



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA

U. N. A. M.

**QUISTES Y TUMORES BENIGNOS MAS FRECUENTES EN
NIÑOS Y REPORTE DE CASOS CLINICOS.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
ESTRADA LOPEZ ALEJANDRO
GUTIERREZ GOMEZ LIDIA DEL CARMEN
PALACIOS LOPEZ MA. DE LOS ANGELES

A s e s o r :
Dr. Manuel De Jesús Gómez Peyrot

Mexico, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

QUISTES Y TUMORES BENIGNOS MAS FRECUENTES EN NIÑOS

Y REPORTE DE CASOS CLINICOS.

INDICE.

	Pág.
INTRODUCCION.	
PROTOCOLO	
CAPITULO I	
GENERALIDADES.	
1.- Definición, etiología, clasificación y medios de diagnóstico de quistes.....	
2.- Definición, vías de diseminación, características generales, clasificación y etiología de tumores.....	4
3.- Medios de Diagnóstico de tumores.....	15
4.- Zonas anatómicas dónde se presentan más frecuentemente los quistes y tumores benignos.....	24
5.- Incidencia y prevalencia de quistes y tumores -- benignos en México y clínicas Multidisciplinarias de E.N.E.P. Zaragoza.....	30
6.- Bibliografía.....	31
CAPITULO II.....	34
1.- <u>QUISTES DEL DESARROLLO</u>	34
<u>QUISTES ODONTOGENICOS</u>	35
1.1.- Quiste Dentígero.....	36
1.2.- Quiste de Erupción.....	40
1.3.- Quiste Gingival del recién nacido.....	41
1.4.- Quiste Radicular y Residual.....	42
2.- <u>QUERATOQUISTES ODONTOGENICOS</u>	45
2.1.- Quiste Primordial.....	46
3.- <u>QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES</u>	49
3.1.- Quiste dermoide y epidermoide.....	50

	Pág.
4.- FENOMENOS DE RETENCION MUCOSA.....	54
4.1.- Mucocele.....	55
4.2.- Ránula.....	58
5.- Bibliografía.....	60
CAPITULO III.....	62
<u>TUMORES BENIGNOS</u>	62
1.- EPITELIO	
1.1.- Papiloma.....	64
2.- NEURAL	
2.1.- Neurilemoma.....	66
3.- OSEO	
3.1.- Torus Palatino.....	69
3.2.- Torus Mandibular.....	70
4.- VASOS SANGUINEOS.....	71
4.1.- Hemangioma.....	72
5.- VASOS LINFATICOS.....	75
5.1.- Linfangioma.....	75
6.- MUSCULAR.....	77
6.1.- Leiomioma.....	77
7.- ODONTOGENOS.....	79
7.1.- Fibroma Odontógeno periférico.....	79
7.2.- Fibroma odontógeno central.....	81
8.- SISTEMA MELANOGENO.....	83
8.1.- Nevo Celular Pigmentado.....	84
9.- TEJIDO EPITELIAL Y CONECTIVO (MIXTOS).....	88
9.1.- Odontoma.....	88

	Pág.
10.- HISTIOGENESIS CONTROVERTIDA.	
10.1.- Mioblastoma congénito o Epulis Congénito del recién nacido.....	90
11.- LESIONES PSEUDOTUMORALES.	
11.1.- Verruga vulgaris.....	92
11.2.- Granuloma Piógeno.....	93
12.- Bibliografía.....	96
 CAPITULO IV.....	 98
<u>REPORTE DE CASOS CLINICOS.</u>	
1.- MUCOCELE, ODONTOMA COMPLEJO, ODONTOMA COMPUESTO, QUISTE DENTIGERO.	
1.1.- Historia Clínica.	
1.2.- Métodos auxiliares de diagnóstico (laboratorio y gabinete).	
1.3.- Preoperatorio.	
1.4.- Transoperatorio.	
1.5.- Postoperatorio mediato o inmediato.	
 RESULTADOS.....	 116
CONCLUSIONES.....	117
PROPUESTAS.....	118
ANEXOS.....	119
24 Diapositivas.	
- 1 Cuadro Estadístico.	120
- 8 resúmenes de artículos del CENIDS.....	121
- Glosario.....	129
BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	134

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

Es compromiso del Odontólogo como profesionalista contar con una formación académica completa y meramente eficaz.

El Odontólogo tiene a su cargo la misión de diagnosticar con precisión y como consecuencia aplicar un tratamiento oportuno.

La Odontología, rama de la Medicina, gracias a su desarrollo ha incrementado el desenvolvimiento de otras disciplinas tales como la Endodoncia, Ortodoncia, Cirugía Bucodentomaxilar, Patología Bucal principalmente, que tienen sus bases en el conocimiento profundo de la anatomía, fisiológica, histología e histopatología. Dicho conocimiento profundo debe llevar al Odontólogo a hacer el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

El objetivo primordial de esta tesis es la de encontrar solución a patologías bucales tales como quistes y tumores benignos en niños que pueden malignizarse, y con esto reestablecer la salud integral del paciente.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ZARAGOZA"

U. N. A. M.

PROCOLO PARA LA ELABORACION DE TESIS.

" QUISTES Y TUMORES BENIGNOS MAS FRECUENTES EN NIÑOS, Y
REPORTE DE CASOS CLINICOS. "

INTEGRANTES:

ESTRADA LOPEZ ALEJANDRO.

GUTIERREZ GOMEZ LIDIA DEL CARMEN.

PALACIOS LOPEZ MARIA DE LOS ANGELES.

MEXICO, D.F.

AGOSTO DE 1984.

TITULO DEL PROYECTO.

" QUISTES Y TUMORES BENIGNOS MAS FRECUENTES EN NIÑOS,
Y REPORTE DE CASOS CLINICOS "

AREA ESPECIFICA.

PATOLOGIA BUCAL.

PERSONAS QUE PARTICIPAN.

ESTRADA LOPEZ ALEJANDRO.

GUTIERREZ GOMEZ LIDIA DEL CARMEN.

PALACIOS LOPEZ MARIA DE LOS ANGELES.

DOCTORES QUE PARTICIPAN.

DR. MANUEL DE JESUS GOMEZ PEYRET.

Médico Cirujano, Profesor de Categoría o Asignatura "B"

DR. VICENTE BERMUDEZ FLORES.

Cirujano Bucodentomaxilar del Hospital Infantil de México
de la Unidad de Estomatología.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA.

Con lamentable frecuencia se presentan tumores benignos y malignos en la cavidad oral de niños y adultos. Como la mayoría de los pacientes con que trata el pedodontista presentan problemas puramente dentales, a menudo éste olvida la necesidad de tener constantemente presente la posibilidad con que puede encontrar tales lesiones en la práctica. No obstante hay que recordar que cualquier tumor puede aparecer en niños.

Por otro lado una de las obligaciones más importantes del C.D. es detectar a tiempo los quistes y tumores en cavidad oral.

Cabría mencionar que es un problema de salud pública, ya que -- las estadísticas indican que en:

- a).- E.U. 250,000 personas mueren anualmente de cáncer.
- b).- El cáncer es el responsable del 15% de la mortalidad total.
- c).- De lo cuál 6000 muertes se deben a cáncer de boca.

Por lo anterior, la gran cantidad de quistes y tumores presentes en cavidad oral en niños, nos ha inquietado, para incrementar el criterio del Cirujano Dentista, con la finalidad de diagnosticar a tiempo éste tipo de patologías y darles un tratamiento adecuado, o en su defecto remitirlo a un centro Hospitalario Oncológico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Qué importancia tiene diagnosticar y tratar oportunamente quistes y tumores benignos en cavidad oral en pacientes infantiles?

MARCO TEORICO.

El quiste es una lesión que consiste en un espacio anormal (ya sea de tejidos blandos de la boca), que contiene una sustancia líquida o semisólida, que está limitada por un epitelio y encerrada en una cápsula de tejido conjuntivo.

Tumor es cualquier agrandamiento de tejido localizado ó cualquier crecimiento, ya sea la enfermedad de naturaleza inflamatorio, quística o neoplásica.

El cáncer es un tumor maligno, duro o ulceroso, que invade y destruye los tejidos orgánicos (metástasis).

Dado el número de casos de cáncer, en 1965, la Organización Mundial de la Salud creó el Centro Internacional de Investigación sobre el cáncer, en Lyon (Francia), a fin de fomentar la colaboración de todos los países en el terreno de la investigación y para llevar a cabo programas concretos.

La OMS trabaja en estrecha colaboración con otros organismos internacionales, como la Unión Internacional contra el Cáncer, La Asociación Mundial de las Sociedades de Patología, La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la Federación Dental Internacional.

Estudios epidemiológicos de cáncer bucal confirman que el diagnóstico y el tratamiento temprano disminuyen la elevada mortalidad por esta causa, y también ponen de relieve el aspecto inespecífico de muchos cánceres bucales en fase inicial.

Cada año se produce en E.U. más de 7,000 muertes por cáncer bucal, y una de cada 3 personas con cáncer intrabucal muere en plazo de 5 años. Se ha dicho que hasta el 80% de todas las muertes por -- cáncer bucal pudiera evitarse por un reconocimiento temprano de la enfermedad. Entre los motivos de retraso para descubrir el cáncer bucal está el hecho de que puede presentarse como una lesión de aspecto benigno y recibir tratamiento conservador (no quirúrgico) o nulo, por largo tiempo antes de descubrirse su verdadera naturaleza. Dentro de la frecuencia de cáncer en los distintos órganos humanos, el de la cavidad bucal y faringe ocupan en el hombre el 4.7 % y en la mujer el 2%.

Las neoplasias malignas de cavidad oral constituyen el 5% de las neoplasias de la economía humana. En la Unidad de Oncología -- del Hospital General de México, en 1328 pacientes con neoplasias -- malignas en cabeza y cuello 34.8 % corresponden a tumores de la boca.

La edad media fué de 56 años, de cáncer de lengua, que es el -- más frecuente y constituye el 34.5% es preponderante en hombres y -- la relación con mujeres es de 3 a 1, el paciente más joven tenía 23 y el más viejo 88 años. La cuarta parte de los enfermos (24.4 %) -- eran mayores de 60 años. Estos datos son semejantes a los encontrados por otros autores.

En la parte sur de Asia se ha señalado una mayor frecuencia de carcinoma intraoral y se ha relacionado con el hábito de masticar -- una mezcla de nuez betel (fruto de la palma oreca) con tabaco y -- otras especies. Es interesante señalar la estrecha relación que --

existe entre el sitio de aparición de la neoplasia y el sitio de -- máxima exposición dependiendo de los hábitos del usuario. En Ceylán, la mucosa del carrillo es la más afectada; en Behar, India, en el surco gingivollabial a nivel de los incisivos; en la parte -- oriental de India se ha reportado una mayor frecuencia de cáncer -- del paladar relacionado a la costumbre de fumar "chuta" (puro) con el extremo encendido en la boca. En los fumadores de cigarrillos el sitio de máxima exposición corresponde a los lados de la lengua y -- el piso de la boca, en donde la saliva con alta concentración de ni-- cotina, baña los tejidos constantemente. En estos pacientes el 77 % eran fumadores.

Otros factores que predisponen a la aparición del cáncer de la -- lengua son el alcoholismo y las deficiencias sistémicas que con fre-- cuencia lo acompañan y que causan cambios atróficos en las mucosas -- intraorales. El 50 % de los pacientes con cáncer de la boca, mues-- tran alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático. Otros -- factores que causan atrofia de las mucosas orales, como el Síndro-- me de Plummver Vinson, anemia perniciosa y la sífilis terciaria, -- contribuyan probablemente al origen de la neoplasia.

Es importante señalar dos condiciones clínicas que contribuyen lesiones precancerosas en las mucosas. La eritroplasia que se mani-- fiestan como una mancha roja aterciopelada, y la leucoplasia que es una mancha blanca.

En ambas lesiones, microscópicamente, se encuentran cambios in-- trapiteliales malignos que evolucionan hacia carcinomas invasores, cuando esto ocurre se observan grietas y sangrado en las áreas de --

de leucoplasia.

Por lo tanto con lo anteriormente expuesto hacemos hincapié de la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de quistes y tumores en niños en la República Mexicana con la finalidad de retardar o aminorar la mortalidad por dichas causas o en su defecto limitar el avance del daño e incrementar el nivel de vida del paciente.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- 1.0 Analizar las características fisiopatológicas de los quistes y tumores benignos en cavidad oral más frecuentes en niños, así como la presencia de medios de diagnóstico y de tratamiento de dichas alteraciones en los infantes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 2.1. Describirán las zonas anatómicas dónde se presentan más frecuentemente quistes y tumores benignos en niños.
- 2.2. Describirán las características morfológicas de quistes y tumores benignos en niños.
- 2.3. Enunciarán las características clínicas de quistes y tumores benignos.
- 2.4. Describirán las características radiográficas de quistes y tumores benignos.
- 2.5. Describirán las características histológicas de quistes y tumores benignos.
- 2.6. Analizarán la etiología de quistes y tumores benignos.
- 2.7. Describirán los medios de diagnóstico de quistes y tumores benignos.
- 2.8. Describirán los medios de tratamiento de los quistes y tumores benignos en niños.

HIPOTESIS.

Con la detección, diagnóstico y tratamiento adecuado de quistes y tumores benignos en niños, se podrán evitar mayores complicaciones a nivel bucal y sistémico.

MATERIAL Y METODO.

MATERIAL.

RECURSOS HUMANOS.

- Pacientes Infantiles del Hospital Infantil de México.
- Se contará con la ayuda de un Cirujano Bucodontomaxilar y con un Médico Cirujano Patólogo.

RECURSOS FINANCIEROS.

- Diapositivas de Cirugías Pre-Trans y Postquirúrgicas.
- Diapositivas de Radiografías.
- Libros recientes de preferencia de 1975 a la fecha.
- Revistas en inglés del CENIDS con Información actualizada sobre nuestro tema.

RECURSOS FISICOS.

- Historias clínicas.
- Quirófano del Hospital Infantil de México.
- Fichas bibliográficas de trabajo.

METODO.

- Se realizará investigación bibliográfica y hemerográfica sobre el tema.
- Se asisitirá al Centro Oncológico del Centro Médico para recabar datos estadísticos acerca de la incidencia y prevalencia de quistes y tumores benignos en niños en la República Mexicana.
- Se realizará investigación bibliográfica en libros de 1975 a la fecha.
- La selección de los artículos se realizar en base a la fecha de publicación y que sea de carácter científico.

- Se realizará investigación hemerográfica en artículos del CENIDS en inglés de 1980 a la fecha. Y se registrarán si hay artículos nacionales.
- Los textos se seleccionarán tomando en cuenta el año de publicación, las características de la información y el nombre de la editorial.
- En cuanto a las diapositivas de los casos clínicos, seguirán los siguientes lineamientos:
 - 1.- Se asistirá al quirófano del Hospital Infantil de México el día de la cirugía.
 - 2.- Se fotografiarán las radiografías del preoperatorio.
 - 3.- Se fotografiará el caso clínico del preoperatorio.
 - 4.- Se fotografiará el caso clínico durante el transoperatorio
 - 5.- Se fotografiará el caso clínico del postoperatorio.

SELECCION.

Libros.- De preferencia de 1975 a la fecha, de las editoriales más conocidas y serán nacionales o internacionales.

Dichas fuentes serán bibliográficas y de información y en cuanto a los artículos éstos serán de carácter secundario. Además los artículos son de carácter científico, Internacionales y con relación al tema.

Por otro lado los casos clínicos seguirán una metodología para poder proyectarlos objetivamente.

ORGANIZACION.

La organización se desglosará en capítulos y de acuerdo a un índice, el cuál va anexo.

ANALISIS.

El análisis de la tesis se realizará en base a fichas de trabajo y serán de tipo bibliográfico y de acuerdo a nuestra investigación bibliográfica.

SINTESIS.

La síntesis se sacará de El conjunto de conclusiones de cada una de las fichas de trabajo.

EVALUACION.

Se evaluará la investigación realizada de acuerdo a la bibliografía utilizada y tomando como base el método científico.

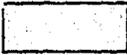
CRONOGRAMA.

OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO.

1a.
2a.
3a.
4a.

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES.
ASESORAMIENTO	INVESTIGACION			ASESORA- MIENTO.

 INVESTIGACION.

 ASESORAMIENTO.

ACTIVIDAD.

FECHA.

- * Entrega de protocolo. 19-23 Septiembre del 83.
- * Aceptación del tema protocolo. 17-21 Octubre del 83.
- * Desarrollo de la investigación. 17 Octubre a 17 Dic. del 83.
- * Revisión de tesis. Enero del 84.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Shaffer.
Patología Oral.
Editorial Interamericana.
- 2.- Edward V. Zegarelli.
Diagnóstico en Patología Oral.
- 3.- O'Brien.
Radiología Dental.
Editorial Interamericana.
- 4.- Thoma.
Patología Bucal.
Editorial Interamericana.
- 5.- John Giunta.
Patología Bucal.
Editorial Interamericana, Primera Edición.
- 6.- Shapiro.
Anatomía Dental y de Cabeza y Cuello.
Editorial Interamericana.
- 7.- Leyt.
Odontología Pediátrica.
Editorial Mundi SAICYF.

- 8.- Sidney B. Finn.
Odontología Pediátrica.
Editorial Interamericana 4a. Edición.
- 9.- Arthur W. Ham.
Histología.
Editorial Interamericana 7a. Edición.
- 10.- Dr. Quiroz.
Anatomía Humana.
Editorial Porrúa, 13a. Edición.
- 11.- Ries Centeno.
Cirugía Bucal.
Editorial Prensa Médica Mexicana.
- 12.- Kruger.
Cirugía Bucal.
Editorial Interamericana.
- 13.- Voss - Herrlinger.
Anatomía.
Editorial Ateneo, 2a. Edición.
- 14.- Guyton.
Tratado de Fisiología Médica.
Editorial Interamericana, 5a. Edición.
- 15.- Mc. Donald.
Odontología para el niño y el adolescente.
Editorial Mundí, 2a. Edición.
- 16.- Goodman y Gildman.
Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica.
Editorial Médica Panamericana 6a. Edición.

- 17.- Goldstein
Farmacología.
Editorial Limusa. 1a. Edición en Español.
- 18.- Orban.
Histología y Embriología Bucales.
Editorial Prensa Médica Mexicana.
- 19.- Academia Mexicana de Medicina.
Cáncer.
México, 1971, año 1971.
- 20.- Malcolm Lynch.
Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento
Editorial Interamericana, 7a. Edición.
- 21.- Mathe y Richet.
Semiología Médica.
Editorial Jims. 2a. Edición.

ARTICULOS EN INGLES - CENIDS.

- "Histopathology of benign gingival fibroblastic lesions with special reference to odontogenic fibroma and recurrence rates".
- "Giant complex Odontoma of the maxillary antrum. A case report".
- "Unusually rapid bone regeneration following mandibular resection".

INDICE.

TITULO.

INDICE.

PROLOGO.

INTRODUCCION.

PROYECTO.

DESARROLLO.

CAPITULO I.

- 1.- Definición de quiste y tumor.
- 2.- Incidencia de quistes y tumores benignos.
- 3.- Zonas anatómicas donde se presentan los quistes y tumores benignos.
- 4.- Etiología de los quistes y tumores benignos.

CAPITULO II.

- 1.- Características histológicas de quistes y tumores benignos.
- 2.- Características morfológicas de quistes y tumores benignos.

CAPITULO III.

- 1.- Características clínicas de los quistes y tumores benignos.
- 2.- Características radiográficas de quistes y tumores benignos.

CAPITULO IV.

- 1.- Medios de diagnóstico de quistes y tumores benignos.
- 2.- Medios de tratamiento de quistes y tumores benignos.

CAPITULO IV..

CASOS CLINICOS DEL No.1 al 9.

- a).- Antecedentes del caso clínico.
- b).- Elaboración de Historia clínica.
- c).- Métodos auxiliares de diagnóstico (laboratorio y gabinete).

- d).- Plan de tratamiento (preoperatorio).
- e).- Técnica del transoperatorio propiamente dicho.
- f).- Postoperatorio inmediato y mediato.
- g) - Anexos.

CAPITULO PRIMERO

GENERALIDADES.

QUISTES.

Sabemos que con lamentable frecuencia se presenta este tipo de alteraciones en la cavidad bucal de niños y adultos.

El Cirujano Dentista olvida la necesidad de que puede encontrar tales lesiones en la práctica diaria; una de sus obligaciones es detectar, así como darle tratamiento oportuno a este tipo de problemas, dado que es un problema de salud pública.

Quíste es una lesión que consiste en un espacio anormal (ya sea de tejidos blandos, de la boca), que contienen una sustancia líquida ó semisólida, que está limitada por un epitelio y encerrada en una cápsula de tejido conjuntivo.

CLASIFICACION.

QUISTES ODONTOGENICOS.

- 1.- Quíste dentígero.
- 2.- Quíste de erupción.
- 3.- Quíste gingival del recién nacido.
- 4.- Quíste periodontal y gingival laterales.
- 5.- Quíste odontogénico queratinizante y calcificante (tumor quístico queratinizante).
- 6.- Quíste radicular (periapical).
- 7.- Queratoquistes odontogénicos.
 - a).- Quíste primordial.
 - b).- Queratoquistes múltiples de los maxilares, carcinomas basocelulares nevoides cutáneos múltiples y anomalías esqueléticas.

QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES.

- 1.- Quiste globalumaxilar (premaxilar - maxilar).
- 2.- Quiste nasopalveolar (nasolabial de Klestadt).
- 3.- Quiste nasopalatino (maxilar anterior mediano).
- 4.- Quiste mandibular mediano.
- 5.- Quiste lingual anterior.
- 6.- Quiste dermoide y epidermoide.
- 7.- Quiste palatino del recién nacido.

QUISTES DEL CUELLO, SUELO BUCAL Y GLANDULAS SALIVALES.

- 1.- Quiste del conducto tirogloso.
- 2.- Quiste linfopitelial (hendidura branquial).
- 3.- Quistes bucales con epitelio gástrico o intestinal.
- 4.- Quiste de la glándula salival.
- 5.- Mucocela y Ránula.

SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.

- 1.- Quiste óseo aneurismático.
- 2.- Quiste óseo estático (defecto óseo congénito).
- 3.- Quiste óseo traumático (hemorrágico solitario).

MEDIOS DE DIAGNOSTICO DE QUISTES.

Para el diagnóstico correcto se debe llevar a cabo la Historia Clínica completa así como sus auxiliares de diagnóstico como es el Examen Clínico (inspección, palpación percusión, etc) Exámenes de Gabinete (radiografías periapicales, oclusales, panorámicas etc), - Exámenes de Laboratorio para corroborar el diagnóstico presuncional con el histopatólogo. De lo contrario se corre el riesgo de un - -

diagnóstico erróneo, dado que el tratamiento oportuno y el pronóstico dependerá de un Buen Diagnóstico.

ETIOLOGIA.

A diferencia de las neoplasias, los quistes tienen origen específico; a continuación mencionamos algunas:

- a).- Alteración del epitelio reducido del esmalte.
- b).- Degeneración quística de los restos de la lámina dental.
- c).- Restos de la lámina dental del órgano del esmalte ó de sus ramificaciones.
- d).- Restos de Malassez.
- e).- Como secuela de caries dental.
- f).- Después de la extracción de un diente.
- g).- Gérmenes dentales supernumerarios.
- h).- Degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado.
- i).- Proliferación de epitelio atrapado en la línea de fusión (hereditario).
- j).- Epitelio germinal embrionario (congénito).
- k).- Lesiones traumáticas.

NEOPLASIAS.

Uno de los principales problemas que interesan de sobre manera al Cirujano Dentista, es el diagnóstico y tratamiento oportuno de las neoplasias en todo tipo de población; incluso en niños: Su importancia consiste en la gran variedad de formas en que suele presentarse, además de los estragos que provoca en el organismo humano:

Neoplasia.- Es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento - excede de los tejidos normales y está incoordinado con el de los - mismos, persiste en la misma forma excesiva después que cesan los - estímulos que la originaron:

Metástasis.- Este término se utiliza cuando un proceso canceroso se extiende a otros tejidos alejados del que le da origen:

En este proceso se lleva a cabo a través de cinco vías diferentes que son:

- 1.- HEMATOGENA: La cual se lleva a cabo cuando un grupo de células neoplásicas penetran en un vaso sanguíneo y al transportarse -- por la sangre se establecen en un órgano alejado, proliferan - formando una masa tumoral semejante a la que le dió origen: Esta diseminación se lleva a cabo en los sarcomas (no es una - re- - gla): Las metástasis más frecuentes se dan en pulmón, hígado y - huesos; debido a que éstos órganos tienen bastante afluencia -- sanguínea:
- 2.- LINFÁTICA:- La diseminación se lleva a cabo a través de un vaso linfático hasta llegar al ganglio más cercano, aquí puede dete- - nerse y crecer para luego continuar avanzando por, la misma vía:

- 3:- LINFHEMATOGENA: - La diseminación se efectúa tanto por la vía hemática como la linfática:
- 4:- TRANSCELOMICA:- Se lleva a cabo en las cavidades serosas y la diseminación se sigue a través de la cavidad:
- 5:- POR CONDUCTOS PREFORMADOS Y REVESTIDOS DE EPITELIO:- Los únicos sitios que reúnen estos requisitos son el tubo digestivo, aparato urogenital y árbol respiratorio.

Actualmente, ya se cuenta con mayor información con respecto a las neoplasias, y se ha conseguido conjuntar los conocimientos de muchos investigadores para clasificarlas, de acuerdo a los tejidos que los originó y a su patrón de comportamiento, pero dicha clasificación no es todavía satisfactoria ya que queda mucho por saber acerca del comportamiento y clasificación de las neoplasias:

Según su patrón de comportamiento se clasifican en BENIGNAS Y MALIGNAS: (Pero nuestra revisión se encargará únicamente de las BENIGNAS y las que atacan con mayor frecuencia a la infancia); cuyas características principales son:

BENIGNAS.

- :- Son circunscritas y tienen una cápsula;
- :- De crecimiento lento y de tipo expansivo.
- :- No hay metástasis.
- :- Usualmente pequeñas, pero pueden alcanzar grandes dimensiones:

MALIGNAS.

- :- Bordes mal definidos y no están encapsuladas;
- :- Crecimiento rápido y de tipo invasivo, continuando hasta la muerte:
- :- Producen metástasis.
- :- Usualmente son de gran tamaño:

BENIGNAS.

- :- Histológicamente son bien diferenciadas:
- :- Las células tumorales tienden a copiar el tejido de origen estructural y funcionalmente:
- :- Estroma bien formado y poca tendencia a hemorragia y necrosis:

- Las células son de forma regular y con pocas mitosis.
- No son fatales, si ocurre es debido a presión mecánica y a efectos obstructivos.

La siguiente clasificación de neoplasias orales es la recopilación de varios investigadores especializados en la patología bucal, el cual ha tomado a bien, llamar a un determinado tumor por su nombre específico para su mejor estudio tomando las características histológicas y el tejido donde se localizan, derivándose así en el desarrollo y evolución de cada uno.

La OMS para evitar precisamente que los investigadores llamaran de distintos nombres a un mismo tumor, clasificó de esta forma a los tumores bucales:

MALIGNAS.

- :- Histológicamente son menos diferenciadas y en ocasiones anaplásicas..
- :- El estroma está pobremente formado y comunmente hay necrosis y hemorragia:
- :- Producen la muerte si no son tratadas y es una combinación de efectos mecánicos y destructivos así como pérdida de sangre -- infección secundaria, etc.

SEGUN SUS CELULAS DE ORIGEN.

Benignos.

1.- Epitelio (ectodermo).

- | | |
|---|----------------|
| a). Escamoso. | Papiloma. |
| b). Glandular. | Adenoma. |
| c). Especial ameloblastos. | Ameloblastoma. |

2.- Tejido Conectivo. (mesodermo)

- | | |
|-----------------------|--|
| a). Fibroso. | Fibroma. |
| b). Adiposo. | Lipoma. |
| c). Neural. | Neuroma. |
| | combinación |
| | Neurofibroma. |
| | Neurilémoma. |
| | (Schwanoma). |
| d). Cartilaginoso. | Condroma. |
| | combinación. |
| | Osteocondroma. |
| e). Óseo. | Osteoma. |
| | Osteofibroma central. |
| | Tumor óseo de cels. |
| | Gigantes. |
| | Quíste óseo aneurismático. |
| | co. |
| | Torus palatino. |
| | Torus mandibular. |
| f). Vasos. | Angioma. |
| g). Vasos sanguíneos. | Hemangioma capilar y cavernoso. |
| h). Vasos linfáticos. | Lingangioma capilar, - cavernoso y quístico. |

Malignos.

1.- Epitelial.-

Neuroma Traumático.

Neurofibromatosis.

Carcinoma epidermoide.

Carcinoma Basocelular.

Carcinoma espinocelular y va-
riedades.

Carcinoma in situ.

Adenocarcinoma.

Carcinoma verrucoso.

Carcinoma fusocelular.

Linfoepitelioma.

Fibrosarcoma.

Liposarcoma.

Neurosarcoma.

Rabdiosarcoma.

Leiomiomasarcoma.

Neurofibrosarcoma.

Condrosarcoma.

Osteosarcoma.

Angiosarcoma.

Hemangiosarcoma.

Linfangiosarcoma.

Leucemia.

Linfoma.

Enfermedad de Hodkin.

Melanoma.

2.- Conectivo.

3.- Células pigmentadas.

4.- Mixtos.

Tumor mixto maligno.

5.- Histlogénesis controvertida o insegura.

Tumor maligno de células granulosas.

Sarcoma alveolar de las partes blandas.

Sarcoma de Kaposi.

ETIOLOGIA.

Se desconoce la etiología específica de las neoplasias, y es por esto que los estudios realizados sólo quedan en hipótesis:

1:- Origen de los Tumores.

a):- RESTOS CELULARES.

Hipótesis dada por Cohnheim en 1875 se basa en el secuestro de restos celulares durante el desarrollo embriológico: Se pensaba que los cambios neoplásicos de estos restos constituyen la base de los tumores: Nunca se han encontrado los mencionados restos celulares, estudios recientes favorecen la hipótesis de que los tejidos afectados, inicialmente eran normales y que posterior al estímulo de agentes externos, sufren un cambio:

b):- CAMPOS DE CRECIMIENTO.

La teoría moderna:- Se basa en toda una área de tejido está predispuesto a un cambio neoplásico: Dicha área constituye un CAMPO DE CRECIMIENTO; siendo el agente predisponente, un agente externo-físico o químico, un factor hereditario ó una enfermedad crónica: Estudios clínicos que fundamentan ésta teoría son los múltiples tumores primarios y las recurrencias de tumores:

2:- Factores que causan neoplasias.

La causa del cáncer del ser humano es desconocida; existen muchos factores que actúan entre sí para producir un cambio irreversible en el núcleo de las células, de tal modo que si tienen la oportunidad de proliferar incontrolablemente: Fischer-Wasel dicen que en cancerogénesis es necesario el sinergismo de un factor local y otro-

general; hay que tener cuidado de calificar a un estímulo cualquiera como cancerígeno dado que su efecto está siempre condicionado: - Factores reconocidos como poseedores de un probable efecto del origen del cáncer:

Agentes carcinogénicos externos (químicos y físicos), virus, -- predisposición hereditaria, hormonas e inmunología, enfermedades -- crónicas, etc.

a).- AGENTES EXTRINSECOS.

Día a día aumenta el número de sustancias reconocidas como carcinógenas; la industria nos pone en contacto con ellas a través del inquinamiento atmosférico, de la conservación y aromatización de los alimentos, prendas de vestir, abuso de drogas, abonos, insecticidas, etc. Ejemplo de algunas sustancias:

Químicos:- hollín, alquitrán de hulla, aceites minerales, arsénicos, cromo, níquel y asbesto:

Físicos:- Radiaciones ionizantes y ultravioleta, el traumatismo o irritación mecánica crónica:

b):- VIRUS.

En varios animales especialmente aves y roedores se conocen tumores de origen viral del tejido hematopoyético debido a esto se ha hecho la búsqueda intensa: El virus del herpes produce el linfoma de Burkitt, neoplasia del maxilar superior que afectan a niños de Africa: No se ha comprobado que sea el único agente causal:

c):- PREDISPOSICION HEREDITARIA.

Se han identificado tipos de herencia Mendeliana para algunos tipos de cánceres y para algunos transtornos que predispongan al -- cáncer:

Ejemplo: Transmisión autosómica dominante que produce melanocarcinoma; sólo 3 % de todos los casos tienen carácter -- familiar:

d):- HORMONAS E INMUNOLOGIA.

Diversas hormonas en especial la sexual son capaces de provocar tumores malignos en animales: No se conoce relación casual directa entre hormonas y tumores en el hombre, se ha alterado la evolución del cáncer prostático o mamario administrando hormonas sexuales y -- castración, por hipofisectomía o suprarrenalectomía: Parece indudable que estas sustancias a veces desempeñan un papel contribuyente de las neoplasias humanas:

La inmunología desempeña un papel importante; si está disminuída, es mayor la probabilidad de que se genere una neoplasia o que -- prospere la existencia:

Con la edad la susceptibilidad al cáncer aumenta: Salvo ciertas -- excepciones, el cáncer es un padecimiento de edades avanzadas:

e):- ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Hay algunas enfermedades crónicas en las cuales puede presen-- tarse ocasionalmente una neoplasia como son: cirrosis, anemia por -- deficiencia de hierro, osteomielitis crónica, cicatrices de quemaduras, úlceras crónicas varicosas, etc.

En la mayoría de las neoplasias no se sabe realmente lo que es, hasta que se realizan las pruebas pertinentes, principalmente las-- del histopatólogo en el laboratorio:

MÉTODOS DIAGNÓSTICO PARA-CLÍNICOS QUE SE UTILIZAN LAS NEOPLASIAS DE LA CAVIDAD BUCAL.

En la mayoría de las neoplasias no se sabe realmente lo que es, hasta que se realicen las pruebas pertinentes, principalmente las del histopatólogo en el laboratorio: El Dentista de capacidad más-- que median, con frecuencia carece de los conocimientos adecuados so-- bre neoplasias orales.

Incluso en la infancia, la cavidad bucal y las áreas circundan-- tes están sujetas a neoplasias, benignas o malignas, y en muchos -- casos aún en exámenes clínicos muy cuidadosos no pueden identificar con seguridad total el que la lesión sea inflamatoria, degenerativa ó neoplásica: El único método seguro para el diagnóstico para este-- tipo de lesiones dudosas es la Biopsia y seguida de un exámen histo-- patológico:

Para un mejor diagnóstico se requiere de todos estos métodos -- de diagnóstico, de lo contrario se corre el riesgo de hacer un diag-- nóstico falso o equivocado; ya que el pronóstico, el perfecciona-- miento del tratamiento o tratamiento oportuno ya sea quirúrgico, -- radiográfico o quimioterápico es decisivo en lo que respecta a la -- curación o la muerte:

CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

El estudio citológico consiste en el estudio e interpretación-- de las características que muestran las células descamadas expon-- tánea o artificialmente de las superficies epiteliales.

El material obtenido de la exfoliación celular es consecuencia--

de un proceso de renovación constante, en epitelios normales mantienen equilibrio estable:

El examen citológico es un diagnóstico precóz de neoplasias malignas.

INDICACIONES.

- 1.- Lesiones que no justifican la biopsia.
- 2.- Cuando no pueda realizarse inmediatamente la biopsia.
- 3.- Lesiones sospechosas que no se llegue a un diagnóstico definitivo.
- 4.- Para descubrir el carcinoma incipiente.
- 5.- Control periódico de recidivas de carcinomas.
- 6.- Cuando la tinción con azul de toluidina resulte positiva.
- 7.- En el diagnóstico del sexo cromosómico.

CONTRAINDICACIONES.

- 1.- Cuando el cáncer es evidente.
- 2.- En lesiones queratósicas.
- 3.- En el tratamiento definitivo no puede basarse en un frotis, será necesario un diagnóstico histológico.
- 4.- Lesiones de localización profunda sin comunicación con la superficie.

METODÓ.

- 1.- Se marca el portaobjetos con el número de caso y el sitio de la lesión.
- 2.- Se limpia la lesión.
- 3.- Se raspa vigorosamente la lesión hacia un sólo sentido.

4.- El producto se deposita en el portaobjetos limpio y seco hasta obtener una película delgada y fina.

El diagnóstico se realiza de acuerdo a la clasificación del Papanicolaou la cuál divide en 5 clases :

CLASE I.- Negativo (no se observan atipias, estudio anual).

CLASE II.- Negativo (ALGUNAS ATIPIAS), curación de infecciones y estudio anual.

CLASE III.- Sospechoso (no hay signos definitivos de malignidad).

CLASE IV.- Positivo (hay características de malignidad).

CLASE V.- Positivo (definitivamente maligna).

La clase III, IV y V. y se enviará a consulta oncológica.

BIOPSIA.

La palabra biopsia se deriva del griego Bios-vida y Opis-visión.

Por biopsia se entiende al procedimiento que designa la extracción en un ser vivo, de una porción de tejido u órgano con el propósito de investigar generalmente mediante examen microscópico la naturaleza de la lesión.

El acto quirúrgico para la obtención de una biopsia es desde una cirugía menor hasta una cirugía mayor.

ETAPAS DE PARTICIPACION QUE COMPRENDE LA TOMA DE LA MUESTRA.

La preparación del material para estudio microscópico (Inclusión en parafina, obtención de los cortes tinción de los mismos) y finalmente la observación e interpretación de los hallazgos para-

un diagnóstico final.

PROPOSITOS DE LA BIOPSIA.

- 1:- Establecer diagnóstico definitivo y preciso:
- 2:- Determinar el grado de malignidad de una lesión:
- 3:- Conocer el grado de extensión del proceso patológico:
- 4:- Conocer el diagnóstico clínico:
- 5:- Seguir la evolución del padecimiento, respuesta a la terapéutica, el estado funcional de un tejido u órgano:

INDICACIONES.

- 1:- Después de un examen clínico cuidadoso no se llegue a un diagnóstico definitivo:
- 2:- Cuando se reconocen lesiones precancerosas:
- 3:- Cuando se ha seguido la evolución de una lesión y no responde al tratamiento o evidencias de cicatrización (de 7 a 10 días):
- 4:- Todos los tejidos blandos que se obtengan de un acto quirúrgico como son: granulomas dentales, quistes, tejidos de hiperplasia gingival, etc:

CONTRAINDICACIONES.

- 1:- La biopsia no será realizada en lesiones que clínicamente sean reconocidas como malignas:
- 2:- No se realizará en melanoma, porque es de las neoplasias más malignas y se originaría amplia diseminación:
- 3:- En hemangiomas, debido a su gran neoformación vascular lo que puede originar una hemorragia intensa:
- 4:- No se realiza en tumores de glándulas salivales principales porque deben extirparse intactas con su lóbulo correspondiente:

- 5:- En exostosis o torus por la dificultad que presenta el tomar -- una porción de tejido:
- 6:- No se realiz cuando el tejido por b opsiar involucra trayectos anatómicos que deben respetarse:

TIPOS DE BIOPSIAS.

- a):- Incisional.
- b):- Excisional.
- c):- En Sacabocado.
- d):- Punch.
- e):- Curetaje (raspado).
- f):- Punción.
- g):- Trepanación.
- h):- Irrigación.
- i):- Presión.
- j):- Espontánea.
- k):- Transoperatoria:

Cada uno de estos tipos de biopsias tiene sus indicaciones: Se pueden usar un solo método o la combinación de varios de acuerdo al tipo de tumor, a su localización etc:

BIOPSIA INCISIONAL.

Implica la remoción de una porción de la lesión: Es el método-- de elección para el diagnóstico de las neoplasias grandes, fijadas-- y/o ulceradas:

El espécimen debe incluir tejido neoplásico representativo con un borde de tejido normal: Es aconsejable obtenerla haciendo un cor te orientado hacia el centro del tumor, que abarque suficiente teji

do normal:

Teniendo cuidado de individualizar cada caso, está indicado en las siguientes lesiones:

a):- Tumores ulcerados de piel, b):- Tumores de partes blandas grandes y/o ulceradas, piso de boca, carrillos; c):- Tumores ulcerados de mucosas, carrillos, encías, lengua, piso de boca, etc.:

BIOPSIA EXCISIONAL.

La biopsia excisional puede ser: diagnóstica y diagnóstica terapéutica: Implica la remoción total de la lesión, mediante una excisión tridimensional, tanto en profundidad como hacia los lados:

Es el método de elección para tumores de tamaño pequeño no mayores de 2 cm: Está indicada en: lesiones benignas y malignas pequeñas, en lesiones pigmentadas sospechosas de melanoma maligno que no estén ulcerados:

BIOPSIA EN SACABOCADOS.

Es un procedimiento muy útil, mediante el cual se obtiene un buen fragmento del tumor, dirigiendo el instrumento ya sea hacia el centro o hacia los bordes o al sitio elegido del tumor, (éstas deben ser cuidadosamente marcadas): Usualmente es mediante un instrumento en cuya punta tiene un mecanismo para efectuar el corte en sacabocados: En otros casos el instrumento es un trocar en el cual se introduce el instrumento para el corte en sacabocados:

Las lesiones pueden ser abordadas por endoscopia con diferentes tipos de instrumentos para obtener biopsias de laringe, esófago, traquea, bronquios, estómago, intestino delgado, etc:

Esta indicada también en tumores óseos, tejidos blandos no accesibles; en neoplasias diseminadas, etc:

BIOPSIA POR PUNCH.

Es una variante de la biopsia por punción para lesiones superficiales: Se obtiene un cilindro usualmente de la parte central de la lesión: Las limitaciones tanto de la biopsia de sacabocados y punch son: el espécimen comunmente es pequeño, generalmente no lleva área representativa entre tejido sano y lesión:

BIOPSIA POR PUNCIÓN.

Es un método poco útil en padecimientos neoplásicos, debido a que el material que se obtiene es un fragmento de tejido o liquido que es excepcionalmente representativo para una completa clasificación y evaluación histológica del padecimiento: Es útil para tomar muestras de estructuras profundas, no se recomienda usarla por cavidad bucal: Otra de las indicaciones sería corroborar diseminación cuando ya se tenga diagnóstico histológico:

BIOPSIA POR CURETAJE.

(Raspado), tejido obtenido de una cavidad con instrumentos como cucharillas o legras: Indicadas en lesiones de senos paranasales, cavidad uterina, etc:

BIOPSIA POR TREPANACION.

Procedimiento empleado generalmente en tumores del Sistema Nervioso Central, puede ser diagnóstico y/o diagnóstico-terapéutica.

BIOPSIA POR IRRIGACION.

Método empleado en cavidades orgánicas.

Se introduce una solución, la cuál es aspirada. Esta es centrifugada para obtener del material sedimentado (frotis).

BIOPSIA POR PRESION O MASAJE.

Generalmente se obtiene de la presión de una lesión; ejemplo,-- secreción a través del pezón.

Del sedimento, y del material obtenido por presión, es conveniente además del frotis, fijar el sobrante en formol al 10 % para bloqueo celular.

BIOPSIA INESPERADA.

Fragmentos expulsados por el paciente, generalmente procedentes de cavidades orgánicas por ejemplo, árbol respiratorio, etc.

BIOPSIA TRANSOPERATORIA.

Es la obtención de una muestra para la elaboración del diagnóstico durante el acto quirúrgico (Se logra mediante congelación del espécimen a bajas temperaturas, ya congelado se obtienen cortes que son teñidos inmediatamente. Debe ser interpretada y el estudio de los márgenes quirúrgicos:

Las biopsias requieren de todos los requisitos de cualquier acto quirúrgico como son:

- a).- Asepsia.
- b).- Anestesia.
- c).- Fijación.

d):- Incisión.

e):- Sutura.

Existen otros medios de diagnóstico tales como la Tomografía Computarizada y la Ultrasonografía; las cuales solo se usan en casos muy particulares y centros altamente especializados como en Oncología, Perinatología, etc.

En la actualidad el Diagnóstico es confiable con los métodos de Diagnóstico tradicionales especialmente el histológico.

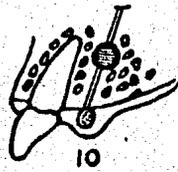
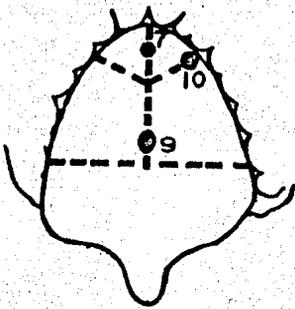
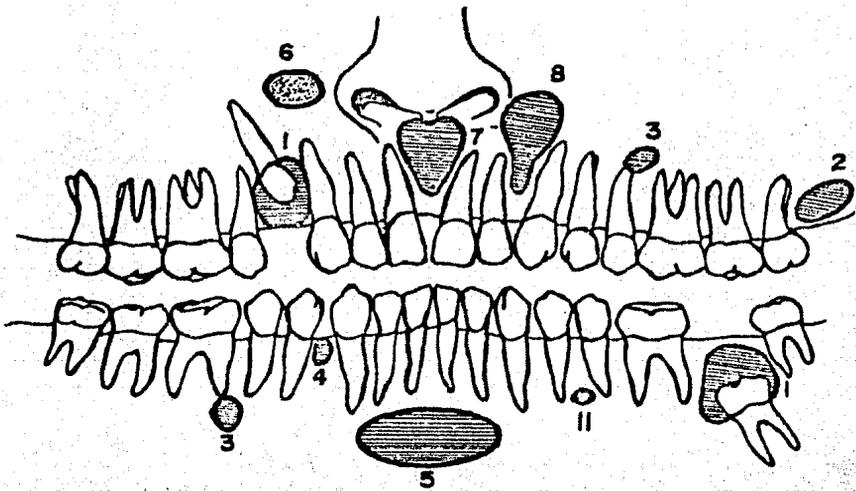
LOCALIZACION DE ZONAS ANATOMICAS DE QUISTES DE MAYOR FRECUENCIA
EN LOS MAXILARES.

- 1.- QUISTE DENTIGERO.
- 2.- QUISTE PRIMORDIAL.
- 3.- QUISTE RADICULAR.
- 4.- QUISTE PERIODONTAL LATERAL.
- 5.- QUISTE MANDIBULAR MEDIANO.
- 6.- QUISTE NASOALVEOLAR.
- 7.- QUISTE NASOPALATINO.
- 8.- QUISTE GLOBULOMAXILAR.
- 9.- QUISTE PALATINO MEDIO.
- 10.- QUISTE DE LA PAPILA INCISIVA.
- 11.- AGUJERO MENTONIANO.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- GIUNTA JHON:
 PATOLOGIA BUCAL.
 EDITORIAL INTERAMERICANA.
 PRIMERA EDICION : 1978: PAG.85.

QUISTES



LOCALIZACION DE ZONAS ANATOMICAS DE MAYOR FRECUENCIA DE TUMORES
BENIGNOS EN TEJIDOS DUROS, TEJIDOS BLANDOS Y GLANDULAS SALIVALES.

TEJIDOS DUROS.

- 1.- MAXILAR SUPERIOR.
- 2.- MAXILAR INFERIOR.

TEJIDOS BLANDOS.

- 1.- LENGUA (MUCOSA ESPECIALIZADA).
- 2.- PISO DE BOCA.
- 3.- MUCOSA DE REVESTIMIENTO (CARRILLOS).
- 4.- MUCOSA MASTICATORIA (ENCIA).
- 5.- LABIOS.
- 6.- UVULA PALATINA.

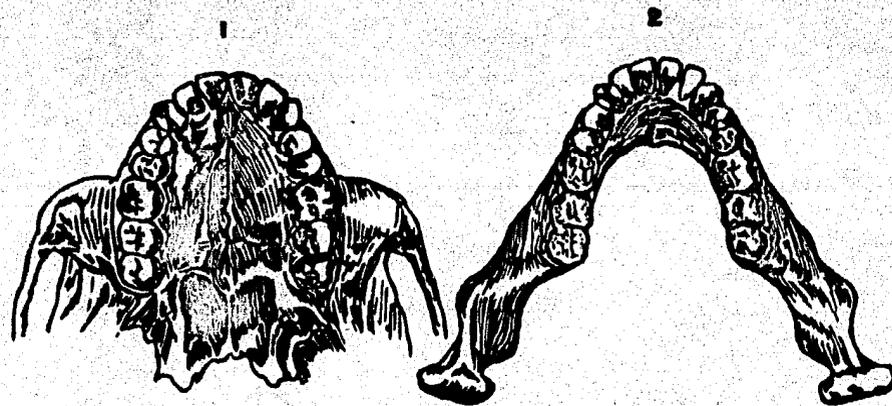
GLANDULAS SALIVALES.

- 1.- GLANDULAS PRINCIPALES.
- 2.- GLANDULAS ACCESORIAS.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- CROUCH JAMES E.
ANATOMIA HUMANA FUNCIONAL.
EDITORIAL C.E.C.S.A.
PRIMERA EDICION: 1977: PAG. 384, 387, 392:

TEJIDOS DUROS

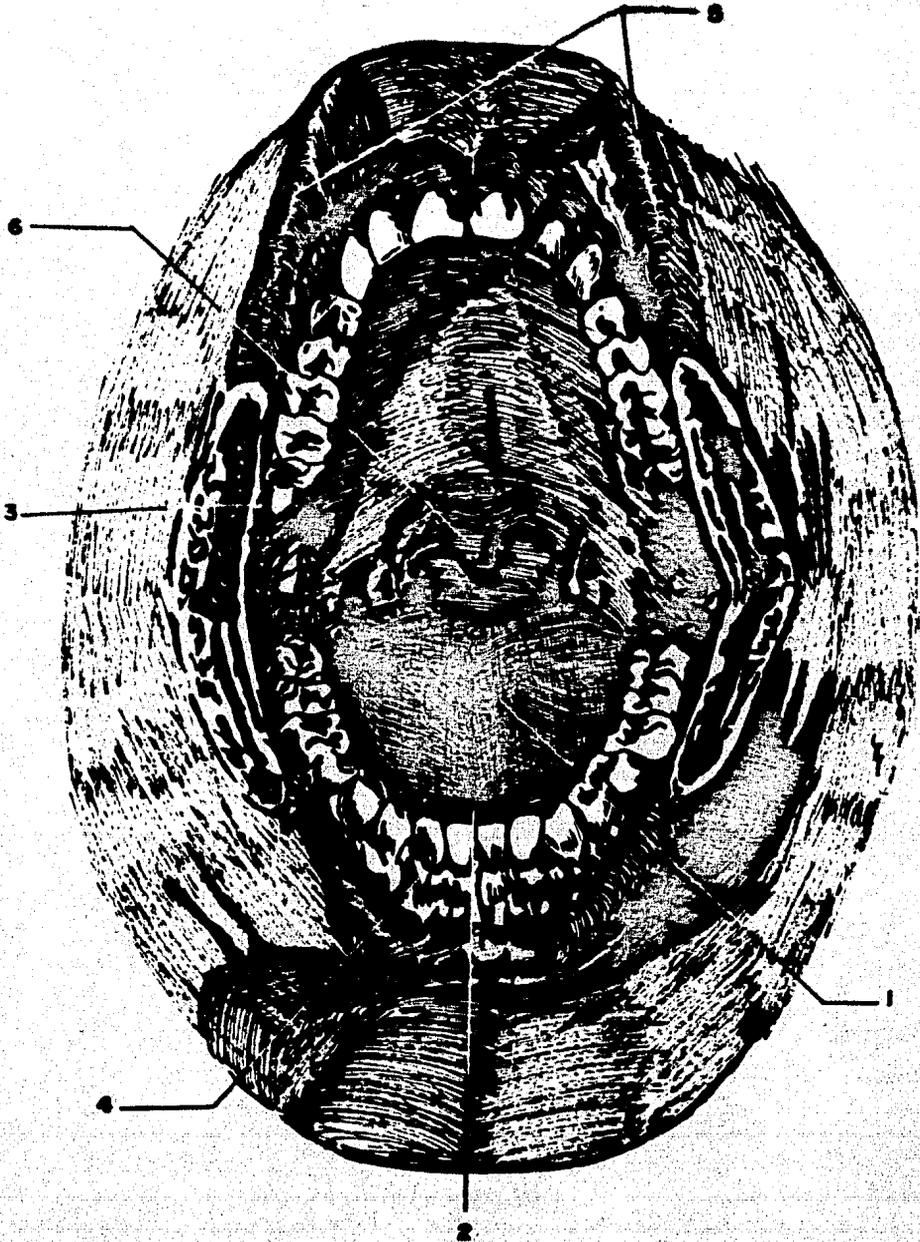


MAXILAR SUPERIOR

MAXILAR INFERIOR

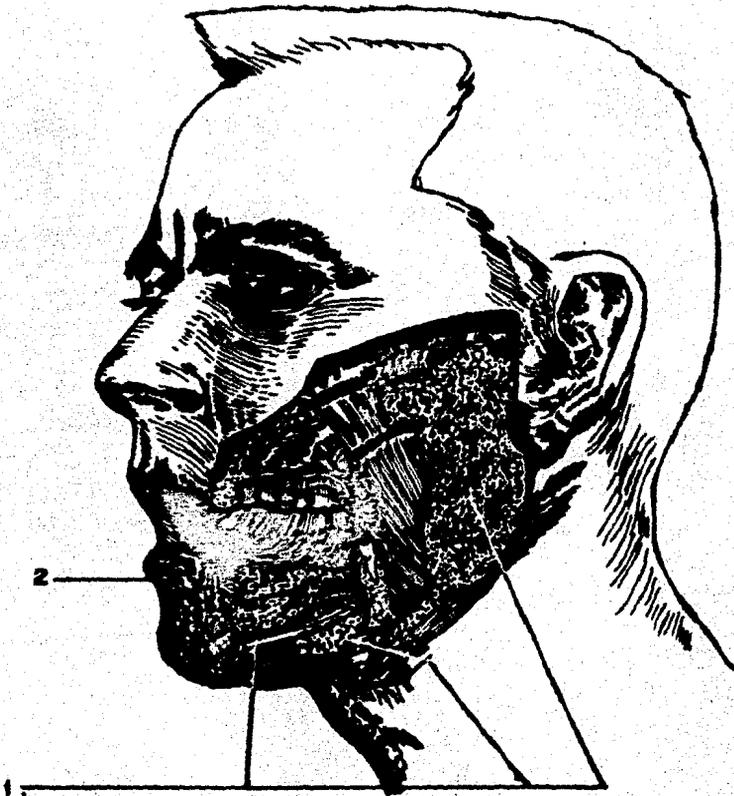
TEJIDOS

BLANDOS



GLANDULAS

SALIVALES



INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE QUISTES Y TUMORES EN MEXICO Y CLINICAS MULTIDISCIPLINARIAS DE E.N.E.P, ZARAGOZA.

El cáncer es uno de los problemas médicos de la humanidad, y es también un problema social importante por tratarse de una enfermedad de cronicidad que incapacita y mata a muchos adultos en plena actividad de producción alcanzando por desgracia a la población infantil.

Se presentan en todo el organismo y en el aparato estomatogmático, como integrante de éste.

Se presenta en niños y adultos de todo el mundo, varían en incidencia y prevalencia de acuerdo a la localización geográfica, raza, edad, sexo del paciente, evolución, ocupación y grado de malignidad de la neoplasia.

Actualmente es una de las principales causas de muerte. En la República Mexicana y en el Registro Nacional de Neoplasias, en los últimos 50 años se han observado cambios de gran importancia en la mortalidad en México. La tasa de mortalidad global descendió de 2400 a 750 por 100,000 habitantes, en ese mismo período la mortalidad por neoplasias ascendió de 14 a 37.5 por 100,000 habitantes.

En la actualidad las neoplasias malignas ocasionan el 5% de las muertes en México, es decir uno de cada 20 mexicanos muere por cáncer.

Cabe mencionar que lo anterior sólo se mencionó porque las neoplasias benignas pueden malignizarse, debido a que no se les diagnosticó a tiempo y no se les dió tratamiento oportuno.

En un estudio realizado en las clínicas multidisciplinares "Estado de México" y "Zaragoza" correspondientes a E.N.E.P. Zaragoza, se encontró que en la Clínica "Estado de México" se han realizado intervenciones quirúrgicas, pero desgraciadamente no se obtuvieron datos correspondientes a las cirugías realizadas debido a que los registros fueron depurados.

Respecto a la Clínica "ZARAGOZA" obtuvimos la siguiente información sobre las cirugías realizadas en lo que respecta a Quistes y Tumores:

Período 83-1 que comprende el mes de Octubre de 1982 a el mes de marzo de 1983. Estudio realizado en tres grupos.

Grupo 1.

De un total de 48 cirugías se realizaron:

Biopsias en un 6.2%.

1. Papiloma que corresponde a 2.08%.

2. Fibromas que corresponden a 2.16%.

Grupo 2.

De un total de 50 cirugías se realizaron:

2. Exostosis que corresponden al 4.0%.

Grupo 3.

De un total de 40 cirugías se realizaron:

Biopsias en un 2.5%.

1. Epulis Fisuratum.

Período 83-2 que comprende del mes de Abril de 1983 a el mes de Agosto de 1983. Estudio realizado en tres grupos.

Grupo 1.

De un total de 56 cirugías se realizaron:

Biopsias en un 1.7%.

1 Epulis Fisuratum.

Cirugías.

2 Mucoceles que corresponden a -
2.4%.

2 Torus Mandibular que correspon
den a 2.4.%

1 Quiste Periapical que correspon
de a 1.7%.

Grupo 2.

De un total de 50 cirugías que se realizaron:

Biopsias en un 8%.

1 Epulis Fisuratum.

1 Granuloma Periapical.

1 Granuloma Piógeno.

1 Quiste Radicular.

Grupo 3.

De un total de 47 cirugías que se realizaron:

Biopsias en un 6.3%.

2 Epulis fisuratum.

1 Quiste de erupción.

Cabe mencionar que éstos datos fueron obtenidos con la informa
ción de un Cirujano que conserva datos estadísticos recabados de di
chos períodos.

Encontramos que las patologías anteriormente mencionadas son --
las que con mayor frecuencia se encuentran y se tratan quirúrgica--
mente. Otras patologías son canalizadas a otros Centros Hospitala--
rios que cuenten con el equipo adecuado como el "Hospital Infantil--
de México". "Oncología" del "Centro Médico Nacional"; "Clínicas - - -

Particulares" etc.

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

- 1.- Academia Mexicana de Medicina
Cáncer.
México, 1971. Año 1971.
- 2.- CROUCH, James E. "Anatomía Humana Funcional", México, D.F.
Editorial C.E.C.S.A. (Segunda Impresión), 1981.
- 3.- FINN, Sidney B. "Odontología Pediátrica", México, D.F.
Editorial Interamericana (Cuarta Edición), 1983.
- 4.- GIUNTA, John "Patología Bucal" México, D.F.
Editorial Interamericana (Primera Edición), 1978.
- 11.- ORBAN, A. Balint. J. "Histología y Embriología Bucales". Mex. D.F.
- 12.- QUIROZ GUTIERREZ F. "Tratado de Anatomía Humana". Méx. D.F.
Editorial Porrúa, S.A. (Décima Tercera Edición), 1975.
Tomo II.
- 15.- THOMA. "Patología Oral" España, Salvat Editores 2a. Reimpresión.
- 16.- VOSS-HERRILINGER, "Anatomía Humana" Buenos Aires, Argentina.
Editorial El Ateneo. (Segunda Edición). 1968. Tomo I.

CAPITULO SEGUNDO.

QUISTES DEL DESARROLLO.

QUISTES ODONTOGENICOS.

QUISTE DENTIGERO.

Quíste dentigero o folicular es más frecuente que el primord-- dial; este quíste rodea a la corona de un diente retenido ya sea de la dentadura regular o supernumerarios:

ETIOLOGIA.

Se origina por alteración del epitelio reducido del esmalte des-- pués que la corona dental se ha formado completamente, con acumula-- ción de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona-- dental ó puede derivar de la degeneración de los restos de la lámi-- na dental: Es necesario distinguir el saco folicular agrandado y el quíste dentigero la diferencia estriba en el tamaño, normalmente-- se considera que es necesario una anchura del espacio pericoronar - de 2:5 mm: ó más:

La proliferación da una transformación quística de islas de epite-- lio alojadas en la pared de tejido conectivo del folículo dental -- hasta fuera de ella, y que esté epitelio transformado se une después con el epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad-- quística alrededor de la corona de un diente siendo permanente nor-- mal (raras veces ataca a una pieza primaria):

CARACTERISTICAS CLINICAS

Usualmente se localiza en el tercer molar inferior, canino y -- tercer molar del maxilar superior y el segundo premolar del inferior ó en cualquier otro diente sin salir, también es posible que el quíste encierre un odontoma compuesto complejo:

Puede tener cualquier tamaño, desde una leve dilatación del saco

pericoronar hasta ocupar todo el cuerpo y rama de una mitad del maxilar inferior, cuando involucra varios dientes adyacentes ocasiona la expansión de huesos con la consiguiente asimetría facial y gran desplazamiento de dientes, resorción intensa de las piezas aledañas y dolor como secuelas posibles del agrandamiento de dicho quiste; en el caso de que el quiste esté en un canino superior suele haber expansión del sector anterior de maxilar y superficialmente aparecer como una sinusitis aguda o una celulitis. El quiste dentígero puede estar en asociación con la disostosis cleidocraneal y un tipo raro de amelogenénesis imperfecta hipoplásica en el cual hay muchos enterrados:

Al quiste del brote o hematoma del brote se considera como tipo específico de quiste dentígero ya que se asocia frecuentemente con dientes primarios o permanentes en erupción en los niños.

La lesión quística de un tercer molar inferior retenido puede producir el ahuecamiento de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y cóndilo, así como la expansión de la lámina cortical, hasta quedar comprimido con el borde inferior de la mandíbula:

INCIDENCIA.

El 37% en terceros molares inferiores retenidos; 15 % en los superiores retenidos:

CLASIFICACION DE QUISTE DENTIGENO SEGUN THOMA.

Tipo central, lateral y circunferencial según la posición en la cual se desarrolla el quiste en relación con la corona dental:

En el tipo lateral, el quiste se desarrolla en el lado mesial--

o distal del diente y se dilata apartandose del diente, envolviendo sólo una porción de la corona:

Se desarrolla en la parte del órgano del esmalte que persiste-- después de que la porción que está encima de la superficie oclusal-- se ha convertido en cutícula dental: Puede inclinar el diente o des-- plazarlo hacia el lado no afectado:

En el tipo circunferencial, el órgano del esmalte entra alrede-- dor del cuello del diente se hace quístico, permitiendò muchas ve-- ces la erupción del diente a través del quiste y produciendo una -- imagen similar a la del quiste radicular:

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Zona radiolúcida que rodea simétricamente a la corona, en oca-- siones ésta zona radiolúcida está rodeada de una línea esclerótica-- que representa la reacción ósea:

Es una lesión unilocular lisa o puede presentarse multilocular:

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

En casos de quistes múltiples se deberá descartar la posibili-- dad que se trate de un nuevo basocelular, costilla bífida, ó síndro-- me de quiste odontógeno.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El quiste está compuesto por una delgada pared de tejido conjun-- tivo tapizado por un epitelio escamoso estratificado que es contí-- nuo con el epitelio reducido del esmalte que cubre la corona, no --

es rara la infección agregada secundaria y puede haber acantosis de las "clavijas de la rete" asociada con un infiltrado subvacilar de células inflamatorias. La superficie del epitelio suele estar cubierta de una delgada capa acanalada de paraqueratina u ortoparaqueratina.

El contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso, poco espeso a veces con un poco de sangre. La cápsula está casi siempre compuesta de tejido conjuntivo colágeno bastante denso en el cuál puede haber algunas células inflamatorias, hendiduras de colesterol -- y células gigantes de cuerpos extraños.

TRATAMIENTO.

Los pequeños pueden ser enucleados por cirugía en su totalidad, los de mayor tamaño mediante marsupialización.

PRONOSTICO.

Recidiva rara, salvo que hayan quedado restos, si es queratocística la posibilidad aumenta en forma notable.

Posible formación de un ameloblastoma derivado del epitelio de revestimiento ó de restos de epitelio odontógeno de la pared quística.

Posible formación de un carcinoma epidermoide con las mismas --- fuentes epiteliales y la formación de un carcinoma mucoepidermoide.

QUISTE DE ERUPCION.

También llamado quíste del Brote, Hematoma del Brote o de la -- papila incisiva.

Es un tipo poco frecuente de quíste Dentífero, está asociado -- con dientes deciduos en erupción o raras veces permanentes.

Es una dilatación del espacio folicular normal sobre la corona -- de un diente causada por la acumulación de líquido hístico o sangre.

ETIOLOGIA.

No se conoce la causa de formación del quíste.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Macroscópicamente es una hinchazón circunscrita y fluctuante -- del reborde alveolar en la zona del diente en brote. Cuando la cavi -- dad quística circuncoronaria contiene sangre es de color violeta -- o rojo oscuro de ahí el nombre de hematoma del brote, puede ser -- unilateral o bilateral, único ó múltiple y existir al nacer.

Se cree que es más frecuente en el sexo femenino. Es raro que -- desplace al diente.

TRATAMIENTO.

No requiere, ya que el diente brota sin retardo significativo.

QUISTE GINGIVAL DEL RECIEN NACIDO.

Este quiste también se llama Perlas de Epstein ó Nódulos de Bohn, ó Quiste de la lámina dental del recién nacido.

ETIOLOGIA.

Se originan en los restos de la lámina dental del órgano del esmalte o de sus ramificaciones después del cuarto mes de vida fetal, el 80% de los recién nacidos tienen pequeños nódulos o quistes (Perlas de Epstein ó Nódulos de Bohn); mientras que otros pueden considerarse verdaderos quistes por inclusión que crecen a partir de células desplazadas del epitelio gingival o ocurrir por traumatismo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se encuentra en la unión del paladar duro y blando cerca del rafe medio, y también en la encía libre o fijada son de color blanco o blanco amarillento. Son pequeñas tumefacciones circunscritas-blancas del reborde alveolar y en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna. Son asintomáticas (no producen molestia a los infantes). Se hacen superficiales y suelen romperse durante los primeros meses de vida. Tienen 1 mm. de diámetro ó menos. Es duro y no doloroso a la palpación.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Están revestidos de epitelio escamoso estratificado y muchas veces llenos de capas concéntricas de queratina, una luz ocupada por queratina descamada, células inflamatorias, cuerpos hialinos de "Rushton" y calcificación distrófica.

TRATAMIENTO.

No lo requiere, ya que desaparecen al ser desechados por los dientes en brote.

QUISTE RADICULAR.

También quiste peridontal apical, quiste periapical, quiste periapical dental. Es el más frecuente de todos los quistes bucales.

ETIOLOGIA.

Su origen del quiste es de tipo inflamatorio, como secuela de caries dental. Después de un proceso inflamatorio de la pulpa hacia la zona periapical dando origen a su granuloma apical; dentro de éste proliferan restos epiteliales de malassez; dando lugar al quiste radicular. Después de la extracción del diente responsable se le denomina quiste residual.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El quiste muchas veces es asintomático, el diente asociado con el quiste no es vital y casi siempre presenta caries dental, suele quedar pequeño 0.5 cm. de diámetro y no produce dilatación maxilar, la superficie mural del quiste puede ser rugosa ó lisa, según su estadio de desarrollo el contenido puede ser grumoso ó contener gran cantidad de cristales de colesterol respladecientes. A larga duración se puede exacerbar agudamente (transformarse en un absceso) que evoluciona a una celulitis ó establecer una fístula.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Radiográficamente no se diferencia un quiste de un granuloma -

apical.

El quiste es radiotransparente, bien circunscrito y claramente delimitado por un fino reborde de hueso cortical.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

En las células epiteliales se observan histiocitos (células es-pumosas), linfocitos, células plasmáticas, cuerpos hialinos, cuer-pos de Russell, hendiduras de colesterol y algunas células gigantes de cuerpos extraños, macrófagos cargados de lípidos y hemosiderina. Las fibras de colágeno se depositan circunferencialmente. Puede - haber fibras de oxitalano que es componente normal del ligamento - periodontal.

El epitelio es escamoso estratificado y relativamente grueso -- acantomatoso ulcerado y en ocasiones esta queratinizado.

Histoquímicamente se encuentra enzima lisosomal hidrolítica, -- fosfatasa ácida en las células epiteliales exfoliantes. En la capa-basal del quiste se encuentra deshidrogenasa succionica, indicando una acción anabólica; cuerpos hialinos (ó cuerpos de Rushton) de estruc-tura amorfa, reacción eosinofila y naturaleza frágil.

TRATAMIENTO.

Enucleación total quirúrgica del mismo y en lo posible sin ex-- traer el diente afectado.

PRONOSTICO.

Nula tendencia a malignizarse, puede presentar recidiva.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El quiste es histológicamente idéntico al granuloma periapical del cuál deriva con excepción de la presencia de la cavidad revestida de epitelio.

QUISTE RESIDUAL.

ETIOLOGIA.

Es el quiste que proviene después de la extracción de un diente que implica un quiste radicular; que permanece sin causa aparente luego de un procedimiento quirúrgico.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Son asintomáticos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Es similar al quiste radicular, presentando zona radiotransparente bien circunscrita y claramente delimitada por un fino reborde de hueso cortical; sólo, que en éste quiste existe un diente o dientes faltantes, los cuáles son debido a una previa extracción.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Radiográficamente pueden hacer pensar en otras lesiones centrales como la histiocitosis, mieloma múltiple, neoplasia metastásica.

TRATAMIENTO.

El de elección.

QUERATOQUISTÉS

ODONTOGENICOS.

QUISTE PRIMORDIAL.

(Queratoquiste).

Quiste de los menos frecuentes:

El quiste primordial se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociado con él.

Todos los quistes presentan formación de queratina ó paraqueratina en el epitelio de revestimiento por lo que son queratoquistes, además pueden ser uniloculares o multiloculares.

ETIOLOGIA.

Se ha creído que tienen origen en los gérmenes dentales supernumerarios.

Se forma por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte antes de que se forme esmalte o dentina calcificada. Puede originarse también en un diente supernumerario y también tiene como fuente la lámina propia dental en forma directa.

Además este quiste se forma del epitelio bucal primitivo y por lo tanto están relacionados con el ameloblastoma, un neoplasma dental verdadero. En estos quistes las células epiteliales tienen capacidad neta de desarrollar neoplasmas.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se encuentran con mayor frecuencia en el lugar del tercer molar inferior o por detrás del mismo en el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior. Varía de tamaño y tiene poten-

cial para expandir hueso y desplazar a los demás dientes adyacentes. A veces está asociado con un diente primario persistente.

No es doloroso a menos que se infecte y es raro que presente manifestaciones clínicas obvias.

Indudablemente se forma en épocas tempranas de la vida aunque se descubra mucho después.

Se presenta con mayor incidencia entre la segunda y tercera década de la vida, de igual manera en los dos sexos.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

Es una lesión radiolúcida redonda u oval bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o racionnal y que puede ser uni ó multilocular. Se localiza debajo de las raíces dentales entre las raíces de las piezas adyacentes o cerca de la cresta del reborde en lugar de un diente ausente congénitamente, en particular de un tercer molar superior o inferior.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La pared del quiste se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas de densidad variable. En la superficie interna que mira hacia la luz está revestida de una capa íntecta o interrumpida de epitelio escamoso estratificado que suele presentar paraqueratina o a veces ortoqueratina; con frecuencia tiene una superficie acanalada. El epitelio es de grosor variable aunque por lo general es delgado con un espesor de 2 mm.

Los queratoquistes se caracterizan por la presencia de un mate-

rial espeso, cremoso, caseoso que llena la cavidad, al abrirlo se observan cristales brillantes; estos quistes suelen ser mayores -- y con mas frecuencia multiloculares que los quistes no queratinizados. Son tres veces más frecuentes en el maxilar superior y si hay recidivas en la mitad de los casos.

Pueden presentarse células inflamatorias crónicas en su mayor parte linfocitos y plasmocitos mezclados con leucocitos polimorfonucleares en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo, es un hallazgo variable.

TRATAMIENTO.

Enucleación quirúrgica con un raspado hasta el fondo del hueso.

PRONOSTICO.

El índice de recidiva es elevado.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Se asemeja a un quiste periodontal o a un dentígero. Los quistes primordiales se diferencian de los quistes periodontales y dentígeros en que no contienen elementos calcificados.

QUISTES NO
ODONTOGENICOS.
Y
FISURALES.

QUISTE DERMOIDE.

Es un quiste del desarrollo tapizado de epidermis y apéndices cutáneos.

ETIOLOGIA.

El quiste dermoide es una forma de teratoma quístico derivado principalmente del epitelio germinal embrionario pero en algunos casos contiene también estructuras de otras capas germinativas. Probablemente es debido al enclavamiento del ectodermo durante el cierre de las fisuras embrionarias que ocurren en la tercera y cuarta semanas in utero.

En el quiste dermoide medial el atrapamiento de epitelio es en la línea media, probablemente ocurre durante la fusión de los arcos branquiales primero (maxilar) y segundo (hioideo) es decir por la fusión de los procesos laterales a cada lado del arco maxilar con el tubérculo impar para formar la lengua anterior y el suelo de la boca.

El quiste dermoide lateral probablemente deriva del extremo ventral de la primera bolsa faríngea o de la hendidura branquial. Aproximadamente el 25% de los quistes dermoides que ocurren en la cabeza y cuello derivan del suelo de la boca.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se localiza en el paladar, ángulo de la mandíbula, glándulas salivales, y en los testículos y ovarios.

Alrededor de la boca los quistes dermoides ocurren con mas fre

cuencia en el suelo, en la línea media y se han clasificado en quistes dermoides medial (línea media) y lateral. Probablemente tienen su origen siempre encima del músculo milohioideo, aunque pueden penetrarlo a través de un hiato de desarrollo.

El quiste dermoide lateral probablemente es hallado entre la cara lateral de los músculos genianos y el milohioideo.

Suele producir menos tumefacción que el quiste dermoide medial. Aparece situado profundamente en el canal muscular formado por el geniogloso e hioyoso medialmente y el milohioideo lateralmente y se proyecta dentro de la boca por debajo de la glándula sublingual al nivel de la zona premolar por y dentro del cuello en las regiones submentoniana y submaxilar.

No hay predilección de sexo. Los quistes dermoides son raras -- veces evidentes al nacer, pero suelen aparecer clínicamente entre los 12 y 25 años de edad.

Si el quiste está localizado por encima del músculo geniohioideo (quiste dermoide sublingual o geniogloso) el quiste ocasiona una elevación y desplazamiento de la lengua produciendo dificultad al hablar, comer e incluso respirar debido a la presión ejercida sobre la epiglótis.

Se presenta como una masa o tumoración de tamaño variable de 2-cm. o más de diámetro, redonda, lisa, rosada. Se encuentra en la línea media del suelo de la boca, a la palpación es muchas veces semisólido.

Si el quiste es más profundo (es decir entre los músculos ge--

geniohioideo y milohioideo) pueden causar un abultamiento en la región submentoniana (quiste dermoide submentoniano o geniohioideo). Se presenta hinchazón lenta e indolora en la región submentoniana que se extiende desde el maxilar inferior hasta el hueso hioides - dando el aspecto de un mentón doble. Al aumentar de tamaño puede empujar a la laringe hacia abajo y su crecimiento hacia arriba provoca un abombamiento en el suelo de la boca. Su tamaño es variable pero puede llegar hasta varios centímetros. Generalmente da una impresión pastosa en la palpación pero también puede ser fluctuante, según la composición de su contenido. A veces estos quistes se infectan y ocasionalmente se forman trayectos fistulosos que se abren en la boca o en la piel. Han sido descritos como posibles de transformación maligna.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El revestimiento del quiste es una pared de un epitelio escamoso estratificado queratinizado, pared de tejido conjuntivo fibroso denso. Hay uno o varios apéndices cutáneos como folículos pilosos, glándulas sudoríparas, ó glándulas sebáceas. Su cavidad está generalmente llena de queratina o material sebáceo sin embargo solo se encuentran pelos en raras ocasiones. Cuando no hay apéndices cutáneos no se puede diagnosticar un quiste dermoide y en este caso se usa el término de quiste epidermoide. Seward describió un quiste lateral que estaba tapizado por epitelio cilíndrico ciliado.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Se debería de llamar teratoma quístico benigno ya que se desarrolla a partir de células germinales primordiales que son aún in-

deferenciadas. Además de teratoma quístico benigno puede contener otros tejidos como son óseo, dentario, muscular, cerebral y nervios periféricos.

Hay una cantidad de lesiones que tienen un gran parecido clínico con el quiste dermoide.

TRATAMIENTO.

Siempre extirpación quirúrgica.

F E N O M E N O S D E R E T E N C I O N

M U C O S A

MUCOCELE.

También llamado Quiste de retención de mucosa, Quiste submucoso ó fenómeno de retención de mucosa.

De origen traumático, afecta glándulas y conductos salivales. - El mucocele de las glándulas próximas a la punta de la lengua se denomina de Blandin - Nuhn.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA.

Lesión común que se origina por obstrucción del conducto de la glándula salival menor o accesoria. La sección traumática de un conducto salival como el producido por el mordisqueo de labios o carrillos o por pellizcamiento de labios con pinzas, obstrucción parcial crónica de un conducto salival por un pequeño trozo de cálculo intraductal ó hasta la contracción de alguna cicatriz conectiva en formación alrededor del conducto son capaces de producir un fenómeno de retención mucosa.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Afecta glándulas salivales accesorias, es mas frecuente en labio inferior, aunque también puede presentarse en la mucosa bucal, paladar, la parte ventral de la lengua, suelo de la boca, etc. No tiene predilección por sexo y edad algunos autores han descrito que es más frecuente dentro de las 3 primeras décadas de la vida. Desde el punto de vista clínico la lesión presentará variación dependiendo si ésta es superficial o profunda.

La lesión superficial es una lesión elevada y circunscrita del-

tipo de la vesícula, de varios mm. a un cm. o más de diámetro, de un color azulado translúcido, de superficie lisa. La lesión más profunda se manifiesta también como una hinchazón, pero, debido al espesor del tejido que lo cubre, el color y el aspecto superficial son los de una mucosa normal, a la palpación es una masa muy móvil. El quiste se forma en pocos días, alcanza cierto tamaño y puede persistir durante meses o años a menos que se le trate, si sale el contenido del quiste se verá que es un material espeso y mucinoso de color pajizo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Una diferencia de éste tipo de quiste con las neoplasias es que las primeras se localizan casi siempre en el lado inferior y las últimas en el superior.

Tiene parecido al hemangioma pero su color azul más intenso y el aspecto más firme de tumor vacular los distingue del quiste mucoso ampolloso y translúcido. Puede confundirse la forma profunda con una neoplasia benigna como el fibroma.

CARACTERISTICAS HISTIOLÓGICAS.

Cavidad circunscrita de tejido conectivo y submucosa, produce elevación de la mucosa con adalgamiento del epitelio como si estuviera estirado.

La cavidad propiamente dicha raras veces tiene revestimiento epitelial por lo tanto no es un quiste verdadero. Su pared se compone de un revestimiento de tejido fibroso comprimido y fibroblastos (confundiéndose a veces con células epiteliales aplanadas). El

tejido de granulación el cuál presenta infiltrado abundante de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmocitos.

La luz del quiste está acuñada por un coágulo eosinófilo que -- contiene cantidades variables de células, básicamente leucocitos y fagocitos mononucleares. Los acinos glandulares adyacentes al quiste presentan sialodentitis, dilatación de conductos intralobulares-- con acumulación de moco y destrucción de células mucosas en acinos.

TRATAMIENTO.

La excisión quirúrgica. Si se incide simplemente la lesión su-- contenido saldrá pero volvera a llenarse en cuanto cicatrice.

PRONOSTICO.

Si después de enuclearlo hay algunas recidivas, será menos fac-- tible si se eliminan los acinos glandulares salivales correspondien-- tes.

RANULA.

INTRODUCCION.- Es un quíste de retención que aparece específicamente en el piso de la boca, relacionada con conductos salivales de las glándulas submaxilares y sublinguales.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA.

Se originan por obstrucción del conducto o por formación de un aneurisma en el conducto o sialolito.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es una lesión rara en comparación con el quíste de retención -- común. Se presenta como una masa indolora de agrandamiento lento a un lado del piso de la boca, o en profundidad y es unilateral de dos a tres cm. de diámetro, la mucosa que lo cubre es de aspecto normal, de consistencia semisólida y superficie lisa. Generalmente la ranula es superficial y de pequeño tamaño.

La mucosa que lo cubre es de color azulado translúcido redondeada y lisa, durante o antes de las comidas la ranula aumenta de tamaño. Existe un tipo suprahioideo sumergido que hace una hernia -- a través del músculo milohioideo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Es similar al quíste de retención más pequeño, excepto que hay un definido revestimiento epitelial, debido a ésto a la ranula se le considera como un verdadero quíste de retención que se produce como un fenómeno de obstrucción parcial, no siendo siempre factible la presencia de cálculos en el conducto salival.,.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

Se deben tomar radiografias oclusales o extraorales para ver si no hay cálculos salivales que a veces son los causantes de la obstrucción. Cuando no hay cálculos y sólo residuos orgánicos las radiografias no revelan nada importante.

TRATAMIENTO.

El tratamiento es la excisión quirúrgica. Algunos Cirujanos - prefieren eliminar nada más el techo de la lesión y no enuclearla en su totalidad.

PRONOSTICO.

A veces recidiva.

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

- 3.- FINN, Sidney B. "Odontología Pediátrica" México, D.F. Editorial Interamericana (Cuarta Edición) 1983.
- 5.- GIUNTA John. "Patología Bucal" México, D.F. Editorial Interamericana. (Primera Edición). 1978.
- 6.- HAM, Arthur W. "Tratado de Histología" México, D.F. Editorial Interamericana (Séptima Edición), 1975.
- 7.- KRUGER. O. Gustavo. "Tratado de Cirugía Bucal" México, D.F. Editorial Interamericana, (Cuarta Edición). 1978.
- 8.- LEYT, Samuel, "Odontología Pediátrica". Argentina. Editorial Mundi (Primera Edición). 1980.
- 9.- MALCOLM. A Lynch. "Medicina Bucal de Burket Diagnóstico y Tratamiento. México, D.F. Editorial Interamericana, 7a. Edición 1980,
- 13.- RIES, CENTENO. "Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica". Argentina. Editorial El Ateneo, 8a. Edición. 1980.
- 14.- SHAFER, William G. "Tratado de Patología Bucal". México, D.F. Editorial Interamericana, (Primera Edición), 1977.
- 15.- THOMA, "Patología Oral." España, Salvat Editores, 2a. Reimpresión, 1981.

- 17.- ZEGARELLI, Edward V. "Diagnóstico Patología Oral." España,
Salvat Editores, reimpresión 1979,

CAPITULO TERCERO.

TUMORES BENIGNOS.

TUMORES DE ORIGEN:

EPITELIAL.

MURAL.

OSSEO.

PAPILOMA.

Neoplasia benigna, frecuente en boca aunque no tanto como el -- fibroma.

ETIOLOGIA.

Desconocida, el tumor se origina del epitelio superficial con frecuencia a partir de una mucosa de aspecto normal, faltando los signos de traumatismo. infección, etc.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Proliferación exofítica compuesta por proyecciones dactiliformes pequeñas, cuya superficie es rugosa, verrucosa o en forma de "coliflor", de color gris o blanco grisáceo, debido a su superficie queratósica.

De base sésil o pedunculada presentándose como un tumor bien limitado sin induración de los tejidos vecinos, su consistencia es blanda, tamaño variable, de mm. a cm. puede ser única o múltiple-- Son indoloros y no producen ganglios. Es más frecuente en labios, mucosa bucal, lengua, paladar y úvula. No tiene predilección por raza o sexo, aparece a cualquier edad y se observa hasta en los niños.

La verruga vulgaris es un tumor frecuente de la piel (producida por un virus), análogo al papiloma bucal (nunca se comprobó el virus en esta lesión). En labios e intrabucalmente las lesiones son histológicamente iguales a la verruga vulgaris.

Frecuente en pacientes que tienen verrugas en manos y dedos por autoinoculación, se generan al succionar los dedos y morderse las uñas:

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Presenta un complejo de múltiples proyecciones dactiliformes -- largas y delgadas de epitelio escamoso estratificado alrededor de -- un núcleo central de tejido conectivo vascular. La superficie está -- cubierta de una capa engrosada de paraqueratina, u ortoqueratina -- con taponamiento central. Las células epiteliales no son atípicas -- pero en ocasiones se encuentran características displásicas, las -- células inflamatorias en el tejido conjuntivo es variable.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Excisión quirúrgica, incluyendo la base de la mucosa en la -- -- cuál se inserta el pedículo.

El pronóstico es favorable dado que recidiva raramente.

NEURILEMOMA.

(Schwannoma, Neurinoma).

También llamado fibroblastoma perineural, Neuroma, Tumor específico de vaina nerviosa, falso neuroma, etc).

ETIOLOGIA.

Las células neurilémicas de origen neuroectodérmico son las que sirven de partida para la formación del Neurilemoma, una neoformación bien definida que asienta en el tejido conjuntivo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Aparece como una masa indolora de crecimiento lento, siendo su localización oral más frecuente la lengua, en la que estos tumores pueden alcanzar un tamaño considerable.

Los enfermos con neurilemomas solitarios tienen una edad media, afectándose con frecuencia hombres y mujeres.

Los neurilemomas son las masas más frecuentes de los nervios periféricos craneales ó simpáticos.

Los neurilemomas están encapsulado y poseen una consistencia dura y elástica. Su color varia desde el blanco al amarillo, con algunos focos necróticos y hemorrágicos en los de mayor tamaño.

Están encapsulados ó en íntima asociación con los nervios periféricos. A menudo los grupos nucleares paralelos (núcleos "en empalizada") adyacentes a zonas orgánicas homogéneas han sido calificadas como tejido Antoni Tipo A. Asimismo es frecuente que un tejido de genativo más laxo, menos denso y con células más escasas, se mezcle

con los componentes antes mencionados, conociéndose como tejido Tipo B de Antoni. Los núcleos en empalizada pueden estar dispuestos en ambos extremos de fibras colágenas paralelas; esta característica organoide recibe el nombre de cuerpo de Verocay. En ocasiones se han observado cubiertas perivasculares o zonas de hialinización fina y simétricamente dispuesta alrededor de los vasos sanguíneos en el seno del tumor.

Los neurileomas pueden aparecer en pacientes con fibromatosis y es probable que los enfermos que presenten más de un neurileoma padescan además una neurofibromatosis.

Se presentan aislados o como componente subcutáneo de la neurofibromatosis, otros componentes de la fibromatosis son los neurofibromas plexiformes, la hipertrofia de partes blandas, las pigmentaciones cutáneas (manchas de café con leche) y las alteraciones esqueléticas vasculares y linfáticas.

La lengua es la localización intraoral más frecuente.

Es habitual que los neurofibromas no contengan cuerpos de Verocay. (tejido Tipo A de Antoni) ni se observen formaciones en empalizada. Posiblemente las células neurilémicas y los fibroblastos participan en la formación del tumor y originan diversas combinaciones de ambos elementos. Es frecuente que los axones atraviesen el tumor, aunque, por lo general, no se les considere como neoformaciones tumorales. A veces existen variaciones microscópicas que parecen exclusivamente conjuntivas (fibromatosas o mixomatosas) o neuronas (fibras nerviosas periféricas de curso tortuoso) esta última variación ha sido denominada neurofibroma plexiforme. Los --

con los componentes antes mencionados, conociéndose como tejido Tipo B de Antoni. Los núcleos en empalizada pueden estar dispuestos en ambos extremos de fibras colágenas paralelas; esta característica organoide recibe el nombre de cuerpo de Verocay. En ocasiones se han observado cubiertas perivasculares o zonas de hialinización fina y simétricamente dispuesta alrededor de los vasos sanguíneos en el seno del tumor.

Los neurileomas pueden aparecer en pacientes con fibromatosis y es probable que los enfermos que presenten más de un neurileoma padescan además una neurofibromatosis.

Se presentan aislados o como componente subcutáneo de la neurofibromatosis, otros componentes de la fibromatosis son los neurofibromas plexiformes, la hipertrofia de partes blandas, las pigmentaciones cutáneas (manchas de café con leche) y las alteraciones esqueléticas vasculares y linfáticas.

La lengua es la localización intraoral más frecuente.

Es habitual que los neurofibromas no contengan cuerpos de Verocay. (tejido Tipo A de Antoni) ni se observen formaciones en empalizada. Posiblemente las células neurilémicas y los fibroblastos participan en la formación del tumor y originan diversas combinaciones de ambos elementos. Es frecuente que los axones atraviesen el tumor, aunque, por lo general, no se les considere como neoformaciones tumorales. A veces existen variaciones microscópicas que parecen exclusivamente conjuntivas (fibromatosas o mixomatosas) o neurógenas (fibras nerviosas periféricas de curso tortuoso) esta última variación ha sido denominada neurofibroma plexiforme. Los --

neurofibromas no estan encapsulados, y este término neurilemoma se emplea casi siempre para describir las variaciones tumorales de -- los enfermos con neurofibromatosis.

TORUS PALATIVO.

Es una excrecencia ósea, convexa, de crecimiento lento y la base aplanada situado en la región de la sutura mediopalatina sobre la superficie bucal del paladar duro.

Aunque se observan muchas veces en niños (probablemente en un 2 ó 3 %) generalmente aparecen después de la pubertad. Se cree que se producen por herencia y con una frecuencia doble en mujeres que en hombres.

La mayoría de los pacientes no se percatan de ellos hasta no ser advertidos por su Médico o Dentista. Su forma varía, por lo que se han clasificado en plano, nodular, fusiforme y lóbular. Siempre es benigno y nunca se maligniza. También se le conoce como tori.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS.

Son bastante opacos y cuando son grandes, pueden quedar superpuestos en las radiografías de los dientes.

MICROSCOPICAMENTE.- Posee una corteza de hueso compacto y duro, y una área central de hueso esponjoso, algunas veces puede haber una médula grasosa.

TRATAMIENTO.

Sólo está indicado en ciertos casos, siempre que sea grande y lobulado con delgada capa o cubierta mucoperióstica extendiéndose atrás a la línea vibrátil del paladar.

TORUS MANDIBULAR.

Son una o varias exostosis sobre la superficie lingual de la mandíbula. Se ha establecido una base genética definitiva. Hay datos indicativos de que es heredado como un carácter dominante autosómico, con una penetrancia del 100% en mujeres y un 70% en hombres. También se piensa que es por traumatismo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Tiene su origen inmediatamente encima de la línea milohioidea, extendiéndose en la mayoría de los casos desde el canino hasta el primer molar.

Se presenta como una proliferación, ósea, dura, bien, delimitada, cubierta por una mucosa normal o de color rosa pálido. En algunos casos raros, las lobulaciones múltiples bilaterales alcanzan un tamaño suficiente como para ocupar una mayor porción del suelo de la boca.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se identifican como imágenes radiopacas de los torus superpuestos sobre las raíces de los dientes mandibulares (Rx periapicales) y sus radiopacidades densas, bien limitadas que hacen prominencia en la superficie lingual de la mandíbula.

TUMORES DERIVADOS DE:

VASOS SANGUINEOS.

VASOS LINFATICOS.

MUSCULAR.

ODONTOGENOS.

HEMANGIOMA.

Es muy común; el hemangioma es un tumor vascular sanguíneo o -- displasia malformativa que se caracteriza por la proliferación de -- vasos sanguíneos, es de naturaleza congénita por lo general es be-- nigno , es una anomalía del desarrollo ó hamartoma, raras veces in-- vaden realmente tejidos circundantes.

Según Watson y Mc. Carthy lo clasificaron de la siguiente forma.

a).- Capilar, b).- Cavernoso, c).- Angioblástico o hipertrófico, d).- Racimoso, e).- Sistemático difuso, f).- Metastátizante, g).-- Nevo vinoso o mancha vinosa, h).- Telangiectasis hemorrágica heredi-- taria (enfermedad de Rendu-Osler-Weber); pero los tipos más comunes en la boca según la OMS son: a).- Capilar, b).- Cavernoso, c).- Juve-- nil.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Lesión macular localizada, de contornos netos o esfumados, con-- coloración roja o rojo azulado, desaparece por diascopía; es exofi-- tica, pedunculada con aspecto de coliflor lisa o abollonada, tamaño variable, límites imprecisos, al ingurgitarse aumenta de volúmen -- de color azulado, blanda y renitente, a veces bien circunscrita, a-- la palpación existe sensación de pulso y palidece, son indoloros. -- Se observa en los primeros años de la vida (desde el nacimiento), -- aunque puede hallarse más tarde, creciendo lentamente y luego esta-- bilizandose y aún mostrando tendencia a la regresión. Con predilec-- ción en el sexo femenino, en algunos casos de que presenta destruc-- ción ósea se confunde con un quiste, aparece en las segundas déca-- das de la vida. Puede sufrir hemorragias internas, trombosis y orga

nización fibrosa, reduciendo sus características y reduciendo espon-
táneamente su volúmen. No evoluciona a maligno. Se localiza en la-
bios, lengua, mucosa yugal, gingiva y paladar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Hemangioma central presenta aspecto de panal de abejas, a ve-
ces con espículas radiadas hacia la periferia en expansión dando--
aspecto de rayo de sol.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Histológicamente son distintos, el hemangioma capilar aparece-
como una proliferación de vasos capilares revestidos de endotelio-
sostenidos por un estroma de tejido conectivo de diversa densidad,
núcleo pequeño e hipercromático, que puede ser confundida por el -
granuloma piogénico (tejido de granulación).

El cavernoso, es de grandes senos sanguíneos dilatados con pa-
redes delgadas, tapizadas de endotelio. Se parece al linfangioma -
histológicamente, salvo por la presencia de sangre en lugar de - -
linfa en las amplias lagunas (espacios sinusoidales) que forman --
las paredes vasculares dilatadas.

TRATAMIENTO.

No deben biopsiarse por el peligro a hemorrágia, el tratamien-
to dependerá de la edad del paciente y características clínicas --
de la lesión. Cuando la radioterapia es abandonada la intervención
quirúrgica es aconsejable; inyecciones intratumorales de sustan- -
cias esclerosantes en pequeñas dosis (0.5 a 1.0 ml) repetidas con-
intervalos de dos meses ejemplo de morruato ó el psiliato de sodio,

algunas veces acompletada con cirugía. También es llevado a cabo -- la aspiración del líquido mediante una aguja antes de hacer interven-- ción quirúrgica.

PRONOSTICO.

Muchos hemangiomas congénitos remiten espontáneamente a una e-- dad temprana.

Es excelente porque no se transforma en maligno, ni recidiva -- después de la eliminación o destrucción adecuada.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Con el granuloma piogénico (puede presentar aspectos clínicos, -- histológicos y localizaciones similares) por su coloración y reti-- nencia, quiste mucoide, aneurisma (fistula) arteriovenoso (comunica-- ción directa entre una arteria y una vena por medio de la cual la -- sangre pasa a la circulación capilar).

HEMANGIOMA JUVENIL.

Tumor de los primeros tiempos de vida (meses a tres años), se -- localiza principalmente en glándulas salivales reemplazando al pa-- rénquima glandular por una masa de vasos sanguíneos, muchos no cana -- lizados, por lo que provoca alteraciones de coloración.

TERAPEUTICA.

De acuerdo a la regresión del tumor y las dificultades y peli-- gros operatorios (sección del nervio facial en los tumores de paró -- tida).

LINFANGIOMA.

Tumor benigno de las masas linfáticas, es la contra parte menos común del hemangioma.

Watson y Mc. Carthy lo clasifican acerca de su estadio en: a).- Linfangioma simple, b).- Cavernoso, c).- Célular o hipertrófico, d). Sistemático difuso, e).- Quístico ó higroma.

Según la OMS lo divide en: a).- Capilar, b).- Cavernoso, c).-- Quístico.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Sacaron en conclusión los investigadores que están presentes la mayoría en el momento del nacimiento, el 95% de los casos habían comenzado antes de los 10 años de edad, de los 15 años el 71%; 88% se habían originado al final del segundo año de vida, la distribución por sexo casi es pareja.

MANIFESTACIONES BUCALES.

Es más común en lengua, pero también se observa en el paladar, mucosa vestibular, encías y labios, Las lesiones superficiales se manifiestan como lesiones papilares del mismo color de la mucosa. Las depresiones más profundas se presentan como nódulos sin alteración significativa de la textura superficial o del color.

En algunos casos están atacadas grandes zonas de tejido. Si ataca la lengua existe crecimiento (macroglosia) siendo la zona más afectada la parte dorsal anterior.

Signo patognomónico.- Nódulos irregulares con proyecciones grises y rosadas. La lesión del labio y su correspondiente deformación (macroquilia).

Higroma quístico es una entidad común definida que aparece en el cuello con una hinchazón grande, profunda y difusa.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El más común es el cavernoso, se compone de numerosos vasos linfáticos dilatados tapizados de células endoteliales y que contienen linfa, algunos conductos están llenos de sangre.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Es diferente al hemangioma; la extirpación quirúrgica es el tratamiento más conveniente. Es resistente a las radiaciones y sustancias esclerosantes que el hemangioma.

LEIOMIOMA

Tumor benigno de músculo liso, que se encuentra en diversas zonas anatómicas incluida la piel, tejido subcutáneo y cavidad bucal; debido a la ausencia general de músculo liso en ellas, excepto en paredes musculares, papilas caliciformes de la lengua.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se dan en parte posterior de la lengua, paladar, carrillos, piso de boca, encía, labios.

No se ha sabido la prevalencia por sexo y edad. El leiomioma bucal es indoloro, de crecimiento lento, superficial y con frecuencia pedunculada; algunas se quejan de dolor de garganta (tumor de garganta).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se compone de haces entrelazados de fibras musculares lisas entrelazadas de tejido conectivo; Algunas lesiones son vasculares (grandes cantidades de vasos sanguíneos atípicos con capas no orientadas de músculo liso), derivan del músculo liso de vasos sanguíneos, puede haber una progresión de las lesiones. Hemangioma, Angioma con mucho músculo no estriado, leiomioma vascular, leiomioma con muchos vasos y el leiomioma sólido. Así el leiomioma vascular sería una fase en el proceso continuo de la proliferación de músculo liso y que en realidad constituye una malformación y no una verdadera neoplasia.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Exición quirúrgica conservadora no tiende a recurrir o conver-

tirse en maligna.

RABDOMIOMA

Tumor benigno de músculos estriado, por la rareza de la lesión algunos lo toman como anomalía del desarrollo, que se presenta en lengua, piso de boca, laringe, faringe etc., es de tipo congénito. Las fibras estriadas entorpecen la función. El tratamiento quirúrgico conservador es el de elección, no hay recidiva.

FIBROMA ODONTOGENO

PERIFERICO.

Está lesión ha sido conocida con una variedad de nombres, como granuloma de células gigantes, granuloma piogénico fibroma simple, pero el cuál es mejor denominado como fibroma odontógeno periférico.

No hay acuerdo en el origen dental, sin embargo tiene ciertas características que sugieren que derivan del ligamento periodontal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se puede presentar a cualquier edad, pero es más común en niños y adultos jóvenes, aparece entre los 5 y 25 años la mayor frecuencia entre los 13 años de edad, existe predilección por mujeres e igualmente en los dos maxilares, aparece por delante de la zona de los molares. El aspecto clínico es característico pero no patognomónico. Masa focal del tejido bien demarcado en la encía, con base sésil o pedunculada, de color igual al de la mucosa normal o levemente enrojecida, la lesión puede estar intacta o ulcerada, comúnmente se origina en una papila interdental.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Generalmente no hay lesión visible del hueso subyacente sin embargo en raras ocasiones aparece una erosión superficial del hueso.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La superficie presenta una capa de epitelio escamoso estratificado intacta ó con mayor frecuencia ulcerada, el resto es una masa celular de tejido conectivo con fibroblastos hinchados entremezcla-

dos con un estroma fibrilar, tiene un elevado grado de celularidad a diferencia; del fibroma común la vascularización no es muy destacada, con el granuloma plogénico existe calcificación, se da en --trábeculas simples, múltiples interconectadas de hueso u osteoide, globulos de material calcificado muy semejante al cemento o una --calcificación distrófica granular; en ocasiones se hallarán células gigantes multinucleadas que tienen semejanza con el granuloma-periférico de células gigantes.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Enucleación quirúrgica; enviar al histopatólogo. Raras veces se justifica la extracción de dientes.

Recidivan con frecuencia y las recidivas repetidas no son raras.

FIBROMA ODONTOGENO CENTRAL.

Es un tumor del maxilar; es raro. De todos los tumores odontogénos es la de parámetros menos definidos.

Se cree que se origina en uno de los componentes mesodérmicos del diente o del germen de éste y por lo tanto podría derivar del ligamento periodontal, papila dental ó del folículo dental. Debido a su origen el fibroma está en estrecha cercanía con el diente retenido, con la corona. Algunos investigadores creen que es muy común porque le dan el término de fibroma odontógeno a folículos dentales engrosados en torno a los dientes retenidos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes tienen predilección por la mandíbula. Es asintomático generalmente, -- excepto la hinchazón del maxilar.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

Imágen radiolúcida expansiva y multilocular similar al del ameloblastoma, con adelgazamiento de las láminas corticales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Masa voluminosa de fibrillas colágenas delicadas e intercaladas con cantidades grandes de fibroblastos estrellados jóvenes. Es raro que las fibrillas se dispongan en fascículos, a veces se observan -- islas dispersas de epitelio.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Eliminación quirúrgica conservadora puesto que es benigna y poca tendencia a recidiva.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Papila dental embrionaria, con el componente mesodérmico del --
fibroma ameloblástico.

TUMORES DEL:

SISTEMA MELANOGENO
MIXTOS (EPITELIAL Y
CONECTIVO).

HISTIOGENESIS

CONTROVERTIDA

LESIONES PSEUDOTU-
MORALES.

NEVO CELULAR PIGMENTADO.

(Lunar Pigmentado, Nevo melanótico benigno).

Se define como una malformación congénita del desarrollo de aspecto tumoral, de la piel o las mucosas. Es una lesión superficial compuesta de células névicas, de ahí el nombre de nevo celular, -- raras veces se observan en la cavidad bucal, es más frecuente en la piel.

Clasificación: intradérmica (lunar común), limítrofe, compuesto, melanoma infantil y nevo azul, elífade (peca) melanótica de Hutchinson.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Intradérmico.- Es de las más comunes de la piel y la mayoría presenta muchas de ellas (docenas) esparcidas en todo el cuerpo, Lisa, plana, o puede elevarse sobre la superficie, puede presentar o no pigmentación parda y suele tener pelos que salen de su superficie, raras veces aparecen en las plantas de los pies, las palmas de las manos o los genitales.

Limítrofe.- Suele ser similar al Intradérmico, la distinción es histológica pero el pronóstico es diferente de las dos lesiones.

Compuesto.- Consta de dos elementos uno Intradérmico y otro limítrofe superpuesto.

Melanoma infantil.- Se encuentra principalmente en niños y sólo el 15% en adultos, histológicamente idéntico al melanoma maligno en el adulto, sin embargo esta lesión presenta rasgos clínicos-malignos antes de la pubertad. En esencia esta lesión es clínica--

mente benigna, pero histológicamente maligna.

Nevo azul.- Estructura mesodérmica verdadera compuesta de melanoblastos, raras veces experimenta transformación maligna, se produce principalmente en nalgas, dorso de pies y manos, cara y ocasionalmente en otras zonas.

Están presentes en el nacimiento la mayoría de los nevos azules o en la temprana infancia y persisten invariables durante toda la vida; la lesión es lisa, en su superficie le crecen pelos y el color varia del pardo al azul o negro azulado.

Efírides melanóticas de Hutchinson.- (lentigo maligno) ó melanosis precancerosa de Dubreuilh, entidad melanótica definida, clínicamente es una lesión macular pigmentada, se considera premaligna porque más del 50% se convierten en melanoma maligno pero tiene mejor pronóstico que el maligno originado sin antecedentes o del nevo limítrofe. Las efírides aparecen en la mucosa bucal (raramente).

Los nevos varían de una persona a otra, van desde 1 mm. a 1 cm. de diámetro otros extremadamente grandes y cubren gran parte de la superficie cutánea. Por lo general los nevos pigmentados son congénitos, pero aparecen hasta la pubertad con frecuencia.

CARACTERISTICAS BUCALES.

Todos los nevos a excepción del melanoma infantil ocasionalmente aparecen en la mucosa bucal. Son bien circunscritos, los nevos pueden aparecer en cualquier sitio pero con frecuencia en la parte anterior de la encía, labios y paladar, algunas lesiones carecen---

de pigmentación y son excrecencias planas de color normal.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Algunos investigadores opinan que las células nevicas derivan de células especializadas del epitelio relacionadas con los corpúsculos de Ranvier. Otros investigadores opinan que se originan en las células epidérmicas comunes, otro grupo propone que es en los nervios dérmicos.

Son células grandes névicas bien delimitadas, núcleo ovoide y vesicular, citoplasma pálido tiende a agruparse en capas ó condones y contener gránulos de pigmentación en su citoplasma. Se disponen en tecas, las figuras mitóticas no son comunes.

Nevo intradérmico.- Las células névicas no se hallan en contacto con el epitelio normal, los separa una banda de tejido conectivo y las células névicas están situadas dentro del tejido conectivo.

Nevo limítrofe.- Falta la banda de tejido conectivo. Las células hacen contacto con el epitelio superficial parece unirse con el. El epitelio es delgado e irregular, células que parecen que cruzan la unión, proliferan hacia el tejido conectivo (se transforma en maligno).

Nevo compuesto.- Desde el epitelio existen nidos de células névicas y en la dermis, tiene características de los dos anteriores.

Melanoma Infantil.- Tiene células pleomorfas de tres tipos:-- ovals ó epiteloides, fusiformes y gigantes, mono y multinucleares, con capas bien circunscritas y gran actividad limítrofe.

Nevo azul.- Es de dos tipos el común y el celular. El común con melanocitos alargados dendríticos se disponen en haces. No hay actividad limítrofe, los melanocitos están llenos de gránulos melanóticos que a veces ocultan el núcleo; en el celular una célula fusiforme grande, redonda, con citoplasma pálido vacuolado.

El efélide.- Alteración limítrofe difusa compuesta de melanocitos atípicos vacuolados, en la dérmis hay infiltrado linfocitario.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Exición quirúrgica de todos los intrabucuales (medida profiláctica), eliminación de los que aparecen en zonas irritadas por ropa, - cuello, cintura, los que de pronto aumentan de tamaño ó los ulcerados o absesados.

Con el traumatismo en el Intradérmico no se maligniza, el limítrofe se maligniza.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Zonas de pigmentación melánica común en negros y a veces en - - caucásicos.

ODONTOMA.

Proliferación de células epiteliales y mesenquimatosas presentan diferenciación completa porque los ameloblastos y odontoblastos son depositados anormalmente.

Por componerse por más de un tejido se le denomina compuesto. En algunos el esmalte y la dentina son depositados de tal manera -- que las estructuras conservan una semejanza con las normales pero -- más pequeñas (odontomas compuestos complejos, masa irregular sin semejanza con dientes rudimentarios).

ETIOLOGIA.

Desconocida; algunos sugieren el traumatismo o la infección local, según el momento de la odontogénesis, no hay predilección por zona, no está vinculado con supernumerarios.

Otros autores sugieren que es hereditario ó por un gen ó interferencia mutante:

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Puede ser descubierto a cualquier edad, en cualquier sitio del arco dental, se encuentra en Niños muy pequeños, puede persistir -- en la vida adulta, es pequeño pero a veces excede el diámetro de un diente, a veces se agranda y expande hueso con la consiguiente asimetría facial, es asintomático.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se localiza entre las raíces de los dientes como una masa irregular de material calcificado rodeado por una banda radiolúcida ---

estrecha, como una periferia lisa, o a docenas de estructuras dentiformes frecuentemente asociada con dientes retenidos; Los de la zona anterior son del tipo compuesto mixto y zona posterior compuesto complejo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se halla esmalte o matriz adamantina, dentina, pulpa y cemento-normal. Si hay similitud morfológica, la lesión es unirradicular.-- La cápsula de tejido conectivo que rodea al odontoma es similar al folículo de un diente normal.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Eliminación quirúrgica, no se prevén recidivas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Con Odontoma ameloblástico, fibroodontoma ameloblástico.

EPULIS CONGENITO DEL RECIEN NACIDO.

Tiene semejanza al mioblastoma de células granulares y algunos consideran que se trata de la misma lesión, aunque ciertas características son diferentes ó que era probable que fuera independiente.

Esta presente desde el nacimiento es netamente diferente del mioblastoma de células. La localización del épulis congénito sería más obvia que la localización común en el seno de la lengua del mioblastoma y de este modo sería descubierto a una edad temprana que la lingual. Sobre esta base es concebible que los dos tumores sean similares aunque en la realidad no hay relación anatómica del épulis con las fibras musculares estriadas.

La mayoría de autores sostienen que los épulis congénitos son malformaciones del blastoma dental y deberían considerarse como un hemartoma embrionario y no como una neoplasia verdadera (por la presencia de muchos restos epiteliales en algunos sectores de estos tumores), éstas inclusiones epiteliales son remanentes de la lámina dental y se hallan en la mayoría de los maxilares de los infantes. Otra teoría sobre el origen es la fibroblástica, histiocítica, miógena y neurógena.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta en el momento del nacimiento, se localiza en la encía maxilar pero también en la mandíbula, es pedunculada se encuentra a nivel de los incisivos, nace en la cresta del reborde alveolar, el tamaño variable de unos milímetros a varios centímetros de diámetro, más del 80% se presenta en mujeres y más del 10% en hombres.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Histológicamente el épolís es semejante al mioblastoma de células granulares aunque en el primero no hay hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

El tumor se compone de capas de grandes células compactas con citoplasma eosinófilo finamente granular, no se ven mitosis ni estrías cruzadas, capilares abundantes.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Extirpación quirúrgica. La recidiva no es común..

VERRUGA VULGARIS: MOLLUSCUM CONTAGIOSUM, VERRUGA COMUN.

Es un tumor frecuente de la piel análogo al papiloma bucal. Se ha establecido que en una considerable proporción la verruga es producida por un virus, nunca se comprobó esto en el papiloma bucal del ser humano.

Se producen papilomas múltiples en el Síndrome de Hipoplasia--
dérmica focal.

La verruga vulgaris aparece a cualquier edad inclusive en niños. En los labios y dentro de la boca suelen encontrarse lesiones que son idénticas histológicamente a la verruga vulgar de la piel. Son frecuentes en las personas que tienen verrugas en las manos o los dedos y las lesiones bucales se generan por autoinoculación -- al succionarse los dedos y morderse las uñas.

Existe una incidencia labial del 8%.

GRANULOMA PIOGENO.

(Granuloma Plogénico, Hemangioma capilar de tipo granulomatoso).

Se origina como respuesta de los tejidos a una infección inespecífica. Es común y a veces alarmante.

ETIOLOGIA.

Nace como resultado de algún traumatismo pequeño de tejidos, lo cual proporciona una vía de entrada a la invasión de microorganismos inespecíficos.

Los tejidos responden mediante la proliferación abundante de tejido conectivo de tipo vascular.

En superficies ulceradas del granuloma piógeno abundan colonias típicas de microorganismos saprófitos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El granuloma piógeno de cavidad bucal aparece con mayor frecuencia en la encía, pero también se le encuentra en labios, lengua, -- mucosa vestibular y en ocasiones en otras zonas.

La lesión suele ser una masa elevada, sésil o pediculada con una superficie lisa, lobulada y hasta verrucosa que por lo común está ulcerada y tiene tendencia a la hemorragia espontánea o por un traumatismo leve. A veces hay exudación de material purulento, pero esto no es un rasgo característico. Es rojo intenso o rojo violáceo, según su vascularidad es rojo violáceo, es indoloro y de consistencia blanda. Algunas lesiones tienen un tinte pardo si se ha habido hemorragia.

El granuloma piógeno puede crecer rápido y alcanzar el tamaño definitivo y permanecer así por un período indefinido. Las lesiones de 1 mm. a 1 cm. o más de diámetro. Se da en pacientes de 11 a 40 años y el 70% en mujeres.

Toma su nombre de granuloma piógeno sobre todo por la presencia de una infección secundaria, aunque continúa siendo un granuloma. En el granuloma piógeno no hay producción neta de pus.

Probablemente sea una fistula proveniente de un absceso periodóntico o apical cuya abertura quede indicada por un nódulo de tejido de granulación. Se deberá diferenciar del hemangioma.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Si hay epitelio cubriéndolo es delgado y atrófico. Presenta -- grandes cantidades de espacios vasculares tapizados de epitelio -- y la proliferación extrema de fibroblastos y células epiteliales -- brotantes. Hay un infiltrado moderado de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmocitos, esto es variable. El estroma -- conectivo es típicamente delicado. Una lesión antigua desde el -- punto de vista clínico y microscópico, una lesión puede asemejarse a un polipo fibroepitelial o hasta un fibroma típico.

El tumor del embarazo es una lesión histológicamente idéntica al granuloma piógeno.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Extirpación quirúrgica por enucleación. Supresión de irritantes gingivales y de bolsas gingivales en toda la boca. Extirpación del crecimiento gingival. En un granuloma piógeno de la encía siem

pre se ha de tener cuidado de raspar el diente vecino y asegurarse de que no queden cálculos, puesto que puede haber recidiva por esto. Durante el embarazo se deberá realizar el tratamiento en el segundo trimestre del embarazo con vigilancia continua hasta el parto.

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

3. FINN Sidney B. "Odontología Pediátrica". México, D.F.
Editorial Interamericana (Cuarta Edición), 1983.
5. GIUNTA John. "Patología Bucal", México, D.F.
Editorial Interamericana (Primera Edición), 1978.
6. HAM Arthur W. "Tratado de Histología", México, D.F.
Editorial Interamericana (Séptima Edición), 1975.
7. KRUGER O. Gustavo. "Tratado de Cirugía Bucal", México, D.F.
Editorial Interamericana (Cuarta Edición). 1978.
8. LEYT Samuel. "Odontología Pediátrica". Argentina.
Editorial Mundi (Primera Edición), 1980.
9. MALCOLM A. Lynch. "Medicina Bucal de Burket Diagnóstico y Tratamiento". México, D.F.
Editorial Interamericana. 7a. Edición. 1980.
10. MC.DONALD, Ralph. "Odontología Para el Niño y el Adolescente"
Buenos Aires Argentina, Editorial Mundi, 2a. Edición,
1975.
13. RIES CENTENO, "Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica"
Argentina, Editorial El Atneo, 8a. Edición. 1980.
14. SHAFER William G. "Tratado de Patología Bucal". México, D.F.
Editorial Interamericana. (Primera Edición), 1977.

15. THOMA, "Patología Oral". España, Salvat Editores, 2a. Reimpresión, 1981.
17. ZEGARELLI, Edward V. "Diagnóstico en Patología Oral". España. Salvat Editores, Reimpresión, 1979.

CAPITULO CUARTO.

CASOS CLINICOS.

CASO CLINICO No.1.

DATOS GENERALES.

NOMBRE: E.C.R.G. ESTADO CIVIL Soltera.

EDAD: 10 años SEXO: F OCUPACION: Estudiante (4o). año).

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Edo. de México. 13-Feb-1974.

DOMICILIO: Calle Cadena No.338 Col Modelo. Estado de México.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Paciente de estrato socio-económico bajo, con hábitos higiénicos dietéticos buenos, tabaquismo y alcoholismo negados. Con las inmunizaciones DPT, BCG, y antipolio.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

La madre y 2 hermanas de la paciente han presentado dientes retenidos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Se refiere que la paciente padeció sarampión a los 6 años amigdalitis crónica a los 8 años, y enfermedad micótica a los 9 años -- en pies.

La paciente presenta Epistaxis esporádica al aumento de temperatura en el medio ambiente. A la paciente no se le ha realizado ninguna intervención quirúrgica a la fecha.

Ya ha recibido atención odontológica de tipo operatoria dental y ortodoncia preventiva.

MOTIVO DE LA CONSULTA.

La paciente acudió a la clínica dental Tamaulipas para que se le otorgará tratamiento dental integral, en dicha clínica se le realizaron exámenes correspondientes, fué canalizada a clínica Zaragoza debido a que al tomarle radiografía hubo referencia de dientes retenidos, ya que en la Clínica Tamaulipas no se realizaban tratamientos quirúrgicos.

Ya en Clínica Zaragoza y al interrogatorio la madre de la paciente refirió que ella también había presentado diente supernumerario y que en la paciente desde hace algún tiempo había habido un aumento de volumen en zona de diente central superior derecho y que no había hecho erupción el órgano dentario nombrado. Dichas alteraciones eran indoloras.

EXPLORACION FISICA GENERAL.

La paciente no presenta alteraciones detectables a la inspección, presenta una facies serena.

Sus signos vitales son normales:

TEMPERATURA: 36.5° C.

TENSION: 100/60 mm. de Hg.

PULSO: 60/min.

FRECUENCIA R.: 27/min.

EXPLORACION INTRABUCAL.

A la exploración intrabucal la mucosa masticatoria presenta aumento de su forma y de su volumen por la parte vestibular y palatina en la zona correspondiente al diente superior central derecho, el --

cuál está ausente de su lugar. No existen adenomegalias regionales.

ESTUDIO RADIOGRAFICO Y DE GABINETE

RADIOGRAFIA PERIAPICAL.

Se observó la presencia de dos dientes retenidos, uno de los cuales es supernumerario y se encuentra por delante. Los dientes se encuentran localizados a un lado de la línea media y están en posición horizontal, perpendiculares a la línea de oclusión. El diente faltante es el incisivo central superior derecho, se encuentra retenido hacia la parte posterior.

RADIOGRAFIA OCLUSAL.

En ésta radiografía se observa un panorama más amplio del maxilar superior, se observan dos dientes retenidos, uno en la parte anterior y otro en la parte posterior, el diente posterior tiene características anatómicas semejantes con el incisivo central superior derecho, el diente anterior no presenta características definidas (diente supernumerario) además éste diente presenta una zona radiolúcida en su parte central, los dientes se encuentran cerca de la línea media y cerca de los alveolos dentarios.

Los dientes retenidos tienen una clasificación según Ries Centeno Clase V.

Por otro lado el hueso maxilar se encuentra en condiciones normales, la fórmula dentaria está incompleta con ausencia del diente incisivo central superior derecho, el cuál se encuentra transalveolarmente.

El diente Incisivo lateral superior derecho (12) está mesializa do, el incisivo central superior izquierdo presenta raíz enana. El resto de las estructuras dentales están normales.

RADIOGRAFIA LATERAL DEL CRANEO.

Se observa que el diente supernumerario con posición anterior, se dirige hacia la parte Vestibular, y que el incisivo central superior derecho se localiza por dentro del paladar. Se observa dentición mixta, con relación de dientes fuera de la línea de oclusión-- debido a la erupción de la dentición permanente. El resto de las --- estructuras dentales y anatómicas están normales.

ESTUDIO DE GABINETE.

A la paciente se le practicó Biometría hemática:

PARAMETROS NORMALES EN MUJERES.

HEMOGLOBINA.	- 13.9 g/ml.	12-17 g/ml.
HEMATOCRITO.	- 42 %	40-50 %.
LEUCOCITOS.	- 10 -200/ml.	8000 - 15000/ml.
T. SANGRADO.	- 2 min. 20"	1-3 min.
T. COAGULACION.	6 min. 40"	3-5 y 6-7 min.
T. PROTROMBINA	13 seg.	10 a 15 seg.

DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL.

Diente supernumerario y diente retenido (central derecho) con quiste dentífero.

PRONOSTICO.- Favorable.

TRATAMIENTO TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO.

La cirugía fué realizada el día 23 de febrero de 1984 en Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.

Durante la extracción de diente retenido, supernumerario y quiste fué realizado satisfactoriamente, el tipo de anestésico utilizado fué Xilocaina, las técnicas de anestesia fueron la infraorbitaria -- y nasopalatina así como puntos locales, por medio de una incisión de Parch.

Posteriormente al colgajo se realizó la extracción de el quiste por enucleación y de los dientes supernumerario y Central derecho, -- se le dió el tratamiento correspondiente a la cavidad y se realizó -- la sutura.

El aparente quiste se conservó en formol para mandarlo al estudio correspondiente con el Histopatólogo.

Debido a que el procedimiento quirúrgico fué realizado satisfactoriamente, no fué necesario darle tratamiento farmacológico profiláctico con antibiótico a la paciente. Se le indicó a la paciente -- la ingestión de dieta blanda no tomar alimentos calientes, irritantes, o grasas.

Se le prescribió un enjuague con antiséptico (Amosan). Además --

la administración vía rectal de un analgésico, Prodolina, un supositorio cada 8 horas de 500 mg, en caso de dolor. Se le colocó una -- placa ortodóntica elaborada previamente.

NOTA DE EVOLUCION.

La paciente se presentó a la clínica a la semana siguiente sin reportar alteración alguna, se observó buena cicatrización y buena recuperación de la paciente, se le retiraron los puntos correspondientes. Se le cita para 8 días. A la semana siguiente regresa la paciente y no existiendo alteración se le da de alta (8 marzo de -- 1984). El resultado histopatológico nos confirma quiste dentígero.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO.

Paciente femenino con caries de 2o. grado, movilidad de órganos dentarios por secuencia de la dentición.

Presenta diente central superior derecho retenido, diente super numerario y quiste dentígero de tipo central según Thoma.

DATOS GENERALES CASO CLINICO No. 2.

NOMBRE: N. H. S. ESTADO CIVIL Soltero.

EDAD: 11 años SEXO: M OCUPACION: Estudiante.

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: D.F. 27 de Junio de 1972.

DOMICILIO: Hombres Ilustres No.29. Col. Metropolitana Edo. de Méx.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Paciente masculino de estrato socio-económico medio bajo, con hábitos higiénico-dietéticos regulares. Tabaquismo y alcoholismo negados, con todas las inmunizaciones. Se refiere que el paciente no ha recibido atención odontológica.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Sin datos de interés para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

El paciente padeció enfermedades propias de la infancia, a los 10 años padeció sarampión y varicela, así como parasitosis intestinal., las cuales fueron tratadas médicamente. Se refiere que el paciente no es alérgico a medicamentos o sustancias conocidas.

MOTIVO DE LA CONSULTA.

El paciente llegó a la clínica porque la madre del mismo observó cambio de color en órganos dentarios permanentes y para que se le diera tratamiento integral, de manera indirecta la madre del paciente indicó que existía una zona enrojecida, pequeña y bien localizada sin dolor a la altura de entre las raíces de los dientes 35 y 36 -- por la zona lingual lo cual fué comprobado posteriormente como cierto. Se le tomaron signos vitales, los cuáles eran normales.

EXPLORACION FISICA GENERAL.

Los signos vitales del paciente son:

TEMPERATURA: 36.6 °C.

TENSION A. 120/80 mm. de Hg.

PULSO 72 / min.

FRECUENCIA R. 18 / min.

EXPLORACION INTRABUCAL.

A la exploración intrabucal se encuentra alterada (con aumento de color y volumen) la mucosa masticatoria inferior por la cara lingual entre los dientes 36 y 35 a la altura del área radicular. La lesión es asintomática para el paciente.

ESTUDIO RADIOGRAFICO Y DE GABINETE.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL.

En ésta radiografía observamos una zona radiolúcida en raíz mesial del primer molar inferior izquierdo con apariencia de quiste dentígero, el cuál ha destruído un tercio de dicha raíz, la zona radiolúcida también abarca cerca de la raíz del segundo premolar inferior izquierdo.

El último diente se encuentra preerupcionado y no ha terminado de formarse su raíz.

RADIOGRAFIA OCLUSAL.

Se observa zona radiolúcida entre la raíz mesial del primer molar inferior izquierdo y la raíz del segundo premolar inferior izquierdo que mide aproximadamente 0.6 cm. por 0.3 cm. y que se encuentra localizada más bien en raíz mesial de órgano dentario 36, dicha

zona no abarca mayor espacio de la zona mandibular.

El hueso mandibular está normal y la fórmula dentaria completa

ESTUDIO DE GABINETE.

Al paciente se le practicó B. H., reportándose lo siguiente:

VALORES NORMALES.

HEMOGLOBINA.	<u>15 g. %.</u>	<u>14 - 17 g. %.</u>
HEMATOCRITO	<u>47 %</u>	<u>40 - 50 %</u>
LEUCOCITOS	<u>6.100</u>	<u>5000 - 10 000</u>
T. SANGRADO.	<u>2'20"</u>	<u>1 - 3 min.</u>

DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL.

QUISTE DENTIGERO.

PRONOSTICO - Favorable.

TRATAMIENTO TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO.

La cirugía fué realizada el día 23 de febrero de 1984 en la --
clínica multidisciplinaria Zaragoza.

Se utilizó como anestésico local Xilocaína, aplicando al pacien
te las técnicas regional, mentoniana y puntos locales. Se realizó -
una incisión por la parte lingual con un colgajo tipo Parch a la --
altura de los ápices dentarios de los dientes 36 y 35.

Se extrajo el supuesto quiste por enucleación, se le dió el tra
tamiento adecuado a la cavidad, por último se suturó la zona sin -
percance alguno.

La lesión se mantuvo en formol y se mandó con el histopatólogo.
No se le dió al paciente tratamiento profiláctico postoperatorio --

con antibiótico debido a que la intervención quirúrgica fué realizada adecuadamente.

Las indicaciones posteriores a la cirugía fueron:

Que el paciente tomara analgésico en caso de dolor.

Magnopyrol, un comprimido cada 6 horas u 8 horas, sólo en caso de dolor, cuándo no exista dolor suspenderlos.

Un enjuague después de cada comida con antiséptico (amosan).-- Sólo ingerir dieta blanda los primeros días, no tomar alimentos calientes, ni irritantes, ni grasas.

Compresas húmedo frías en zona correspondiente.

Que el paciente no hiciera movimientos bruscos ya que es muy inquieto.

Se le dió cita para la semana siguiente.

NOTA DE EVOLUCION.

El paciente se presenta a la cita el día indicado, sin presentar o referir alteración alguna más que las normales. Hay buena cicatrización y el estado físico del paciente al parecer es excelente. Se le retiran los puntos de sutura y se le dá cita para la próxima semana dándole las indicaciones considerables.

A la siguiente semana regresa el paciente y al no existir alteración alguna se le da de alta quirúrgicamente.

Por otro lado el resultado emitido por el departamento de histopatología estableció que la lesión consistió en un ODONTOMA COMPLEJO.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO.

Paciente masculino que presenta odontóma complejo localizado entre la zona de raíz mesial de primer molar inferior izquierdo y --- raíz de segundo premolar inferior izquierdo por el lado lingual.

CASO CLINICO No. 3.

DATOS GENERALES.

NOMBRE: L. D. E. R. ESTADO CIVIL: Soltero.

EDAD: 12 años. SEXO: Masculino.

LUGAR DE ORIGEN: Iquala, Guerrero.

DOMICILIO: Calle Degollado No. 13, Iquala, Guerrero.

INTERROGATORIO.

Se trata de un paciente masculino de 12 años, originario del Estado de Guerrero y residente del mismo lugar. Entre los antecedentes de importancia refiere haber padecido de sarampión a la edad de 7 años.

Padeció traumatismo en cráneo, no hubo pérdida de conocimiento, sólo hubo herida en cuero cabelludo que ameritó a decir del paciente sutura. No refiere antecedentes familiares de importancia.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Se percataron del problema hace aproximadamente 6 meses al tomar radiografía periapical de los incisivos superiores, lateral y canino superior del lado izquierdo, ya que su problema inicial aparente era persistencia de los dientes primarios correspondientes a los antes mencionados.

Ausencia de los dientes de la segunda dentición correspondientes al incisivo central lateral y canino superior izquierdo.

A la radiografía se observa que presenta una lesión radiopaca-

de aproximadamente 1.5 cm. de dimensiones, de una radiopacidad similar a tejidos dentarios y de aspecto compuesto, así también se observa retención parcial dentaria de incisivo central, lateral y canino superiores izquierdos. Clínicamente se puede comprobar persistencia de dientes primarios y retención parcial del canino superior izquierdo.

DIAGNOSTICO PROBABLE. - Probable odontoma compuesto.

TRATAMIENTO.

Extirpación, Biopsia de la lesión.

Odontopexia de retenidos o extracción.

PLAN.- Llenar trámites y realizarlo bajo anestesia local.

Dr. Viñas, Espinoza RIII: Dr. Flores Dr. Alvarez RI.

"23 de febrero de 1984". NOTA DIAGNOSTICA DE EVOLUCION.

Paciente masculino de 12 años de edad que acude a este servicio con cita programada para extracción de odontoma en maxilar superior. Se procedió a la extracción del odontoma levantando un colgajo de Newman. Posteriormente se liga el central izquierdo con alambre No.28. Se sutura y se le da cita para revisión en 4 días.

No hubo complicaciones.

"7 de febrero de 1984" NOTA DEL CIRUJANO MAXILOFACIAL.

Enfermo con aproximadamente 96 horas de postoperatorio, asintomático, sin sangrado, sin salida de secreción purulenta o de otro tipo, únicamente desde el punto de vista subjetivo refiere ocasional sensación de pulsaciones. Sin embargo desde el punto de vista objetivo existe edema, o más bien éste es muy discreto, puntos de sutura-

en sitio, proceso cicatrizal normal y presencia en sitio de alambra do para ortopedia del diente retenido (incisivo central superior -- izquierdo).

INDICACIONES. - Aseo bucal, fomentos húmedo calientes, dieta normal, antibióticos, Pen Vi K tabletas.

Se cita para 7 días después.

Dr. F. Viñas Pinedo.

"5 de Marzo de 1984". Enfermo que se otorga alta por mejoría -- de ligadura de incisivo central superior izquierdo, exposición del canino del mismo lado. Así como extirpación de odontoma compuesto -- por lo que se requiere de toma de radiografía de control para ser -- enviado al ortodoncista para iniciar tratamiento correspondiente.-- Se retiran puntos de sutura y se da orden.

Dr. Francisco Viñas Pineda.

CASO CLINICO No.4.

Expediente : 012503. .
Fecha: 10 - 1 - 84.
Servicio: Bucodental.
Nombre: Herrera Martínez Juan.
Edad: 20 años.
Sexo: Masculino.
Domicilio: Calle Privada Hgo. No. 3. Sn. Fco. Culhuacán.

ANTECEDENTES.

Paciente masculino de 20 años de edad que acude a este servicio de consulta externa con un diagnóstico de mucocelo, labio inferior. El paciente es de medio socio-económico medio, hábitos higiénico -- dietéticos regulares, escolaridad primaria, soltero, alcoholismo y tabaquismo negativos, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual.

PADECIMIENTO ACTUAL.

El paciente refiere haber presentado un aumento de volúmen en labio inferior hace 5 meses, de aproximadamente 5 cm. de diámetro; que aumentó de volúmen al irritarlo con órganos dentarios al tratar de "reventarla" por lo que acudió al facultativo el cuál le diagnóstico inflamación inespecífica por lo que le prescribió inflamatorios no hormonales con lo cual cedió la inflamación hasta el tamaño antes indicado. Acude a este servicio para valoración y tratamiento.

DIAGNOSTICO. - Mucocelo de labio inferior.

TRATAMIENTO. - Extirpación, mucocele de labio inferior.

NOTA DE EVOLUCION.

18/10./84.

Paciente masculino de 20 años de edad que cursa con diagnóstico de mucocele de labio inferior se realiza la extirpación del mismo-- previa anestesia y antisepsia y bajo anestesia mentoniana izquierda. No hubo complicaciones. Se le cita en cuatro días para retirar puntos.

NOTA DE C.N.F.

27/10./84.

Paciente al cuál se le retiran puntos de sutura, se da de alta-- del servicio.

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

13. RIES CENTENO "Cirugía Bucal con Patología Clínica Terapéutica"
Argentina, Editorial El Ateneo, 8a. Edición, 1980.

RESULTADOS.

De acuerdo a nuestro estudio estadístico realizado en las clínicas multidisciplinarias de .E.N.E.P. ZARAGOZA , obtuvimos que: en las clínicas "Tamaulipas", "Benito Juárez", "Reforma", "Los Reyes" y "Edo. de México", no se llevan a cabo procedimientos quirúrgicos, sin embargo si se diagnostican patologías como quistes y tumores, de los cuales en algunos casos no se precisa su futuro tratamiento y en otros casos son canalizados a la clínica Zaragoza en donde se realizan las intervenciones quirúrgicas.

Asimismo en la Clínica Zaragoza no se lleva a cabo el control adecuado de las intervenciones quirúrgicas realizadas de quistes y tumores benignos.

De acuerdo a los casos clínicos que presentamos y a nuestra teoría desarrollada comprobamos que las patologías estudiadas y referidas sí se presentan con mayor frecuencia en niños.

CONCLUSIONES.

El diagnóstico y tratamiento de Quistes y Tumores benignos es un problema difícil, si no se esta relacionado con dichas afecciones. Por lo que sería conveniente que el Odontólogo de práctica general no se limite, y esté relacionado y actualizado para dar un tratamiento integral y satisfactorio al paciente infantil y/o adulto.

En caso necesario será conveniente atender al paciente a nivel-hospitalario con el especialista adecuado.

Después de nuestro estudio de Quistes y Tumores benignos dentro de la cavidad bucal consideramos que deben incrementar las investigaciones de diversas etiologías desconocidas para erradicarlas con claridad y certeza ofreciéndoles mayor ayuda a los pacientes.

Al elaborar una buena historia clínica y tener un certero diagnóstico, auxiliados por exámenes de laboratorio y gabinete nos encaminará a un tratamiento de elección y por ende a un pronóstico favorable.

Ya que existen gran variedad de lesiones siendo algunas complejas, nuestro deber es motivar al paciente para ser tratado quirúrgicamente así como conocer las técnicas para la resolución de las mismas.

PROPUESTAS.

Es de gran importancia que el Cirujano Dentista de práctica general esté actualizado y sepa detectar a tiempo, diagnosticar y tratar quistes y tumores benignos más frecuentes en niños, con el propósito de evitar su evolución y/o malignización.

Sugerimos que se lleve a cabo un control estadístico sobre las intervenciones quirúrgicas realizadas, de quistes y tumores benignos en las clínicas multidisciplinarias de E.N.E.P. Zaragoza; para permitir posteriores estudios comparativos.

Hacer hincapié en que los pacientes que acuden a las clínicas periféricas de E.N.E.P. Zaragoza y presenten alteraciones patológicas de tipo quistes y tumores sen oportunamente canalizados a la clínica multidisciplinaria Zaragoza. Asimismo que las alteraciones de tipo quistes y tumores benignos sigan siendo tratados como hasta ahora en dicha clínica.

Que los pacientes que acuden a clínica Zaragoza con alteraciones patológicas de quistes y tumores benignos reciban un tratamiento integral satisfactorio y proyecte así la Institución Universitaria el valor académico.

ANEXOS :

CUADRO ESTADISTICO.
DIAPOSITIVAS.
ARTICULOS.
GLOSARIO.

<u>LUGAR</u>	<u>INTERVENCION QUIRURGICA</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE.</u>
1.-	3os. Molares Inf. y Sup.	137	49 %
2.-	Cirugia preprotésica.	47	16 %
3.-	Caninos impactados.	25	9 %
4.-	Incisivos impactados.	16	6 %
5.-	Toma de biopsias.	9	3 %
6.-	Exodoncia complicada.	9	3 %
7.-	Mesiodens.	9	3 %
8.-	Premolares retenidos.	9	3 %
9.-	Cirugia endodóntica.	6	2 %
10.-	Quistes.	6	2 %
11.-	Autotransplantes dentarios.	4	1 %
12.-	Cierre de fistulas. oro sinusal y nasal.	2	.5 %
	TOTALES.	279	100 %

TIPO DE TRATAMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS DURANTE UN AÑO EN LA CLINICA ZARAGOZA, EN LOS GRUPOS 2801, 2804, 2805.

AÑO 1982 - 1983.

Datos proporcionados por cortesía del Dr. Gustavo Gálvez, Cirujano Bucal de la clínica Multidisciplinaria ZARAGOZA.

HISTOPATOLOGIA DE LESIONES FIBROBLASTICAS
GINGIVALES BENIGNAS CON REFERENCIA ESPE -
CIAL AL FIBROMA ODONTOGENICO Y FIBROMA -
ODONTOGENICO Y PORCENTAJE DE RECURRENCIA.

Reexámen histopatológico y clínico de 84 casos diagnosticados como fibroma odontogénico periférico, mostrando 56 casos sin evidencia de recurrencia, 12 casos con posible recurrencia simple y 16 con recurrencia simple o múltiple verificada.

Un cuadro fue hecho para correlacionar la aparición histopatológica con el porcentaje de recurrencia. Pudieron identificarse tres tipos diferentes de lesiones: epulis fibroso, granuloma fibroblástico calcificado y varios tipos de fibroma, mostrando también un alto porcentaje de recurrencia.

Los descubrimientos muestran que la histomorfología del porcentaje de no recurrencia puede usarse como un criterio definitivo para separar la neoplasia como un fibroma odontogénico de otras alteraciones fibrosas gingivales. (5)

TUMOR ODONTOGENICO ESCAMOSO, REPORTE DE CINCO
CASOS Y REVISION DE LA LITERATURA.

Se reportan cinco casos de tumor odontogénico escamoso no publicada antes y se revisa la literatura. Esta lesión parece ser un - - neoplasma odontogénico benigno proveniente de restos de Malassez; - ocurre sobre un amplio rango y tiene predilección por el maxilar -- anterior y la mandíbula posterior. Las lesiones maxilares son más- agresivas que las mandibulares. El signo más común es la movilidad- de los dientes en el área. Radiográficamente, la mejor característi- ca es una radiolucidez semicircular bien circunscrita, limitada por un borde esclerótico y emanando del área del alveolo adyacente a -- la raíz del diente. Los rasgos histológicos son suficientemente ca- racterísticos para diferenciarla del ameloblastoma y carcinoma epi- dermoide; sin embargo es necesaria la evaluación de una imagen -- clinicopatológica completa para excluir el diagnóstico de un tumor odontogénico escamoso como proliferaciones en un quiste odontogéni- co. (4)

FIBROMA CEMENTIFICADO DE MANDIBULA RECURRENTE.

El fibroma cementificado es un tumor fibro-óseo benigno de las mandíbulas y generalmente se cree que se origina del ligamento periodontal. El tumor cementificado recurrente se presenta como una lesión mayor asintomática y es bien identificado clínicamente de manera que las excisiones conservadoras han sido el tratamiento de preferencia. De 1970 a 1980 94 casos de fibroma cementificado incluyendo ya sea el maxilar o la mandíbula se encontraron en el registro de tumores del Instituto de Patología de las fuerzas Armadas. Se encontró recurrencia en 11 de esos casos, 6 de los cuales incluían la mandíbula. Se describen las experiencias con estos casos como buenas experiencias con dos pacientes que fueron atendidos en el Centro Médico Naval Nacional y el Instituto Nacional de Salud. Las conclusiones indican que el tratamiento preferido de la mayoría de los fibromas cementificados recurrentes incluye la exicición conservadora intentando preservar en forma y función el sitio afectado. - - Existen enfermedades residuales cuando los restos inevitables permanecen por períodos prolongados de tiempo sin comprometer al paciente. (7)

FIBROMA ODONTOGENICO CENTRAL: REVISION DE
LITERATURA Y REPORTE DE CASOS.

Se presentan los aspectos de dos casos de fibroma odontogénico-central y se revisa la literatura.

Se discuten puntos finos controversiales alrededor de este neoplasma. Los casos presentados aquí incluyen los pacientes mejor reportados con este neoplasma y la primera instancia de su ocurrencia en un sitio maxilar.

El tratamiento y la información posterior enfatiza la naturaleza benigna y crecimiento lento de esas lesiones. (2)

UNA CONTRIBUCION PARA LA PATOLOGIA GENERAL Y
ESPECIFICA DE TUMORES ODONTOGENICOS BENIGNOS.

Las génesis de tumores odontogénicos benignos pueden ser sólo entendidos por la exminación, la histo y organogénesis de dientes en desarrollo. De este modo el alveolo ectomesenquimatoso (odontoblastos y cementoblastos) puede ser claramente distinguido desde los alveolos usualmente del mesénquima, como efecto inductivo y finalmente los conectará con ameloblastos.

La influencia sobre morfología del tumor puede ser mostrada - conforme a la cual la formación de estructura, metabolismo y poderes inductivos de diferenciación de los tejidos ortológicos originales, se mantuvo y se resto efectividad. Combinando en pares los cuatro grupos alveolares histo-genéticos (epitelial, ectomesenquimal, neuroectodermal, y mesenquimal). La clasificación sistemática facilitada y entendiendo los varios tipos de tumores odontogénicos. Basados sobre las características biológicas de esos tumores, pueden distinguirse neoplasmas, un grupo de tumores más dependientes sobre las fases de odontogénesis en contraste a un grupo de tumores autónomos . En este pequeño análisis de diferentes clasificaciones de tumores odontogénicos, los principales problemas de taxonomía y terminología serán discutidos. (6)

CLASIFICACION DE TUMORES ODONTOGENICOS MESENQUIMATOSOS.

Una serie retrospectiva de 9 tumores odontogénicos puramente -- mesenquimatosos se encontró que consiste de 3 fibromas odontogénicos mesenquimatosos, 2 mixomas y 4 cementomas incluyendo un cementoblastoma benigno real y 2 fibromas cementificados. Uno parece contener un sangrado conspicuamente proliferando los componentes fibrosos que le dan al tumor la apariencia de un proceso maligno mediante el cual se notó no reemplazamiento después de la resección de mandíbula.

Se vió displacia periapical en cemento en sólo un caso del grupo; no hubo casos de cementoma gigantiforme. Los problemas de diagnóstico diferencial mutuo y distinción de tumores osteogénicos están sujetos a discusión. (1)

TRATAMIENTO DE GRANDES QUISTES MANDIBULARES.

Aparte de ciertos tipos particulares de lesiones los diagnósticos de un quiste mandibular mayor histológicamente benigno (quiste paradontal, quiste epidermal, ameloblastoma) podrían llevar a una atención de tratamientos conservativo; esto no altera la continuidad mandibular y si es posible el pedículo neurovascular dental inferior, la suave delgadez de la cavidad bucal, los órganos dentales.

Finalmente los hallazgos patológicos y si fuera necesario los resultados de un examen histológicamente extemporáneo que darán la información que lleve a la elección del mejor tipo de tratamiento: marsupialización, enucleación, curetaje, resección interrumpida; estas actitudes requieren supervisión radiológica postoperatoria prolongada y no excluyen la necesidad de una resección ininterrumpida en casos desfavorables a una fecha tardía o posterior. (3)

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES MAXILARES
BENIGNOS.

La evaluación prequirúrgica, el tratamiento quirúrgico y el --
plan postoperatorio de tumores maxilares benignos han sido realiza-
dos.

Cada tumor merece consideración individual en base a su compor-
tamiento y tamaño. Se deberá proporcionar tratamiento a cada caso -
en particular. Se han realizado casos para demostrar los tratamien-
tos. (8)

G L O S A R I O .

- Acantosis.-** Lesión histológica de la epidermis, caracterizada por hipertrofia del cuerpo mucoso.
- Amelogénesis.-** Formación del esmalte dental.
- Anaplasia.-** Regresión de las células a una forma muy primitiva e indiferenciada.
- Angioblasto.-** Tejido embrionario del que derivan los vasos.
- Atípico.-** Irregular, no conforme con el tipo. Dicese especialmente cuyas células tienen forma y disposición sin analogía en el organismo, y de fiebres intermitentes cuyos accesos se suceden irregularmente.
- Atrofia.-** Disminución de volúmen y peso de un órgano por defecto de nutrición.
- Blastoma.-** Tumor o neoplasia verdadero; más especialmente neoformación atípica con elementos no bien diferenciados de degeneración rápida.
- Cáncer.-** Tumor maligno, formado generalmente por células epiteliales de la sangre o leucocitemia. Su tratamiento debe ser siempre precoz. Se utilizan los Rx y el radio, pero en la inmensa mayoría de los casos debe ser quirúrgicos.
- Carcinoma.-** Cáncer o tumor maligno, constituido por células epiteliales polimorfos con tendencia a la infiltración de los tejidos próximos y a las metástasis.
- Celulitis.-** Inflamación del tejido celular. Flemón.
- Diascopio.-** Lámina de cristal con la que se comprime la piel para observar ciertas alteraciones ocultas por la congestión.

- Disostosis.**- Osificación defectuosa; defecto en la osificación normal de los cartílagos.
- Displasia.**- Anomalia del desarrollo. Transtorno de la actividad---plástica formativa. Formación defectuosa.
Displasia perióstica. Alteración trófica congénita de sistema óseo, caracterizada por la extremada fragili--dad de los huesos.
- Ectodermo.**- Hoja externa de blastodermo destinada a formar la epidermis, órganos de los sentidos y sistema nervioso.
- Enostosis.**- Excrecencia ósea que se desarrolla dentro de la cavi--dad de un hueso o del cráneo.
- Enucleación.**-Extirpación fuera del núcleo (cavidad).
- Epitelio.**- Capa celular superficial que cubre todas las superfi--cies del cuerpo y de las membranas mucosas.
- Esclerósis.**- Endurecimiento o induración morbosa de los tejidos, --especialmente del tejido intersticial de un órgano, --consecutiva a la inflamación.
- Estroma.**- Propiamente tapiz, capa superficial, especialmente la parte superficial del ovario cubierta por los ovisacos. Tejido conjuntivo que forma la armazón substancia fundamental o matriz de un órgano.
- Exostosis.**- Hipertrofia parcial, circunscrita a la superficie de un hueso o diente.
- Hamartoblastoma.**- Tumor debido al desarrollo de elementos anormales en el punto donde se encuentran.
- Hematoma.**- Tumor producido por acumulación de sangre.
- Hemosiderina.**- Pigmento amarillo oscuro que contiene hierro, pro--ducto de descomposición de la hemoglobina.

- Hipofisectomía.- Ablación quirúrgica de la hipófisis o cuerpo pituitario.
- Hiperplasia.- Multiplicación anormal de los elementos de los tejidos.
- Hipertrofia.- Aumento excesivo del volumen y peso del órgano sin alteración en la estructura de los mismos.
- Inanición.- Estado de agotamiento o debilidad que resulta de la privación completa o incompleta de alimentos.
- Inclusión.- Penetración o contención de una cosa o parte dentro de otra. Penetración de un tejido por una sustancia líquida, coloidal o parafina que luego se solidifica y permite cortar aquel tejido en secciones delgadas.
- Inquinado.- Infectado malsano.
- Invaginación.- Penetración de una porción de intestino en otra adyacente, generalmente inferior, que determina síntomas de oclusión intestinal. Procedimiento quirúrgico que consiste en introducir y suturar un cabo de intestino en el otro en la operación de la hernia estrangulada.
- Macroquiria.- Exagerado desarrollo de las manos.
- Marsupialización.- Operación que consiste en abrir las paredes de un quiste de origen dentario y en lugar de extirpar totalmente su membrana adosar la misma al interior de la cavidad quística, con la cual queda una cavidad semejante a la bolsa de los marsupiales, y la pared del quiste en contacto con la cavidad bucal, que concluye por desaparecer.

- Melanoblasto.- Célula productora de pigmento melánico, cromatóforo.
- Mesenchima.- Tejido conjuntivo embrionario que forma la mayor parte del mesodermo, del que derivan el tejido conjuntivo, los vasos sanguíneos y linfáticos.
- Mesodermo.- Capa media del blastodermo, entre el ecto y el endodermo, del que derivan la piel y el tejido conjuntivo, huesos, músculos y órganos de excreción, genitales internos y epitelio del celoma.
- Metaplasia.- Formación de un tejido distinto del que normalmente produce una especie determinada de células.
- Mucínasa.- Fermento que coagula el moco.
- Mucosa yugal.- Relativo a la mejilla ó al pómulo.
- Necrosis.- Muerte de cualquier tejido del organismo, procedido en la mayoría de las ocasiones por gangrena.
- Neoformación.- Neoplasma, neoplasia.
- Noeplasia.- Formación de tejido nuevo con el carácter de tumor o sin él.
- Neoplasma.- Tumor ordinariamente maligno.
- Renina.- Fermento coagulante de la leche, que se encuentra principalmente en el jugo gástrico.
- Saprófito.- Microorganismo vegetal que vive a expensas de la materia orgánica descompuesta.
- Sarcoma.- Tumor maligno formado de un tejido semejante al conjuntivo embrionario.
- Sinérgico.- Asociación o cooperación de movimientos, órganos o actos para el cumplimiento de una función.
Cooperación entre dos fármacos para hacer más eficaz su acción.

Sinusitis.- Inflamación de la mucosa de un seno.

Suprarrenalectomía.- Excisión de la cápsula suprarrenal.

Teratoblastoma.- Tumor que contiene elementos embrionarios y que no está constituido por las tres hojas blastodérmicas.

Tumor.- Tumefacción o hinchazón morbosa. Neoplasma masa - persistente de tejido sin función fisiológica que se desarrolla independientemente de los tejidos -- próximos.

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

- 1.- Academia Mexicana de Medicina.
Cáncer.
México, 1971. Año. 1971.
- 2.- CROUCH, James E. "Anatomía Humana Funcional". México, D.F.
Editorial C.E.C.S.A. (Segunda Impresión), 1981.
698 pág. 122-147, 578-594.
- 3.- FINN, Sidney B. "Odontología Pediátrica". México, D.F.
Editorial Interamericana (Cuarta Edición), 1983.
613. Pág. 360-375.
- 4.- DUNN, Martín J.- SHAPIRO Cindy. "Anatomía Dental Cabeza y de Cuello". México, D.F.
Editorial Interamericana (Primera Edición). 1978.
139 Pág. 61-135.
- 5.- GIUNTA, John. "Patología Bucal". México, D.F.
Editorial Interamericana (Primera Edición), 1978.
123, Pág. 31,55-65, 98-106.
- 6.- HAM, Arthur W. "Tratado de Histología". México, D.F.
Editorial Interamericana (Séptima Edición). 1975.
935 págs. 480-484, 584-618.
- 7.- KRUGER O. Gustavo. "Tratado de Cirugía Bucal." México, D.F.
Editorial Interamericana, (Cuarta Edición), 1978.
Págs. 616, 196-216, 505-524, 178-182.

- 8.- LEYT, Samuel. "Odontología Pediátrica" Argentina.
Editorial Mundi (Primera Edición), 1980.
Págs. 35-60-; 63-66.
- 9.- MALCOLM a. Lynch. "Medicina Bucal de Burket Diagnóstico y Tratamiento" México, D.F., Editorial Interamericana, 7a. --
Edición, 1980, págs. 114-141, 550, 551.
- 10.- MC.DONALD, Ralph. "Odontología para el niño y el Adolescente"
Buenos Aires, Argentina Editorial Mundi, 2a. Edición, -
1975. Págs. 75, 455-460, 464,465, 474,475.
- 11.- ORBAN, A. Balint J. "Histología y Embriología Bucales". México,
D.F.
Editorial Prensa Médica Mexicana (Segunda Reimpresión),
1978. 405, Pág. 1-16.
- 12.- QUIROZ GUTIERREZ F. "Tratado de Anatomía Humana", México, D.F.
Editorial Porrúa, S.A. (Décima Tercera Edición), 1975.
Tomo 11, 525 págs. 381-427.
- 13.- RIES, CENTENO. "Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica". Argentina, Editorial El Ateneo, 8a. Edición 1980, -
págs. 580-679.
- 14.- SHAFER, William. G. "Tratado de Patología Bucal". México, D.F.
Editorial Interamericana (Primera Edición), 1977.
Págs. 67-77; 82-88; 101-203, 214 -226 y 238-284.
- 15.- THOMA, "Patología Oral." España, Salvat Editores, 2a. Reim--
presión, 1981, págs. 487,499, 501,508, 879-881, 951,954,
971.978, 979, 1062-1065.

- 16.- VOSS -HERRLINGER. "Anatomía Humana". Buenos Aires, Argentina Editorial El Ateneo, (Segunda Edición). 1968, Tomo I, págs. 469, 104-138; 144-157; 370-386.
- 17.- ZEGARELLI, Edward V. "Diagnóstico en Patología Oral". España, Salvat Editores, Reimpresión, 1979, Págs. 181, 186-197, 205, 206, 220-227, 240.

ARTICULOS REVISADOS DEL CENTRO NACIONAL DE INFORMACION
Y DOCUMENTACION EN SALUD.(Cenids).

- 1.- BENDN : A:R B; Toman J. Maz.: Anek J.
Clasification of Mesenchymal Odontogenic Tumors.
Cesk Patol 1980 Feb; 16-(1): 37-43.
- 2.- DAHL EC; Wolfson SH; Haugen JC.
Central Odontogenic Fibroma : review of the literature
and report of cases.
Joral Surg 1981 Feb. 39(2): 120-4.
- 3.- FREIDEL M; Cros P; Achard R; Dumas P.
Treatment of large mandibular cyst (authors transl)
Rev Stomatol Chir Maxillofac, 1980;81(1):10-4.
- 4.- GOLDBLATT. LI; Brannon RB; Ellis. GL.
Squamous odontogenic Tumor. Report of five cases and
review of the literature.
Oral Surg 1982. Aug; 54(2):187-96.
- 5.- G; ORREL C; Larsson A.
Histopathology of bening gingival fibroblastic lesions -
with special reference to odontogenic fibroma and recu-
rence rates.
Scand J. Dent Res. 1983. apr. 30;91920:79-89.

6.- RIES P; Reichart p.

A contribution to the general and specific pathology--
of benign odontogenic tumors.

Onkologie 1980 Aug. 3(4): 172-9.

7.- SWEET RM; Bryarly RC; Kornbult AD; Corio RL.

Recurrent cementifying fibroma of the jaws.

Laryngoscope 1981 Jul; 91(7):1137-44.

8.- ZIDE MF; Kent JN.

Surgical treatment of maxillary benign tumors.

J oral Surg 1981 Jan 39(1) : 64-74.