

76  
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE ORIGEN MESENQUIMATOSO

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA PRESENTA  
**NAYELI MARTINEZ CONSTANTINO**

DIRECTOR: DRA. BEATRIZ ALDAPE BARRIOS



MEXICO, D. F.

1999

274006

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

FRAGILACION

BORRORSA

## **AGRADECIMIENTOS.**

**A C.D.M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS.** Por haberme guiado durante la realización de la tesina, por ser antes que todo una gran persona, al brindarnos su tiempo, comprensión y dedicación, para lograr este proyecto. Y por impulsarnos a incrementar nuestros conocimientos.

**A LOS ALUMNOS DEL SERVICIO SOCIAL.** Por brindarme su amistad, ayuda y apoyo durante todo el tiempo que estuvimos en contacto con ellos.

**AL C.D.. DANIEL QUEZADA, C.D. JOSE LUIS, C.D. BERNARDO.** Por su paciencia, voluntad, tiempo, amistad y valiosísima ayuda incondicional.

**AL SR. TEO.** Por dedicarnos su valioso tiempo en la enseñanza del manejo del laboratorio.

**A FRANCISCO Y AGUSTIN.** Por haberme brindado su amistad y ayuda incondicional, así como su tiempo y parte de sus conocimientos.

**A MIS COMPAÑEROS DE SEMINARIO.** Por brindarme su amistad y apoyo durante todo el tiempo que duro el seminario.

**A TODOS NUESTROS PROFESORES.** Que contribuyeron a mi formación como Cirujano Dentista a lo largo de los cinco años de mi desarrollo profesional.

**A MIS COMPAÑEROS DEL GRUPO 07.** Por haberme brindado su apoyo y confianza durante la carrera.

**A MIS AMIGOS.** Yadira Valencia, Angeles Rodríguez, Leonel Juárez, Lourdes Miranda, Diana Cruz, Víctor Cureño, por brindarme su ayuda, amistad durante todo el tiempo que hemos estado juntos.

**A YADIRA VALENCIA.** Porque con su amistad, ayuda y consejo siempre me ha ayudado a resolver mis problemas y me ha acompañado en las buenas y en las malas.

**NAYELI MARTINEZ CONSTANTINO.**

## **DEDICATORIAS.**

**ANTE TODO A DIOS.** Por haberme dado la vida, y permitir que finalizará mi carrera sin ningún contratiempo.

### **A MIS PADRES.**

**IMELDA CONSTANTINO LOPEZ.**

**ROGELIO MARTINEZ NUÑEZ.**

En primer lugar por haberme dado la vida, por creer en mi y apoyarme para seguir siempre adelante, y estar en cada minuto a mi lado, por ser un ejemplo de superación, y enseñarme a que no hay límites en la vida y por su gran esfuerzo en permitirme finalizar una carrera. Por todo eso y más **GRACIAS.**

### **A MIS HERMANOS.**

**MARTINA ANGEL CONSTANTINO.**

**ARACELI ANGEL CONSTANTINO.**

**CESAR R. MARTINEZ CONSTANTINO.**

**ROCIO I. MARTINEZ CONSTANTINO.**

Por ayudarme, escucharme, enseñarme y tener siempre paciencia conmigo a lo largo de toda mi vida, y por todo lo que hemos compartido tanto en las buenas como en las malas.

### **EN ESPECIAL A MI HERMANO.**

**OMAR O. MARTINEZ CONSTANTINO.**

Que aunque ya no este conmigo, siempre me apoyo y tuvo confianza en mi y que compartió conmigo momentos buenos durante mi carrera, y que aunque no este en éste momento yo sé que me ve de donde este.

### **A MIS SOBRINAS.**

**JULIETA Y ANDREA.**

Que soportaron todos mis regaños, el tiempo que duro éste proceso.

**ÍNDICE.**  
**INDICE DE FIGURAS.**  
**INTRODUCCIÓN**

**HISTOLOGIA**

- I.1. DESARROLLO EMBRIONARIO.
- I.2. CAPAS BLASTODÉRMICAS.
- I.3. DERIVADOS DE LAS CAPAS BLASTODÉRMICAS.

**GENERALIDADES DE NEOPLASIAS.**

- II.1. DEFINICIÓN.
- II.2. CARÁCTERISTICAS HISTOLOGICAS.
- II.3. DIFERENCIAS ENTRE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS.

**NEOPLASIAS BENIGNAS.**

***FIBROMA VERDADERO.***

- I.1. ORIGEN.
- I.2. LOCALIZACIÓN.
- I.3. CARACTERISTICAS CLINICAS.
- I.4. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.
- I.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- I.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

***FIBROMA POR IRRITACION.***

- II.1. ORÍGEN.
- II.2. LOCALIZACIÓN.
- II.3. CARÁCTERISTICAS CLÍNICAS.
- II.4. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.
- II.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- II.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

***FIBROMA DE FIBROBLASTOS GIGANTES.***

- III.1. ORÍGEN.
- III.2. LOCALIZACIÓN.
- III.3. CARÁCTERISTICAS CLÍNICAS.
- III.4. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.
- III.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- III.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

***HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA.***

- IV.1. ORÍGEN.
- IV.2. LOCALIZACIÓN.

- IV.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- IV.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- IV.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- IV.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**GRANULOMA PIOGENO**

- V.1. ORIGEN.
- V.2. LOCALIZACION.
- V.3. CARACTERÍSTICAS CLINICAS.
- V.4. CARACTERÍSTICAS HISTOLOGICAS.
- V.5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.
- V.6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

**EPULIS FISURATUM.**

- VI.1. ORIGEN.
- VI.2. LOCALIZACIÓN.
- VI.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- VI.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- VI.5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.
- VI.6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

**HISTIOCITOMA FIBROSO.**

- VII.1. ORIGEN.
- VII.2. LOCALIZACIÓN.
- VII.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- VII.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- VII.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- VII.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**FIBROMATOSIS Y MIOFIBROMATOSIS.**

- VIII.1. ORÍGEN.
- VIII.2. LOCALIZACIÓN.
- VIII.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- VIII.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- VIII.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- VII. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

**FIBROMA OSIFICANTE.**

- IX.1. ORÍGEN.
- IX.2. LOCALIZACIÓN.
- IX.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- IX.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- IX.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- IX.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**LIPOMA.**

- X.1. ORIGEN.
- X.2. LOCALIZACIÓN.
- X.3. CARÁCTERISTICAS CLÍNICAS.
- X.4. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.
- X.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- X.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**LEIOMIOMA.**

- XI.1. ORIGEN.
- XI.2. LOCALIZACIÓN.
- XI.3. CARÁCTERISTICAS CLÍNICAS.
- XI.4. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.
- XI.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- XI.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**RABDOMIOMA.**

- XII.1. ORIGEN.
- XII.2. LOCALIZACIÓN.
- XII.3. CARÁCTERISTICAS CLÍNICAS.
- XII.4. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.
- XII.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- XII.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**HEMANGIOMA.**

- XIII.1. ORIGEN.
- XIII.2. LOCALIZACIÓN.
- XIII.3. CARÁCTERISTICAS CLÍNICAS.
- XIII.4. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.
- XIII.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- XIII.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**NEURILEMOMA.**

- XIV.1. ORIGEN.
- XIV.2. LOCALIZACIÓN.
- XIV.3. CARÁCTERISTICAS CLÍNICAS.
- XIV.4. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.
- XIV.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- XIV.6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

**NEUROFIBROMA.**

- XV.1. ORIGEN.
- XV.2. LOCALIZACIÓN.
- XV.3. CARÁCTERISTICAS CLÍNICAS.
- XV.4. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.
- XV.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- XV.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.
- XV.7. ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN.

*CONDROMA.*

- XVI.1. ORÍGEN.
- XVI.2. LOCALIZACIÓN.
- XVI.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- XVI.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- XVI.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- XVI.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

*OSTEOMA.*

- XVII.1. ORÍGEN.
- XVII.2. LOCALIZACIÓN.
- XVII.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- XVII.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- XVII.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- XVII.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.
- XVII.7. SINDROME DE GARDNER.

*LINGANGIOMA.*

- XVIII.1. ORÍGEN.
- XVIII.2. LOCALIZACIÓN.
- XVIII.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- XVIII.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- XVIII.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- XVIII.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**NEOPLASIAS MALIGNAS.**

*FIBROSARCOMA.*

- I.1. ORÍGEN.
- I.2. LOCALIZACIÓN.
- I.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- I.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- I.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- I.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

*LIPOSARCOMA.*

- II.1. ORÍGEN.
- II.2. LOCALIZACIÓN.
- II.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- II.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- II.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- II.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**LEIOMIOSARCOMA.**

- III.1. ORIGEN.
- III.2. LOCALIZACIÓN.
- III.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- III.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- III.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- III.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**RABDOMIOSARCOMA.**

- IV.1. ORIGEN.
- IV.2. LOCALIZACIÓN.
- IV.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- IV.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- IV.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- IV.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**ANGIOSARCOMA.**

- V.1. ORIGEN.
- V.2. LOCALIZACIÓN.
- V.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- V.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- V.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- V.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**NEURILEMOMA MALIGNO.**

- VI.1. ORIGEN.
- VI.2. LOCALIZACIÓN.
- VI.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- VI.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- VI.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- VI.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**NEUROSARCOMA.**

- VII.1. ORIGEN.
- VII.2. LOCALIZACIÓN.
- VII.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- VII.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- VII.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- VII.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

**CONDROSARCOMA.**

- VIII.1. ORIGEN.
- VIII.2. LOCALIZACIÓN.
- VIII.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- VIII.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.
- VIII.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

VIII.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

*OSTEOSARCOMA.*

IX.1. ORIGEN.

IX.2. LOCALIZACIÓN.

IX.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.

IX.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

IX.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

IX.6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

**CONCLUSIONES.**

**GLOSARIO.**

**BIBLIOGRAFIA.**

**INDICE DE FIGURAS.****PAGINAS.**

Fig. 1 y 2. Fibroma.....	5.
Fig. 3 y 4. Fibroma por irritación.....	6.
Fig. 5. Fibroma de fibroblastos gigantes.....	7.
Fig. 6. Hiperplasia papilar inflamatoria.....	8.
Fig. 7. Hiperplasia papilar inflamatoria.....	9.
Fig. 8 y 9. Granuloma piógeno.....	9.
Fig. 10 y 11. Epulis fisuratum.....	11.
Fig. 12 y 13. Histiocitoma fibroso.....	12.
Fig. 13 y 14. Histiocitoma fibroso.....	12.
Fig. 15 y 16. Fibromatosis y miofibromatosis.....	13.
Fig. 17. Fibromatosis y miofibromatosis.....	14.
Fig. 18, 19 y 20. Fibroma osificante.....	15.
Fig. 21, 22 y 23. Lipoma.....	16.
Fig. 24 y 25. Leiomioma.....	17.
Fig. 26 y 27. Leiomioma.....	18.
Fig. 28. Rabdomioma adulto.....	19.
Fig. 29. Rabdomioma fetal.....	20.
Fig. 30, 31, 32, 33, 34, 35. Hemangioma.....	21.
Fig. 36 y 37. Neurilemoma.....	22.
Fig. 38 y 39. Neurilemoma.....	23.
Fig. 40 y 41. Neurofibroma.....	24.
Fig. 42. Neurofibroma.....	25.
Fig. 43 y 44. Neurofibromatosis.....	25.
Fig. 45. Neurofibromatosis.....	26.
Fig. 46. Osteoma.....	27.
Fig. 47 y 48. Linfangioma.....	28.
Fig. 49 y 50. Linfangioma.....	30.
Fig. 50, 51, 52, 53. Fibrosarcoma.....	31.
Fig. 54. Liposarcoma.....	32.
Fig. 55 y 56. Liposarcoma.....	33.
Fig. 57 y 58. Leiomiosarcoma.....	34.
Fig. 59 y 60. Rabdomiosarcoma.....	35.
Fig. 61. Rabdomiosarcoma pleomórfico.....	36.
Fig. 62. Rabdomiosarcoma alveolar.....	36.
Fig. 63. Rabdomiosarcoma embrionario.....	36.
Fig. 64 y 65. Angiosarcoma.....	37.
Fig. 66. Schwannoma maligno.....	38.
Fig. 67. Schwannoma maligno.....	39.
Fig. 68. Neurosarcoma.....	40.
Fig. 69 y 70. Condrosarcoma.....	41.
Fig. 71. Osteosarcoma.....	42.

## INTRODUCCION.

La patología moderna es una ciencia y práctica clínica, como ciencia enfoca los mecanismos por los cuales, las células, tejidos, y órganos se alteran. Así como los cambios subyacentes a las lesiones o procesos patológicos y como práctica enfoca el diagnóstico y tratamiento de estos procesos patológicos. (1)

Existen numerosos tipos de crecimientos anormales que pueden ocurrir en la cavidad bucal; tanto benignos como malignos, siendo actualmente las lesiones malignas el octavo tipo más común de las neoplasias en USA y Europa, abarcando el 40% de todo el cáncer que se presenta en el organismo. Y ocupando así estas neoplasias bucales el 3er lugar en los países en vías de desarrollo. <sup>ref. 2.</sup>

Las lesiones bucales tienen origen en el mesénquima, capa blastodérmica que deriva del mesodermo, que junto con otras dos capa blastodérmica forman al embrión y sus diferentes estructuras.

En cada una de las neoplasias, se menciona su origen, localización bucal, características clínicas, características histológicas, diagnóstico diferencial, el tratamiento y pronóstico.

## HISTOLOGÍA.

### I.1. DESARROLLO EMBRIONARIO.

La morfogénesis ó adquisición de la forma, comienza con la fecundación, que es la fusión entre el óvulo y el espermatozoide dando origen al cigoto, dicha unión va seguida por la segmentación, que son una serie de divisiones mitóticas, el cigoto es transportado a las tubas uterinas y de ahí se forma la mórula, constituida por células que se denominan blastómeras, de ahí comienza la nidación en la mucosa uterina (endometrio). Una vez implantada la mórula, se convierte en una esfera hueca que se divide en 2 partes:

**EMBRIOBLASTO.-** Algunas células forman al embrión propiamente dicho.

**TROFOBLASTO.-** Junto con las células restantes del embrioblasto proliferan y forman componentes tales como el amnios, corión, alantoídes y saco vitelino.

Al comienzo de la gastrulación, la región del embrión se toma en forma de una placa bilaminar, que se separa por dando origen al epiblasto e hipoblasto.

Algunas células del epiblasto pierden inserción con las adyacentes y emigran hacia adentro, para incorporarse en medio del epiblasto y el hipoblasto. Esas células se acumulan y emigran lateralmente, formando una hoja ó red que es llamada mesoblasto ó células mesénquimatosas. Esto quiere decir que son células embrionarias que pueden proliferar y madurar en muy diversas clases de células diferenciadas.

Las células del hipoblasto permanecen relativamente estáticas y unidas, en cambio las células mesénquimatosas ó mesoblasto son activas y se mantienen alejadas de las adyacentes.

Cuando ya se ha formado la capa intermedia entre el epiblasto y el hipoblasto, se dice que el embrión es trilaminar. (3,4,5)

### I.2. CAPAS BLASTODÉRMICAS

- ECTODÉRMO.- CÉLULAS DEL EPIBLASTO.
- ENDODÉRMO.- CÉLULAS DEL HIPOBLASTO
- MESODÉRMO.- CÉLULAS DEL EPIBLASTO

### 1.3. DERIVADOS DE LAS CAPAS BLASTODÉRMICAS.

**ECTODÉRMO.-** Forma epitelios externos y el S.N.C.

**ENDODÉRMO.-** Forma revestimiento epitelial de vías respiratorias, el intestino, células glandulares de los órganos accesorios, como hígado y páncreas.

**MESODÉRMO.-** Túnicas de músculo liso, el tejido conectivo y los vasos sanguíneos y linfáticos, esqueleto, músculo estriado y órganos de la excreción y reproducción. (3,4,5)

## GENERALIDADES DE NEOPLASIAS.

### II.1. DEFINICION.

**NEOPLASIA :** Crecimiento nuevo.

Una neoplasia es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento es excesivo e inordinado con el crecimiento de tejidos normales y persiste hasta después del cese de los estímulos que provocaron el cambio.

#### ➤ SE DICE QUE LAS CÉLULAS SON:

- . Transformadas.
- . Continúan replicándose (mitosis activa).
- . Suelen comportarse como parásitos, pues compiten con las células y tejidos normales.
- . Requieren apoyo endocrino y dependen del huésped para su nutrición y riego sanguíneo.

### II.2. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.

#### ❖ LAS NEOPLASIAS TIENEN 2 COMPONENTES BÁSICO:

- ❖ **EL PARÉNQUIMA.-** Formado por células neoplásicas de proliferación, es el componente del cuál deriva la neoplasia.
- ❖ **EL ESTROMA DE SOSTEN.-** Formado de tejido conjuntivo, vasos sanguíneos y quizás linfáticos. (1)

### 1.3. DERIVADOS DE LAS CAPAS BLASTODÉRMICAS.

**ECTODÉRMO.-** Forma epitelios externos y el S.N.C.

**ENDODERMO.-** Forma revestimiento epitelial de vías respiratorias, el intestino, células glandulares de los órganos accesorios, como hígado y páncreas.

**MESODERMO.-** Túnicas de músculo liso, el tejido conectivo y los vasos sanguíneos y linfáticos, esqueleto, músculo estriado y órganos de la excreción y reproducción. (3,4,5)

## GENERALIDADES DE NEOPLASIAS.

### II.1. DEFINICION.

**NEOPLASIA :** Crecimiento nuevo.

Una neoplasia es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento es excesivo e inordinado con el crecimiento de tejidos normales y persiste hasta después del cese de los estímulos que provocaron el cambio.

#### ➤ SE DICE QUE LAS CÉLULAS SON:

- . Transformadas.
- . Continúan replicándose (mitosis activa).
- . Suelen comportarse como parásitos, pues compiten con las células y tejidos normales.
- . Requieren apoyo endocrino y dependen del huésped para su nutrición y riego sanguíneo.

### II.2. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.

❖ LAS NEOPLASIAS TIENEN 2 COMPONENTES BÁSICO:

- ❖ **EL PARÉNQUIMA.-** Formado por células neoplásicas de proliferación, es el componente del cuál deriva la neoplasia.
- ❖ **EL ESTROMA DE SOSTEN.-** Formado de tejido conjuntivo, vasos sanguíneos y quizás linfáticos. (1)

❖ LAS CÉLULAS ANAPLÁSICAS MUESTRAN:

- ◆ PLEOMORFISMO CELULAR.- Variación en forma y tamaño.
- ◆ HIPERCROMATISMO NUCLEAR.
- ◆ PÉRDIDA DE LA RELACIÓN NÚCLEO-CITOPLASMA.
- ◆ AUMENTO EN EL NÚMERO DE MITOSIS.
- ◆ NUCLEOLOS PROMINENTES.
- ◆ PÉRDIDA DE LA COHESIÓN.

DIFERENCIAS ENTRE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS.

	BENIGNO	MALIGNO
SUFIJO	oma	sarcoma
DIFERENCIACIÓN.	Bien diferenciado	van de bien y moderadamente diferenciados a completamente indiferenciados.
RITMO DE CREC.	Progresivo,lento	rápido.
MITOSIS.	Raras y normales	abundantes.
INVASION LOCAL.	ausente	presente
METÁSTASIS	ausente	presente (1)

## NEOPLASIAS BENIGNAS.

### FIBROMA VERDADERO.

#### I.1. ORIGEN.

- ◆ . Tejido conectivo.

#### I.2. LOCALIZACIÓN.

- ◆ Mucosa bucal.
- ◆ Lengua.
- ◆ Encía.
- ◆ Labio.
- ◆ Paladar.

#### I.3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.



Fig. 1 Y 2. Fibroma. Vista clínica en labio inferior y lengua.

- ◆ . Masa nodular firme.
- ◆ . Lisa.
- ◆ . Asintomático.
- ◆ . Color similar al tejido adyacente.
- ◆ . Es de tamaño variable.
- ◆ . Se presenta en la 3ª y 4ª década de la vida.
- ◆ . Es más frecuente en mujeres.
- ◆ . Lesión única.

#### I.4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

- ◆ . Fibras de colágeno
- ◆ . Fibroblastos.
- ◆ . Pequeños vasos sanguíneos.
- ◆ . Superficie cubierta por tejido epitelial estratificado.

#### I.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Hiperplasia fibrosa
- ◆ . Epulis Fisuratum
- ◆ . Granuloma Piógeno
- ◆ . Papiloma.

**I.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.**

- ◆ . Extirpación quirúrgica
- ◆ . Bueno. (6,7,8)

**FIBROMA POR IRRITACIÓN.****II.1. ORIGEN.**

- ◆ . Tejido conectivo.

**II.2. LOCALIZACION.**

- ◆ . Mucosa bucal.
- ◆ . Mucosa labial.
- ◆ . Lengua.
- ◆ . Encía.

**II.3. CARACTERISTICAS CLINICAS.****Fig. 3 y 4. Fibroma por irritación. Vista clínica en encía y carrillo.**

- ◆ . Masa blanda.
- ◆ . Lisa.
- ◆ . Mismo color de la mucosa.
- ◆ . Lesión única.
- ◆ . Asintomática.
- ◆ . Predilección sexo femenino.
- ◆ . 4ª a 6ª década de la vida.

**II.4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.**

- ◆ . Tejido conectivo fibroso cubierto Por Epitelio Escamoso Estratificado.
- ◆ . Tejido conectivo denso y colagenizado.
- ◆ . Tejido fibroso alrededor del T.C.
- ◆ . Hiperqueratosis.

**II.5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

- ◆ . Hiperplasia fibrosa.
- ◆ . Epulis fisuratum.

- ◆ . Granuloma piógeno.
- ◆ . Papiloma.

## II.6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Bueno. (6,7,10)

## FIBROMA DE FIBROBLASTOS GIGANTES.

### III.1. ORIGEN.

- ◆ . Tejido conectivo fibroso.

### III.2. LOCALIZACION.

- ◆ . Encía.
- ◆ . Lengua.
- ◆ . Paladar.

### III.3. CARACTERISTICAS CLINICAS.



- ◆ **Fig. 5. Fibroma de fibroblastos gigantes. Vista clínica en encía inf.**
- ◆ . Lesión asintomática.
- ◆ . Masas nodulares con superficie papilar.
- ◆ . Miden 1 cm.
- ◆ . Predilección por sexo femenino.
- ◆ . 1ª y 3 a década de la vida.
- ◆ . Lesión del mismo color de la mucosa.

### III.4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

- ◆ . Tejido conectivo fibroso.
- ◆ . Recubierto por epitelio atrofiado.
- ◆ . Células multinucleadas.

### III. 5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Papiloma
- ◆ . Hiperplasia fibrosa.

### III. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Bueno. (6,7)

### HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA.

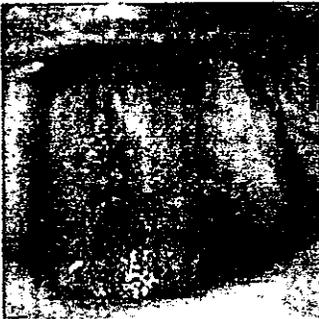
#### IV. 1. ORIGEN.

- ◆ . Por proliferación de tejido conectivo fibroso, asociada a una inflamación crónica a causa de una dentadura mal ajustada.

#### IV. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Mucosa del paladar duro.
- ◆ . Proceso alveolar.
- ◆ . Paladar blando.

#### IV. 3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.



- ◆ **Fig. 6. Hiperplasia papilar inflamatoria. Vista clínica en paladar sup.**
- ◆ . Masas papilares eritematosas y edematosas.
- ◆ . Zonas de telangiectásicas.
- ◆ . Asintomática ó sintomática.
- ◆ . Cualquier edad
- ◆ . No hay predilección por sexo
- ◆ . Se presenta en personas con dentaduras totales ó parciales.
- ◆ . Las lesiones miden de 3 a 4 mm.
- ◆ . Es importante porque presenta proliferación a carcinoma verrucoso.

#### IV. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.



◆ Fig. 7. Hiperplasia papilar inflamatoria. Vista histológica.

- ◆ . Tejido conectivo.
- ◆ . Cubierto por Epitelio Escamoso Estratificado.
- ◆ . Epitelio hiperplásico.
- ◆ . Infiltración de células inflamatorias.

#### IV. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Estomatitis nicotica
- ◆ . Enfermedad de Darier.
- ◆ . Síndrome de Hamartoma Múltiple.

#### IV. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Antimicóticos.
- ◆ . Ajuste a prótesis.
- ◆ . Bueno. (7)

#### GRANULOMA PIÓGENO (HEMANGIOMA CAPILAR LÓBULAR).

##### V. 1. ORIGEN.

- ◆ . Respuesta inflamatoria.

##### V. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Encía.
- ◆ . Lengua.
- ◆ . Labios.
- ◆ . Mucosa yugal.

##### V. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.



Fig. Granuloma piógeno. Vista clínica en encía inferior.

- ◆ . Masa elevada y ulcerada.

1999

- ◆ . Superficie lisa y/o verrugosa.
- ◆ . Más frecuente en mujeres.
- ◆ . Presenta de la 2ª a 3ª década de la vida.
- ◆ . Asintomática.
- ◆ . Color rojo
- ◆ . Consistencia blanda.
- ◆ . Las lesiones miden de 1 a 2.5. cm.

#### V. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.



- ◆ . Tejido similar a tejido de granulación.
- ◆ . Recubierto por epitelio delgado e hiperplásico.
- ◆ . Exudado fibroso.
- ◆ . Espacios vasculares tapizados de endotelio.
- ◆ . Proliferación de fibroblastos y células epiteliales.
- ◆ . Linfocitos, leucocitos y plasmocitos.

#### V. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Hemangioma.
- ◆ . Epulis fisuratum.
- ◆ . Fibroma.

#### V. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Bueno. (7)

#### EPULIS FISURATUM (HIPERPLASIA EPITELIAL INFLAMATORIA.)

##### VI. 1. ORIGEN.

- ◆ . Tejido conectivo fibroso.

##### VI. 2. LOCALIZACIÓN.

- ◆ . Encía.
- ◆ . Mucosa yugal.
- ◆ . Paladar duro y blando.

### VI. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.

- ◆ . Lesión blanda en pliegues.
- ◆ . Color rojo ó rosa más intenso que la mucosa normal.
- ◆ . A veces hay presencia de sangrado.
- ◆ . Asintomático.
- ◆ . No hay predilección por sexo.
- ◆ . Es más frecuente en personas que usen dentaduras.

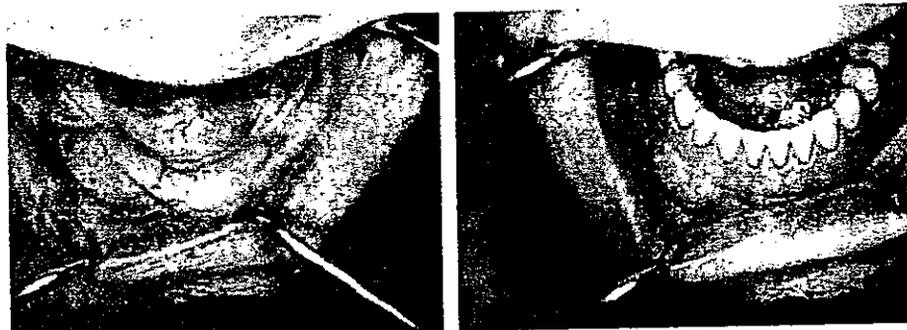


Fig. 10 y 11. Epulis fissuratum. Vista clínica en proceso inferior.

### VI. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

- ◆ . Masa de tejido fibroso.
- ◆ . Recubierta por epitelio estratificado.
- ◆ . Infiltrado inflamatorio.

### VI. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Fibroma por irritación.
- ◆ . Hiperplasia gingival.
- ◆ . Granuloma piógeno.

### VI. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Reemplazar prótesis.
- ◆ . Bueno. (6,7)

### HISTIOCITOMA FIBROSO (HEMANGIOMA ESCLERÓTICO).

#### VII. 1. ORIGEN.

- ◆ . Tejido histiocítico y fibroblastos.

#### VII. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Lesión más común en Piel y Extremidades.
- ◆ . Lesiones bucales no son frecuentes.
- ◆ . Lengua.

- ◆ . Mucosa bucal.
- ◆ . Mucosa vestibular.
- ◆ . Región peribucal.

### VII. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.



Fig.12.Histiocitoma fibroso. Radiografía. Fig. 13. Vista clínica en paladar superior.

- ◆ . Lesiones en piel son llamadas dermatofibroma
- ◆ . Masa nodular.
- ◆ . Sintomática.
- ◆ . Superficial ó profunda.
- ◆ . Lesiones de tamaño variable.
- ◆ . Más frecuente en la 5ª década.
- ◆ . No hay predilección por sexo.

### VII. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

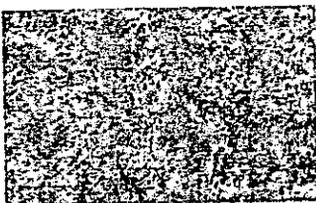
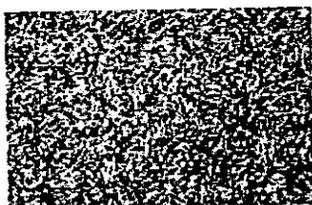


Fig.13 y 14. Histiocitoma fibroso. Vista histológica.

- ◆ . Fibroblastos fusiformes.
- ◆ . Rodeada por histiocitos.
- ◆ . A veces linfocitos dispersos.

### VII. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Fibroma.
- ◆ . Histiocitoma fibroso maligno.
- ◆ . Linfangioma.
- ◆ . Hemangioma.
- ◆ . Leiomioma y Schwannoma.

**VII. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.**

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Bueno- superficiales.
- ◆ . Malo- profundas. (6,7,10)

**FIBROMATOSIS Y MIOFIBROMATOSIS.****VIII. 1. ORIGEN.**

- ◆ . Tejido conectivo fibroso.
- ◆ . Músculo liso y tejido conectivo fibroso

**VIII. 2. LOCALIZACION.**

- ◆ . Tejidos blandos de mandíbula.
- ◆ . Piel, y tejidos subcutáneos.

**VIII. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.**

**Fig. 15. Fibromatosis. Vista clínica. Fig. 16. Radiografía tridimensional. FIBROMATOSIS.**

- ◆ . Masas firmes.
- ◆ . Sintomáticas.
- ◆ . 1ª a 2ª década de la vida.
- ◆ . Raramente en adultos de más de 50 años.
- ◆ . No hay predilección por sexo.
- ◆ . Se observa destrucción de hueso.
- ◆ . Localmente agresiva.

**MIOFIBROMATOSIS.**

- ◆ . Masas firmes.
- ◆ . Sintomática.
- ◆ . Lesión única ó múltiple.
- ◆ . Puede haber lesiones intraóseas.
- ◆ . Neonatales y niños.

- ◆ . Raramente en adultos, alrededor de la 5ª década de la vida.
- ◆ . Curso benigno, sin ser localmente agresiva.

#### VIII. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

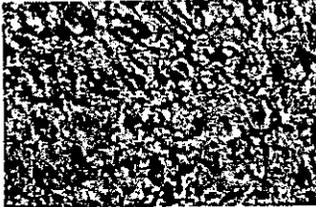


Fig.17. Fibromatosis. Vista histológica.

##### FIBROMATOSIS.

- ◆ . Células fusiformes.
- ◆ . Hiperchromatismo
- ◆ . Pleomorfismo  
(No es observado)
- ◆ . Gran cantidad de colágeno.

##### MIOFIBROMATOSIS.

- ◆ . Forma similar a fibromatosis.
- ◆ . Eosinofilia de músculo liso.
- ◆ . Es más vascular.

#### VIII. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Fibroma
- ◆ . Leiomioma.

#### VIII. 6. TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO.

##### FIBROMATOSIS.

- ◆ . Extirpación quirúrgica, incluyendo una porción de Tejido adyacente sano.
- ◆ . Bueno, pues la recurrencia es de 23%.

##### MIOFIBROMATOSIS.

- ◆ . Solo biopsia por propósitos de Diagnóstico.
- ◆ . Bueno, pues no hay recurrencia. (6,7)

#### FIBROMA OSIFICANTE.

##### IX. 1. ORIGEN.

- ◆ . Células indiferenciadas del ligamento periodontal.

##### IX. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Huesos craneofaciales.
- ◆ . Ambos maxilares.

### IX. 3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.



- ◆ Fig. 18. Fibroma osificante. Vista clínica.
- ◆ . Lesión expansible y por lo tanto más agresiva.
- ◆ . Adelgazan corticales bucal y lingual.
- ◆ . Más frecuente en la 3ª y 4ª década de la vida.
- ◆ . Predilección por sexo femenino.
- ◆ . Radiográficamente Multilobulares, mixtas.
- ◆ . Se observa también, desplazamiento de dientes y resorción radicular.

### IX. 4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.



- ◆ Fig. 19 y 20. Fibroma osificante. Vista histológica.
- ◆ . Fibras de colágeno de forma irregular.
- ◆ . Cubierto por epitelio bien vascularizado y en ocasiones fibroso y avascular.
- ◆ . Depósitos calcificados.
- ◆ . A veces osteoblastos en la periferia de los depósitos de hueso.

### IX. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Displasia fibrosa.
- ◆ . Osteoblastoma.
- ◆ . Osteoma osteoide.
- ◆ . Cementoblastoma.

### IX. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica por medio de Enucleación y Curetaje.
- ◆ . Bueno, por tener baja recurrencia.(6,7)

## LIPOMA.

### X. 1. ORIGEN.

- ◆ . Tejido adiposo.

### X. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Mucosa bucal.
- ◆ . Lengua.
- ◆ . Piso de boca.
- ◆ . Labios.

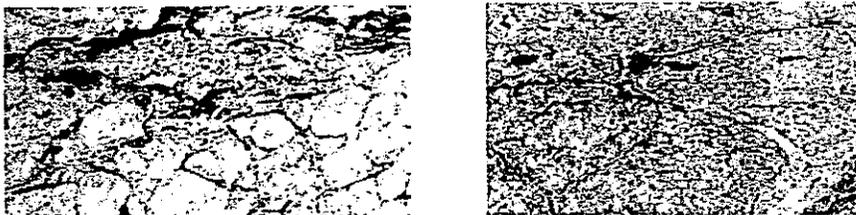
### X. 3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICA.



**Fig. 21. Lipoma. Vista clínica en labio inferior.**

- ◆ . Masas nodulares blandas.
- ◆ . Asintomática.
- ◆ . Color amarillo
- ◆ . Lesiones de 3 cm de diámetro.
- ◆ . En lesiones bucales no hay predilección por sexo.
- ◆ . Mas frecuentes de la 3ª a 4ª década de la vida.
- ◆ . Lesiones cutáneas son más frecuentes en el sexo femenino.
- ◆ . No se presentan en niños.

### X. 4. CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.



**Fig. 22 y 23. Lipoma. Vista histológica.**

- ◆ . Compuesto por células de tejido adiposo maduro.
- ◆ . Bien circunscrito.
- ◆ . A veces muestra una delgada cápsula fibrosa.

#### X. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Liposarcoma.

#### X. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Bueno. (6,7,8,9)

### LEIOMIOMA.

#### XI. 1. ORIGEN.

- ◆ . Músculo liso.

#### XI. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Labios.
- ◆ . Paladar.
- ◆ . Lengua.
- ◆ . Mejilla.

#### XI. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.



Fig. 24 y 25. Leiomioma. Vista clínica en paladar superior.

- ◆ . Son más comunes en útero, tracto gastrointestinal y piel.
- ◆ . En cavidad bucal son raros.
- ◆ . Masas mucosas firmes.
- ◆ . Asintomáticas.
- ◆ . Del mismo color de la mucosa.
- ◆ . Se presentan a cualquier edad.
- ◆ . No hay predilección por sexo.
- ◆ . Mismo color de la mucosa.

#### XI. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

❖ HAY 3 TIPOS:

##### LEIOMIOMA SÓLIDO:

- ✓ . Bien circunscrito.
- ✓ . Células de músculo liso
- ✓ . Células fusiformes.
- ✓ . Núcleo alargado.

##### LEIOMIOMA VASCULAR(ANGIOMIOMA )

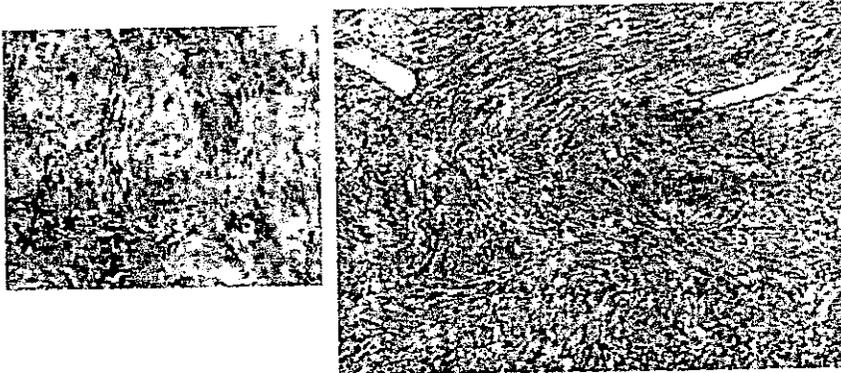


Fig. Leiomioma. Vista histológica.

- ✓ . Bien circunscrito.
- ✓ . Múltiples vasos sanguíneos.
- ✓ . Músculo liso.
- ✓ . A veces tejido adiposo.

##### LEIOMIOMA EPITELOIDE:

- ✓ . Tejido epitelial.
- ✓ . Músculo liso.
- ✓ . Tejido adiposo.

#### XI. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Miofibromatosis.
- ◆ . Fibroma.
- ◆ . Rabdomioma.

#### XI. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Bueno pues no hay recurrencia. (7.9,1113)

## RABDOMIOMA.

### XII. 1. ORIGEN.

- ◆ . Músculo esquelético.

❖ HAY 2 TIPOS:

- ✓ RABDOMIOMA ADULTO.
- ✓ RABDOMIOMA FETAL.

### XII. 2. LOCALIZACION.

✓ RABDOMIOMA ADULTO:

- . Piso de boca.
- . Paladar blando.
- . Base de lengua.

✓ RABDOMIOMA FETAL.

- . Cara.
- . Región periauricular.

### XII. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.

✓ RABDOMIOMA ADULTO:

- ◆ . Predilección por cabeza y cuello
- ◆ . Masas nodulares.
- ◆ . Tamaño variable.
- ◆ . Sintomático.
- ◆ . 5ª década de la vida.
- ◆ . Predilección por hombres.

✓ RABDOMIOMA FETAL:

- ◆ . Niños jóvenes.
- ◆ . Predilección por sexo masculino.
- ◆ . A veces se presenta en adultos.

### XII. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

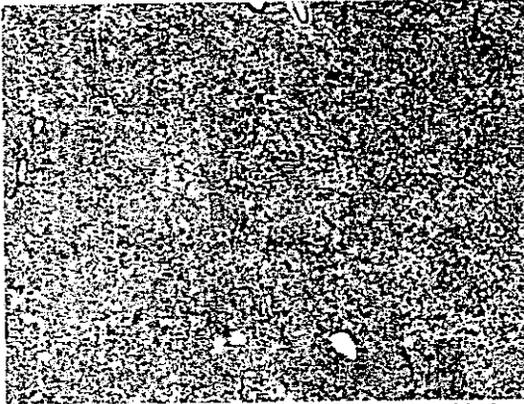


Fig. 28. Rabdomioma adulto. Vista histológica.

✓ RABDOMIOMA ADULTO:

- ◆ . Células poligonales.
- ◆ . Citoplasma eosinófilo.
- ◆ . Abundante exhibición granular.
- ◆ . Células con vasculización periférica.

✓ **RABDOMIOMA FETAL:**



**Fig. 29. Rabdomioma fetal. Vista histológica.**

- ◆ . Células musculares de forma fusiforme.
- ◆ . Células a veces mezcladas con estroma mixoide.
- ◆ . Apariencia menos madura.
- ◆ . A veces hay pleomorfismo.

**XII. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

- ◆ . Rabdomiosarcoma

**XII. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.**

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Bueno, pues no hay recurrencia, aunque se han reportado algunos casos. (6,14)

**HEMANGIOMA.**

**XIII. 1. ORIGEN.**

- ◆ . Por proliferación de vasos sanguíneos.
- ◆ . Naturaleza congénita.
- ◆ . Considerado anomalía del desarrollo

❖ SE DIVIDEN EN 2 TIPOS:

- . HEMANGIOMA CAPILAR.
- . HEMANGIOMA CAVERNOSO.

### XIII. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Labios.
- ◆ . Lengua.
- ◆ . Mucosa vestibular.
- ◆ . Paladar.

### XIII. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.



Fig. 30,31 y 32.Hemangioma. Vista clínica en labio superior,carrillo y lengua.

- ◆ . Lesión plana, ó elevada.
- ◆ . Color rojo intenso ó rojo azulado.
- ◆ . Bien circunscrita.
- ◆ . Predilección por Sexo femenino (65%).
- ◆ . Presentes desde el nacimiento ó edad temprana.
- ◆ . A veces por un trauma puede ulcerarse.

### XIII. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.



- ◆ Fig. 33,34 y 35. Vista histológica.
- ◆ . Capilares pequeños.
- ◆ . Recubierto de células endoteliales
- ◆ . Estroma de tejido conectivo.
- ◆ . Vasos linfáticos

### XIII. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Aneurisma cavernoso.
- ◆ . Granuloma central de
- ◆ . Células gigantes.
- ◆ . Ameloblastoma.
- ◆ . Quiste óseo aneurismático.
- ◆ . Mucocéle.
- ◆ . Ránula.

### XIII. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

✓ AGENTES ESCLEROSANTES:

- ◆ . Morruato ó psiliato de Sodio.
- ◆ . Agujas de cobre.
- ◆ . Excelente.(8,12,14)

NEURILEMOMA. ( SCHWANNOMA)

#### XIV. 1. ORIGEN.

- ◆ . Por proliferación de las células de schwann.

#### XIV. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Lengua.
- ◆ . Piso de boca.
- ◆ . Paladar.
- ◆ . Mucosa bucal.
- ◆ . Encía.
- ◆ . Labios.
- ◆ . Vestíbulo.

#### XIV. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.



Fig. 36 y 37. Neurilemoma. Vista clínica en lengua y Neurilemoma intraóseo en maxilar inferior.

- ◆ . Masa nodular.
- ◆ . Asintomática ó sintomática.
- ◆ . A veces hay parestesia.
- ◆ . Aparece a cualquier edad.

- ◆ . No hay predilección por sexo.
- ◆ . Lesiones únicas ó múltiples.

#### XIV. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

- ❖ SE DIVIDEN EN 2 PATRONES:
  - ANTONI A:

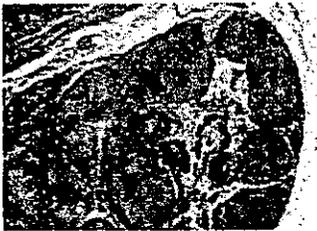


Fig.Neurilemoma. Vista histológica.

- ◆ . Núcleo alargado.
- ◆ . Células fusiformes
- ◆ . Organizadas en ondas.
- ◆ . Rodeadas por una capa eosinófila celular.  
(Cuerpos de Verocay).
- ◆ . Fibras de colágeno.
- ◆ . Cápsula de tejido conectivo fibroso.
- ANTONI B.

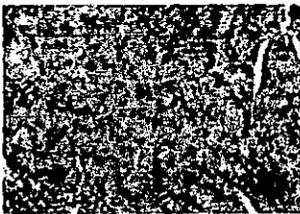


Fig. 39. Neurilemoma. Vista histológica.

- ◆ . Células fusiformes.
- ◆ . Distribuidas en matriz fibrilar clara.
- ◆ . Núcleo oval.
- ◆ . Fibras de colágeno.
- ❖ SE DESCRIBE TAMBIÉN UNA VARIANTE QUE ES:
  - . SCHWANNOMA ANTIGUO:
  - ◆ Por cambios degenerativos en un schwannoma de larga duración.
  - ◆ . Fibrosis.
  - ◆ . Células inflamatorias.
  - ◆ . Atíпия celular.

#### XIV. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Fibroma
- ◆ . Tumores de glándulas salivales.

#### XIV. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Excelente, pues las recurrencias son poco frecuentes.(7,9)

#### NEUROFIBROMA.

##### XV. 1. ORIGEN.

- ◆ . Células de schwann ó
- ◆ . Fibroblasto perineural

##### XV. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Lengua.
- ◆ . Mucosa bucal.
- ◆ . Vestíbulo.
- ◆ . Labios.

##### XV. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.



Fig. 40 y 41. Neurofibroma. Vista clínica en lengua y proceso inferior.

- ◆ . Masas nodulares, blandas ó firmes.
- ◆ . Lesiones únicas ó múltiples.
- ◆ . Las lesiones únicas son más comunes en la piel.
- ◆ . Asintomático
- ◆ . El color varía a rojo.
- ◆ . Se presenta a cualquier edad.
- ◆ . No hay predilección por sexo.

#### XV. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.



Fig. 42. Neurofibroma. Vista histológica.

- ◆ . Células fusiformes.
- ◆ . Dispuestas en matriz fina de tejido conectivo.
- ◆ . Bien circunscrito.
- ◆ . Axones pequeños.
- ◆ . A veces colágeno.

#### XV. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Neuroma traumático.
- ◆ . Tumor de células granulares.
- ◆ . Lipoma.

#### XV. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Bueno, porque hay poca recurrencia en lesiones únicas.<sup>(9,14,15)</sup>

#### XV. 7. ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN.

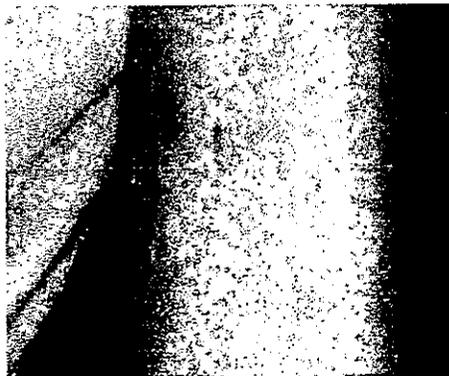
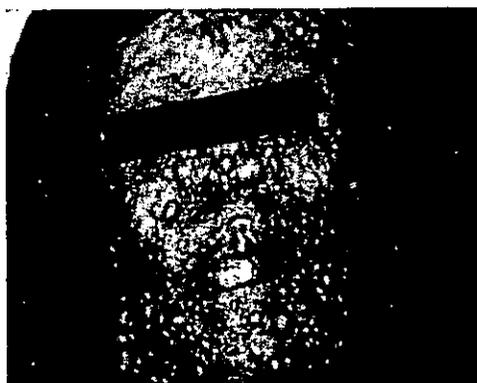


Fig. 44 y 45. Neurofibromatosis. Múltiples nódulos en cara y manchas color café con leche en el brazo.



**Fig.45. Neurofibromatosis. Lesión única en la palma de la mano.**

- ◆ . Síndrome frecuente (1 de 3000 nacimientos.)
- ◆ . Manchas cutáneas color café con leche.
- ◆ . El 5 y 15% de pacientes presentan degeneración maligna.
- ◆ . 6 ó más máculas de 1.5 cm. Indican Neurofibromatosis.
- ◆ . Félides axiales (signo de Crowe)
- ◆ . Félides del iris (manchas ó nódulos de Lisch).
- ◆ . Resorción ó erosiones óseas.(6,7,8)

#### CONDROMA.

##### XVI. 1. ORIGEN.

- ◆ . Cartilago maduro.

##### XVI. 3. LOCALIZACION.

- ◆ . Región anterior de la maxila superior.
- ◆ . Tabique nasal.
- ◆ . Senos etmoidales.
- ◆ . Cuerpo de la mandíbula.
- ◆ . Sínfisis.
- ◆ . Apófisis coronoide.
- ◆ . Cóndilo.

##### XVI. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.

- ◆ . Neoplasia frecuente de huesos cortos.
- ◆ . Agrandamiento asintomático.
- ◆ . A veces se observa ulceración de mucosa.
- ◆ . No hay predilección por sexo.
- ◆ . Se presenta antes de los 50 años.
- ◆ . Radiográficamente es mixta.
- ◆ . Resorción de raíces en dientes adyacentes.

##### XVI. 4. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.

- ◆ . Lóbulos de cartilago hialino.
- ◆ . Zonas de calcificación del cartilago.
- ◆ . Necrosis local.

**XVI. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

- ◆ . Condrosarcoma.

**XVI. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.**

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Bueno.(9)

**OSTEOMA.****XVII. 1. ORIGEN.**

- ◆ . Hueso maduro compacto ó esponjoso.

**XVII. 2. LOCALIZACION.**

- ◆ . Borde de la mandíbula.
- ◆ . Senos paranasales.
- ◆ . Senos frontales.
- ◆ . Senos nasales.

**XVII. 4. CARACTERISTICAS CLINICAS.**

◆ **Fig. Osteoma. Vista radiográfica en máxilar inferior.**

- ◆ . Lesiones nodulares en la superficie del hueso como un pólip.
- ◆ . Asintomático.
- ◆ . Predilección por sexo masculino.
- ◆ . 2ª y 5ª década de la vida
- ◆ . Lesiones únicas ó múltiples.
- ◆ . Por la expansión hay deformidad.

#### XVII. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.



Fig. 46. Osteoma. Vista histológica.

- ◆ . Hueso compacto.
- ◆ . Con tejido medular disperso.
- ◆ . También hueso esponjoso.
- ◆ . Espacios medulares con fibrinolípidos.
- ◆ . Actividad osteoblástica importante.

#### XVII. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Exóstosis maxilares.
- ◆ . Osteblastomas.
- ◆ . Osteoma osteoide.
- ◆ . Odontomas.
- ◆ . Osteomielitis esclerosante focal.

#### XVII. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Bueno, por no presentar recurrencia.(6.,7.,16)

#### XVII. 7. SINDROME DE GARDNER.

.Trastorno autosómico dominante.

##### PRESENTA:

- ◆ . Pólipos intestinales.
- ◆ . Osteomas múltiples.
- ◆ . Fibromas de la piel.
- ◆ . Quistes epidérmicos.
- ◆ . Triquinemas.

- ◆ . Dientes permanente retenidos.
- ◆ . Dientes supernumerarios
- ◆ . Odontomas.

#### TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

- ◆ . Colectomía profiláctica (colón).
- ◆ . Malo porque puede malignizarse y causar cáncer digestivo.(6)

#### LINFANGIOMA.

##### XVIII. 1. ORIGEN.

- ◆ . Por proliferación de vasos linfáticos.

##### XVIII. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Lengua.
- ◆ . Encía.
- ◆ . Labios
- ◆ . Paladar.

##### XVIII. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.

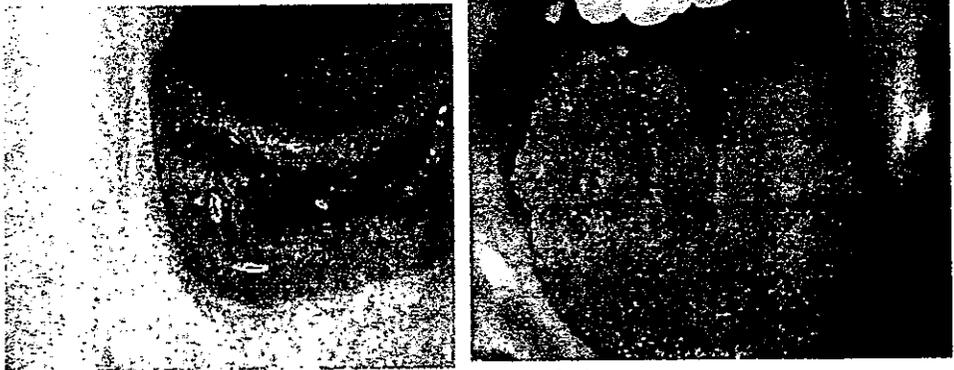


Fig. 47 y 48. Linfangioma. Lesiones en labio inferior y lengua.

- ◆ . Masas nodulares pequeñas de tejido blando.
- ◆ . Asintomático.
- ◆ . El 50% se presenta al nacimiento  
Y el otro 50% en la 5ª década.
- ◆ . Predilección por sexo femenino.
- ◆ . Tamaño variable.
- ◆ . Mismo color de la mucosa adyacente  
Ó más rojo.

#### XVIII. 4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

- ❖ HAY 3 TIPOS:
- ∨ . LINFANGIOMA SIMPLE.
- ∨ . LINFANGIOMA CAVERNOSO.
- ∨ . LINFANGIOMA QUÍSTICO.



Fig. 49 y 50. Linfangioma. Vista histológica.

- ◆ . Vasos linfáticos dilatados.
- ◆ . Fluido proteinico.
- ◆ . A veces linfocitos ó vasos sanguíneos.

#### XVIII. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Hemangioma.
- ◆ . Amiloidosis.
- ◆ . Neurofibromatosis.

#### XVIII. 6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica, aunque es problemática porque la proliferación de los vasos linfáticos frecuentemente se extiende entre las fibras musculares y los planos faciales, por lo tanto eso hace que la extirpación quirúrgica sea más difícil.
- ◆ . Regular, porque hay alta recurrencia.(6,7)

#### IV. NEOPLASIAS MALIGNAS.

##### FIBROSARCOMA.

##### I. 1. ORIGEN.

- ◆ . Células fibroblásticas.

##### I. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Encía.
- ◆ . Lengua.
- ◆ . Mucosa bucal.
- ◆ . Piso de boca.

#### XVIII. 4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

- ❖ HAY 3 TIPOS:
- . LINFANGIOMA SIMPLE.
- . LINFANGIOMA CAVERNOSO.
- . LINFANGIOMA QUÍSTICO.



Fig. 49 y 50. Linfangioma. Vista histológica.

- ◆ . Vasos linfáticos dilatados.
- ◆ . Fluido proteínico.
- ◆ . A veces linfocitos ó vasos sanguíneos.

#### XVIII. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Hemangioma.
- ◆ . Amiloidosis.
- ◆ . Neurofibromatosis.

#### XVIII. 6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica, aunque es problemática porque la proliferación de los vasos linfáticos frecuentemente se extiende entre las fibras musculares y los planos faciales, por lo tanto eso hace que la extirpación quirúrgica sea más difícil.
- ◆ . Regular, porque hay alta recurrencia.(6.7)

### IV. NEOPLASIAS MALIGNAS.

#### FIBROSARCOMA.

##### I. 1. ORIGEN.

- ◆ . Células fibroblásticas.

##### I. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Encía.
- ◆ . Lengua.
- ◆ . Mucosa bucal.
- ◆ . Piso de boca.

### I. 3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.

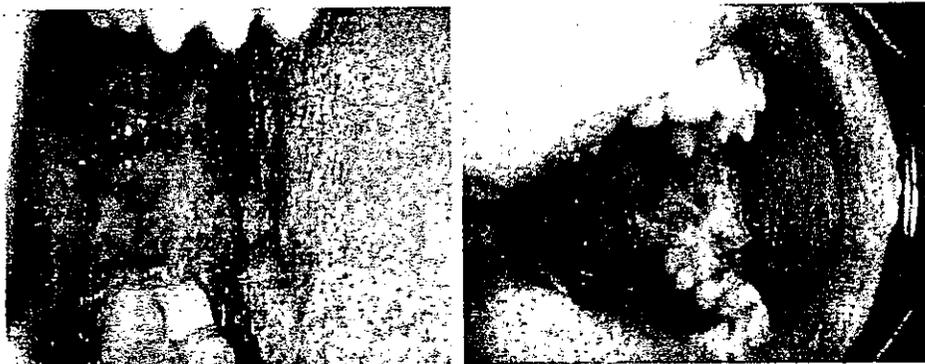


Fig. 50 y 51. Fibrosarcoma. Vista clínica en zona retromolar inferior.

- ◆ . Lesión que ocurre más frecuentemente en el cuello.
- ◆ . Tiende a encontrarse en niños.
- ◆ . Masa firme e indurada.
- ◆ . No hay predilección por sexo.
- ◆ . Color similar al tejido adyacente.
- ◆ . Puede haber ulceración en la superficie del epitelio.
- ◆ . Rx: resorción radicular.
- ◆ . Desplazamiento de dientes.
- ◆ . Expansión cortical.

### I. 4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

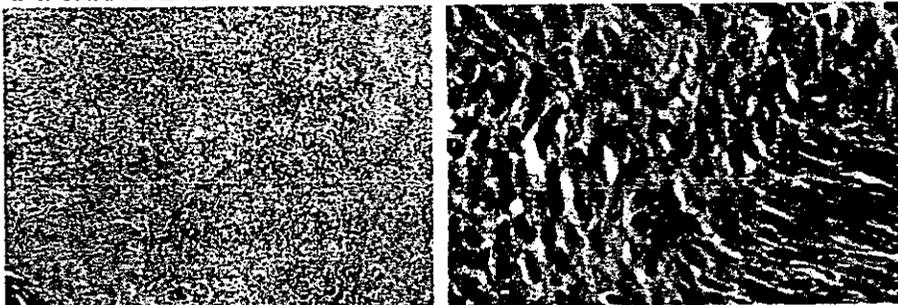


Fig. 52 y 53. Fibrosarcoma. Vista histológica.

- ◆ . Células de forma fusiforme.
- ◆ . Citoplasma eosinófilo.
- ◆ . Fibras de colágeno.
- ◆ . Aumenta la actividad mitótica.

### I.5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Histiocitoma fibroso maligno.

### I.6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica, con resección radical de la mandíbula.
- ◆ . Regular. 40 a 70% 5 años. (7,8,14)

## LIPOSARCOMA.

### II. 1. ORIGEN.

- ◆ . Tejido adiposo.

### II. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Mejillas.
- ◆ . Lengua.
- ◆ . Piso de boca.
- ◆ . Labios.

### II. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.

- ◆ . Neoplasia maligna rara en cavidad bucal.
- ◆ . Frecuentemente se observa en la región de cabeza y cuello.
- ◆ . Masas que van de blandas a firmes
- ◆ . Debe haber un lipoma preexistente.
- ◆ . Asintomático.
- ◆ . Color amarillo.
- ◆ . 4ª a 6ª década de la vida.
- ◆ . Predilección por sexo femenino.
- ◆ . Dolor. Característica tardía.

### II. 4. CARÁCTERISTICAS HISTOLÓGICAS.

❖ SE CLASIFICAN EN 4 CATEGORÍAS HISTOPATOLÓGICAS:

➤ MIXOIDE.

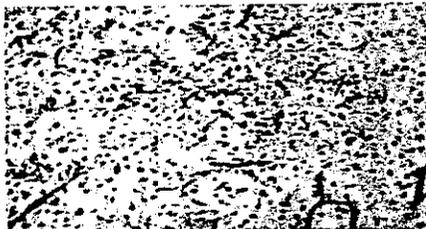
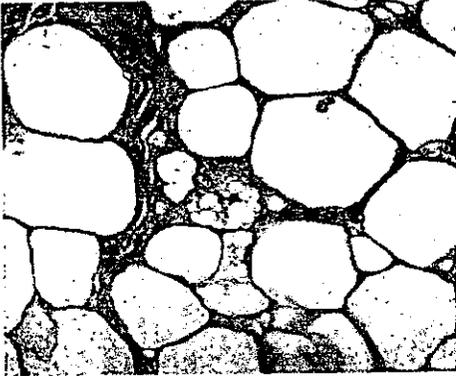


Fig. 54. Liposarcoma mixoide. Vista histológica.

- ◆ . Proliferación lipoblástica.
- ◆ . Estroma con retículo capilar.
- **CELULAS REDONDAS.**
- ◆ . Mismo patrón que el mixoide.
- ◆ . Es más agresivo.
- **BIEN DIFERENCIADO.**



**Fig. 55. Liposarcoma bien diferenciado. Vista histológica.**

- ◆ . A semeja al lipoma.
- ◆ . Lipoblastos dispersos.
- ◆ . Núcleo hipercromático atípico.
- **PLEOMÓRFICO.**



**Fig. 56. Liposarcoma pleomórfico. Vista histológica.**

- ◆ . Pleomorfismo celular.
- ◆ . Células gigantes grotescas.

## **II. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

- ◆ . Lipoma.

## **II. 6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.**

- ◆ . Extirpación quirúrgica, con excisión radical.
- ◆ . Regular. 50%. (12,14,15)

## LEIOMIOSARCOMA.

### III. 1. ORIGEN.

- ◆ . Músculo liso.

### III. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Lengua.
- ◆ . Paladar.
- ◆ . Labios.
- ◆ . No son muy comunes, las lesiones bucales.

### III. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.

- ◆ . Más comunes en útero y tracto gastrointestinal.
- ◆ . La apariencia clínica no es específica, y se observa como una masa alargada.
- ◆ . Asintomática ó sintomática.
- ◆ . Puede haber ulceración secundaria.
- ◆ . 5ª década de la vida.
- ◆ . No hay predilección por sexo.

### III. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

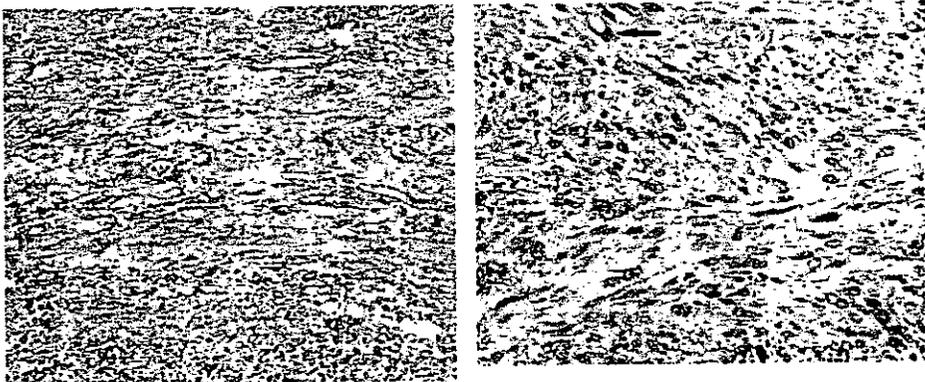


Fig. 57 y 58. Leiomyosarcoma. Vista histológica.

- ◆ . Células de forma fusiforme.
- ◆ . Citoplasma eosinófilo.
- ◆ . Núcleo en forma de cigarro.
- ◆ . A veces células epiteliales redondeadas.

### III. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Leiomioma.

### III. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica, Con Quimioterapia y Radioterapia.
- ◆ . Pobre por la alta recurrencia y las distintas metástasis.(9,14)

## RABDOMIOSARCOMA.

### IV. 1. ORIGEN.

- ◆ . Músculo esquelético.

### IV. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Lengua.
- ◆ . Paladar blando.
- ◆ . Más frecuente en cabeza y cuello en un 40% de todos los casos.

### IV. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.

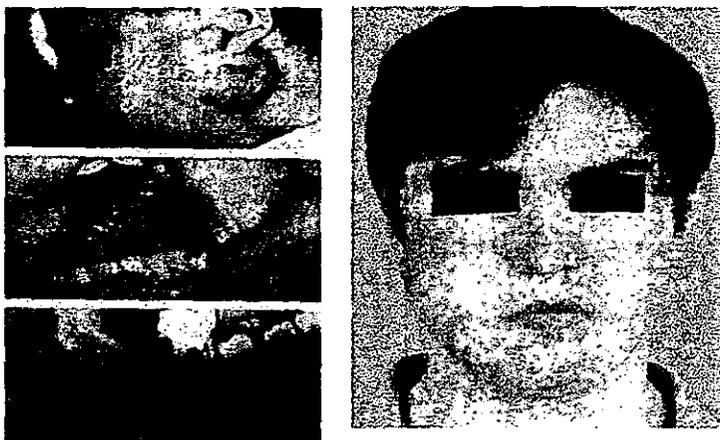


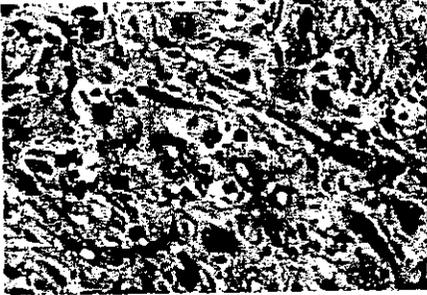
Fig. 59 y 60. Rbdomiosarcoma. Vista clínica, más frecuente en niños.

- ◆ . Masas nodulares.
- ◆ . Asintomático ó sintomático.
- ◆ . A veces puede haber parestesia.
- ◆ . Sarcoma más común de tejidos blandos en niños.
- ◆ . Adultos.
- ◆ . Predilección por sexo masculino.
- ◆ . 5ª a 6ª década de la vida.
- ◆ . 1ª a 2ª década de la vida.

#### IV. 4. CARÁCTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

❖ SE DIVIDE EN 3 TIPOS:

➤ PLEOMORFICO.



- ◆ Fig. 61. Rabdomyosarcoma pleomórfico.
- ◆ . Más diferenciado.
- ◆ . Células fusiformes.

➤ ALVEOLAR.

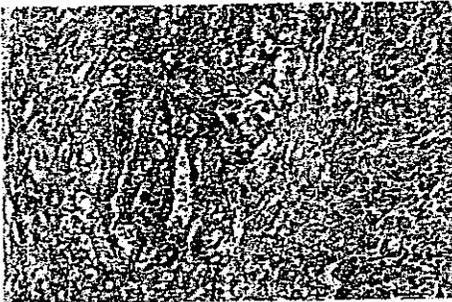


Fig. 62. Rabdomyosarcoma alveolar. Vista histológica.

- ◆ . Células redondeadas.
- ◆ . En patrones de compartimentos.

➤ EMBRIONARIO.

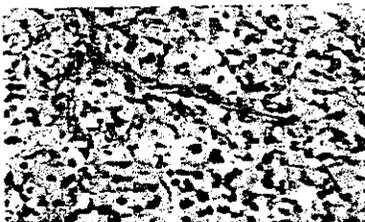


Fig. 63. Rabdomyosarcoma embrionario. Vista histológica.

- ◆ . Células primitivas redondeadas.

- ◆ . Núcleo hiper cromático.
- ◆ . Zonas hiper celulares.
- ◆ . Material fibrilar alrededor de los núcleos.

### III. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Rbdomioma.

### III. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Radioterapia.
- ◆ . Quimioterapia.
- ◆ . Esto en conjunto.
- ◆ . Regular. 60% 5 años. (9,13,14)

## ANGIOSARCOMA.

### IV. 1. ORIGEN.

- ◆ . Endotelio vascular.

### IV. 2. LOCALIZACION.

Las lesiones orales son completamente raras y el único angiosarcoma más común en cavidad bucal es el Sarcoma de Kaposi.

- ◆ . Paladar duro y blando.
- ◆ . Cuero cabelludo y frente.
- ◆ . 50% cabeza y cuello.

### IV. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.

- ◆ . Angiosarcomas cutáneos son más comunes en cabeza y cuello.
- ◆ . Lesiones tempranas semejantes a simples magulladuras.
- ◆ . Masa nodular.
- ◆ . Ulcerada en su superficie.
- ◆ . Frecuente en la 5ª década.
- ◆ . No hay predilección por sexo.
- ◆ . Lesiones asintomáticas.

### IV. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

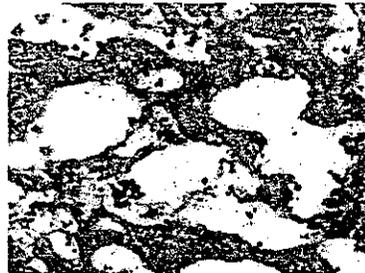


Fig. 64 y 65. Angiosarcoma. Vista histológica.

- ◆ . Proliferación de líneas de endotelio de vasos sanguíneos.
- ◆ . Células hiper cromáticas.
- ◆ . Actividad mitótica aumentada.

#### IV. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Hemangioma.
- ◆ . Hemangioendotelioma.
- ◆ . Hemangiopericitoma.
- ◆ . Sarcoma de kaposi.

#### IV. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Radioterapia.
- ◆ . Pobre, 5 años de supervivencia el 12%. (12,14)

SCWANOMA MALIGNO. ( NEUROFIBROSARCOMA, SARCOMA NEUROGÉNICO, TUMOR MALIGNO DE LA VAÍNA DEL NERVI PERIFÉRICO).

#### V. 1. ORIGEN.

- ◆ . Nervio periférico.

#### V. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Labios.
- ◆ . Mucosa bucal.

#### V. 3. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS.

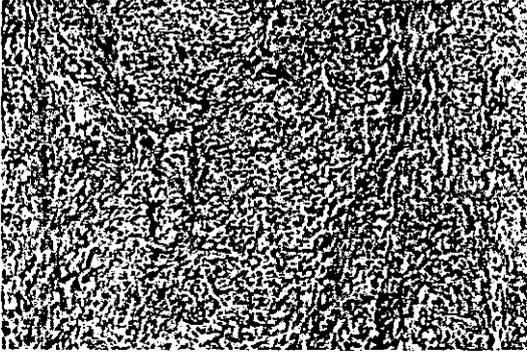


Fig. 66. Shwannoma maligno. Lesión en zona retromolar superior.

- ◆ . Masas alargadas.
- ◆ . Sintomática.
- ◆ . Déficit nervioso.

- ◆ . Más frecuente en pacientes con neurofibromatosis.
- ◆ . No hay predilección por sexo.
- ◆ . 2ª a 4ª década de la vida.

#### V. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Fig. 67. Shwannoma maligno. Vista histológica.

- ◆ . Células de forma fusiforme.
- ◆ . Núcleo en forma de coma.
- ◆ . A veces zonas de células mixoides.
- ◆ . A veces músculo esquelético.
- ◆ . Cartilago.
- ◆ . Hueso.
- ◆ . Estructuras glandulares.

#### V. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Neurilemoma.
- ◆ . Fibrosarcoma.

#### V. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Quimioterapia.
- ◆ . Radioterapia.
- ◆ . Pobre. 16% 5 años.(6,14,15)

#### NEUROSARCOMA.

##### VI. 1. ORIGEN.

- ◆ . Fibroblastos perineurales ó células de Schwann.

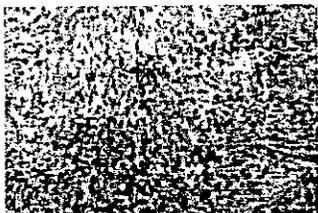
##### VI. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Raro en cavidad bucal.
- ◆ . Tejidos blandos de la mandíbula.

### VI. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.

- ◆ . Masa indurada.
- ◆ . No movable.
- ◆ . Resorción radicular.
- ◆ . Parestesia labio inferior.
- ◆ . Deformidad mandíbula.

### VI. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.



#### ◆ Fig. 68. Neurosarcoma. Vista histológica.

- ◆ . Células de forma fusiforme, semejan al tejido Antoni A.
- ◆ . Numerosas mitosis.
- ◆ . Núcleos en forma de aguja.

### VI. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Fibrosarcoma.

### VI. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Mandibulectomía. Con excisión y disección del nervio.
- ◆ . Radioterapia y quimioterapia no son efectivas.
- ◆ . Pobre.(7)

## CONDROSARCOMA.

### VI. 1. ORIGEN.

- ◆ . Cartílago.

### VI. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Paladar.
- ◆ . Sínfisis.
- ◆ . Apófisis coronoides.
- ◆ . Cóndilo.

### VI. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.

- ◆ . Tumefacción.
- ◆ . Asintomática ó sintomática.
- ◆ . Pérdida dental.
- ◆ . No hay predilección por sexo.
- ◆ . Adultos y ancianos.
- ◆ . Lesiones mixtas.
- ◆ . Uní ó multiloculares.

- ◆ . Ensanchamiento del ligamento Periodontal.

#### VI. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

- ❖ SE DIVIDE EN 3 GRADOS:

- GRADO 1:



◆ Fig. 69. Condrosarcoma grado 1. Vista histológica.

- ◆ . Cartilago inmaduro.
- ◆ . Aumento en el número de condrocitos.
- ◆ . Envueltos en estroma condroide ó mixoide.

- GRADO 2:

- ◆ . Condrocitos.
- ◆ . Núcleos grandes.
- ◆ . Mitosis disminuidas.

- GRADO 3:

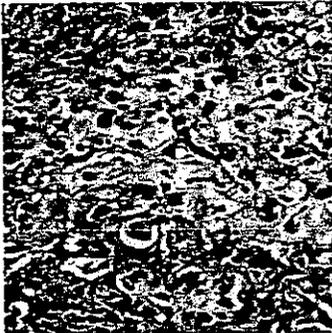


Fig. Condrosarcoma grado 3. Vista histológica.

- ◆ . Número de condrocitos aumentados.
- ◆ . Mitosis aumentadas.

## VI. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- ◆ . Osteosarcoma.
- ◆ . Condromatosis sinovial.
- ◆ . Adenoma pleomorfo.

## VI. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

- ◆ . Extirpación quirúrgica
- ◆ . Pobre. 17% 5 años.(9,11,14)

## OSTEOSARCOMA.

### VII. 1. ORIGEN.

- ◆ . Hueso.

### VII. 2. LOCALIZACION.

- ◆ . Paladar
- ◆ . Sínfisis.
- ◆ . Mandíbula.
- ◆ . Angulo de la mandíbula.
- ◆ . Proceso alveolar.
- ◆ . Seno maxilar.

### VII. 3. CARACTERISTICAS CLINICAS.

- ◆ . Masas nodulares.
- ◆ . Firme.
- ◆ . Sintomático.
- ◆ . Más frecuente en hombres.
- ◆ . 3ª y 4ª década de la vida.
- ◆ . Pérdida de dientes.
- ◆ . Parestesia.
- ◆ . Lesiones mixtas.
- ◆ . Mal delimitadas.
- ◆ . Ensanchamiento de LPD.

### VII. 4. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

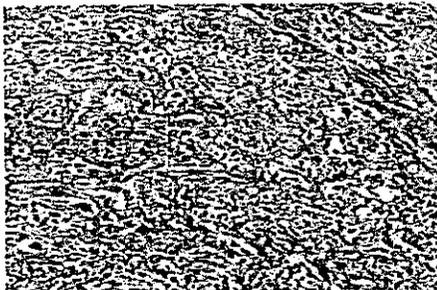


Fig. 71. Osteosarcoma. Vista histológica.

- ◆ . Células mesénquimatosas que pueden producir:
- ◆ . Osteoide.
- ◆ . Cartílago.
- ◆ . Tejido fibroso.
- ◆ . Estroma sarcomatoso productor de osteoide.
- ◆ . Telangiectasias.

#### **VII. 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

- ◆ . Quiste óseo aneurismático.
- ◆ . Tumor de células gigantes.

#### **VII. 6. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.**

- ◆ . Extirpación quirúrgica.
- ◆ . Radioterapia, quimioterapia. El Px es pobre. 40% 5 años.(6,14)

## **CONCLUSIONES.**

Es importante que todos los Cirujanos Dentistas conozcan las características generales de las lesiones benignas y malignas que se localizan en la cavidad bucal. Esto hoy en día es importante, porque muchas de estas lesiones pueden ser detectadas a tiempo con un pronto y buen diagnóstico por parte de nosotros.

Sin duda alguna tenemos que tener en cuenta que los Cirujanos Dentistas no ven únicamente dientes, sino que también interviene en nuestra profesión todo el aparato Estomatológico, tanto en la salud como en la enfermedad.

Este criterio no se debe hacer nada más por satisfacción propia, ó demostrar que sabemos más que otros, sino porque tenemos que tomar en cuenta que de nuestra capacidad de conocimiento dependerá que un paciente se atienda a tiempo y evitar problemas más graves en él, pues tenemos que tomar en cuenta que están en nuestras manos y atendemos a Seres Humanos y no nada más Organos Dentarios.

Por lo tanto es deber de todo Cirujano Dentista tener los conocimientos suficientes de las características de las lesiones que tienen manifestaciones bucales.

## GLOSARIO.

**ALANTOIDES.**-Saco ó vesícula que nace en la extremidad posterior del intestino del embrión, derivado del meso e hipoblasto. Forma la vejiga y el uraco, el corión y la placenta.

**AMILOIDE.**-Sustancia translúcida, gelatinosa, de naturaleza fundamentalmente proteica, que se deposita en diferentes tejidos y órganos en diversas circunstancias.

**AMILOIDOSIS.**-Transtorno metabólico consistente en el depósito intestinal de amiloide en distintos órganos y tejidos de la economía.

**AMNIOS.**-Membrana que envuelve al feto. La más interna de las capas fetales, que forma el saco que contiene el líquido amniótico y una vaina para el cordón umbilical. Se divide en 2 capas: la externa, procedente del mesoblasto y la interna del epiblasto.

**ANEURISMA.**-Bolsa formada por la dilatación ó rotura de las paredes de una arteria ó vena y llena de sangre circulante.

**BLASTODERMO.**-Primitivo acumulación celular del embrión. Membrana germinativa.

**BLASTOMERO.**-Cualquiera de las células formadas por segmentación del óvulo fecundado.

**CONDROMATOSIS.**-Formación múltiple de encondromas en la epífisis, especialmente de las falanges, afección a menudo hereditaria.

**COLECTOMIA.**-Extirpación parcial ó total del colon.

**CORION.**-Membrana exterior del huevo uterino que le sirve de envoltura protectora y nutricia, consta de 2 capas; externa ó trofoblasto, e interna, mesodérmica. Piel verdadera ó dermis.

**EDEMA.**-Acumulación excesiva de líquido subcutáneo y espacio intersticial, en el tejido celular, debido a diversas causas, por ejemplo: disminución de la presión osmótica del plasma por reducción de las proteínas, etc.

**ENUCLEACION.**-Liberación de un tumor ó del globo ocular de sus adherencias ó envolturas y extirpación total subsiguiente.

**ERITEMA.**-Enrojecimiento en manchas ó difuso de la piel producido por la congestión de los capilares que desaparece momentáneamente por la presión.

**EXOSTOSIS.**-Hipertrofia parcial, circunscrita a la superficie de un hueso ó diente.

**FASCICULOS.**-Haz ó grupo regular de fibras musculares y nerviosas.

**FIBROBLASTO.**-Elemento celular del que se desarrolla una fibra. Célula alargada, plana, de tejido conjuntivo que constituye el elemento de los tejidos fibrosos.

**HIPERCROMATISMO.**-Forma de degeneración del núcleo celular, en la que éste se llena de partículas pigmentarias.

**HIPERPLASIA.**-Multiplicación anormal de los elementos de los tejidos.

**HIPERQUERATOSIS.**-Hipertrofia de la capa córnea de la piel, ó cualquier enfermedad cutánea caracterizada por ella.

**HISTIOCITO.**-Célula grande fagocitaria del sistema reticuloendotelial.

**METASTASIS.**-Aparición de uno ó más focos morbosos secundarios a otro primitivo, con ó sin desaparición de éste, en regiones ó partes no contiguas del punto de evolución del foco primitivo.

**MIXOIDE.**-Semejante al moco.

**MORFOGENESIS.**-Evolución ó desarrollo de la forma y estudio de las leyes que la rigen.

**PARESTESIA.**-Disturbios espontáneos de la sensibilidad subjetiva, en forma de hormigueos, adormecimiento, producidos por patología de cualquier sector de las estructuras del Sistema Nervioso Central ó periférico.

**POLIPO.**-Tumor, generalmente pediculado que se desarrolla a expensas de alguno de los elementos de una membrana mucosa.

**TELAGIECTASIA.**-Dilatación de los vasos capilares de pequeño calibre, generalizada; angioma simple.

**TROFOBLASTO.**-Capa celular extraembrionaria epiblastica, que fija al embrión a la pared uterina y lo nutre.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Robbins. PATOLOGIA HUMANA. Editorial Interamericana McGraw-Hill. 5ª. Edición. 1995.
- 2.- ¿ DENTISTA Y PACIENTE. Vol. 6 número 71. Mayo 1998. Pág. 23.
- 3.- Ross Michael. H. HISTOLOGIA. Editorial Panamericana. 2ª. Edición. 1992.
- 4.- D.W. Fawcett. TRATADO DE HISTOLOGIA. Editorial McGraw-Hill. 12ª. Edición. 1995.
- 5.- L.C. Junqueira. HISTOLOGIA BASICA. Editorial. MASSON. S.A. 1996.
- 6.- Brad. W.Neville. CLINICAL PATHOLOGY. Editorial Lea & Febiger. 1997.
- 7.- J.Philip.Sapp. TEMPORARY ORAL AND MAXILOFACIAL PATHOLOGY. Editorial Mosby. 1997.
- 8.- Brad. W.Neville. COLOR ATLAS OF CLINICAL ORAL PATHOLOGY. Editorial Lea & Febiger. 1991.
- 9.- Regezzi-Scuba. PATOLOGIA BUCAL. Editorial McGraw-Hill. 2ª. Edición. 1995.
- 10.- Jay. A. Lefkowitz. ATLAS DE HISTOPATOLOGIA. Editorial DUMMA. 1992.
- 11.- Rubín. PATOLOGIA. Editorial Panamericana. 1990.
- 12.- ¿ SOFT TISSUE TUMORS. Editorial Mosby. 3ª. Edición. 1995.
- 13.- Pindborg. J.J. ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL. Editorial. MASSON. 1994.
- 14.- Hamilton B.G.Robinson. COLOR ATLAS OF ORAL PATHOLOGY. Editorial Lippincott. 5ª. Edición. 1990.
- 15.- Bruce M.Wenig. ATLAS OF HEAD AND NECK PATHOLOGY. Editorial W.B. SAUNDERS COMPANY. 1993.

16.- Bodner. I. Pheripheral Osteoma of the Mandibular ascending ramus.  
JOURNAL ORAL MAXILOFACIAL SURGERY. Diciembre 1998.

17.- DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS. Salvat.  
13ª. Edición. 1997.