



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**Neoplasias Benignas
Mesenquimatosas en el Laboratorio
de Patología Bucal 2003**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ARLIN AGUIRRE CHÁVEZ

DIRECTORA: C.D. DOLORES CARRASCO ORTIZ
ASESOR: MTRA. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS

México, D.F.

Abril 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS.

A mis Padres:

A mi Madre: Enriqueta Chávez Flores.

A mi Padre: Pedro Aguirre Becerril

Por brindado todo su apoyo incondicional durante mi carrera, por tenerme confianza, por darme buenos consejos, por ser mis guías durante la vida, por enseñarme a valora a toda la gente que me rodea y principalmente por darme se cariño y amor.

A mis Familia:

Por tenerme confianza y paciencia, por estar conmigo en los buenos y malos momentos.

A mis dos mejores amigos.

Por estar conmigo en los buenos y malos momentos, por su apoyo incondicional y principalmente por ser los mejores amigos.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: AGUIRRE CHÁVEZ
ARLIN.

FECHA: 12-IV-2004

FIRMA: 

A la Dra.: Beatriz C. Aldape Barrios.

Por apoyarme durante la tesina, por tener paciencia, por dar buenos consejos y por ser súper buena onda

A la Dra.: Dolores Carrasco Ortiz.

Por prestarme su atención y tiempo, por tenerme paciencia y por asesorarme en la tesina.

Al Dr.: Bernardo Cruz Legorreta.

Por ayudarme en todo momento, por su apoyo, pero principalmente por brindarme su amistad.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LAS CAPAS GERMINATIVAS.....	3
CARACTERÍSTICAS DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS.....	4
NOMENCLATURA DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS.....	5
COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO.....	6
PREDILECCIÓN DE LA CONDUCTA BIOLÓGICA Y EXAMEN HISTOLÓGICO.....	6
HIPERPLASIA.....	7
INCIDENCIA.....	8
EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON NEOPLASIA DE TEJIDO BLANDO.....	9
BIOPSIA.....	10
CLASIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS.....	11
FRECUENCIA DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS EN LA CAVIDAD BUCAL.....	12
CARACTERÍSTICAS DE LAS NEOPLASIAS MÁS FRECUENTES.....	14
HIPERPLASIA FIBROSA.....	14
DEFINICIÓN.....	14
CARACTERÍSTICAS CLÍNICA.....	14
LOCALIZACIÓN.....	14
CARACTERÍSTICAS HISTOLOGIAS.....	15
TRATAMIENTO.....	15
GRANULOMA PIOGENO.....	15
DEFINICIÓN.....	15
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	15
LOCALIZACIÓ.....	15
CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.....	16
TRATAMIENTO.....	16

HIPERPLAISA FIBROSA INFLAMTORIA.....	16
DEFINICIÓN.....	16
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	16
LOCALIZACION.....	16
CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.....	17
TRATAMIENTO.....	17
NEUROFIBROMA.....	17
DEFINICIÓN.....	17
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	17
LOCALIZACIÓN.....	18
CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.....	19
TRATAMIENTO.....	19
LEIOMIOMA.....	20
DEFINICIÓN.....	20
CARACTERÍSTICAS CLINICAS.....	20
LOCALIZACIÓN.....	20
CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.....	20
TRATAMIENTO.....	20
LIPOMA.....	21
DEFINICIÓN.....	21
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	21
LOCALIZACIÓN.....	21
CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.....	21
TRATAMIENTO.....	21
HEMENGIOMA.....	22
DEFINICIÓN.....	22
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	22
LOCALIZACIÓN.....	22
CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.....	22
TRATAMIENTO.....	23

HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA.....	23
DEFINICIÓN.....	23
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	23
LOCALIZACIÓN.....	23
CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS.....	23
TRATAMIENTO.....	23
NEUROMA TRAUMÁTICO.....	24
DEFINICIÓN.....	24
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	24
LOCALIZACIÓN.....	24
CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS.....	24
TRATAMIENTO.....	24
FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO.....	25
DEFINICIÓN.....	25
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	25
LOCALIZACIÓN.....	25
CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS.....	25
TRATAMIENTO.....	25
RESULTADOS.....	26
FRECUENCIA DE NEOPLASIA BENIGNAS.....	27
FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS POR GÉNERO.....	28
FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS POR EDAD.....	30
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIÓN.....	35
REFERENCIAS.....	37

ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICAS.

FIGURA 1 BIOPSIA EXCISIONAL.....	10
FIGURA 2 HIPERPLASIA FIBROSA.....	15
FIGURA 3 GRANULOMA PIÓGENO.....	16
FIGURA 4 HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA.....	17
FIGURA 5 NEUROFIBROMA.....	19
FIGURA 6 NEUROFIBROMA.....	19
FIGURA 7 LEIOMIOMA.....	19
FIGURA 8 LIPOMA.....	20
FIGURA 9 HEMANGIOMA CAPILAR.....	22
FIGURA 10 HEMANGIOMA CAVERNOSO.....	22
FIGURA 11 NEUROMA TRAUMÁTICO.....	24
FIGURA 12 FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO.....	25
FIGURA 13 FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO.....	25
TABLA 1 FRECUENCIA DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS.....	12
TABLA 2 LAS DIEZ PRINCIPALES NEOPLASIAS BENIGNAS.....	13
TABLA 3 NEOPLASIAS BENIGNAS POR EDAD.....	13
TABLA 4 FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS.....	27
TABLA 5 FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS POR GÉNERO.....	29
TABLA 6 FRECUENCIA DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS POR EDAD.....	30
GRÁFICA 1 DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS POR GÉNERO.....	12
GRAFICA 2 INCIDENCIA DE LAS NEOPLSIAS BENIGNAS POR GÉNERO...28	

INTRODUCCIÓN.

La patología 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 practica clínica se enfoca al diagnóstico y al tratamiento de estos procesos patológicos.

El estudio de las neoplasias de la cavidad bucal y estructuras adyacentes constituyen un aspecto importante dentro de la odontología por el papel que desempeña el cirujano dentista en el diagnóstico y tratamiento independientemente de la frecuencia con la que se presenta en la práctica general, principalmente por la gran variedad histopatológica y comportamiento biológico de los mismos.¹

Es frecuente que un cirujano dentista encuentre en la practica diaria neoplasias en la cavidad bucal y debe estar familiarizado con estas para que llegado el caso pueda realizar el diagnostico adecuado.

La decisión mas importante que debe hacerse sobre una neoplasia es saber reconocer si esta es benigna o maligna, por lo que es responsabilidad del cirujano dentista determinar el plan de tratamiento a seguir.¹

En un mayor porcentaje estas lesiones son benignas, por lo que se comparara este estudio con diferentes estudios que se han realizado en otras partes del mundo, mostrando una incidencia que se encuentra entre el 65.8% y el 91%.^{1,2}

En la cavidad bucal pueden presentarse lesiones, que pueden tener origen en los diferentes tejidos, los de origen mesenquimatoso, son

afectados en una mayor frecuencia por lesiones benignas causadas por trauma (hiperplasias, lesiones reactivas, etc.), neoplásicas y algunas malignas en menor porcentaje.^{1,2}

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LAS CAPAS GERMINATIVAS.

Las lesiones de la mucosa bucal son consideradas principalmente aquellas que se originan del epitelio más que las que se originan en estructuras profundas de la mucosa. ^{3,4}

Las tres capas germinales que provienen del embrión en desarrollo contribuyen a la formación de las estructuras que son:

ECTODERMO: (gr ektos fuera, dermos piel es decir piel externa), puede dividirse en dos capas principales: ^{3,4}

Ectodermo de la superficie que da origen; a la epidermis y sus anexos la adenohipofisis, el epitelio de la cornea, el cristalino, el órgano del esmalte, el esmalte dentario, componentes del oído interno. ⁴

Neuroectodermo: da origen; al tubo neural y sus derivados, la cresta neural. ⁴

ENDODERMO: (gr endo interno) da origen; al epitelio de las vías respiratorias, epitelio del tubo digestivo, epitelio de todas las glándulas y órganos asociados como hígado, páncreas, vesícula biliar; los componentes epiteliales de la glándula tiroidea, paratiroidea y el timo; el revestimiento de la cavidad timpánica y de la trompa de Eustaquio. ^{3,4}

MESODERMO: (gr Mesos que esta en el medio) da origen al epitelio del riñón, a las vías urinarias y las gónadas; el mesotelio que reviste las cavidades pericárdica, pleural y peritoneal; en el endotelio que reviste las

cavidades cardíacas, los vasos sanguíneos, linfáticos, y por último la corteza suprarrenal. ^{3,4}

El tejido blando puede definirse como tejido extraesquelético no epitelial del cuerpo, excepto del sistema retículo endotelial, glía y tejido de sostén de diversos órganos. ⁵

Esta representado por los músculos voluntarios, grasas y tejidos fibrosos, junto con los vasos que los nutren. También se incluye al sistema nervioso periférico, por que las neoplasias que se originan en los nervios se presentan como aumento de volumen de tejido blando y plantean problemas similares en el diagnostico diferencial y tratamiento. Embriológicamente deriva principalmente del mesodermo, con cierta contribución del neuroectodermo. ⁵

CARACTERÍSTICAS DE LAS NEOPLASIAS

De estas tres capas germinativas se pueden originar neoplasias que se definen (en latín significa **“nuevo crecimiento”**) como una alteración en la diferenciación, maduración y control de crecimiento celular o como una formación de tejido anormal (tumores); este término se puede aplicar a cualquier aumento de volumen. ⁶

Reconocer a una neoplasia puede ser difícil, la definición sugerida a principios de 1950 el oncólogo británico Sir Rupert Willis, que la definió como: “una masa anormal de tejido cuyo crecimiento es excesivo e incordiando con el de los tejidos normales circundante y persistente en la misma forma después del cese de los estímulos que provoca el cambio”. ^{6,7}

Las neoplasias de tejido blando se clasifican sobre una base histopatológica de acuerdo con el tejido al cual semeja. Dentro de las diversas categorías histopatológicas, las neoplasias de tejido blando generalmente se dividen en benignas y malignas. ⁵

NOMENCLATURA DE LA NEOPLASIAS BENIGNAS.

Todas las neoplasias benignas y malignas tiene dos componentes básicos:

- ❖ Las células neoplásicas proliferantes que constituyen su parénquima.
- ❖ Su estroma de sostén constituido por tejido conjuntivo y vasos sanguíneos. ⁶

Las células parenquimatosas constituyen el “borde agresivo” de las neoplasias, y en consecuencia, determinan la naturaleza de estas, el crecimiento y la evolución de la misma dependen de su estroma. Es indispensable un adecuado aporte sanguíneo al estroma y el tejido conjuntivo, este es el que proporciona ese soporte necesario. ⁶

Las células parenquimatosas estimulan la formación de un estroma de colágeno abundante propiedad conocida como desmoplasia. ⁶

Las neoplasias benignas en general se designan añadiendo el sufijo **oma** al nombre de las células que proceden. En las neoplasias de tejido conjuntivo por ejemplo una originada de células fibroblásticas se llama

fibroma, una neoplasia de cartílago se llama condroma, y una neoplasia de osteoblastos será un osteoma; excepto carcinoma, melanoma y sarcomas.⁶

COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS NEOPLASIAS.

Las neoplasias pueden tener varios grados de diferenciación, desde estructuras relativamente maduras que semejan a tejidos normales hasta células que no se identifica su sitio de origen.⁸

Las neoplasias benignas crecen lentamente no invaden tejido adyacente y no se propagan a sitios distantes (no producen metástasis).⁷

Estas son más diferenciadas que las malignas es decir que se parecen mas al tejido que les dio origen.⁷

Las neoplasias benignas pocas veces ponen en peligro la vida del paciente, pero puede hacerlo cuando estas invaden glándulas hormonales debido a su secreción; o su localización crítica.⁶

PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA BIOLÓGICA POR EL EXAMEN HISTOPATOLÓGICO.

El tratamiento de las neoplasias se basa en la conducta biológica.⁷

El tratamiento indicado para las neoplasias benignas es mediante la extirpación quirúrgica debido al comportamiento biológico que estas presentan.⁷

Las neoplasias localmente agresivas deben tratarse radicalmente, con un amplio margen de tejido adyacente para asegurar que se ha eliminado las células infiltradas.⁷

HIPERPLASIA.

También se deben considerar a la hiperplasia como una neoplasia benigna que afectan en un mayor porcentaje a la cavidad bucal; y esta se define como: un aumento en el número de células de un órgano o tejido, el cual puede por tanto, aumentar de volumen.⁹

A las reacciones hiperplásicas se denominan proliferaciones reactivas, ya que representan una proliferación autolimitada del tejido fibroblástico o una combinación de tejido fibroso y vascular resultante de irritaciones crónicas como el traumatismo de la mucosa yugal, prótesis dental mal ajustada.¹⁰

La hiperplasia puede ser de dos tipos:

Hiperplasia inflamatoria reactiva que se considera como un crecimiento nodular común de la mucosa bucal que semeja desde el punto de vista histológico al tejido inflamatorio de granulación.¹¹

Hiperplasia fibrosas; puede ocurrir en cualquier superficie de la mucosa bucal como un crecimiento pedunculado o sésil.¹¹

Es probable que la hiperplasia fibrosa no tenga potencial maligno y las recurrencias después de extirparlas resultan de la ineficaz eliminación de la irritación crónica relacionada. Siempre que sea posible toda hiperplasia fibrosa de la cavidad bucal debe tratarse mediante eliminación quirúrgica.¹

INCIDENCIA.

Las neoplasias de tejido conjuntivo benignos representan 100:1 de las neoplasias malignas en un estudio realizado en una población hospitalaria en Estados Unidos. La incidencia anual de las neoplasias benignas de tejido conjuntivo es de aproximadamente 300 por cada 100 000 personas en la población.⁵

El hecho de que muchas neoplasias benignas, como lipomas y hemangiomas no se les tome biopsia, hace que no sea valida la aplicación directa de los datos de muchas series hospitalarias para la población general. De acuerdo con la tercera encuesta Nacional de Cáncer, del Instituto Nacional de Cáncer, hubo 8.100 nuevos casos en los Estados Unidos en el 2000 comparados con 93.000 casos de cáncer de pulmón y 88.700 de cáncer de mama.⁵

Pérez Martínez Maria Teresa y Ovalle Castro J. Wilbert, realizaron un estudio donde informan que las neoplasias benignas de cabeza y cuello se presentan con una mayor incidencia que las neoplasias malignas, en un estudio realizado durante un periodo de seis años se presentaron 969 muestras de las cuales 148 muestras se diagnosticaron como neoplasias benignas que corresponde al 15.27% y 48 muestras se diagnosticaron como neoplasias malignas que representa el 2.99 % del total de las muestras obtenidas.¹

EVALUACIÓN DE PACIENTES CON NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS.

La evaluación de cualquier neoplasia de tejidos blandos presuponen:

- ❖ Un interrogatorio.
- ❖ Examen físico.
- ❖ Exámenes de laboratorio completos.

El conocimiento de la edad y del género del paciente y la evolución clínica de la lesión en cuestión a menudo proporciona información significativa. Por motivo no aclarado todavía, cualquier neoplasia bien definida de tejidos blandos tiene predilección por ciertos grupos de edades, sexo y ubicaciones anatómicas. La conducta de algunas neoplasias de tejidos blandos varían con la ubicación.⁵

Deben incluirse radiografías de la parte afectada, xerografías o tomografías computarizadas total. En algunos casos deben usarse angiografías. Estos estudios sirven para localizar el aumento de volumen, definir la extensión y relación con estructuras críticas, ayuda al cirujano a planificar la ubicación y tipo de biopsia. Estos estudios, con pocas excepciones, nos indican el tipo histológico de la neoplasia. Es mas no determinan el diagnóstico de benignidad o malignidad con una certeza absoluta.⁵

BIOPSIA

En general es aconsejable la biopsia en cualquier tipo de neoplasia que se encuentre en la cavidad bucal, para obtener su diagnóstico histopatológico.

La planificación de una biopsia apropiada es importante en el tratamiento de una neoplasia, debe efectuarse una excisión definitiva eliminando toda la lesión después de haber completado la evaluación clínica inicial.⁵

La hemorragia debe mantenerse en un mínimo absoluto por que puede representar una fuente potencial de diseminación neoplasia entre compartimientos histicos.⁵



Figura 1. Biopsia excisional

CLASIFICACION DE LAS NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS.

La clasificación mas recientes de neoplasias de tejidos blandos se ha basado en el tipo histopatológico de la neoplasia, es decir, en el tipo de tejido formado por la neoplasia, más que el tipo de tejido del cual se ha originado. Tal clasificación tiene ventajas y desventajas. Ordena una multitud de observaciones y datos. Por otra parte, pretende que todas la entidades representadas están claramente definidas cuando, de hecho, hay numerosas variaciones morfológicas y formas transicionales así como tipos neoplásicos raros todavía no reconocidos. ⁵

En las dos o tres ultimas décadas, han sido diverso intentos de lograr una clasificación útil y global de las neoplasias de los tejidos blandos. Uno de los más importantes y recientes es la clasificación representada en el “Atlas de Tumores Patológicos de Tejidos Blandos”. Este Atlas se publicó en 1957, por Stout y reeditado en 1967, con Lattes como coautor y la última fue en 1983. ⁵

Otra clasificación más detallada fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud la publicó en 1969 se basó en una revisión de más de 500 neoplasias de tejido blando. Su objetivo principal era proporcionar e ilustrar una clasificación internacionalmente aceptada, y se revisó por última vez en 1994. ⁵

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud que hemos utilizado durante los últimos 15 años para el diagnóstico de aproximadamente 35.000 entre neoplasias benignas y malignas de tejidos blandos, se ha basado en 16 categorías neoplásicas diferentes, que varían

desde neoplasias fibrosas, adiposas y musculares hasta neoplasias de histopatológica incierta y neoplasias que no pueden ser clasificadas. La última categoría todavía incluye un 10 a 20 % de todos los sarcomas. ⁵

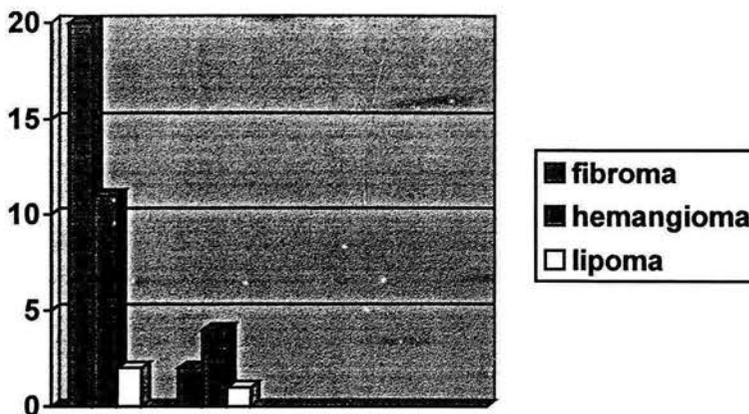
En la tabla 1 se observa la diferencia que existe, entre las neoplasias benignas en ambos géneros de los cuales el femenino es el más afectado. ¹

Frecuencia de neoplasias benignas en cavidad bucal de tejidos blandos. ¹

Neoplasia	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Fibroma.	02	3.1	20	31.3	22	34.4
Hemangioma	04	6.2	11	17.2	17	23.5
Lipomas.	01	1.6	02	3.0	03	4.6

Tabla 1. Pérez Martínez, M T; Ovalle Castro, J W. Prevalence of oral changes in the salivary glands and tonsil: a review of surgical cases, *Práctica Odontológica*, 1988, Volume 9, March.

En la gráfica 1 podemos observar la el total de los casos reportados de las tres principales neoplasias benignas. ¹



Grafica 1

Dentro de estas neoplasias benignas se encuentran lesiones de tipo reactiva, viral y traumática. Se puede observar una mayor cantidad de lesiones de tipo reactivo. ¹

Diez principales neoplasias benignas más frecuentes en la cavidad bucal.

Numero de orden.	Neoplasia.	Numero de casos.	%
1	Fibroma	22	22.2
2	Papiloma	17	17.6
3	Hemangioma	15	15.1
4	Quiste mucoso	14	14.1
5	Adenoma folicular	8	8.0
6	Granuloma piógeno	7	7.0
7	Mucocele	5	5.0
8	Quiste de retención	4	4.0
9	Quiste dentífero	4	4.0
10	Ránula	3	3.0
<hr/>		<hr/>	<hr/>
Total		99	10

Tabla 2. Pérez Martínez, M T; Ovalle Castro, J W. Prevalence of oral changes in the salivary glands and tonsil: a review of surgical cases, *Práctica Odontológica* , 1988,Volume 9, March.

Distribución por edades en las neoplasias benignas.

	Total	%	05	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	49-50	50+
Neoplasias benignas	73	65.8	2	8	10	8	5	9	1	9	4	16	1

Tabla 3 Pérez Martínez, M T; Ovalle Castro, J W. Prevalence of oral changes in the salivary glands and tonsil: a review of surgical cases, *Práctica Odontológica* , 1988,Volume 9, March.

CARACTERÍSTICAS DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS MÁS FRECUENTES

Dentro de la cavidad bucal la mayoría de las neoplasias benignas son hiperplasias del tejido conjuntivo ante una lesión o una irritación crónica. En la cavidad bucal la mayoría de los irritantes son físicos y estimulan el tejido submucoso, el ligamento periodontal o el periostio.¹⁰

Hiperplasia fibrosa o fibroma por irritación. (Figura 2)

Def.: hiperplasia del tejido conectivo fibroso que surge como respuesta a una irritación crónica y en la que se observa abundantemente elaboración de colágeno por lo que semeja tejido de cicatrización.^{10, 12}

Características Clínica.

- ❖ Es más frecuente en adultos.
- ❖ Elevación cupuliforme.
- ❖ Superficie lisa.
- ❖ Coloración normal al tejido adyacente.
- ❖ Superficie lisa.

Localización:

- ❖ Encías.
- ❖ Labios.
- ❖ Mucosa bucal.
- ❖ Bordes de la lengua.

Características Histopatológica.

- ❖ Hiperqueratosis.
- ❖ tejido conectivo fibroso denso.
- ❖ colágeno maduro.
- ❖ núcleos fibroblásticos.

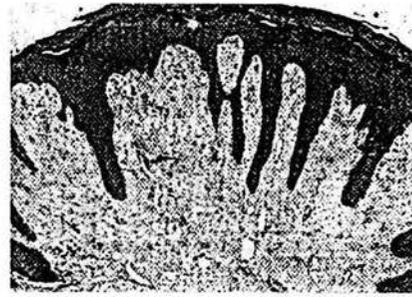


Figura 2
Hiperplasia fibrosa

Tratamiento.

- ❖ Extirpación quirúrgica.
- ❖ Rara vez la recidiva.

Granuloma piógeno. (Figura 3)

Def.: proliferación reactiva de crecimiento rápido de las células endoteliales, frecuente en las encías, generalmente en respuesta a una irritación crónica.^{10, 12}

Características Clínica.

- ❖ Reacciones hiperplásicas benignas.
- ❖ Color rojo.
- ❖ Predilección por el género femenino.
- ❖ Suelen aparecer en el segundo y tercer trimestre del embarazo.
- ❖ Puede observarse como inflamación periodontal.

Localización.

- ❖ Dedos de los pies y manos.
- ❖ Alrededor del lecho ungueal.
- ❖ Encía (papila interdental).
- ❖ Lengua.

- ❖ Labios.
- ❖ Mucosa bucal.

Características Histopatológica.

- ❖ Epitelio plano estratificado hiperplásico.
- ❖ Tejido fibroso maduro hipocelular.
- ❖ .Acantosis.

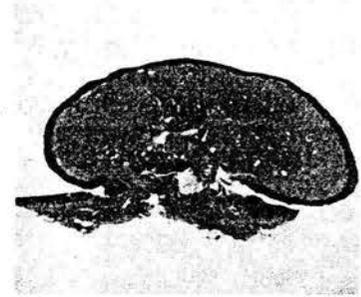


Figura 3
Granuloma piógeno

Tratamiento.

- ❖ Extirpación quirúrgica.
- ❖ Retirar, modificar o colocar una nueva prótesis disminuye de tamaño la lesión.

Hiperplasia fibrosa inflamatoria. (Figura 4)

Def.: proliferación del tejido conjuntivo fibroso asociado con la inflamación crónica, en respuesta a una lesión crónica.^{10, 12}

Características Clínicas.

- ❖ Se asocia a las prótesis mal ajustadas.
- ❖ Forma lobulillo o pliegues.
- ❖ Presenta zonas eritematosas.
- ❖ Presenta úlceras.
- ❖ Son blandas, móviles.

Localización.

- ❖ En el vestíbulo maxilar o mandibular.
- ❖ En la zona anterior es más frecuente que se presente.

Características histopatológica.

- ❖ Epitelio plano estratificado hiperplásico.
- ❖ Tejido fibroso maduro hipocelular.
- ❖ .Acantosis.



Figura 4

Hiperplasia fibrosa inflamatoria

Tratamiento.

- ❖ Extirpación quirúrgica.
- ❖ Retirar, modificar o colocar una nueva prótesis disminuye de tamaño la lesión.

Nuerofibroma. (Figura 5) (Figura 6)

Def.: proliferación benigna, circunscrita o difusa, de los fibroblastos, perineurales orientados al azar sobre un fondo mixoide o formando un patrón nodular (plexiforme).^{10,12}

Neurofibromatosis múltiple: enfermedad hereditaria autosómica dominante consiste en múltiples neurofibromas cutáneos y mucosos, y manchas cutáneas color café con leche, que pueden provocar deformidades y transformación maligna.^{10,12}

Características Clínica.

- ❖ En adultos.
- ❖ No tiene predilección por género.
- ❖ Nódulos subcutáneos bien delimitados.
- ❖ En la cavidad bucal pueden ser móviles, blandos y difusos.

Localización.

- ❖ Lengua.
- ❖ mucosa bucal
- ❖ labios.
- ❖ neurofibromas aislados son más frecuentes en la piel, no tiene predilección por género. Se manifiestan como nódulos subcutáneos bien delimitados. En la mucosa bucal pueden ser localizados y móviles o blandos y difusos.^{10, 12}

En la neurofibromatosis múltiple pueden encontrarse neurofibromas tanto en piel como en las superficies de la mucosa. Los neurofibromas pueden ser nodulares o difusos. Tiene un tamaño que oscilan entre unos milímetros y hasta varios centímetros, son esféricas y produce una elevación redondeada en la piel.^{10, 12}

En la cavidad se manifiestan a menudo como múltiples aumentos de volumen difusos de los tejidos blandos. La forma difusa puede llegar a ser grandes con formaciones de lesiones pediculadas que envuelven toda una extremidad.^{10, 12}

En la región de cabeza y cuello este tipo producen lesiones grandes y firmes que se desarrollan del cuello y afectan a los tejidos subcutáneos de la cara y del cuero cabelludo.^{10, 12}

Otro rasgo clásico de la enfermedad es la presencia de una o más grandes máculas pardas en la piel, conocidas como "máculas color café con leche".^{10, 12}

La extirpación quirúrgica repetida de un neurofibroma puede desarrollarse a una lesión maligna como un neurosarcoma. El 6% de los

pacientes con neurofibroma múltiples presentan tumores malignos de la vaina nerviosa.^{10, 12}

La mandíbula es la localización más frecuente de los tumores intraóseos de la envoltura neural que se denomina *neurofibromas centrales*. Se ponen de manifiesto por una elevación en la mandíbula, asintomático.^{10, 12}

Radiográficamente se observa bien delimitado radiolucido puede ser unilocular o multilocular. Al extirparse la neoplasia puede producirse divergencia de las raíces.^{10, 12}

Características Histopatológica.

- ❖ Células son fusiformes
- ❖ Colágeno débil.



Figura 5
Neurofibroma

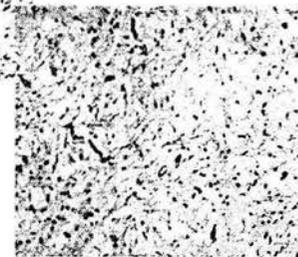


Figura 6
Neurofibroma

Tratamiento.

- ❖ Extirpación quirúrgica incluyendo tejido adyacentes.
- ❖ En la neurofibromatosis múltiple los neurofibromas
- ❖ Pueden recidivar.

Leiomioma. (Figura 7)

Def.: neoplasia benigna del músculo liso de la cavidad oral, generalmente origina en los vasos sanguíneos, que se manifiestan como un nódulo submucoso, firme y desplazable.^{10, 12}

Características Clínica.

- ❖ Aparece en adultos
- ❖ No tiene predilección por género.
- ❖ Nódulo submucoso.
- ❖ Superficie lisa
- ❖ Presenta un color amarillento.
- ❖ Firme.
- ❖ Delimitado.

Localización.

- ❖ Lengua.
- ❖ Paladar
- ❖ Labios.

Características Histopatológicas.

- ❖ Células musculares lisas fusiformes
- ❖ Se origina a partir de células perivasculares.

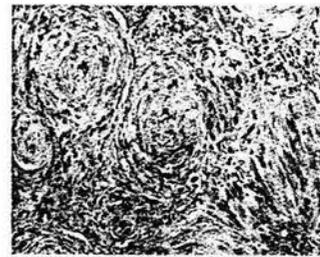


Figura 7
Leiomioma

Tratamiento.

- ❖ Extirpación quirúrgica local incluyendo tejido circundante.
- ❖ Rara vez tiene recidiva.

Lipoma. (Figura 8)

Def.: neoplasia benigna de células adiposas normales que aparecen como un aumento de volumen blando y móvil, generalmente de coloración amarillenta.^{10, 12}

Características Clínica.

- ❖ Bien delimitado
- ❖ Blandos a la palpación
- ❖ Desplazables.
- ❖ No existe predilección por género.
- ❖ Se presentan con frecuencia en adultos.
- ❖ Color amarillento.
- ❖ Superficie lisa.

Localización.

- ❖ En la región lateral del cuello o a lo largo del músculo esternocleidomastoideo..
- ❖ Superficie submucosa.
- ❖ Tejidos profundos de la mejilla

Características Histopatológica.

- ❖ Adipositos
- ❖ Lobulillos de células adiposas
- ❖ Lipoblastos benignos
(Aspecto en pompas de jabón)

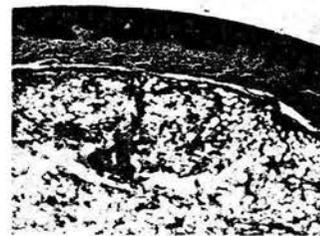


Figura 8

Lipoma

Tratamiento.

- ❖ Extirpación quirúrgica simple.
- ❖ Rara vez recidivan.

Hemangioma.

Def.: proliferación de canales vasculares grandes (cavernosos) o pequeños (capilares), que parecen generalmente en niños presentan evoluciones clínicas muy variables.^{10, 12}

Hemangiomas capilares. (Figura 9)

Hemangiomas cavernosos. (Figura 10)

Hemangioma intramuscular. Afecta cabeza y cuello.

Características Clínica.

- ❖ Son lesiones multinodulares.
- ❖ Planos o elevados.
- ❖ Presentan coloraciones rojizas, azules o amoratadas.
- ❖ Se presentan al nacer o durante la primera infancia.
- ❖ No tiene predilección por género.

Localización.

- ❖ Labios.
- ❖ Lengua.
- ❖ Mucosa bucal.
- ❖ Piel.

Características Histopatológica.

- ❖ Canales capilares.
- ❖ Eritrocitos.

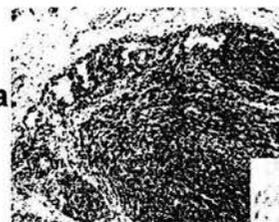


Figura 9
Hemangioma capilar

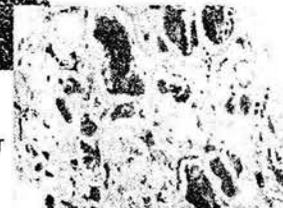


Figura 10
Hemangioma cavernoso

Tratamiento.

- ❖ En niños no tiene tratamiento hasta que involucre espontáneamente.

Hiperplasia papilar inflamatoria.

Def.: nódulos pequeños múltiples consistentes en una proliferación de tejido conectivo fibroso con inflamación crónica asociada, situados bajo prótesis dental mal ajustada.^{10, 12}

Características Clínica.

- ❖ Afecta solo a la bóveda del paladar.
- ❖ Rara vez se asocia con la cresta alveolar.

Localización

- ❖ En la bóveda palatina.
- ❖ Cresta alveolar.

Características Histopatológica.

- ❖ Aspecto polipoide.
- ❖ Múltiples nódulos redondeados y lisos que están cubiertos por epitelio plano.
- ❖ El epitelio muestra hiperplasia y acantosis.
- ❖ Contiene un núcleo denso de tejido conectivo fibroso.
- ❖ Contiene células inflamatorias.

Tratamiento.

- ❖ Extirpación con bisturí, electrocoagulación, o cirugía con láser de dicho tejido.

Neuroma traumático. (Figura 11)

Def.: proliferación nodular dolorosa del nervio y del tejido fibroso de la vaina nerviosa, resultante del inútil intento de las fibras nerviosas de reunirse con la porción distal seccionada.^{10, 12}

Características Clínicas.

- ❖ Dolorosos
- ❖ Firmes

Localización.

- ❖ Agujero mentoniano.

Características Histopatológicas.

- ❖ Hiperplasia del nervio.
- ❖ Múltiples haces nerviosos con axones
- ❖ Células de Schwann.

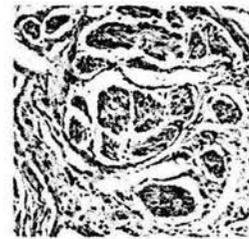


Figura 11
Neuroma traumático

Tratamiento.

- ❖ Extirpación quirúrgica simple.
- ❖ No tiende a recidivar.

Fibroma osificante periférico. (Figura 12) (Figura 13)

Def.: nódulos gingivales consistentes en una hiperplasia reactiva de tejido conjuntivo que contiene áreas de hueso.^{10, 12}

Características Clínicas.

- ❖ Se presenta en la tercera y cuarta década de vida.
- ❖ Superficie lisa
- ❖ Coloración normal al tejido adyacente.
- ❖ Fijos.

Localización.

- ❖ Papilas interdentales.

Características Histopatológicas

- ❖ Fibroblastos con núcleos monomorfos redondeados.
- ❖ Hiper celularidad.
- ❖ Depósitos osteoides.



Figura 12

Fibroma osificante periférico

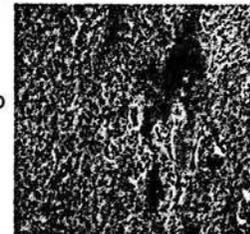


Figura 13

Fibroma osificante periférico

Tratamiento.

- ❖ Extirpación quirúrgica.
- ❖ Alisado radicular.

Resultados.

Se revisó el archivo del periodo 2003 de los estudios histopatológicos del Laboratorio de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología.

Durante este periodo ingresaron al Laboratorio de Patología Bucal 1021 muestras que se presentaron en la cavidad bucal. Se diagnosticaron como neoplasias benignas de tipo mesenquimatoso, 253 muestras que corresponde al 24.77%.

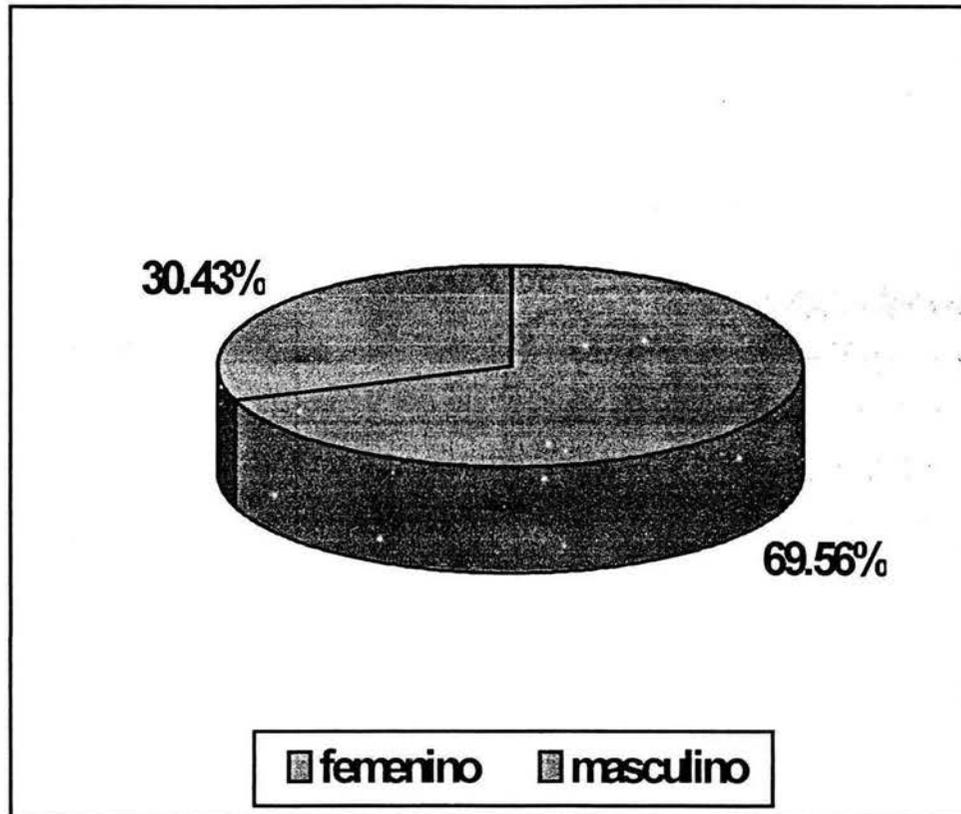
Los datos incluidos en la revisión fueron: género, edad, y diagnóstico histopatológico de cada una de las neoplasias.

En la **tabla 4** se puede apreciar las principales neoplasias benignas que se presentan en cavidad bucal, las más frecuentes son la hiperplasia fibrosa con 116 casos reportados que corresponde al 45.84% seguida por el granuloma piógeno con 46 casos que corresponden al 18.57% y por ultimo la hiperplasia fibrosa inflamatoria con 45 casos que representa al 17.78% del total las neoplasias mesenquimatosas benignas. Estas tres son las que se presentan con mayor número de incidencia, las lesiones reactivas tienen una mayor frecuencia en la cavidad bucal.

Frecuencia de las neoplasias benignas

Neoplasias.	No de casos	%
Hiperplasia fibrosa	116	45.84%
Granuloma piógeno.	47	18.57%
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	45	17.78%
Fibroma osificante periférico.	13	5.13%
Lipoma.	8	3.16%
Fibroma de fibroblastos gigantes.	7	2.76%
Fibroma cemento osificante.	5	1.97%
Hemangioma capilar.	4	1.58%
Neurofibroma	3	1.18%
Hemangioma cavernoso.	2	0.79%
Neuroma traumático	1	0.39%
Leiomioma vascular	1	0.39%
Hiperplasia papilar inflamatoria	1	0.39%
Total	253	100%

Tabla 4 Laboratorio de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación.



Grafica 2

En esta grafica 2 se puede apreciar la diferencia que existe de las neoplasia benignas entre ambos géneros, de los cuales el género femenino es el más afectado presentándose con un porcentaje del 68.95% y el masculino con 30.92%.

En la tabla 5 se observa la predilección de las neoplasias benignas por el género femenino y la que tiene mayor incidencia es la hiperplasia fibrosa.

Dentro de estas alteraciones se encuentran lesiones de tipo reactivo y neoplásico.

Frecuencia de las neoplasias benignas por género.

Neoplasias.	Masculino	Femenino	Total
Hiperplasia fibrosa	35 (13.83%)	81 (32.00%)	116 (45.84%)
Granuloma piógeno.	13 (5.13%)	34 (13.43%)	47 (18.57%)
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	17 (6.71%)	28 (11.06%)	45 (17.78%)
Fibroma osificante periférico.	2 (0.78%)	11 (4.34%)	13 (5.13%)
Lipoma.	4 (1.58%)	4 (1.58%)	8 (3.16%)
Fibroma de fibroblastos gigantes.	2 (0.78%)	5 (1.97%)	7 (2.76%)
Fibroma cemento osificante	1(0.39%)	4 (1.57%)	5 (1.97%)
Hemangioma capilar.	1 (0.39%)	3 (1.18%)	4 (1.58%)
Neurofibroma	0 (0%)	3 (1.18%)	3 (1.18%)
Hemangioma cavernoso.	1 (0.39%)	1 (0.39%)	2 (0.79%)
Neuroma traumático	1 (0.39%)	0 (0%)	1 (0.39%)
Leiomioma vascular	0 (0%)	1 (0.39%)	1 (0.39%)
Hiperplasia papilar inflamatoria	0 (0%)	1 (0.39%)	1 (0.39%)
Total	77 (30.43%)	176(69.56%)	253 (100%)

Tabla 5. Laboratorio de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación.

En la tabla 6 se puede observar que las neoplasias benignas se presentan frecuentemente en la sexta década de la vida con 49 casos reportados, seguida por la cuarta década con un total de 42 casos y por último la tercera década de vida con 37 casos reportados.

Frecuencia de las neoplasias benignas por edad.

Lesión	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Sin edad	Total
Hiperplasia fibrosa	1	3	14	24	18	27	16	10	3	116
Granuloma piógeno.	5	9	8	9	5	7	3	1	-	47
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	3	1	6	2	6	11	9	6	1	45
Fibroma osificante periférico.	-	4	4	3	1	-	-	1	-	13
Lipoma.	-	-	1	0	0	4	2	1	-	8
Fibroma de fibroblastos gigantes.	2	1	3	1	-	-	-	-	-	7
Hemangioma capilar.	-	-	-	2	-	-	1	-	1	4
Neurofibroma	1	-	1	1	-	-	-	-	-	3
Fibroma cemento osificante.	1	2	-	1	1	-	-	-	-	5
Hemangioma cavernoso.	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2
Neuroma traumático	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Leiomioma vascular	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Hiperplasia papilar inflamatoria	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Total	14 (5.5%)	21 (8.3%)	37 (14.6%)	43 (16.9%)	34 (13.4%)	49 (19.3)	31 (12.2%)	19 (7.5%)	5 (1.97%)	253 (100%)

Tabla 6. Laboratorio de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación.

Discusión.

En el Laboratorio de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología se encontró que de 1021 muestras de la cavidad bucal, 253 se diagnosticaron como neoplasias mesenquimatosas benignas que corresponden al 24.77%. En el estudio de Jasser K. Maatia realizado en Jordania se informa que de un total de 1605 muestras, 172 se diagnosticaron como neoplasias de la cavidad bucal de las cuales 156 fueron neoplasias benignas que corresponde al 91% y de estas 72 resultaron ser neoplasias mesenquimatosas benignas que corresponde al 46%. En la publicación de Ovalle Castro realizado en la Ciudad de México informa que de 21 mil 131 muestras de las cuales 969 corresponden a la cavidad bucal 64 son neoplasias benignas que corresponde al 6.60% y de esas, 40 son neoplasias mesenquimatosas benignas que corresponden al 4.12%. Kalyanyama en un estudio realizado en Nigeria informa que de 158 muestras 48 se diagnosticaron neoplasias benignas de que corresponden al 30.37% de las cuales 34 son neoplasias mesenquimatosas benignas que corresponden al 21.51%. La prevalencia de las neoplasias mesenquimatosas benignas reportadas en el Laboratorio de Patología Bucal no es significativa con el estudio de Ovalle Castro ya que el estudio se realizo a nivel hospitalario por lo tanto se presentaron un mayor número de muestras. Sin embargo en los estudios donde se maneja una población similar a la del Laboratorio de Patología Bucal son los de Jasser K Maatia y Kalyanyama ya que los resultados que se presentan son parecidos al del Laboratorio de Patología Bucal por lo que se observa una mayor incidencia en la población mexicana.

De las 253 muestras diagnosticadas como neoplasias mesenquimatosas benignas 176 corresponden al 69.56% presentando una predilección por el género femenino y 77 muestras, que corresponden al

30.43%, afectando al género masculino. En el estudio de Ovalle Castro informa que de las 40 neoplasias mesenquimatosas benignas, 23 muestras se presentaron principalmente en el género femenino que corresponde al 57.5%, 17 muestras se presentaron en el género masculino que corresponde al 42.5%. Las neoplasias mesenquimatosas benignas que se presentan en el análisis estadístico del Laboratorio de Patología Bucal tienen una mayor incidencia por el género femenino, en el estudio de Ovalle Castro es similar la frecuencia con la que se presentan las neoplasias mesenquimatosas benignas en el género femenino ya que las mujeres son las que acuden con mayor frecuencia a la atención dental.

De las neoplasias mesenquimatosas benignas más frecuentes, la hiperplasia fibrosa se presentó con 116 muestras siendo las que tienen una mayor incidencia que corresponde al 45.84%, pero en el estudio de Kalyanyamama se diagnosticaron 13 muestras como hiperplasia fibrosa que corresponden 37.14%. En el informe de Ovalle Castro se diagnosticaron 22 muestras como hiperplasia fibrosa que corresponde al 55% de las neoplasias mesenquimatosas benignas. En el reporte de Jasser K Maaita se diagnosticaron 7 muestras de hiperplasia fibrosa que corresponde 9.72%. Los resultados obtenidos en el Laboratorio de Patología Bucal son similares con los informes de Ovalle Castro ya que este tipo de lesión es de las más frecuentes, siendo estas de tipo reactivo debido a que se presentan clínicamente por traumatismos o irritantes crónicos.

El hemangioma se presentó con 6 casos que corresponden al 2.37% pero Jasser K. Maaita en su publicación se encontraron 24 casos que presentaban hemangioma que corresponde al 33.33%. Kalyanyama informa que se encontraron 6 casos de hemangioma que corresponde al 17.64%, Ovalle Castro reporta que se presentaron 15 casos de hemangioma que corresponde al 17.5%. El resultado del análisis estadístico del Laboratorio de

Patología Bucal respecto con el hemangioma es menos frecuente ya que el diagnóstico se realizó de forma clínica.

Se diagnosticaron 8 casos de lipoma que corresponde al 3.16%, Jasser K. Maaita reporta que 4 casos se diagnosticaron como lipomas que corresponden al 5.5 %, Ovalle Castro reporta que 3 casos son lipomas que corresponde a 7.5% de las neoplasias mesenquimatosas benignas y Kalyanyama reporta que se encontró 1 caso de lipoma que corresponde al 2.94%. En los resultados que se obtuvieron en el Laboratorio de Patología Bucal son parecidos con los estudios reportados ya que es una de las neoplasias mesenquimatosas poco frecuente.

El neurofibroma fue una de las neoplasias mesenquimatosas benignas menos frecuentes que presentaron 3 casos que corresponde al 1.18% pero Jasser K. Maaita reporto 6 neurofibromas que corresponden al 8.33%, Kalyanyama informa que se diagnosticaron 2 neurofibromas que corresponde al 5.8%. Tanto en el análisis estadístico del Laboratorio de Patología Bucal como en los estudios reportados el neurofibroma es de las neoplasias mesenquimatosas menos frecuentes.

En el análisis estadístico que se realizo en el Laboratorio de Patología Bucal se encontró que la edad adulta era la mas afectada por las neoplasias mesenquimatosas benignas siendo la sexta década de la vida la más afectada con 49 casos reportados que corresponden al 19.3% y la presento una menor frecuencia fue la primera década de la vida con 14 casos reportados que corresponden al 5.5% del total de las 253 casos reportados.

En el análisis estadístico del Laboratorio de Patología Bucal y en la literatura que se consulto se encontraron que las neoplasias benignas de tipo

mesenquimatoso son las que se presentan con una mayor incidencia y afectando principalmente al género femenino y a la edad adulta.

Conclusión.

Existen un gran número de neoplasias; de las cuales las neoplasias benignas de tipo mesenquimatoso son las que se presentan con mayor frecuencia.

El género femenino presento 69.56% de incidencia y el género masculino presento una incidencia del 30.43%. La edad que presento una mayor frecuencia fue 50-59 años y 0-9 años de edad fue de las menos afectadas.

La hiperplasia fibrosa es la lesión mesenquimatoso benigna que se presenta con el 45.84%, seguida por el granuloma piógeno que representa el 18.57%, y la hiperplasia fibrosa inflamatoria se que se presenta con el 17.78%.

De las lesiones mesenquimatosas benignas menos frecuentes es la hiperplasia papilar inflamatoria que representa el 0.39%, el neuroma traumático representando con el 0.39%.

El estudio de las neoplasias mesenquimatosas benignas de la cavidad bucal constituye un aspecto importante dentro de la odontología, independientemente de la frecuencia con que se presente en la práctica general, principalmente por la gran variedad histopatológica y comportamiento biológico de los mismos.

Por lo tanto, el Cirujano Dentista debe de elaborar una historia clínica completa del paciente, debe de prestar mayor atención a los síntomas que presenta, y realizar una adecuada exploración clínica de los tejidos blandos. Por lo que el Cirujano Dentista debe de estar familiarizado con todo tipo de

alteraciones que se presentan en la cavidad bucal para poder diferenciar entre una neoplasia benigna y una maligna, por lo que es necesario que posea los conocimientos de Patología que le permitan conocer y valorar las alteraciones que se presenten, así para realizara un mejor diagnóstico, pronóstico y un plan de tratamiento para el paciente.

REFERENCIAS

1.- Pérez Martínez, M T; Ovalle Castro, J W. Prevalence of oral changes in the salivary glands and tonsil: a review of surgical cases. *Práctica Odontológica* , 1988, Volume 9, March. Pág: 22-24, 26-27.

2.- Kalyanyama, B M; Matee, MIN; Vuhahula E. Oral tumors children based an biopsy materials examined over a 15 years period from 1982 to 1997. *International Dental Journal*, 2002, Volume 52, February. Pág: 10-14

3.- Roos H, Michael. *Histología Texto y Atlas a Color*. Editorial Panamericana. 1992. Pág: 76-78.

4.- Geneser Finn. *Histología*, Editorial panamericana, 2da Edición. 1996. Pág: 105-106.

5.- Weiss W, Sharon. *Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors*. Editorial Mosby. 2001. Pág: 3-17.

6.- Robbins, Stanley L. Vinay Kumar MD. *Patología Estructural y Funcional*. Editorial Mc Graw-Hill interamericana. 2000. Pág: 278-281.

7.- Parakrama Chandrosoma. *Patología General*. Editorial El Manual Moderno. 1998. Pág: 269-276.

8.- Rubin Emmanuel. *Patología Fundamentos*. Editorial Medica Panamericana. 1992. Pág: 85-89.

9.- Robbins Stanley L. Vinay Kumar MD. *Patología Estructural y Funcional*. Editorial Mc Graw-Hill interamericana; 1995. Pág. 49.

10.-Sapp Philip. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Mosby. 1998. Pág: 278-309.

11.-Malcolw A, Lynde. Medicina Bucal de Burket. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 1996. Pág: 136-145.

12.-Neville W. Brad; Oral & Maxillofacial Pathology. Editorial Saunder Company. 2000. Pág: 438-477.

13.-Maaita JK. Oral tumors in children: a review. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2000. Volume 24. 2. Pág: 133-135.

14.-Taiwo, E O. Salako, N O. Sote, EO. Distribution of oral tumors in Nigerian children based on biopsy material examined over an 11 year period. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1990. Volume 18. August. Pág: 200-203.

15.-Strassburg Manfred. Mucosa Oral Atlas a Color de Enfermedades. Editorial Marbans. 1996. Pág: 439-439.