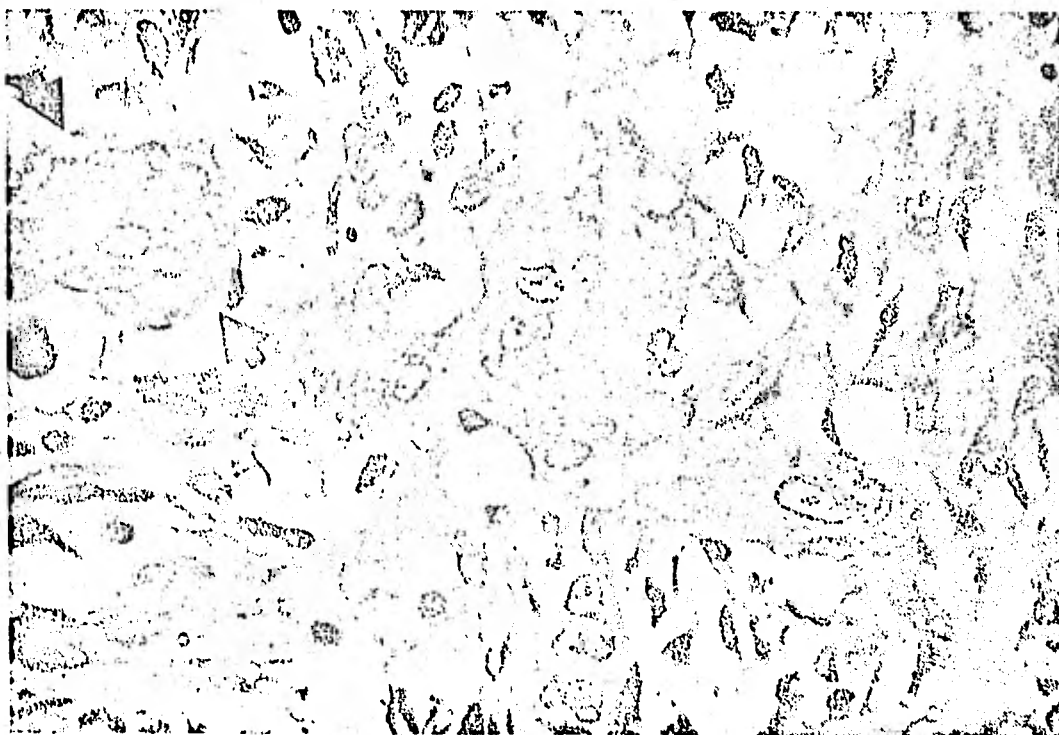
MUJER DE 23 AÑOS DE EDAD. LA LESION HA CRECIDO PROGRESIVAMENTE EN VARIOS MESES Y ESTA ASOCIADA CON IRRITANTES LOCALES. PRESENTA UNA ULCERA EN LA PARTE MAS PROMINENTE (FLECHAS)

FOTOGRAFIA 23.

GRANULOMA PERIFERICO

DE

CELULAS GIGANTES



SE OBSERVA UN ESTROMA FIBROBLASTICO VASCULARIZADO Y CELULAS GIGANTES -  
MULTINUCLEADAS.

VIII

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

Para lograr resultados satisfactorios es esencial el obtener un estudio completo del paciente, que conste de la historia clínica, examen médico, diagnóstico y pronóstico bien establecidos, como también el de un tratamiento bien efectuado.

A efecto de diagnosticar con éxito un Fibroma Bucal, es indispensable el tener presente las características de los signos y síntomas que involucren este fenómeno como también lo es así de su etiología.

Asimismo, para evitar confundir el diagnóstico adecuado, es necesario revisar patologías similares tanto clínicamente como histológicamente, para de ahí partir e ir eliminando dichas patologías hasta determinar con seguridad que se trata de un Fibroma Bucal.

En este punto, es necesario hacer notar que en el Diagnóstico Diferencial, la patología que más nos puede confundir, es la Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria, por la similitud existente clínicamente con el Fibroma Bucal.

Es de suma importancia que al no estar seguros de que no se trate de una neoplasia benigna, contamos con métodos especiales para identificar una determinada trayectoria en cuanto a malignidad, previniendo así un desenlace fatal, constatando que el Cirujano Dentista es el primer profesionalista que se puede enfrentar a enfermedades mortales como lo es el cáncer oral y por ello debemos tener siempre presente las características diferenciales de los tumores benignos como también de los malignos.

Al anexar un caso clínico verídico, nos dimos cuenta de la gran importancia que tiene el contar con conocimientos bien fundamentados, tanto en forma teórica, como clínica en forma integral, pues formamos una gran conciencia de que estuvimos frente a un ser humano, el cual se dejó en nuestras manos, para que eliminásemos la alteración de su salud, observando como consecuencia, el compromiso tan grande que tenemos como profesionales.



IX

P R O P U E S T A S

- Fomentar la investigación por Odontólogos capacitados para que haya mayor información sobre el Fibroma Bucal y un manejo más óptimo con el paciente afectado con esta neoplasia.
  
- Dar mayor importancia a esta lesión ya que aunque no sea muy frecuente no por esto debe dejarse de ser considerado ya que altera la salud de quien la padece.
  
- Ahondar en el estudio de la metodología del diagnóstico precoz de esta patología con el fin de evitar su evolución a estadios cancerosos.

- 1.- THOMA KURTH  
Patología Oral  
Editorial Salvat  
1973.
- 2.- S. N. BHASKAR  
Patología Bucal  
Editorial El Ateneo  
Segunda Edición  
Buenos Aires 1977.
- 3.- MARIANO S. R. DI FIORE  
Diagnóstico Histológico  
Tomo I  
Quinta Edición  
Librería el Ateneo  
1963
- 4.- ROBERTSON F. OGILVIE  
Histopatología  
Editorial Interamericana  
Quinta Edición  
1960
- 5.- DAVID GRISPAN  
Enfermedades de la Boca  
Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal  
Tomo II  
Editorial Mundi  
Buenos Aires, 1973
- 6.- JOHN GINTA  
Patología Bucal  
Editorial Interamericana  
México, 1978
- 7.- PEREZ TAMAYO ROY  
Patología Molecular, Subcelular y Celular  
México, 1975
- 8.- SHAFER WILLIAM G.  
Patología Bucal  
Interamericana, 1977.
- 9.- ROBBINS STANLEY L.  
Patología Estructural y Funcional  
Interamericana, 1975
- 10.- ZEGARELLI EDWARD V.  
Patología Oral  
Salvat, 1972
- 11.- CRAIGMYLE M.  
Atlas a color de Histología  
Salvat

- 12.- SAFNE-GILBILISCO  
 Diagnóstico Radiológico en Odontología  
 Editorial Panamericana  
 Cuarta Edición, 1979.
- 13.- LOCKHART HAMILTON  
 Anatomía Humana  
 Interamericana, 1977.
- 14.- KRUGUER  
 Tratado de Cirugía Bucal  
 Interamericana, 1978.
- 15.- WALTER C. CURALNICK  
 Tratado de Cirugía Oral  
 Salvat, 1971.
- 16.- THOMA KURT  
 Patología Oral  
 Salvat Editores  
 Barcelona, 1980.
- 17.- DICCIONARIO MEDICO  
 Segunda Edición  
 Salvat, 1974.
- 18.- GRESHAM GEOFFREY AUSTIN  
 Anatomía Patología Atlas  
 Tercera Edición  
 Salvat, 1977.

A R T I C U L O S

- 19.- ORAL SURGERY  
 Desmoplastic Fibroma of Bone  
 Joao E. Wagner, Cesar S. Lorandi  
 Vol. 43, No. 1, Pag. 108. January 1977.
- 20.- ORAL SURGERY  
 Multiple neurofibromatosis with concurrent micrognathia.  
 Richar J. Van Gement  
 Vol. 43, No. 2, Pag. 165. February, 1977.
- 21.- ORAL SURGERY  
 Malignant Transformation of Ameloblastic Fibro-odontoma  
 to Ameloblastic fibrosarcoma.  
 Robert N. Howek  
 Vol. 43, No. 3, Pag. 391-99. March. 1977.
- 22.- ORAL SURGERY  
 Congenital Epulis of the Newborn  
 Allan E. Blair  
 Vol. 43, No. 5, Pag. 687-91. May 1977.

- 23.- ORAL SURGERY  
Biopsy technique for fibro-osseous and osteolytic  
lesions of the jaws  
Talib A. Najjar  
Vol. 44, No. 2, Pag. 177-82. August, 1977.
- 24.- ORAL SURGERY  
The radiologic features of fibrous dysplasia of -  
the cranio-facial bones  
A. A. Obisesan  
Vol. 44, No. 6, Pag. 949-58. December, 1977.
- 25.- DENTAL ABSTRACTS  
Technique biopsy  
Majjar 193  
Vol. 23, No. 4, Pag. 193; April, 1978.
- 26.- DENTAL ABSTRACTS  
Phenytoin induced mucosal hiperplasia.  
Dreyer  
Vol. 23, No. 1, Pag. 28, Jan., 1979.
- 27.- DENTAL ABSTRACTS  
Primary tumors of jaw  
Khanna  
Vol. 25, No. 7, Pag. 378; Jul., 1980.
- 28.- DENTAL ABSTRACTS  
Central Odontogenic Fibroma  
Gardner  
Vol. 26, No. 4, Pag. 191; April, 1981.
- 29.- DENTAL ABSTRACTS  
Submucous Fibrosis  
Pindborg  
Vol. 25, No. 12, Pag. 616; December, 1980.
- 30.- ASOCIACION DENTAL MEXICANA  
Hiperplasia Fibrosa Gingival  
(Reporte de un Caso)  
Vol. No. 4, Pag. 234; Julio, 1980.
- 31.- ASOCIACION DENTAL MEXICANA  
Hiperplasia gingival hereditaria  
Vol. XXXVII, No. 2, Pag. 80; Marzo, 1981.
- 32.- REVISTA ESPAÑOLA DE ESTOMATOLOGIA  
Displasia Fibrosa. A propósito de un caso.  
E. J. Edo. y L. Calatrava  
No. 3, Pag. 149, 1978.

33.- ACADEMIA NACIONAL DE ESTOMATOLOGIA  
Displasia Fibrosa Maxilofacial  
Samuel Senies y Salvador González  
Vol. XI, No. 2, Pag. 116; 1973.

34.- ODONTOLOGO MODERNO  
Central odontogenic fibroma  
Gardner