



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO CLÍNICO DEL ÉPULIS CONGÉNITO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

DENNYS GALICIA BALTAZAR

TUTORA: C.D. MARÍA EUGENIA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Quiero agradecer a Dios y a la Virgen de Guadalupe por permitirme venir a este mundo, respirar y abrir los ojos a cada nuevo día, por la familia que me brindaron y por darme la oportunidad de concluir mi formación universitaria ¡Gracias!

A MIS PADRES:

Porque siempre me han brindado su apoyo y sin ustedes yo no hubiera podido llegar hasta donde ahora estoy, los Amo.

INÉS

Por tu gran esfuerzo para darnos a mí hermano y a mí lo que necesitamos pero sobretodo por tu amor incondicional, por escucharme y llorar conmigo, por ser una mujer maravillosa.

MARTÍN

Por confiar y creer en mí, porque con tu esfuerzo y dedicación al trabajo me pudiste brindar el apoyo que necesitaba, porque ahora puedo decirte que: lo hemos ¡Logrado!

MARTÍN ALEJANDRO

Sólo quiero que sepas que te quiero mucho, que eres una persona muy importante para mí y que si me necesitas ahí voy a estar siempre.

FAMILIA BALTAZAR

Por sus consejos, apoyo, porque contribuyeron a ser mis pacientes y por haberme animado a seguir adelante y nunca rendirme.

C.D. MARÍA EUGENIA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ

Por permitirme conocerla, por ser mi amiga, por haberme brindado su apoyo, confianza, paciencia y sus enseñanzas, por ayudarme a sacar adelante este trabajo, ¡Gracias! Por creer en mí.

A MIS AMIGOS

Gracias porque con ustedes compartí momentos maravillosos, por estar ahí en los momentos difíciles, por animarme, por su amistad y quisiera decirles que nunca hay que darse por vencidos...

...¡Si se puede!

Maricela: por ser mi confidente y mi gran amiga, porque siempre me apoyaste y por haberme brindado tu cariño así como tu confianza.

Norma e Irma: porque con ustedes compartí momentos de alegría y tristeza, por su sinceridad, pero sobretodo porque conocerlas ha sido grandioso.

Ma. Teresa: por escucharme cuando más lo necesitaba, por tus consejos y el cariño que me has brindado.

Rodrigo: por ser una excelente persona y por compartir este momento culminante.

Danae: Por tus consejos, por darme la oportunidad de conocerte y alegrarme en esos días de estrés.

UNAM

Por haberme hecho parte de una de las Universidades más importantes a nivel mundial.

A la Facultad de Odontología porque durante cinco años fue como mi casa, en ella viví experiencias inolvidables, a los catedráticos que me transmitieron sus conocimientos para así formarme como una profesional de la salud.

SEMINARIO DE TITULACIÓN DE ODONTOPEDIATRÍA

De manera especial, agradecer a todos los doctores que formaron parte del seminario, por compartir sus experiencias y conocimientos, porque aprendí de ellos y por haber sido un seminario que dejó huella en mi formación profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. ÉPULIS	2
1.1 Características clínicas	3
1.1.1 Clasificación microscópica	3
1.2 Lámina dental	6
1.2.1 Funciones	8
1.3 Mucosa oral	9
2. LA BOCA Y LOS MAXILARES EN EL RECIÉN NACIDO	
2.1 Examen clínico estomatológico	12
2.2 Labio superior	13
2.3 Labio inferior	14
2.4 Mucosa yugal	15
2.5 Rodetes gingivales	16
2.6 Arco maxilar	16
2.7 Paladar duro	17
2.8 Paladar blando	18
2.9 Frenillos	19
2.10 Lengua	20
2.11 Piso de boca	21
2.12 Arco mandibular	21
3. ÉPULIS CONGÉNITO DE CÉLULAS GRANULARES	
3.1 Definición	23
3.2 Antecedentes	23
3.3 Características clínicas	27
3.4 Histopatología	28
3.5 Diagnóstico	29

3.5.1 Auxiliares de diagnóstico prenatal	29
3.5.1.1 Ecografía	30
3.5.1.2 Resonancia Magnética	32
3.6 Diagnósticos diferenciales	
3.6.1 Hemangioma	34
3.6.2 Linfangioma del proceso alveolar en neonatos	38
3.6.3 Tumor neuroectodérmico de la infancia	39
3.6.4 Epignathus	40
3.7 Tratamiento	44
3.7.1 Anestesia general	48
3.7.1.1 Anestesia general inhalatoria	51
3.7.2 Anestesia local	51
4. COMPLICACIONES	54
5. EL CIRUJANO DENTISTA ANTE EL ÉPULIS CONGÉNITO	57
CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60



INTRODUCCIÓN

Una patología es una alteración causada por una enfermedad o trastorno que ocasiona un desequilibrio en el organismo; a nivel bucal estas se van a manifestar originando cambios tanto en la estructura como en la función de los tejidos. La Odontología no se debe limitar sólo a los órganos dentarios, es muy importante examinar las áreas circundantes a estos para poder identificar ciertas anomalías.

En el presente texto se aborda una patología rara, que afecta a los recién nacidos: Épulis congénito, se localiza con mayor frecuencia en el reborde alveolar maxilar; en base a su origen se han expuesto teorías inciertas. Esta es una alteración que puede ocasionar problemas en la alimentación del neonato así como dificultades en su respiración. Se describen sus características clínicas que en conjunto con el análisis histológico establecerán un diagnóstico certero; para su detección prenatal se han utilizado recursos como la ecografía y la resonancia magnética que son auxiliares que ayudan a la planificación de su tratamiento.

Es responsabilidad del Cirujano Dentista estar enterado de este tipo de patología, conocer su manejo clínico y comprender que es una entidad en la que en algún momento pudiera intervenir estableciendo su diagnóstico, el cual le permitirá remitir al paciente al especialista adecuado para el manejo correcto de esta afección.



1. ÉPULIS

Para el entendimiento de esta patología del recién nacido es muy importante que el Cirujano Dentista este informado de los tipos de épulis que se pueden originar en la cavidad bucal, es por ello que en el presente trabajo se realiza una revisión general de estas lesiones.

El término *Tumor* hace referencia a un crecimiento de tejido nuevo en el cual la multiplicación celular es incontrolable y progresiva.¹ Dentro de la cavidad oral algunas lesiones se han denominado tumores, pero no son en sí neoplasias verdaderas, más bien son reacciones hiperplásicas de tejido conjuntivo ante una irritación constante.² Cuando en la encía se presenta una proliferación celular y se desconoce su naturaleza histológica exacta, se designa clínicamente como Épulis.

La palabra épulis, fue creada por *Virchow*, utilizando las raíces griegas: *Epi* que significa *sobre* y *Oulon* que quiere decir *encía*. Este término se ha considerado insatisfactorio pues es demasiado vago, sin embargo, ha tenido aceptación a nivel universal, para denominar a los crecimientos solamente de tejido conjuntivo, otros lo han aplicado a osteomas (crecimientos periostales de la maxila o la mandíbula) y algunos más lo han generalizado como Ruppe y Cornil para designar a los “tumores benignos nacidos de la fibromucosa gingival o de las partes óseas inmediatamente subyacentes y adherentes a esta mucosa”.³

1 Dorland, Diccionario médico, 23ª ed., Ed. Interamericana Mc Graw Hill, España 1989, pág.853

2 Sapp J. Philip, Eversole Lewis R, Wysocki George P., Patología oral y maxilofacial contemporánea, 2a ed., Ed. Elsevier, Madrid, 2005, pág.288

3 Wenger Franz; Baptista M. Luzardo, “EPULIS Estudio de veintitrés casos especialmente en sus aspectos anatómico-patológicas”, RLUZ (Maracaibo), Vol.1:1958, No.1, pág.1



Esta lesión presenta un aspecto tumoral, su origen es mesenquimatoso, no son muy frecuentes, pero, presentan problemas de diversa índole a nivel estomatológico (dolor por la presión de esta formación contra las partes vecinas: daño periodontal, cuando cubren la superficie oclusal dificultan la masticación, pueden ulcerarse y ser un reservorio de microorganismos).⁴

1.1. Características clínicas

Se presentan como un abultamiento, por lo general blando, pero existen también las formas fibrosas las cuales tienen una considerable dureza, generalmente de color más oscuro que la encía normal, con una base de implantación no muy ancha cuando son sésiles o bien, pediculados. De crecimiento lento, superficie lisa, no sangrante salvo cuando se produce una irritación, su evolución se inicia comúnmente en la papila interdientaria o profundamente en la membrana periodontal.⁵

1.1.1 Clasificación microscópica

Microscópicamente se pueden diferenciar varios tipos de émulis:

- Émulis granulomatoso
- Émulis de células gigantes
- Émulis angiomaso
- Émulis fibromatoso
- Émulis osteoplástico

4 lb. pág.2

5 lb. pág.3



Épulis granulomatoso: contiene tejido de granulación, no específico con crecimiento activo, densa infiltración celular de linfocitos y células plasmáticas. La lesión puede ulcerarse y volverse a cubrir de epitelio, además puede existir hiperplasia con híper o paraqueratosis.⁶

Épulis de células gigantes: cubierto por mucosa gingival de color púrpura-azulado, histológicamente se compone de muchos capilares, fibroblastos, leucocitos, células fusiformes y células gigantes como elementos del tipo de cuerpo extraño derivadas directamente de macrófagos o histiocitos del tejido conjuntivo.⁷

Épulis angiomatoso: se caracteriza por la existencia de vasos sanguíneos de gran tamaño, pero de paredes muy primitivas como de capilares o de pequeñas venas, el estroma fibroso puede ser muy abundante.⁸

Épulis fibromatoso: se define como una cicatriz u obliteración de cualquier otra forma de épulis, encontrándose islotes residuales del cuadro histológico original, es decir, de partes angiomatosas, granulomatosas o una que otra célula gigante. Su histología muestra gran cantidad de fibras, escasas células y en las zonas superficiales infiltrados inflamatorios con predominio de células plasmáticas grandes, basófilas y con edema que disocia los haces de fibras.⁹

6 lb. pág.3

7 lb. pág.4

8 lb. pág.6

9 lb. pág.7



Épulis osteoplástico: descrito por Svejda (1953), su evolución puede ser hacia la profundidad o hacia la periferia, está compuesto por trabéculas óseas en medio de un estroma fibromatoso.¹⁰

Es importante aclarar que en todas estas formas la lesión se presenta como resultado de una irritación crónica que puede ser originada por: higiene inadecuada, irritación por piezas cariadas, prótesis mal ajustadas y por desequilibrio hormonal (embarazo).¹¹

Las formas granulomatosa y gigantocelulares tienen mayor incidencia antes de los 30 años, mientras que las fibromatosas y osteoplásticas después de esta edad. Las angiomas ocupan una posición intermedia ya que probablemente corresponden a una forma transicional entre un tipo y otro.¹²

Del conjunto de estas neoformaciones debe excluirse al Épulis congénito en cuya etiología la inflamación no juega ningún papel, se ha considerado como un tumor originado probablemente de malformaciones de la lámina dentaria (Massin 1894, Custer y Fust 1952). Su patogenia e histogénesis no está perfectamente aclarada, existen diversas teorías, aunque ninguna de ellas tiene hasta hoy en día aceptación unánime.¹³

10 lb. pág.7

11 lb. pág.9

12 lb. pág.11

13 lb. pág.8-9



1.2 Lámina dental

Cuando el embrión tiene tres semanas de edad el *estomodeo* (cavidad bucal primitiva) ya se ha formado en su extremidad cefálica. El ectodermo de la cavidad bucal primitiva consiste en una capa basal de células cilíndricas y otra superficial de células aplanadas, se apoya sobre el mesénquima subyacente, ambas separadas por medio de la membrana basal, algunas células del epitelio bucal comienzan a proliferar a un ritmo mayor que las células adyacentes originándose así un engrosamiento epitelial en la región del futuro arco dentario que se extiende a lo largo del borde libre de los maxilares. Es la porción ectodérmica del diente, que se conoce como *lámina dentaria* (octava semana de vida intrauterina).¹⁴ (Fig.1)

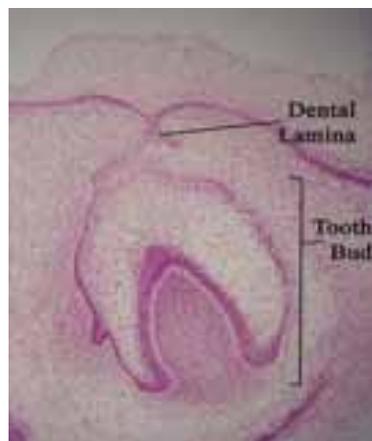


Fig.1 Lámina dental¹⁵

En forma simultánea con la diferenciación de la lámina dental se originan de ella, salientes redondas (esbozos dentarios) en diez puntos diferentes de los maxilares, las cuales corresponden a los dientes deciduos. Así se inicia el desarrollo de los órganos dentarios (*Estadio de brote*).¹⁶

¹⁴ Sicher Harry, Orban histología y embriología bucales, 1ª ed., Ed. La Prensa Medica Mexicana, México, 1990, pág.22

¹⁵ <http://images.google.com.mx>

¹⁶ Sicher Op. cit. pág.23



El esbozo dentario comienza su proliferación con un crecimiento desigual de sus partes, para dar lugar a la formación de un casquete (*Estadio de casquete*) que se caracteriza por una invaginación poco marcada en la superficie profunda de este esbozo. El germen dental en esta fase se constituye por el órgano del esmalte que posee cuatro capas:¹⁷ (Fig.2)

- Epitelio dental externo.
- Epitelio dental interno.
- Retículo estrellado.
- Estrato intermedio recubre una pequeña parte del retículo estrellado.



Fig.2 Representación esquemática de las etapas de la odontogénesis.¹⁸

Conforme la invaginación del epitelio profundiza y sus márgenes continúan creciendo, el órgano del esmalte toma forma de campana (*Estadio de campana*), para adquirir posteriormente la configuración de la corona del diente en formación.¹⁹

17 Boj, Juan R., Catalá M., García Ballesta, C., Mendoza, A., *Odontopediatría*, 1ª ed., Ed. Masson, Barcelona (España) 2004, pág.57

18 8e.devbio.com/images/ch13/04.TD.01.thumb.jpg

19 Sicher Op.cit. pág.18



Se da una serie de cambios celulares, del ectomesenquima se originan los predentinoblastos, del epitelio interno los preameloblastos. Enseguida comienza el desarrollo, evolución, así como la maduración de estas células mediante una interacción de inducción mutua que condiciona la formación de dentinoblastos células formadoras de dentina; ameloblastos que darán origen al esmalte dental, estos tejidos comenzarán a crearse en las áreas que corresponderán a los futuros bordes incisales y cúspides.²⁰

Durante esta fase las células epiteliales de la lámina dental se desintegran y desaparecen, pero algunas pueden formar agregados celulares bajo las encías llamados “*perlas epiteliales o restos de Serres*”, las cuales se dice que poseen un potencial activo para producir desde dientes supernumerarios hasta revestimientos císticos o tumores de estructuras celulares semejantes a los dentales.²¹

1.2.1 Funciones²²

- Inicia la formación de la dentición decidua (segundo mes de vida intrauterina).
- Inicia la formación de las piezas sucesoras de los dientes deciduos mediante el crecimiento de su extremidad libre: *lámina sucesora* (quinto mes de vida intrauterina para los incisivos y hasta los diez meses de edad para el segundo premolar).
- Prolongación de su extremo distal para la formación de los molares permanentes (cuarto mes de vida fetal para el primer molar, en el primer año para el segundo molar y del cuarto al quinto año para el tercer molar).

20 García Ballesta, Carlos, Mendoza Mendoza, Asunción, Traumatología oral en odontopediatría diagnóstico y tratamiento integral, 1ª ed., Ed. Ergon, Madrid, 2003, pág.2

21 Boj Op.cit. pág.78

22 Sicher Op.cit. pág.29



1.3 Mucosa oral

Se explica la estructura de la mucosa bucal para poder entender de donde proviene la proliferación celular que forma la histología del épulis congénito.

En la tercera semana de vida intrauterina se forman tres capas embrionarias: *el ectodermo, mesodermo y endodermo*. *Del ectodermo se forma el epitelio de la mucosa*, es decir; labios, mejillas, paladar duro, encía y el dorso de la lengua, así como también el esmalte, la papila dental, el complejo dentino-pulpar, odontoblastos, dentina, saco dentario, ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento. A partir del mesodermo se forma el tejido conectivo de la cabeza y los huesos del cráneo. Del endodermo se forma el epitelio de revestimiento, la raíz de la lengua, faringe, laringe, los epitelios de la tráquea y glándulas salivales.²³

La estructura morfológica de la mucosa oral varía en las diferentes áreas de la cavidad bucal, en relación con la función específica de cada zona, y las influencias mecánicas que actúan sobre ellas.²⁴

Capas del epitelio bucal: (Fig.3)

- Estrato córneo
- Estrato granuloso
- Estrato espinoso
- Estrato germinativo o basal

²³ Barceló Canto Enna Beatriz, Odontología para bebés estrategia de prevención, 1ª ed. Ed. Trillas, México, 2007, pág.49

²⁴ Sicher Op. cit. pág.209



Las distintas capas representan un proceso de maduración progresiva, así las células de la capa más superficial (estrato córneo) se descaman en forma continúa y son sustituidas por las inferiores.²⁵

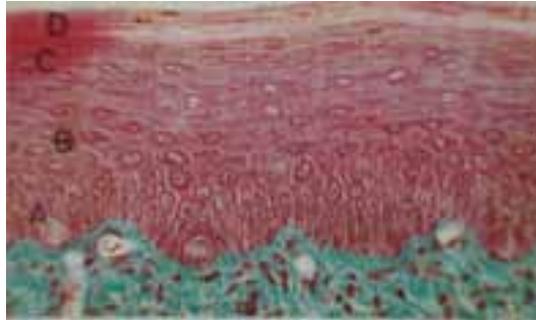


Fig.3 Capas del epitelio bucal: **A** Estrato germinativo, **B** Estrato espinoso, **C** Estrato granuloso, **D** Estrato córneo.²⁶

La capa más externa es un epitelio escamoso estratificado que en ciertas zonas puede estar cornificado (presenta una capa córnea) como en la encía y el paladar duro. La siguiente capa está formada por células granulosas mayores y más planas que contienen gránulos de queratohialina basófilos. El estrato espinoso se forma por células redondeadas u ovoideas que se encuentran en las primeras fases de maduración y el estrato germinativo es una capa unicelular adyacente a la lámina propia, posee células cuboidales, estas son las progenitoras pues dan origen a las células de las capas superiores.²⁷

25 B.K.B. Berkovitz, G.R. Holland, et al, Atlas en color y texto de anatomía oral. histología y embriología. 2ª ed., Ed.Mosby/Doyma, Madrid (España), 1995, pág.199

26 B.K.B. Berkovitz Op.cit. pág.199

27 lb. pág.199-201



La *lámina propia* es una capa de tejido conjuntivo denso, de espesor variable, contiene papilas que forman indentaciones en el epitelio, llevan los vasos sanguíneos y los nervios. Está separada del epitelio escamoso estratificado por una *membrana basal*.²⁸

La capa más profunda es la *submucosa* que está formada por tejido conjuntivo de espesor y densidad variables y va a unir a la mucosa con las estructuras subyacentes. En esta capa se encuentran glándulas, vasos sanguíneos, nervios y tejido adiposo. Las arterias grandes se dividen en ramas más pequeñas, las cuales penetran en la *lámina propia*.²⁹ (Fig.4)

En base a lo descrito anteriormente podría expresar que el *épulis* congénito es una anomalía que proviene de restos celulares epiteliales de la *lámina dental* que sufren una transición hacia una de las capas del epitelio bucal: estrato granuloso.

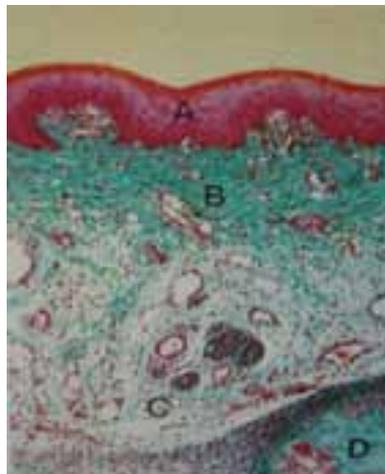


Fig.4 Morfología básica de la mucosa oral. (A) Epitelio Escamoso estratificado, (B) Lámina propia, (C) Submucosa y (D) Hueso.³⁰

28 Sicher Op.cit. pág.211

29 lb. pág.211

30 lb. pág.199



2. LA BOCA Y LOS MAXILARES EN EL RECIÉN NACIDO

2.1 Examen clínico estomatológico

Se recomienda realizar el examen clínico durante el período neonatal inmediato, hay que tomar muy en cuenta las condiciones generales del bebé para determinar si es posible realizarlo una hora después del nacimiento o si es conveniente esperar un poco más. Es muy importante que esta exploración se lleve a cabo con cuidado, tomando las medidas necesarias para manejarlo con delicadeza. La exploración clínica procederá de la siguiente manera:³⁰

- Es necesario que el recién nacido este despierto y en tranquilidad, procurando que este envuelto para evitar que los movimientos que realice interfieran con la exploración, se recomienda que sea examinado antes de su alimentación.
- Colocarlo sobre una superficie plana en posición decúbito dorsal.
- El examinador deberá de usar una bata especial, guantes estériles, cubre boca, además de tener a su alcance una buena fuente de luz natural y artificial. (Fig.5)
- El instrumental a utilizar serán espejos dentales pequeños, pinzas de curación, gasas estériles, abatelenguas y una lamparita de buen enfoque luminoso.



Fig.5 Examen clínico estomatológico.^{31 32}

Orden secuencial del examen clínico de las estructuras anatómicas:

- Labios
- Frenillos
- Mucosa yugal
- Arco maxilar, paladar duro y blando
- Lengua y piso de boca
- Mandíbula

Para identificar las alteraciones congénitas o del desarrollo que se pueden presentar en el recién nacido es necesario que el Cirujano Dentista conozca los elementos anatómicos normales de la boca del neonato.

2.2 Labio superior

El labio superior presenta una depresión en la línea media, llamada surco subnasal, con un hundimiento en la línea mucocutánea y el tubérculo del labio en su borde libre, también en la línea media, se produce una curvatura

31 Figueiredo, Walter, Luis Reynaldo, Ferelle Antonio, Issao Myaki, Odontología para el bebé: odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años, 1ª ed., Ed. AMOLCA, Caracas, Venezuela, 2000, pág.11

32 www.guiadodonto.com.br/.../images/bebes



semejante al arco de cupido, es una línea prominente de demarcación en el borde bermellón, (unión de la piel con la membrana mucosa). La piel que cubrirá el tercio externo de la superficie labial, se ve lisa y rosada.³³

Presenta en su parte media el apoyo de succión (*Sucking pad*) que tiene proyecciones vellosas que al ser estimuladas o estar en contacto con el seno materno aumentan su volumen.³⁴ (Fig.6)

En su porción interna y media se encuentra el frenillo labial, se ha mencionado que en la gran mayoría de los recién nacidos esta estructura une el labio superior a la papila palatina (Albuquerque, 1990). Lateralmente se localizan los frenillos laterales que ayudan a fijar el labio en el maxilar.³⁵



Fig.6 Sucking pad³⁶

2.2 Labio inferior

El labio inferior hacia afuera está separado de la mejilla por el surco mentolabial. En la línea media se localiza el frenillo labial inferior, el cual une

33 Fragoso Op.cit. pág.45-46

34 Figueiredo Op.cit. pág.47

35 lb. pág.47

36 lb. pág.47



la porción interna del labio al tercio gingival y los frenillos laterales menos desarrollados que los superiores.³⁷

La mucosa labial presenta ligeras arrugas, de color purpúreo, ligeramente elevadas, húmedas y brillantes. El borde libre de los labios es de color rojo, esta zona es seca, ya que carece de glándulas a diferencia de la mucosa húmeda que posee abundantes glándulas labiales.³⁸

A los pocos días después del nacimiento, la mucosa presenta una apariencia con pliegues superficiales, seca y cuya capa externa de epitelio cornificado se separa espontáneamente de la mucosa subyacente para formar “callos de succión”, los cuales se manifiestan a nivel de la porción central de los labios.³⁹

2.3 Mucosa yugal

La pared de la mucosa yugal, está formada esencialmente por el músculo buccinador y la bola adiposa de Bichat perfectamente definida en el recién nacido. El buccinador mantiene los líquidos alimenticios por vía oral dentro de la misma cavidad y la bola adiposa impide que la mejilla se deprima durante la succión.⁴⁰

Con la boca completamente abierta puede apreciarse el ligamento tenso debajo de la mucosa yugal, extendiéndose su inserción inferior en la mandíbula (región posterior del proceso alveolar) hasta introducirse en el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides. El conducto de Stensen

37 Fragoso Op.cit. pág.45

38 lb. pág.45-46

39 lb. pág.46 *“callos de succión” se han considerado como costras, la denominación de callosidad es inapropiada, pues no son resultado de un proceso de fricción o presión, ya que se han observado en neonatos que aun no han succionado.*

40 lb. pág.46



atraviesa la bola de Bichat y el buccinador para abrirse en el vestíbulo, a nivel de la región posterior del proceso gingivo alveolar, dicho orificio desemboca en una pequeñísima papila.⁴¹

2.4 Rodetes gingivales

Separan el vestíbulo de la cavidad oral. En ambos rodetes, superior e inferior (en la región de incisivos y caninos) se encuentra un cordón fibroso de Robin y Magitot que funciona como auxiliar en la succión. En su porción anterior y vestibular se observan lobulaciones que indican la presencia de los gérmenes dentales.⁴² (Fig.7)



Fig.7 Rodete gingival superior⁴³

2.5 Arco maxilar

Presenta su rodete gingival adherido al frenillo labial y por vestibular los frenillos laterales. En la transformación del paladar con el rodete, se aprecia

41 lb. pág.46

42 Figueiredo Op.cit. pág.47

43 lb. pág.48



el surco alveolar interno desde la línea media hasta la región molar, aquí cruza el rodete dirigiéndose oblicuamente hacia vestibular. ⁴⁴ (Fig.8)

En su parte anterior el arco del proceso alveolar es delgado y aplanado en la región posterior. En esta última se aprecia una protuberancia gingival a nivel de la zona molar al que se le llama borde pseudo alveolar y que va desapareciendo con el crecimiento del proceso. La forma del borde es irregular de color rojo con distintos matices y en su margen libre puede presentar un tejido membranoso que se extiende ligeramente sobre el tejido alveolar. ⁴⁵



Fig.8 Arco maxilar ⁴⁶

2.6 Paladar duro

Separa a la boca de la cavidad nasal y senos maxilares. Está constituido por los procesos maxilares hacia adelante y atrás por los procesos palatinos. Cubierto por mucoperiostio grueso y firme contra el cual la lengua comprime los alimentos. ⁴⁷

44 Ib. pág.48

45 Fragoso Op.cit. pág.46

46 Figueiredo Op.cit. pág.49

47 Fragoso Op. cit. pág.47



Se encuentra en la línea media sobre el proceso alveolar la papila incisiva que es una pequeña prominencia, en la porción anterior del paladar las rugas palatinas y en el segmento medio, de anterior a posterior el rafe palatino medio.⁴⁸

El borde posterior del paladar duro se toca fácilmente y a cada lado del mismo puede palpase cuidadosamente el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides debajo de la mucosa.⁴⁹

2.7 Paladar blando

De formación fibromuscular, incluida en un pliegue de mucosa, se arquea hacia atrás continuando posteriormente el techo de la boca, separa la boca de la nasofaringe y cuelga como un telón en el límite posterior de la cavidad oral. Forzando la abertura bucal con un abatelengua, se podría observar en la línea media la úvula.⁵⁰

El pretender profundizar más en el examen clínico para explorar los pilares anteriores, posteriores y las amígdalas palatinas, aún con el debido cuidado, es exponer al recién nacido a sufrir un traumatismo innecesario en la mucosa y provocar fácilmente un reflejo nauseoso. En los casos en que el neonato abra grandemente la boca al bostezar o llorar profusamente se podría apreciar la región posterior del paladar blando.⁵¹

48 lb. pág.47

49 lb. pág.47

50 lb. pág.47

51 lb. pág.47



2.8 Frenillos

El arco gingivo alveolar y paladar duro están separados del labio superior por un surco bucal angosto, llamado vestíbulo, el cual es interrumpido por la presencia en la línea media del *frenillo labial central* y a los lados por los *frenillos laterales*. Para examinar las inserciones de los frenillos basta con levantar el labio superior y fácilmente se observará el frenillo central, que parte de la cara interna del labio superior hasta la mitad de la altura de la región vestibular del proceso gingivo alveolar. Los frenillos laterales son más pequeños y se aprecian a nivel de la región de los caninos del mismo proceso.⁵²

El frenillo labial inferior se explora separando y bajando suavemente el labio inferior, cuya inserción se encuentra en la cara interna de este hasta la mitad del proceso vestibular en su línea media y esbozados los dos frenillos laterales.⁵³

Para la exploración del frenillo lingual se necesita la boca abierta, elevar ligeramente la punta de lengua, y así observar su inserción superior en la parte anterior e inferior de la misma, el cual desciende al piso de la boca. En algunos casos este pliegue medial de mucosa se encuentra corto, provocando la limitación de los movimientos linguales de protrusión tan necesarios para realizar el reflejo de deglución.⁵⁴

52 lb. pág.47

53 lb. pág.48

54 lb. pág.48



2.9 Lengua

Presenta una base o raíz, un vértice o punta, una cara dorsal o superior y una ventral o inferior. La base, la porción posterior e inferior, están formadas por la entrada de los músculos extrínsecos, glosioestafilino, estilogloso, hiogloso y geniogloso que van a formar un sostén para la lengua, unido al paladar, la apófisis estiloides, la mandíbula y el hioides.⁵⁵

La cara superior presenta una pequeña curva hacia atrás y después hacia abajo; los dos tercios anteriores o porción palatina están orientados hacia arriba; el tercio posterior o porción faríngea se orienta hacia atrás y sólo se puede observar con la ayuda de un depresor de lengua, forma la pared anterior de la porción bucal de la faringe. Poco perceptible se encuentra el surco terminal en forma de V. Sobre la porción palatina del dorso de la lengua, la mucosa es gruesa y aterciopelada, pues esta cubierta por las papilas filiformes.⁵⁶

En la cara superior se observan puntos rojos que corresponden a las papilas fungiformes. En esta zona el epitelio es muy delgado y deja transparentar la sangre que contiene la papila. Por delante del surco terminal, en una hilera en forma de V, destacan las papilas circunvaladas, que se encuentran rodeadas por una hendidura estrecha y hacia los lados se encuentran los botones gustativos.⁵⁷

La cara ventral de la lengua está cubierta por mucosa delgada, lisa y purpúrea, libre de papilas. Por atrás de la punta de la lengua nace el frenillo lingual. La lengua del neonato aparenta estar “atada”, por su posición de

55 lb. pág.48

56 lb. pág.48

57 lb. pág.48



descanso en el piso de la boca y su crecimiento se produce en el vértice durante el primer año.⁵⁸

2.9 Piso de boca

Está formado por la lengua, los músculos milohioides y digástricos que sostienen a la lengua así como a las glándulas sublingual y submaxilar. Se caracteriza por la presencia de abundantes vasos sanguíneos superficiales cubiertos por una mucosa delgada. Al elevar la punta de la lengua el piso asciende y puede observarse el pliegue sublingual sobre la glándula del mismo nombre, que se dirige lateralmente a partir del frenillo de la lengua.⁵⁹

Se aprecian los conductos de la glándula sublingual y el orificio del conducto de Wharton de la glándula submaxilar, situado en el tubérculo cerca del frenillo lingual.⁶⁰

2.11 Arco mandibular

La región anterior del proceso alveolar es muy delgada, esta condición favorece la prensión del seno materno y el chupón; mientras que la región posterior se encuentra aplanada.⁶¹ (Fig.9)

El proceso adquiere en ocasiones ciertas irregularidades en su borde superior, en forma ondulada. El arco mandibular está separado del labio por un surco (vestíbulo), e interrumpido por la presencia del frenillo central, que conecta la cara interna de la mucosa labial con el proceso gingivo alveolar.

58 lb. pág.49

59 lb. pág.49

60 lb. pág.49

61 Figueiredo Op.cit. pág.49



Los frenillos laterales muy cortos, se observan aproximadamente a nivel de los primeros molares primarios.⁶²

La gran mayoría de las arcadas (maxilar y mandibular) del neonato tienen forma semicircular, pero hay variantes: arcos planos-anchos que dan como resultado un paladar normal, la otra variante son arcos angostos-estrechos que producen paladares altos u ojivales.⁶³



*Fig.9 Arco mandibular*⁶⁴

62 Fragoso Op.cit. pág.49

63 lb. pág.50

64 Figueiredo Op.cit. pág.49



3. ÉPULIS CONGÉNITO DE CÉLULAS GRANULARES

3.1 Definición

Es una tumoración exofítica benigna, se presenta en los recién nacidos. Se localiza en la encía del reborde alveolar de los maxilares, en la zona anterior correspondiente a la región incisivo-canina, aunque con menor frecuencia en la mandíbula.⁶⁶

Nombres alternativos:

- Tumor de células granulares congénito
- Tumor de Neumann
- Tumor Gingival benigno de células granulares del recién nacido

3.2 Antecedentes

Desde 1887 Désir de Fourtunet escribió que se le llamaba épulis a todo tumor sólido con base cercana al borde alveolar, de crecimiento más o menos rápido no acompañado de infarto ganglionar, sin tendencia a ulceración y que no recidiva después de su extirpación completa.⁶⁷

En el año 1871 Neumann fue el primero en describir esta lesión tumoral y la denominó “épulis congénito”.⁶⁸ (Fig.10)

66 Solís González, Armando José, De la Teja Ángeles, Eduardo, Rodríguez Téllez, Jorge, “Épulis Congénito: presentación de un caso clínico”, *Acta Pediatr Mex* (México), Vol.28:2007, No.5, pág.198P

67 Fragozo Op.cit. pág.110

68 Hankey George T., O.B.E., T.D., F.D.S., M.R.C.S. Eng., L.R.C.P. Lond., “Congenital epulis (Granular-Cell Myoblastoma or Fibroblastoma) in an ten-weeks premature infant”, *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Vol.48:1995, No.12, pág.1016



Fig.10 Franz Ernst Christian Neumann en 1871 describió el épulis congénito.⁶⁹

Sobre la naturaleza del épulis congénito existen una serie de teorías:

- Molonguet (1931) y Ardoin (1933) lo consideran un epitelioma adamantino.⁷⁰
- También se ha considerado como un mioblastoma de células granulares (Tumor de Abrikosoff-Sterberg y Louche (1952)).⁷¹
- Custer y Fust (1952) presentan datos indicando que esta patología comprende una entidad distinta sin relación con el épulis adquirido o el neurofibroma de células granulares; coinciden con Massin (1894) en considerarla como una forma de *Hamartoma*⁷² derivada de la formación embrionaria de tejido dental.⁷³ Informan sobre el tamaño de

69 upload.wikimedia.org/.../180px-Ernst_Neumann.jpg

70 Wenger Franz Art. Op cit. pág.8

71 lb. pág.8

72 *Hamartoma*: masa de células desorganizadas, maduras y especializadas o un tejido propio de otra localización. Cotran S. Ramzi; Kumari Vinay; Collins Tucker, [Robbins patología estructural y funcional](#), 6ª ed., Ed. Mc Graw Hill Interamericana, España, 2001, pág.280

73 F.V.O. Brian and WD Pieou, "Congenital Epulis: Its Natural History", [Arch Dis Child](#), Vol.46 :1971, No.248, pág.560



estas lesiones que puede variar desde unos cuantos milímetros a centímetros, produciéndose a menudo en el maxilar en la zona anterior y con mayor incidencia en las mujeres.⁷⁴

- Lack y colaboradores realizaron una revisión de 21 casos, en los cuales observaron que el reborde alveolar maxilar se encontraba más afectado que la mandíbula, que no había involucración del hueso adyacente y tampoco ningún daño a los órganos dentales todavía no erupcionados. Sospechan de un origen odontogénico ya que en el 37% de los casos que estudiaron se encontraron pequeños nidos de epitelio odontogénico.⁷⁵
- Kleine (1929) propuso que estos tumores derivan del epitelio basal de la cavidad bucal ya que poseen células embrionarias potenciales.⁷⁶
- D.S. Middleton y F.W. Harvey rechazan la opinión de que este tumor se origina de un inadecuado desarrollo del órgano del esmalte, lo consideraron más bien un crecimiento de naturaleza mesodérmica.⁷⁷
- Furrh y Krogh analizaron una teoría donde se expone que el origen de la lesión podría ser fibroblástico, histiocítico, miogénico y neurogénico; así mismo revisaron 113 casos descritos entre 1871 y 1971 en los cuales observaron una mayor incidencia de estos tumores en mujeres con afección muy frecuente en el maxilar.⁷⁸

74 Hankey George Art. Op.cit. pág.1016

75 Godra Anita, MD; D'Cruz A. Cyril, MD; Labat F. Mona, MD; Isaacson Glenn, MD, "Pathologic Quiz Case: A newborn with a Midline Buccal Mucosa Mass", Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Vol.128: 2004, No.5, pág.585

76 F.A. Langley and J. Davson, "Epulis in the newborn", Arch Dis Child, 1950 March; Vol. 25, No.121, pág.91

77 A.B.P. Amies, "Epulides", Ann R. Coll Surg Engl, April, Vol.8: 1951, No.4, pág.311

78 H.R. Jenkis and CM Hill, "Spontaneous regression of congenital epulis of the newborn", Arch Dis Child, January; Vol. 64: 1989, No.1, pág.146



- Weil y colaboradores plantean que existe un pequeño soporte para decir que este tumor se deriva de células epiteliales odontogénicas.⁷⁹

El origen del épulis congénito es incierto, su naturaleza exacta es desconocida, queda claro que los autores coinciden en que la localización de esta lesión es muy frecuente en el maxilar y de su alta incidencia en el género femenino, hecho que ha dado lugar a que ciertas publicaciones sugieran la posibilidad de que la etiología y el crecimiento de esta anomalía estuviera relacionado con la existencia de receptores hormonales estrogénicos en el tumor, sin embargo, en los estudios realizados las pruebas han sido negativas al no haber encontrado indicio alguno de estos.⁸⁰

Actualmente la hipótesis más aceptada por los autores acerca del origen de esta lesión, es aquella que explica su procedencia mesenquimal.⁸¹ Se considera como una malformación del blastema dental, esto es, una masa de protoplasma vivo capaz de crecer y diferenciarse, básicamente del material celular primordial indiferenciado a partir del que se desarrolla un órgano o tejido en particular.⁸²

79 Wiel J., Luis W., Kempf HG. "The interesting case-case no. 70." *Laryngorhinootologie* 2005; Vol.84: 2005, No.5, pág.197

80 Yilmaz Fahri; Kemal U. Ali; et al, "Congenital granular cell epulis: report of 2 cases", *The Saudi Dental Journal*, (Turkey), Vol.11:1999, No.1, pág.25

81 Mateu Puchades, Almudena; Fernando Roca, Francisco; et al, "Épulis Congénito", *Med Cutan Iber Lat Am*, Vol.32: 2004, No. 4, pág.174

82 Solís González, Art. Op.cit. pág.200



3.3 Características clínicas

En el momento del nacimiento, se observa un crecimiento protuberante que surge a partir de la mucosa alveolar, maxilar o mandibular, de coloración rosa, similar a la mucosa oral, puede ser liso o lobulado, pedunculado, bien delimitado, de consistencia firme y no doloroso.⁸³ Puede presentarse como una sola lesión, sin embargo, se han reportado en la literatura un 10% de los casos con épulis congénito múltiple.⁸⁴

El tamaño de este tumor varía desde unos cuantos milímetros hasta centímetros de diámetro; se han reportado lesiones hasta de 9 cm. (Fig.11) Las de gran tamaño pueden ocasionar la obstrucción de las vías aéreo-digestiva del neonato; es decir, dificulta la respiración y su alimentación lo cual puede comprometer seriamente su vida.⁸⁵ (Fig.12)

Normalmente este tumor deja de crecer después del nacimiento e incluso se ha mencionado una involución espontánea de la lesión en cuestión de meses, lo cual ha sido observado por algunos autores que han reportado casos clínicos.^{86 87}



Fig.11 Tumoración pediculada localizada en el rodete gingival superior.⁸⁸

83 Boj Op. cit. pág.362

84 Godra Anita Art. Op.cit. pág.585

85 López Díaz, Zolia del S., "Tumores neonatales bucomaxilofaciales", Revista Cubana de Estomatología (Cuba), Vol.44:2007, No. 4, pág.5

86 F.V.O.Brian and WD Pieou Art. Op.cit. pág.560

87 Roy Silvain; Sinsky Anna; et al; "Congenital épulis: prenatal imaging with MRI and ultrasound", Pediatr Radiol, Vol.33:2003, pág.801

88 Mateu Puchades Op.cit. pág.174



Fig. 12 Lactante de 7 días con una lesión multilobulillar y pediculada en la cresta alveolar anterior.⁸⁹

3.4 Histopatología

Se observan células grandes eosinófilas de aspecto granular con un núcleo excéntrico de forma lobulada, separadas por septos de tejido conectivo fibroso denso; están revestidas de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado.⁹⁰ (*Fig. 13 y 14*) En algunas zonas del tejido es posible apreciar islotes de epitelio odontogénico, así como abundantes vasos sanguíneos.⁹¹

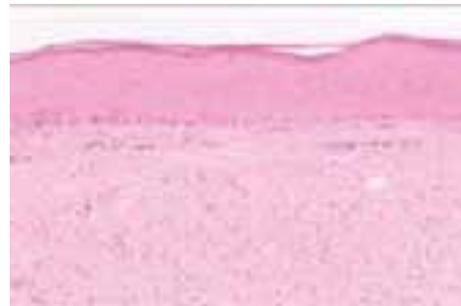


Fig. 13 Imagen panorámica histológica.⁹²

89 Sapp Op.cit. pág.311

90 Dra. Aldape Beatriz, Dr. Cruz Bernardo, Dra. Baltierra Esther, "Épulis congénito de células granulares", *Rev Mex. Odon.Clin.*, Vol:2: 2008, No.3, pág.15

91 Fragoso Op.cit. pág.110-111

92 Art. Mateu Puchades Op.cit. pág.174

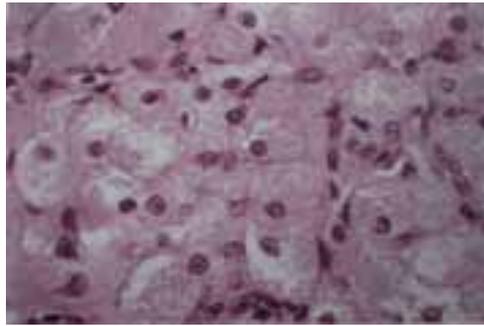


Fig. 14 Células granulares con citoplasma granular y núcleo redondo.⁹³

3.5 Diagnóstico

El principio fundamental del diagnóstico bucal, es observar e indicar las desviaciones de lo normal, llevando a cabo un procedimiento ordenado en la exploración para identificar una enfermedad o anomalía.⁹⁴

3.5.1 *Auxiliares de diagnóstico prenatal*

El Diagnóstico prenatal del épulis congénito es posible mediante Ecografía y Resonancia Magnética principalmente en las últimas semanas del embarazo (semana 32 en adelante) para determinar la extensión así como las características del tumor, y esta última en un examen postnatal del recién nacido.⁹⁵

93 Sapp Op.cit. pág.311

94 Frago Op.cit. pág.50

95 V. Thoma; B. Idrissi, et al, "Prenatal Diagnosis of congenital Epulis. A case Study", Fetal Diagnosis and Therapy, Vol. 21:2006, pág.321-323



3.5.1.1 Ecografía

La *ecografía* llamada también ultrasonografía o ecosonografía es un procedimiento de imagenología que emplea los ecos de una emisión de ultrasonidos dirigidos sobre un cuerpo u objeto como fuente de datos para formar una imagen de los órganos o masas internas con fines de diagnóstico.⁹⁶ La técnica consiste en colocar un transductor o sonda que genera los ecos sobre la piel, se coloca con un gel acuoso de interface y se visualizan las imágenes en un monitor.⁹⁷

Pocos casos de *épulis* congénito con diagnóstico prenatal han sido reportados en la literatura, sin embargo, mediante la utilización de este tipo de auxiliar diagnóstico se han podido obtener imágenes prenatales del tumor para observar su ubicación anatómica, volumen y crecimiento. (*Fig. 15 y Fig. 16*) Los tumores de gran tamaño pueden comprometer el parto por vía vaginal y la cesárea puede ser una alternativa necesaria, entonces, la obtención de estas imágenes puede ser un gran recurso para que el Neonatólogo determine el tipo de nacimiento.⁹⁸

96 es.wikipedia.org/wiki/Ecografía

97 www.tuotromedico.com/temas/ecografia.htm

98 Silva C. Costa, Guilherme; Couto Vieira, Tainah; et al, "Congenital celular granular tumor (congenital *épulis*): a lesión of multidisciplinary interest", *Med Oral Patol Oral Bucal*, Vol.12:2007, No.6, pág.E430

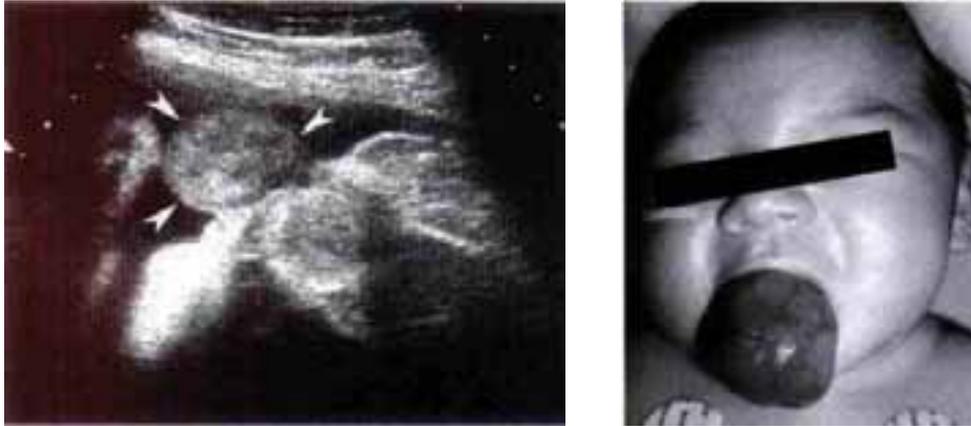


Fig. 15 Ecografía realizada a las 38 semanas de gestación. La imagen muestra una masa unilobulada de 4.5cm de diámetro (flechas) que protruye fuera de la boca del recién nacido y adherida a la cresta mandibular. A la derecha se muestra la imagen clínica del neonato (Tumor obstructivo).⁹⁹



Fig. 16 Ecografía 3D Tumor originado en la cavidad oral, tamaño estimado 7.0 cm³ ¹⁰⁰

99 Baptiste Jean, Charrier MD; Droulle Pierre MD; et al, "Obstructive Congenital Gingival Granular Cell Tumor", Ann Otol Rhinol Laryngol.

Vol.112:2003, pág.388-389

100 V. Thoma Op.cit pág.322



3.5.1.2 *Resonancia magnética*

La Resonancia Magnética es un método de imagen con alta resolución, el cual permite obtener invaluable información y es un excelente auxiliar de diagnóstico. Este método de estudio no utiliza radiación ionizante, sino un campo electromagnético, mediante el cual pueden explorarse las diferentes partes del cuerpo humano y obtener imágenes de alta calidad. Se puede efectuar en pacientes de cualquier edad, desde recién nacidos hasta en personas de edad avanzada.¹⁰¹

Al paciente se le pide acostarse en una mesa angosta que se desliza dentro de un tubo grande similar a un túnel dentro del escáner. Además, se puede colocar un pequeño dispositivo alrededor de la cabeza, el cual consiste en una espira especial que envía y recibe los pulsos de las ondas de radio, y que está diseñado para mejorar la calidad de las imágenes.¹⁰²

La IRM es una técnica superior a la tomografía computarizada (TC) en la mayoría de los casos donde sea necesaria la diferenciación de los tejidos blandos, puede mostrar los órganos sin la obstaculización producida por los huesos y cuerpos extraños. Además, es capaz de mostrar los tejidos desde múltiples planos y es una forma no invasiva de evaluar el flujo sanguíneo.¹⁰³

Se reporta el uso de este tipo de recurso diagnóstico sobre todo para asegurarse de la extensión específica del tumor así como para obtener una

101 http://www.umm.edu/esp_ency/article/003335.htm Versión en inglés revisada por: Stuart Bentley-Hibbert, M.D., Ph.D., Department of Radiology, Weill Cornell Medical Center, New York, NY. Review provided by VeriMed Healthcare Network.

102 http://www.umm.edu/esp_ency/article/003335.htm

103 http://www.umm.edu/esp_ency/article/003335.htm

imagen mucho más definida de la lesión y determinar la planificación de la intervención quirúrgica a la que será sujeto el recién nacido. ¹⁰⁴ (Fig.17 y 18)

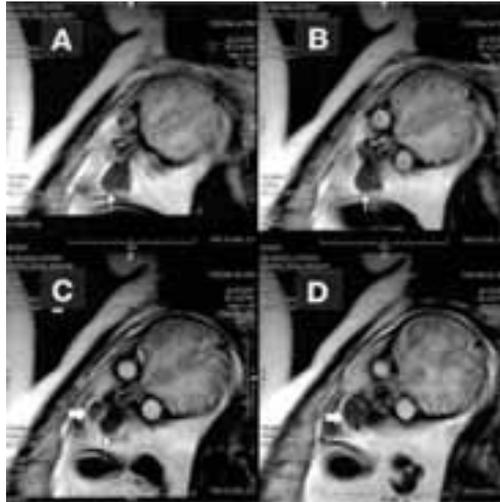


Fig. 17 MRI Fetal las dos imágenes A y B muestran el épulis congénito maxilar (Flecha delgada) y la imagen C y D un épulis inferior (Flecha gruesa).¹⁰⁵



Fig. 18 MRI Postnatal las flechas señalan la localización del épulis congénito.¹⁰⁶

104 Roy Silvain; Sinsky Anna; et al; "Congenital epulis: prenatal imaging with MRI and ultrasound", Pediatr Radiol, Vol.33:2003, pág.801
105 lb. pág.802



3.6 Diagnósticos Diferenciales

Es importante mencionar que el diagnóstico definitivo del épulis congénito se determina mediante un análisis histopatológico del espécimen, esto será también un punto de partida para diferenciarlo específicamente de otras patologías similares.

3.6.1 *Hemangioma*

Se denomina *hemangioma* a una proliferación benigna de canales vasculares grandes (cavernoso) o pequeños (capilar).¹⁰⁷ Su ciclo evolutivo indica que aparece al nacer o al cabo de 1-2 meses; crece hasta los 6-8 meses; se detiene y se queda estable hasta los 2 años; después involuciona lenta y progresivamente de modo que a los 9-10 años más del 80% ha desaparecido. Aquellos que persisten y crecen corresponden a los del tipo cavernoso. Existe una preferencia marcada por el sexo femenino, con un porcentaje del 75%.¹⁰⁸

Son lesiones blandas, sésiles o pediculadas e indoloras. Pueden estar lisas o bulbosas en su contorno. Su coloración varía desde el rojo oscuro hasta el púrpura. Los labios, lengua, mucosa alveolar y bucal, así como la encía son los sitios donde se puede localizar. Existen dos formas principales: capilar y cavernoso.¹⁰⁹

106 lb. pág.803

107 Sapp Op. cit. pág.319

108 Donado Rodríguez, Manuel y cols., Cirugía bucal patología y técnica, 3ª ed., Ed. Masson, Barcelona (España) 2005, pág.846

109 Laskaris, George, D.D.S. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Ed. Actualidades médico odontológicas Latinoamérica, C.A. Caracas Venezuela, 2000, pág.272



Hemangioma capilar es una lesión plana, roja y brillante, comienza a evolucionar para convertirse en una patología ligeramente elevada. Después de aproximadamente dos o tres años puede sufrir una involución espontánea.¹¹⁰

Hemangioma cavernoso clínicamente se aprecia como una gran lesión elevada rojiza, comúnmente afecta a estructuras profundas y raras veces involuciona espontáneamente.¹¹¹

Una característica de estos dos tipos de lesiones es que si se presionan desaparece el color rojo de la lesión, pero regresa cuando la presión cesa. La complicación más común es que pueda existir una hemorragia. Su tamaño varía desde unos pocos milímetros hasta lesiones de gran tamaño que pueden causar la deformación de órganos.¹¹²

Existe una forma congénita del hemangioma que es plana, difusa y de contorno irregular, se pueden presentar o no lesiones comparables en la cara. Esta requiere una atención más cuidadosa, debido a que su patrón de crecimiento y la futura aparición de nuevas lesiones son imprevisibles en esta etapa. Sólo el 50-55% de los hemangiomas está presente desde el nacimiento. Aproximadamente en un 15% son relativamente prominentes en ese momento, parecen haber adelantado ya una buena parte de su fase de crecimiento, continúan durante algunas semanas y luego involucionan.

Menos frecuente aún es la aparición en el nacimiento de hemangiomas plenamente desarrollados que no atraviesan la fase típica de proliferación, y se han descrito como *hemangiomas congénitos no progresivos*. Algunos decrecen a un ritmo mucho más acelerado de lo

110 lb. pág.272

111 lb. pág.272

112 lb. pág.272



habitual: *hemangiomas congénitos rápidamente involutivos* y otros persisten indefinidamente, nunca involucionan: *hemangiomas congénitos no involutivos*. Un 50% puede no estar presente en el alumbramiento, por lo tanto estas lesiones irán apareciendo a lo largo de las siguientes semanas. Aproximadamente un 20% de los hemangiomas se manifiesta en forma de lesiones múltiples.¹¹³ (Fig.19)

Histopatología: el hemangioma capilar esta constituido por numerosos capilares pequeños que se encuentran tapizados por células endoteliales; en el hemangioma cavernoso se aprecian abundantes vasos sanguíneos, llenos de sangre en consecuencia dilatados. Ocasionalmente se puede observar una mezcla de vasos capilares y cavernosos.¹¹⁴ (Fig.20 y 21)



Fig. 19 Hemangioma localizado al nivel del labio superior y ala nasal, de crecimiento rápido, susceptible de tratamiento por capacidad deformante de la anatomía local.¹¹⁵

113 Hervella M., Iglesias M.E.. Tumores vasculares como marcadores sindrómicos. Anales Sis San Navarra. [periódico en la Internet]. [citado 2008 Oct 09]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>, pág.34-35

114 Ib. pág.272

115 Op.cit. Art. Hervella M. pág.35

Tratamiento: por la actitud evolutiva del hemangioma se ha sugerido no tratarlos hasta después de la pubertad en espera de su curación espontánea; sólo cuando se presentan alteraciones en la deglución, respiratorias, fonatorias, rotura y hemorragia, se indica la intervención. Una alternativa de tratamiento es la cirugía, se procede a su resección mediante enucleación de ser esto posible, o una resección que comprenda los tejidos circundantes; se hará con las debidas reservas y protección en medio hospitalario debido al riesgo de una hemorragia masiva. Su pronóstico es excelente pues no maligniza, no recidiva después de su eliminación o destrucción adecuada.¹¹⁶

Otros métodos son:

- Láser quirúrgico de argón ya que tiene gran afinidad por el pigmento hemático.
- Crioterapia y electrocoagulación.
- Inducción de agentes esclerosantes para conseguir la fibrosis de la tumoración (nieve de dióxido de carbono, agua hirviendo).¹¹⁷

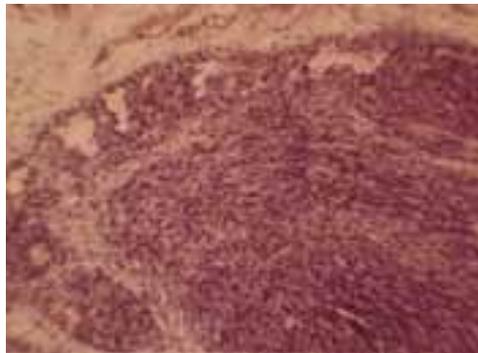


Fig.20 Hemangioma capilar, proliferación de células endoteliales, formando numerosos capilares pequeños y densos, con algunos vasos de mayor tamaño en la periferia.¹¹⁸

116 Donado Op.cit. pág.848

117 lb. pág.848

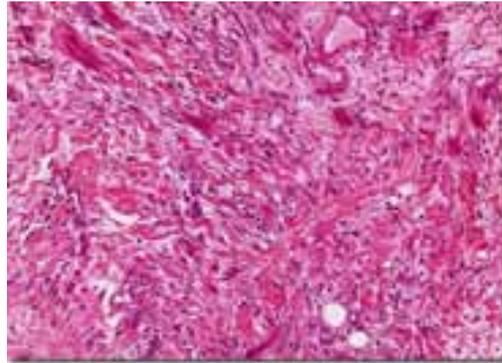


Fig.21 Hemangioma cavernoso a 10x magnificación. Acumulo de vasos sanguíneos, grandes, irregulares y de pared fina.¹¹⁹

3.6.2 *Linfangioma del proceso alveolar en neonatos*

Trastorno benigno de vasos linfáticos. La lesión se presenta en forma de domo de coloración azul, llena de fluido en la cresta alveolar de la región posterior de ambas arcadas, maxilar y mandibular. Puede presentarse como una lesión única o múltiple, su tamaño varía entre los 3 y 4 mm.¹²⁰

Histopatología: compuesta de tejido blando, cubierta por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado. El tejido subyacente a la lesión esta compuesto por una especie de ranuras numerosas que se encuentran rodeadas por epitelio y en algunos casos puede no contener células.¹²¹

Se ha escrito en la literatura un estudio realizado para este tipo de lesión por los doctores Estefan Levin, Roland J. Jorgensen y colaboradores en donde describen que al analizar esta patología se encontraron lesiones donde estas ranuras contenían glóbulos rojos que representaban hemorragia

118 Sapp Op.cit. pág.321

119 <http://www.microscopyu.com/galleries/pathology/cavernoushemangioma.html>

120 Frago Op.cit. pág.110

121 lb. pág.110



quirúrgica y no encontraron rastro alguno de células inflamatorias. El diagnóstico de esta lesión se realiza mediante una biopsia, su pronóstico es favorable.¹²²

Tratamiento: excisión quirúrgica de la lesión.

3.6.3 Tumor neuroectodérmico de la infancia

Lesión pigmentada benigna, cuya etiología es desconocida, pero algunas fuentes bibliográficas mencionan que se origina a partir de la cresta neural. De crecimiento rápido, indoloro y que tiene una coloración del rojo-marrón a negro. Produce destrucción ósea causando así el desplazamiento de dientes temporales, por esta resorción y su desarrollo rápido pudiese aparentar ser un tumor maligno.¹²³ (Fig.22)

Es una patología rara, se presenta en niños de corta edad, generalmente durante los primeros seis meses de vida. El sitio de localización es en la parte anterior del maxilar (80%) especialmente en zonas que se someten a presión, otros sitios son el maxilar inferior, cráneo, hombros, piel, cerebro y epidídimo.

Histopatología: se identifican dos poblaciones celulares sumergidas en el tejido conjuntivo fibroso; la primera son células epitelioides cuboidales con núcleos vesiculares y gránulos de melanina, la otra esta formada por células redondas pequeñas, con núcleo hipercromático y citoplasma escaso.¹²⁴ (Fig.23)

122 lb. pág.110

123 Laskaris Op.cit. pág.278-280

124 lb. pág.280



Tratamiento: excisión quirúrgica y puede ser erradicado eficazmente mediante un legrado exhaustivo. Su pronóstico es favorable ya que las recidivas son raras.¹²⁵



Fig.22 Lactante con lesión productora de una deformidad en el maxilar localizado en la zona anterior y en el labio. La superficie de la mucosa muestra la pigmentación habitual de estas lesiones.¹²⁶

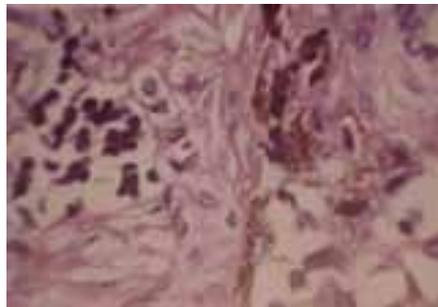


Fig.23 Imagen microscópica. 2 Tipos celulares: pequeñas células oscuras con núcleo denso (izquierda) y células claras con núcleos abiertos y gránulos de melanina (derecha).¹²⁷

3.6.4 Epignathus

Llamado también *teratoma congénito de la boca*, es un tumor benigno que contiene elementos de las tres hojas germinales: ectodermo, mesodermo y endodermo; llega a ocupar toda la cavidad orofaríngea e incluso se

125 Sapp Op.cit. pág.312

126 lb. pág.312

127 lb. pág.312



exterioriza. La mayor complicación de esta condición es el compromiso respiratorio al nacimiento por obstrucción de la vía aérea superior.¹²⁸ (Fig.24)

La incidencia estimada para los teratomas es de 1/4000 recién nacidos vivos, de los cuales apenas un 2% son orofaríngeos. El Epignathus es de 1 en 35 000 a 200 000 bebés vivos. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres con una relación de 3:1.¹²⁹



Fig.24 Teratoma que protruye de la cavidad oral.¹³⁰

Se desconoce con precisión su etiología, se han planteado teorías al respecto:¹³¹

- a) Originado de células pluripotenciales de la porción adyacente a la bolsa de Rathke.
- b) Migración de células germinales primordiales desde el dorso de la línea media del saco embrionario hacia el polo cefálico adoptando diversas localizaciones como mediastino, cuello, nasofarínge y cerebro a nivel pineal e hipotalámico.

128 Escobar G., Ivonne, Poblete L., Andrés, Becker V., Jorge *et al.* "Epignathus: reporte de un caso y revisión de la literatura" *Rev. chil. obstet. ginecol.*, Vol.70: 2005, No.3, pág.173

129 Ib. pág.176

130 Caballero NB, Rodríguez-Bucheli JE, Trejo MJL, a Martínez GME, "Epignathus en un recién nacido", *Rev Mex Pediatr*, Vol. 74: 2007, No.4, pág.158

131 Ib. pág.176



El sitio de origen parece ser el canal craneofaríngeo, en un defecto del hueso esfenoides donde la membrana bucofaríngea, la bolsa de Rathke y la notocorda están relacionados íntimamente. La implantación puede ser única o múltiple y la mayoría tiene su punto de fijación en el paladar duro (39%), otras localizaciones son: nasofarínge (34%), esfenoides (15%), orofarínge (10%), maxilar (5%), etmoides (5%) y septum nasal (5%). Pocos casos describen una extensión intracraneal cuyo pronóstico es fatal.¹³² (Fig.25)

Su cuadro clínico va desde presentar síntomas hasta causar la muerte; comúnmente se reconoce al nacimiento o en los primeros días de vida excepto en los casos donde el tumor es muy pequeño. No hay dificultad para el diagnóstico de tumores grandes, su clínica depende de su tamaño y localización; puede presentarse disnea, dificultad para la succión, deglución y vómito. Los tumores con pedículos cortos, obstruyen completamente la nasofaringe causando síntomas severos, mientras que los de pedículos largos se caracterizan por síntomas intermitentes como tos, cianosis y disnea. Los grandes tumores provocan grave insuficiencia respiratoria obstructiva fatal, si no es tratada adecuadamente.¹³³



Fig.25 Epignathus¹³⁴

132 lb. pág.176

133 lb. pág.176

134 scielo.sld.cu/img/revistas/est/v44n4/f0204407.jpg



Histopatología: este teratoma tiene al menos un tipo de tejido de cada una de las líneas embriogénicas; se presenta con componentes quísticos y áreas sólidas que macroscópica y microscópicamente corresponden a un tejido nervioso, siendo éste predominante (68%). (Fig.26)

Un solo caso de degeneración maligna se ha reportado pero, asociado a una resección incompleta. El diagnóstico prenatal permite planificar una estrategia de manejo para el establecimiento rápido de una vía aérea en el parto, mediante el procedimiento conocido como EXIT (*ex utero intrapartum treatment*), lo que permite efectuar la excisión postnatal del tumor.¹³⁵



Fig.26 Microfotografía. Muestra tejido nervioso, con células gliales inmaduras.¹³⁶

Tratamiento: consiste en la resección completa del tumor para alcanzar el control total de la vía aérea. Los epignathus con pequeño pedículo provenientes del paladar duro se extirpan con electrocauterio y ligadura de los vasos de mayor calibre. Son contraindicaciones quirúrgicas aquellos teratomas con hidrocefalia o extensión intracraneal, compromiso de la base del cráneo, necesidad de una cirugía radical que impida la reconstrucción anatómica, el habla y la deglución.¹³⁷

135 lb. pág.177

136 Caballero NB Art. Op.cit. pág.158

137 lb. pág.178



Postquirúrgicamente se deben evaluar las recurrencias locales, deformidad facial, irregularidad dentaria, mala oclusión. El pronóstico depende del tamaño del tumor, el grado de distorsión de la cara así como obstrucción de la vía aérea, la histología y las anomalías congénitas asociadas: defectos faciales, paladar hendido, lengua y nariz bífida así como micrognatía.^{138 139}

3.7 TRATAMIENTO

El tratamiento del épulis congénito es la excisión quirúrgica, se realiza en los primeros días posteriores al nacimiento dentro de un Centro Hospitalario, bajo anestesia general (*sevoflurano*) con intubación orotraqueal.¹⁴⁰ (Fig.27)

Se han reportado casos donde se combina la anestesia general con la infiltrativa local, esta última colocada en la base del tumor para disminuir el sangrado. El anestésico que se recomienda es Lidocaína al 2% con epinefrina.¹⁴¹ (Fig.28)



Fig.27 Neonatos bajo efectos de la anestesia general.^{142 143}

138 lb. pág.178

139 Velasco Sánchez Marcos Antonio, Conda Moreno Hilario, Sandoval Salgad Arturo, et al, "EPIGNATHUS" Diagnosticjournal.com pág.13

140Solís González Art. Op.cit. pág.199

141 lb. pág.199

142 Young-Deok Kim; Hak-Jin Kim; et al, "Congenital epulis prenatal ultrasonographic and postnatal MR features with Patologic Correlation", Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, (Republív of Korea), Vol. XX: 2008, No. X, pág.2



Algunos autores recomiendan, cuando las lesiones son muy pequeñas y únicas sólo se coloque anestesia local precisamente sobre la base del tumor.¹⁴⁴ Otros más agregan que cuando la intubación orotraqueal no es posible por el gran tamaño de la lesión puede ser una alternativa utilizar sólo anestésico local.¹⁴⁵



Fig.28 Aplicación de anestesia local en la base de la lesión.¹⁴⁶

Los tumores pediculados pueden extirparse por medio de una incisión oval o en huso, formada por dos trazos curvos que confluyen en los extremos rodeando al pedículo, es decir, por la base del tumor y extendiéndose en el tejido sano para permitir la coaptación de los bordes sin tensión.¹⁴⁷ (*Fig.29*)



Fig.29 Incisión de la lesión.¹⁴⁸

143 Canavan-Hollyday, K.S.; Lawson, R.A., "Anaesthetic management of the newborn with multiple congenital epulides", *British Journal of Anesthesia*, (UK), Vol.93: 2004, No.5, pág.743

144 lb. pág.743

145 Silva C. Costa Art. Op.cit. pág.E429

146 Solís González Art. Op.cit. pág.199

147 Romero Olid, María de Nuria; Prado Sánchez, Estrella; et al, *Técnicas básicas en cirugía bucal*, 1ª ed., Ed. UniverGranada., 2004, pág.131

148 Solís González Art. Op.cit. pág.199



Otras fuentes bibliográficas mencionan que la excisión de este tipo de lesiones puede llevarse a cabo aplicando tracción a la lesión sujetándola con una sutura que atraviesa al mismo, esto, para mover, controlar la lesión y tensar los tejidos blandos durante la eliminación.^{149 150} (Fig.30)

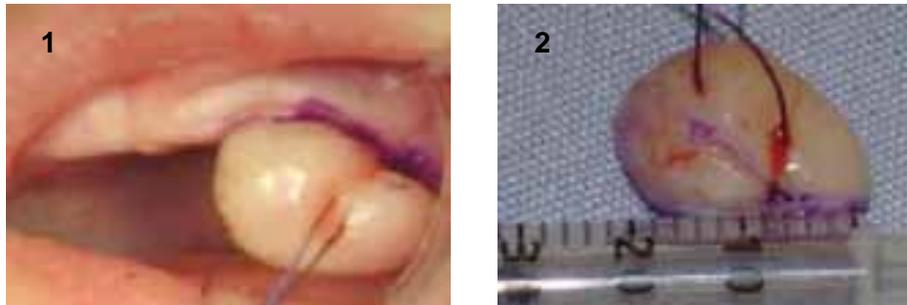


Fig.30 1. Marca en forma de huso, con tinción violeta y se coloca rienda de sujeción en el Épulis, 2. Tumor ovoide, rosado, mide 1.4x1.8cm.¹⁵¹

Con la tensión de la lesión, se realiza una incisión elíptica alrededor de ella. Esta debe despejar la lesión unos 2-3 mm por cada lado y después se realizan algunos cortes en forma de V los cuales se unen por debajo de la muestra; es preferible planificar los cortes de manera que excedan ligeramente la profundidad del espécimen. La lesión se separa del área circundante mediante la combinación de una disección punzante y roma. El defecto se cierra generalmente con suturas interrumpidas. La primera sutura se coloca en medio y las siguientes se añaden a cada lado de la primera para crear más cierre.¹⁵²

149 Koerner, Karl R.; Tilt, Lloyd V.; Johnson Kenneth R., Atlas en color de cirugía oral menor, 1a ed., Ed. Publicaciones Medicas Barcelona, España 1995, pág.204

150 Solis González Art. Op.cit. pág.199

151 lb. pág.199

152 Koerner Op.cit. pág.206-207



Se ha escrito también utilizar un electrocauterio para realizar hemostasia. Para suturar la herida quirúrgica se utiliza Vicryl cuatro ceros ya que esta sutura es un copolímero de ácidos lácticos y glicólidos, los cuales existen en forma natural en el cuerpo, como parte del proceso metabólico. Se combinan entre si para producir una estructura molecular que mantiene la fuerza tensil para lograr eficientes aproximaciones de los tejidos y después se absorbe rápidamente, lo cual evita llevar al recién nacido a una nueva sesión para sólo retirar los puntos de la sutura.^{153 154}

Otro punto importante por mencionar dentro del tratamiento es la administración intravenosa de vitamina K, propuesta por los autores en el neonato menor de 10 días de nacido, debido a la hipoprotrombinemia transitoria para prevenir una hemorragia.¹⁵⁵ La vitamina K ayuda al mantenimiento del sistema de coagulación de la sangre por lo tanto evita hemorragias.

Pronóstico. Favorable, la regresión espontánea de esta patología no es muy común, no maligniza y tampoco causa daño a los dientes futuros ni tampoco al hueso subyacente, no recidiva aunque la extirpación haya sido incompleta y en algunos casos se ha observado que deja de crecer e involuciona tras el nacimiento.¹⁵⁶

153 Silva C. Costa Op.cit. pág.E429

154 Solis González Op.cit. pág.199

155 lb. pág.200 *Hipoprotrombinemia o Deficiencia de protrombina: es un problema de coagulación de la sangre causado por la falta de una sustancia (protrombina) que se necesita para que la sangre coagule.* Hoffman R, Benz E, Shattil S, Furie B, Cohen H. *Hematology: Basic Principles and Practice*. 4th ed. Philadelphia, Pa: Churchill Livingstone; 2004.

156 Lapid Oren, MD; Shaco-Levy Ruthy, MD; et al, "Congenital Epulis", *Pediatrics* (Negev Israel, Vol.107:2001, No.2, pág.2



3.7.1 Anestesia General

La anestesia general es la opción más viable, para tener un control más seguro sobre los movimientos del neonato en el procedimiento quirúrgico.

Definición

Anestesia General: procedimiento médico controlado en el paciente que le induce la pérdida de la conciencia reversible mediante la utilización de fármacos. Su objetivo es producir: hipnosis, analgesia, protección neurovegetativa y relajación muscular.¹⁵⁷

Como norma general, es importante que este tipo de procedimiento se realice en un Centro Hospitalario adecuado y con asesoría de especialistas en anestesiología. (Fig.31) En general el paciente que es remitido para aplicar un procedimiento de anestesia general, es seleccionado por su capacidad de colaboración o patología a tratar.¹⁵⁸



Fig.31 Equipo de trabajo capacitado para manejo del paciente con aplicación de anestesia general.¹⁵⁹

157 Boj Op.cit. pág.312

158 Ib. pág.307

159 Figueiredo Op.cit. pág.227



Las indicaciones más importantes para realizar un tratamiento bajo anestesia general son:¹⁶⁰

- Amplias *necesidades* restaurativas o *quirúrgicas*.
- Problemas médicos añadidos a la falta de colaboración que implican un riesgo para la seguridad del niño.

No se debe utilizar la anestesia general en pacientes con mínimas necesidades dentales o cuando exista alguna contraindicación médica para someterlo a dicho procedimiento.¹⁶¹

Es conveniente y necesario realizar una serie de estudios preoperatorios para poder someter a un paciente a los efectos de la anestesia general. Este estudio debe ser realizado por el anestesiólogo, el cual debe contar con un informe del pediatra del niño donde anotara la existencia de antecedentes cardiológicos, respiratorios, patología congénita o neurológica, daños hepáticos, renales y alergias.¹⁶² Se debe emitir el riesgo del anestésico, considerando las complicaciones no deseables pero que si se pueden prever.¹⁶³

Se agrega la solicitud de pruebas de laboratorio así como de exámenes complementarios en función de los hallazgos clínicos. Como mínimo se solicitaran las siguientes pruebas:^{164 165}

160 lb. pág.308

161 lb. pág.308

162 lb. pág.309

163 lb. pág.309

164 Solis González Op.cit. pág.199

165 Boj. Op.cit. pág.310



- Biometría hemática.
- Pruebas de coagulación: TPT, TP y recuento plaquetario y tiempo de sangrado.

En casos donde exista un compromiso sistémico del paciente será necesaria la petición de:

- Análisis de orina: densidad, albúmina, glucosa y sedimento.
- Electrocardiograma cuando exista patología cardíaca.
- Pruebas de funcionamiento hepático.

Existen fármacos potentes que pueden ser administrados por diferentes vías para llegar al SNC y provocar un bloqueo neurológico que dará lugar a un estado de coma farmacológico y aunque tóxicos, poseen características especiales: acción reversible, controlada, previsible, cociente terapéutico alto y efectos secundarios mínimos. Por su vía de entrada la anestesia general se clasifica en: *inhalatoria, intravenosa, intramuscular y oral-rectal*.¹⁶⁶

Es de interés para esta revisión bibliográfica el uso de la *anestesia general inhalatoria* ya que es el tipo de anestesia que se aplica en los recién nacidos, para llevar acabo el procedimiento quirúrgico de la excisión del *épolis* congénito, además de estar justificada por el uso de compuestos halogenados de los cuales sólo una pequeña parte se metaboliza por oxidación en el hígado, órgano que todavía no ha alcanzado su desarrollo total en los neonatos.

166 lb. pág 313



3.7.1.1 Anestesia General Inhalatoria

La puerta de entrada del fármaco es el aparato respiratorio, se consigue por la inhalación de gases anestésicos o líquidos volátiles que se vaporizan fácilmente. Actualmente los compuestos halogenados empleados son: Halotano, Isoflurano, Sevoflurano, Desflurano.¹⁶⁷

Estos anestésicos llegan a los alvéolos pulmonares, donde se ponen en contacto con la sangre a través de la membrana alveolocapilar, esta es muy permeable al paso del gas, la concentración del anestésico depende del aire inspirado y de la velocidad de paso del alvéolo a la sangre. Se eliminan igualmente por la vía respiratoria pero de manera inversa, es decir, cuando cesa su administración va disminuyendo su presión parcial en el alvéolo para atravesar fácilmente la membrana desde el capilar pulmonar.¹⁶⁸

3.7.2 Anestesia local

La anestesia local tiene como objetivo impedir la sensación de dolor y molestias durante tratamientos quirúrgicos o restaurativos. Actúa mediante el bloqueo de la transmisión de los impulsos nerviosos que se produce al detener la transferencia nerviosa.¹⁶⁹

Los anestésicos locales de tipo amida son los más utilizados primordialmente porque producen menos reacciones alérgicas, por su potencia en concentraciones reducidas y por lo tanto permiten un tiempo de trabajo mucho más amplio.

167 lb. pág.312

168 lb. pág.313

169 lb. pág.285



Cuando se le agrega un vasoconstrictor este contrarresta la acción vasodilatadora, aumenta su potencia, su efecto, reduce la dosis necesaria. En Odontopediatría esta asociación representa un rango de seguridad amplio ya que reduce la absorción sistémica del anestésico.¹⁷⁰ Es importante calcular la dosis necesaria en función de la edad y el peso corporal del niño, así como no exceder la dosis máxima permitida y considerar la dosis adecuada para cada procedimiento odontológico.¹⁷¹

Lidocaína

Es un anestésico de tipo amida, posee un corto período de latencia, gran profundidad, amplia difusión, buena estabilidad, tiempo de acción anestésica suficiente, buena eficacia, baja toxicidad y alta tolerancia.

Se metaboliza en el hígado, su eliminación es a través de los riñones; el 10% de la sustancia se excreta sin modificar.¹⁷² Para uso dental se puede encontrar en una presentación al 2% con o sin vasoconstrictor, que generalmente es la *epinefrina*, en concentraciones de 1:80 000 o 1:100 000.¹⁷³

170 lb. pág.286

171 lb. pág.286

172 Macouzet Olivar ,Carlos, Anestesia local en odontología, Ed. Manual Moderno, México, D.F., 2005, pág.29

173 lb. pág.30



Tabla 1.¹⁷⁴

Duración de acción (en minutos)	Sin vasoconstrictor	Con vasoconstrictor
Anestesia pulpar	5-10	30-60
Anestesia tejido blando	30-60	120-180
Dosis máxima	3mg/Kg peso corporal, máx. 300mg	7mg/Kg peso corporal, máx. 500mg
Nivel plasmático tóxico	5ug/mg	
Dosis umbral para el inicio de reacciones tóxicas	7.4mg/Kg peso corporal	

La dosis empleada para el procedimiento quirúrgico de la excisión del épulis congénito es mínima, en los artículos se menciona su uso como un auxiliar para disminuir el sangrado al realizar la incisión de la lesión, pues se infiltra en su base así como en lesiones muy pequeñas; y no se ha publicado que la administración de este anestésico haya causado algún efecto indeseable en alguno de los procedimientos reportados.

¹⁷⁴ Lipp Markus, D.W., Anestesia local en odontología, Ed. EXPAXS, Barcelona, 1998, pág.44

4. COMPLICACIONES

La existencia de serias dificultades para la alimentación por vía natural (amamantamiento) o ventilación en neonatos afectados por anomalías o tumores en la región bucomaxilofacial comprometen de manera inminente la vida, sobre todo en aquellos casos donde el tamaño de la tumoración es enorme, ocasionando obstrucción de la vía aéreo-digestiva.¹⁷⁵ (Fig.32)



Fig.32 Épulis congénito obstructivo¹⁷⁶

Entre los procedimientos reportados, se encuentran la intubación endotraqueal o realizar traqueotomía como un recurso de emergencia para la preservación de la vida del neonato, así como la exéresis inmediata de la tumoración. Como tratamiento de apoyo para que el niño pueda ser alimentando, es viable el uso de una sonda nasogástrica.¹⁷⁷

Otra de las complicaciones reportadas en artículos es que este tumor se puede asociar con Polihidramnios (el nivel de líquido amniótico que rodea al bebé está muy alto) (Fig.33), principalmente cuando los tumores son muy

175 López Díaz, Zolia Art. Op.cit. pág.5

176 bp0.blogger.com/.../xQgmWMyNxIA/s320/t_ev1.jpg

177 López Díaz, Zolia Art.Op.cit. pág.6



Fig.33¹⁷⁸

grandes por afectar la deglución fetal, ya que normalmente cuando un feto traga, el nivel del líquido amniótico disminuye. Esto ayuda a equilibrar el aumento del líquido cuando el feto orina. Este líquido que lo rodea cumple un papel importante en su desarrollo además de protegerlo. Durante el segundo trimestre del embarazo, el feto es capaz de inhalar y tragar este fluido, de modo que entra en sus pulmones así como en el tracto gastrointestinal lo cual promueve un desarrollo y crecimiento adecuado de estos dos sistemas.¹⁷⁹

El Polihidramnios se diagnostica mediante un ultrasonido. Las mujeres con este padecimiento tienen incomodidad en el abdomen y problemas al respirar, ya que el aumento del líquido hace que el útero invada el espacio pulmonar y del abdomen.¹⁸⁰ Puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo, presentándose:¹⁸¹

178 http://health.marylandgeneral.org/pregnancy_spanish/000193.htm

179 http://www.nacersano.org/centro/9254_9674.asp

180 http://health.marylandgeneral.org/pregnancy_spanish/000197.htm

181 http://health.marylandgeneral.org/pregnancy_spanish/000197.htm



- Ruptura prematura de membranas (desgarre o rotura del saco que contiene el líquido amniótico).
- Nacimiento prematuro.
- Desprendimiento de la placenta.
- Poco crecimiento del bebé.
- Parto por cesárea.
- Hemorragia intensa de la madre después del parto.
- Al nacimiento el bebé se encuentre sin vida.

Es muy importante que en estos casos el tratamiento sea aplicado lo más pronto posible para que estas complicaciones no se agraven más. Los bebés con grandes tumores deberán ser liberados por cesárea, y es necesario que haya un equipo experto en neonatología para iniciar el manejo adecuado de estos recién nacidos.



5. EL CIRUJANO DENTISTA ANTE EL ÉPULIS CONGÉNITO

Los pacientes que presentan un defecto oro-facial congénito a menudo son diagnosticados previamente, ya que la gran mayoría de estos problemas se detectan al nacimiento y en consecuencia el tratamiento es realizado muchas veces durante este período por un Cirujano Maxilofacial en un medio hospitalario, con la finalidad de proporcionarle al recién nacido lo más pronto posible un buen estado de salud en todos los ámbitos. Sin embargo, si alguno de estos pacientes se presentará en el consultorio de un Cirujano Dentista, este tiene la responsabilidad de realizar un examen minucioso y de establecer su propio diagnóstico, y en muchos casos, el conocimiento y orientación del odontólogo hacia el complejo maxilofacial puede agregar información adicional valiosa de la condición patológica diagnosticada previamente.

Hablando específicamente del épulis congénito, la gran mayoría de los casos reportados han sido tratados a nivel Hospitalario en los días posteriores o inmediatamente al nacimiento según sea la condición y el grado de compromiso que esta patología involucre en su extensión.

Existen épulis muy pequeños de los cuales se ha descrito solamente su vigilancia, con el propósito de observar si estos evolucionan o no, aunque varios autores exponen que el crecimiento de esta lesión se detiene al nacimiento. No hay que descartar en estos casos la intervención del Cirujano Dentista, ya que si por el pequeño tamaño de la lesión (*Fig.34*) se decidiera no intervenir quirúrgicamente al recién nacido, éste pudiera llevar a cabo un seguimiento a largo plazo de la lesión y un control radiográfico sólo para asegurarse de que no interfiera con el desarrollo y erupción dental adecuada



del niño. No así en los casos donde este tumor comprometa seriamente la vida del neonato en los cuales la cirugía es evidentemente necesaria e inmediata. (Fig.35)



Fig.34 Crecimiento de una masa de color rosa y superficie lisa, en el rodete superior con un tamaño aproximado de 1cm.¹⁸²



Fig.35 Neonato de 4 días de nacido, presenta un épulis congénito de gran tamaño.¹⁸³

El Cirujano Dentista debe reconocer la necesidad de remitir al paciente con el especialista adecuado para realizar el tratamiento conveniente, de aquí la importancia de que se aplique un tratamiento multidisciplinario en el manejo de esta patología que concierne a los equipos médico y estomatológico.

182 Kannan S.K., Raiesh R., "Congenital Epulis- Congenital Granular Cell Lesion: A case Report", J Indian Soc Pedod Prev Dent, Vol. 24:2006, No.2, pág.105

183 Mohamed Abdelmoniem: "Anesthetic Management Of A Neonate With Congenital Epulis". The Internet Journal of Anesthesiology, Vol.9: 2005 No.1



CONCLUSIONES

Desde el nacimiento hasta aproximadamente los tres años de edad el neonato está bajo vigilancia del Médico Pediatra a quien se le atribuye su estado de salud general. El Cirujano Dentista debe jugar un papel importante desde antes que la primera dentición se haga presente, ya que su competencia profesional debe ir más allá de solo atender problemas dentales. Durante la etapa natal se deben detectar patologías congénitas o adquiridas presentes en los tejidos orales, y este debe ser capaz de reconocerlas, establecer un diagnóstico certero para poder así canalizarlas y llevar a cabo las acciones necesarias para su atención.

Al concluir esta revisión bibliográfica me doy cuenta de la importancia que tiene el diagnóstico temprano de las patologías orales, de la responsabilidad que implica para nosotros como profesionales de la salud el conocerlas. Así pues debemos ahondar en aquellas que por su evolución y naturaleza ameriten un estudio más cuidadoso, luego entonces, en muchas ocasiones se podrán diagnosticar oportunamente lesiones que posean un carácter de malignidad y que comprometan seriamente la vida del paciente.

De todo esto también se desprende el compromiso del profesional de la salud odontológica para continuar su educación actualizándose, con ello se pretende que adquiera los conocimientos precisos para la atención de los pacientes de una forma integral.



BIBLIOGRAFÍA

- A.B.P. Amies, "Epulides", Ann R. Coll Surg Engl, Vol. 8 No.4: April 1951, 309-318pp.
- Aderson, P.J.; Kirkland P.; Schafler K., "Congenital gingival granular cell tumour", Journal of the Royal Society of Medicine, (England), Vol.89:1996, 53P-54P pp.
- B.K.B. Berkovitz, G.R. Holland, et al, Atlas en color y texto de anatomía oral, histología y embriología, 2ª ed., Ed.Mosby/Doyma, Madrid (España) 1995, 321pp.
- Baptiste Jean, Charrier MD, Droulle Pierre MD, et al, "Obstructive Congenital Gingival Granular Cell Tumor", Ann Otol Rhinol Laryngol, Vol.112: 2003, 388-391pp.
- Barceló Canto Enna Beatriz, Odontología para bebés estrategia de prevención, 1ª ed. Ed. Trillas, México, 2007.
- Boj, Juan R., Catalá M., García Ballesta, C., Mendoza, A., Odontopediatría, 1ª ed., Ed. Masson, Barcelona (España) 2004, 515pp.
- Caballero NB, Rodríguez-Bucheli JE, Trejo MJL, a Martínez GME, "Epignatus en un recién nacido", Rev Mex Pediatr , Vol. 74: 2007, No.4, 158-160pp.
- Canavan-Hollyday K.S, Lawson R.A, "Anaesthetic management of the newborn with multiple congenital epulides", British Journal of Anesthesia, (UK), Vol.93: 2004, No.5, 742-744pp.
- Cotran S. Ramzi, Kumari Vinay, Collins Tucker, Robbins patología estructural y funcional, 6ª ed., Ed. Mc Graw Hill Interamericana, España, 2001, 803pp.
- Donado Rodríguez, Manuel y cols., Cirugía bucal patología y técnica, 3ª ed., Ed. Masson, Barcelona (España) 2005, 888pp.



- Dorland, Diccionario médico, 23^a ed., Ed. Interamericana Mc Graw Hill, España 1989, 898pp.
- Dra. Aldape Beatriz, Dr, Cruz Bernardo, Dra. Baltierra Esther, “Épulis congénito de células granulares”, Rev Mex. Odon.Clín, Vol.2: 2008, No.3, pág.15.
- Escobar G., Ivonne, Poblete L., Andrés, Becker V., Jorge *et al.* “Epignathus: reporte de un caso y revisión de la literatura” Rev. chil. obstet. ginecol, Vol.70: 2005, No.3,173-179pp.
- F.A. Langley and J. Davson, “Epulis in the newborn”, Arch Dis Child, Vol. 25: March 1950, No.121, 89-92pp.
- F.V.O. Brian and WD Pieou, “Congenital Epulis: Its Natural History”, Arch Dis Child, Vol.46:1971, No. 248, 559-560pp.
- Faller Liviu, Wood H. Neil, et al, “Multiple congenital oral granular cell tumours in a newborn black”, Cases Journal, (UK) 30 May 2008. 1-3pp.
- Figueiredo, Walter, Luis Reynaldo, Ferelle Antonio, Issao Myaki, Odontología para el bebé: odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años, 1^a ed., Ed. AMOLCA, Caracas, Venezuela, 2000, 246pp.
- Fragoso Ramírez, J. Antonio, Estomatología del recién nacido, 1^a ed., Ed. Diseño y Publicidad, México, 1992.
- García Ballesta, Carlos, Mendoza Mendoza, Asunción, Traumatología oral en odontopediatría diagnóstico y tratamiento integral, 1^a ed., Ed. Ergon, Madrid, 2003, 33pp.
- Godra Anita, MD, D´Cruz A. Cyril, et al, “Pathologic Quiz Case: A newborn with a Midline Buccal Mucosa Mass”, Archives of Patology and Laboratory Medicine, Vol.128: 2004, No.5, 585-586pp.
- H.R. Jenkis and CM Hill, “Spontaneous regression of congenital epulis of the newborn”, Arch Dis Child, 1989 January; Vol. 64: 1989 January No.1, 145-147pp.



- Hankey George T., "Congenital epulis (Granular-Cell Myoblastoma or Fibroblastoma) in a ten-weeks premature infant", Proceedings of the Royal Society of Medicine, Vol.48: 1995, No.12, 1015-1017pp.
- Hervella M., Iglesias M.E.. Tumores vasculares como marcadores sindrómicos. Anales Sis San Navarra. [periódico en la Internet]. [citado 2008 Oct 09]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo>.
- Inan Mustafa, Yalcin Omer and Pul Mehmet, "Congenital Fibrous in the infant", Yonsei Medical Journal, Vol.43, No.5: 2002, 675-677pp.
- Kannan S.K., Raiesh R., "Congenital Epulis- Congenital Granular Cell Lesion: A case Report", J Indian Soc Pedod Prev Dent, Vol. 24:2006, No.2, 104-106pp.
- Koch, L. Bernadette, Myer III, Charles and C. Egelhoff, John, "Congenital Epulis", AJNR, 18 April 1997, 739-741pp.
- Koerner, Karl R., Tilt, Lloyd V., Johnson Kenneth R., Atlas en color de cirugía oral menor, 1a ed., Ed. Publicaciones Medicas Barcelona (España), 1995, 348pp.
- Lapid Oren, MD, Shaco-Levy Ruthy, MD, et al, "Congenital Epulis", Pediatrics (Negev Israel), Vol.107: 2001, No.2, 1-3 pp.
- Laskaris, George, D.D.S. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Ed. Actualidades médico odontológicas Latinoamérica, C.A. Caracas Venezuela, 2000, 338pp.
- Lipp Markus, D.W., Anestesia local en odontología, Ed. EXPAXS, Barcelona, 1998, 164pp.
- López Díaz, Zolia del S., "Tumores neonatales bucomaxilofaciales", Revista Cubana de Estomatología (Cuba), Vol.44:2007, No. 4, 1-11pp.
- Macouzet Olivar ,Carlos, Anestesia local en odontología, Ed, Manual Moderno, México, D.F., 2005, 136pp.
- Mateu Puchades, Almudena, Fernando Roca, Francisco, et al, "Épulis Congénito", Med Cutan Iber Lat Am, Vol.32: 2004, No. 4, 173-175pp.



- Merrett, S.J., Crawford P.J.M., "Congenital epulis of the Newborn: a case report", International Journal of Pediatric Dentistry, (Bristol, U.K.), Vol.13: 2003, 127-129pp.
- Mohamed Abdelmoniem: "Anesthetic Management Of A Neonate With Congenital Epulis". The Internet Journal of Anesthesiology, Vol.9: 2005 No.1.
- Orlian Alvin I., D.D.S, Perl Chana, D.D.S., "A case report treating multiple congenital epulides in a newborn", The Journal of the American Dental Association, Vol.126:1995, 647-650pp.
- Pinkham J.R., Odontopediatría, 3ª ed., Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México, 2001, 735pp.
- Romero Olid, María de Nuria; Prado Sánchez, Estrella; et al, Técnicas básicas en cirugía bucal, 1ª ed., Ed.Granada, Universidad de Granada, 2004, 164pp.
- Roy Silvain, Sinsky Anna, et al, "Congenital épulis: prenatal imaging with MRI and ultrasound", Pediatr Radiol, Vol.33: 2003, 800-803pp.
- Sapp J. Philip, Eversole Lewis R, Wysocki George P., Patología oral y maxilofacial contemporánea, 2ª ed., Ed. Elsevier, Madrid, 2005, 450pp.
- Sicher Harry, Orban histología y embriología bucales, 1ª ed., Ed. La Prensa Medica Mexicana, México, 1990, 405pp.
- Silva C. Costa, Guilherme, Couto Vieira, Tainah, et al, "Congenital cellular granular tumor (congenital épulis): a lesion of multidisciplinary interest", Med Oral Patol Oral Bucal, Vol.12: 2007, No.6, E428-E430pp.
- Solís González, Armando José, De la Teja Ángeles, Eduardo, Rodríguez Téllez, Jorge, "Épulis Congénito: presentación de un caso clínico", Acta Pediatr Mex (México), Vol.28: 2007, No.5, 198-200pp.



V. Thoma, B. Idrissi, et al, "Prenatal Diagnosis of congenital Epulis. A case Study", Fetal Diagnosis and Therapy, Vol. 21: 2006, 321-325pp.

Velasco Sánchez Marcos Antonio, Conda Moreno Hilario, Sandoval Salgad Arturo, et al, "Epignathus" Diagnosticjournal.com

Wenger Franz; Baptista M. Luzardo, "EPULIS Estudio de veintitrés casos especialmente en sus aspectos anatómico-patológicas", RLUZ (Maracaibo), Vol.1:1958, No.1, 1-27pp.

Yilmaz Fahri, Kemal U. Ali, et al, "Congenital granular cell epulis: report of 2 cases", The Saudi Dental Journal, (Turkey), Vol.11:1999, No.1, 24-26pp.

Young-Deok Kim, Hak-Jin Kim, et al, "Congenital epulis prenatal ultrasonographic and postnatal MR features with Patologic Correlation", Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, (Republic of Korea), Vol.XX: 2008, No.X, 1-6pp.

8e.devbio.com/images/ch13/04.TD.01.thumb.jpg

bp0.blogger.com/.../xQgmWMyNxlA/s320/t_ev1.jpg

es.wikipedia.org/wiki/Ecografia

http://health.marylandgeneral.org/pregnancy_spanish/000197.htm

<http://images.google.com.mx>

<http://www.microscopyu.com/galleries/pathology/cavernoushemangioma.html>

http://www.nacersano.org/centro/9254_9674.asp

http://www.umm.edu/esp_ency/article/003335.htm

scielo.sld.cu/img/revistas/est/v44n4/f0204407.jpg

upload.wikimedia.org/.../180px-Ernst_Neumann.jpg

www.guiaodonto.com.br/.../images/bebes

www.tuotromedico.com/temas/ecografia.htm