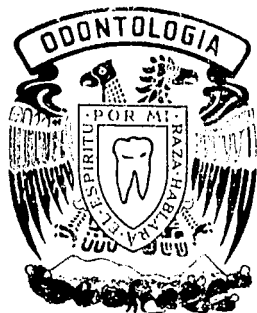


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



DIAGNOSTICO DE TUMORES BENIGNOS

*Verónica Concepción Rodríguez Ojeda*

T E S I S

Que Para Obtener el Título de  
CIRUJANO DENTISTA  
P r e s e n t a

ALICIA CONCEPCION RODRIGUEZ OJEDA



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.

Con amor y agradecimiento  
a mis padres.

A mis hermanos que  
me ayudaron a con-  
seguir mi propósito.

Al C. D. Alfonso Lara Torres  
con agradecimiento.

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

La elaboración de esta tesis está fundamentelmente basada en el estudio de los tumores benignos que afectan la cavidad bucal.

Si bien los tumores no constituyen una mayoría dentro de los estados patológicos observados por el odontólogo, tienen una gran importancia por ser una amenaza para la salud del paciente.

De la gran variedad de los tumores que affectan la cavidad bucal, muchos de ellos rara vezu serán observados por el Odontólogo general, sin embargo es de gran interés que esté familiarizado -- con ellos, para que cuando se presente uno pueda -- instituir el tratamiento ó remitir al paciente alu terapéuta indicado.

Por lo cual, se hace mención de la Histológia, diagnóstico y tratamiento de los tumores queu frecuentemente afectan la cavidad bucal.

# I N D I C E

## INTRODUCCION

### Capitulo I

HISTOLOGIA DE LA MUCOSA BUCAL .....	2
1.- Características generales .....	2
2.- Mucosa masticatoria .....	4
3.- Mucosa de revestimiento .....	10
4.- Mucosa especializada .....	11

### Capitulo II

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL .....	18
1.- Métodos de diagnóstico .....	19
2.- Biopsia .....	27
3.- Historia clínica .....	32

### Capitulo III

#### CLASIFICACION DE LOS TUMORES BENIGNOS.

1.- Tumores del tejido epitelial .....	35
2.- Tumores del tejido fibroso .....	35
3.- Tumores del tejido nervioso .....	36
4.- Tumores vasculares .....	36
5.- Tumores del tejido muscular .....	37
6.- Tumores miscelánicos .....	37

Capitulo IV

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LOS TUMORES

BENIGNOS ..... 40

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO I

## HISTOLOGIA DE LA MUCOSA BUCAL.

La cavidad de la boca, es la primera parte del aparato digestivo y cumple varias funciones.

Es la puerta de entrada y al mismo tiempo el lugar de la masticación de los alimentos. Contiene los órganos del gusto.

La estructura morfológica de la mucosa varia según la zona de la cavidad bucal, de acuerdo a sus funciones.

La mucosa bucal está constituida por dos capas: El epitelio superficial y el corion, las cuales estan separadas por el epitelio pavimentoso estratificado.

El epitelio está formado por varias capas de células.

1a. Capa: Es la capa germinativa. Es la mas profunda.

2a. Capa: Es la capa llamada de células espinosas ó cuerpo mucoso de Malpighio.

3a. Capa: La capa granulosa. Es la capa mas superficial.

El corion es una capa de tejido conjuntivo. La submucosa está formada por tejido conjuntivo.

La cavidad bucal puede dividirse en dos partes.

EL VESTIBULO. Es la parte de la cavidad bucal que está limitada por los labios y las mejillas, por los dientes y las crestas alveolares por dentro.

LA CAVIDAD BUCAL. Se encuentra por dentro de las arcadas dentarias y los huesos maxilares, estando limitada posteriormente hacia la faringe por los pilares anteriores de las fauces.

La mucosa bucal puede ser dividida en tres tipos principales de mucosa, diferentes cada uno.

- 1).- La mucosa masticatoria.
- 2).- La mucosa de revestimiento.
- 3).- La mucosa especializada.

## MUCOSA MASTICATORIA.

La mucosa masticatoria comprende: Encía y el -  
revestimiento del paladar óseo.

ENCIA. La mucosa que rodea a los dientes es la encía, la cual está sometida a fuerzas y presión du-  
rante el proceso de la masticación.

Generalmente la encía es de color rosa palido\_  
o coral, solo en la encía adherida, en la mucosa al-  
veolar sera un rojo mas intenso.

La encía se encuentra formada histológicamente  
por dos tipos de tejido: EL EPITELIAL Y EL CONJUNTI-  
VO.

El tejido epitelial está formado por varias ca-  
pas de células.

1a. CAPA. La capa basal. Es la capa más profun-  
da y está cerca del tejido conjuntivo, es una sola  
fibra de células, estas tienen forma cilíndrica (a-  
largadas) en esta capa es donde se realiza la mito-  
sis (división celular) para substituir las células\_  
que se eliminan.

2a. CAPA: Es la capa de células espinosas ó --  
estrato espinoso. Está formada por varias filas de\_  
células, en las capas más profundas que quedan cer-

ca de la capa basal, también hay mitosis menos intensa que en la capa basal, es la capa gérminativa del epitelio (son 3 capas y se les llama gérminativa).

3a. CAPA. Estrato corneo o queratinizado. Estas células están completamente queratinizadas, ya perdieron todos sus órganos (citoplasma, aparato de golgi, ribosomas, núcleo, etc.) esta capa está llena de queratina y forma el estrato corneo y está listo para eliminarse.

El tejido epitelial no se une directamente al basal, se ve una zona radiolúcida y otra radiopaca. La radiolúcida queda cerca del epitelio y la radiopaca cerca del tejido conjuntivo.

El tejido conjuntivo está formado por células que son fibroblastos, macrófagos, osteoblastos y osteoclastos (destruyen, absorben el hueso), células mesenquimatosas indiferenciadas. Los fibroblastos tienen función de fibras, son 3 tipos de fibras, colágenas, reticulares y elásticas. También se encuentran nervios y vasos, estos no hay en el epitelio, se pueden encontrar terminaciones nerviosas en la primera capa del epitelio.

En el tejido conjuntivo las fibras colagenas - se han resumido en varios grupos.

1).- Fibras dento gingivales. Que van del cemento del hueso a la papila.

2).- Fibras transeptales. Que van del cemento de un diente al cemento de otro diente, sirve para mantener el espacio interdentario.

3).- Fibras circulares. Que rodean el cuello del diente en forma de un anillo y no se unen en nada y sirven para mantener el diente o encía firme.

4).- Fibras dento-periostales. Van del cemento del diente al periostio a la cresta.

La encía puede ser dividida en encía libre ó marginal y encía adherida.

ENCIA LIBRE. Debe tener una consistencia suave y no adherirse al diente. Presenta normalmente una forma que termina en filo o sea que se adhiere a la raíz del diente y termina en filo, bordea el cuello del diente terminando en punta y no esta adosada al hueso.

ENCIA MARGINAL. Tiene la forma del hueso al cual se encuentra adherido (puede presentarse el hueso festoneado, normalmente debe ser así, este ti

po de encía es de consistencia firme.

La papila interdental es la parte de la encía - que llena el espacio existente entre dos dientes ve cinos, y está limitada en su base por una línea que une el borde de la encía desde el centro de un dien te al centro del siguiente. La papila interdental es está compuesta de encía libre y encía adherida.

SURCO GINGIVAL. Es el espacio entre la encía y el diente, el cual debe medir normalmente de 0.5 mm a 2 mm de profundidad, se encuentra limitada hacia arriba por el margén libre de la encía, abajo por la dherencia epitelial, hacia un lado por el diente y hacia el otro por el epitelio del intersticio.

El epitelio que recubre la pared blanda del in tersticio es diferente al del epitelio de la encía, presentando dos capas: La basal y la esponjosa.

Otra diferencia es que la unio entre el epite- lio y el tejido conjuntivo en la encía es ondulada y en el epitelio del intersticio es lisa, este epi- telio sirve como membrana permeable, normalmente va mos a encontrar un exudado llamado exudado gingival y está formado por proteínas. En el intersticio, en tre el epitelio también existe una lámina basal se-

parando el epitelio y el tejido conjuntivo, semejante al de la encía.

PALADAR OSEO. Es de color rosado como la enciá. La mucosa del paladar óseo está fuertemente fijada al periostio y es por lo tanto inmóvil. El epitelio presenta un carácter uniforme en todo el paladar duro. Las distintas regiones del paladar duro difieren entre sí, a causa de las diferentes estructuras de la capa submucosa, en las cuales distinguimos las siguientes zonas.

1).- La región gingival, adyacente a los dientes.

2).- El rafé palatino, conocido como región media, que se extiende desde la papila incisiva (palatina) hacia atrás.

3).- Zona anterolateral ó zona grasa, situada entre el rafé y la enciá.

4).- Zona posterolateral ó glandular, entre la parte posterior del rafé y la enciá.

La zona marginal muestra la misma estructura que las otras regiones de la enciá. Por lo tanto, en esa zona no se puede diferenciar la capa submucosa del corion, del periostio. En los casos en que en

existe un torus palatino, la mucosa es muy delgada y el rafe habitualmente estrecho, se extiende sobre el torus. En las zonas laterales del paladar duro, el corion esta fijado al periostio por haces de tejido conjuntivo fibroso denso.

En el surco situado entre la apófisis alveolar y el paladar duro se encuentran los vasos y nervios del paladar anterior, rodeados por un tejido conjuntivo laxo.

PAPILA INCISIVA. La papila incisiva es en forma de perla u ovalada, está formada por tejido conjuntivo denso.

ARRUGAS PALATINAS. Las crestas palatinas o transversales o arrugas palatinas irregulares, en el hombre frecuentemente asimétricas, son crestas de la mucosa que se extienden a cada lado desde la papila incisiva y en la parte anterior del rafe. Su centro es una caja de tejido conjuntivo denso.

## MUCOSA DE REVESTIMIENTO.

Todas las zonas de revestimientos están caracterizadas por un epitelio relativamente delgado y no queratinizado y por la delgadez del corion. Difieren entre sí por la estructura de la submucosa, esta mucosa tiene dos características: es eminentemente laxa y muy elástica, el revestimiento laxo lo encontramos en labios, mejillas y lengua, las cuales son partes movibles. Y la elástica la encontramos en la mucosa que cubre los músculos como los labios, mejillas y cara inferior de la lengua, esta inamoviblemente fijada. La mucosa del paladar medio es intermedia.

La mucosa esta poco adherida a las estructuras profundas, por lo cual posee amplia movilidad, la cual permite el libre movimiento de los labios, mejillas y también lengua.

Por lo cual podemos subdividir la mucosa de revestimiento en 2 grandes tipos por la forma de adherencia.

1).- Zonas de gran adherencia.

2).- Zonas de adherencia laxa.

LABIOS Y MEJILLAS. El epitelio de la mucosa de

los labios y mejillas es típicamente estratificado pero no queratinizado.

El corion de la mucosa labial y bucal este formado por tejido conjuntivo denso. La capa submucosa une el corion con la delgada fascia de los músculos y esta formada por haces de fibras colágenas densamente agrupadas.

Durante la contracción de los músculos aparecen pequeñas arrugas en la mucosa, impidiendo así que la mucosa de los labios y mejillas se coloque entre las superficies masticatorias de los dientes.

El epitelio y el corion de la mucosa vestibular no difieren de los labios y mejillas.

**SURCO VESTIBULAR Y MUCOSA ALVEOLAR.** El surco vestibular es la zona donde la mucosa de los labios y mejillas se refleja para transformarse en la mucosa que cubre los maxilares y mandíbula. La mucosa de las mejillas y de los labios esta firmemente adherida al músculo bucinador en las mejillas y al músculo orbicular de los labios. En el surco vestibular la mucosa está unida laxamente a las estructuras subyacentes y permite así los movimientos necesarios de los labios y mejillas.

La mucosa alveolar y gingival estan separadas por una línea ondulada y el límite mucogingival. La mucosa alveolar es delgada y esta poco adherida al periostio por una capa submucosa bien definida de tejido conjuntivo laxo. El epitelio es delgado no queratinizado, y las crestas epiteliales y las papilas son bajas y con frecuencia faltan por completo. Las diferencias estructurales constituyen también la causa de las diferencias de color entre las encías, de color rosa palido y la mucosa de revestimiento de color rojo palido.

#### MUCOSA ALVEOLAR DE LA CARA INFERIOR DE LA LENGUA Y EL SUELO DE LA CAVIDAD BUCAL.

La mucosa del suelo o piso de la cavidad bucal es delgada, esta laxamente adherida a las estructuras subyacentes para permitir la movilidad de la lengua. Las glándulas sublinguales estan muy próximas a la superficie de la mucosa en el pliegue sublingual.

La mucosa de la cara inferior de la lengua es lisa y relativamente delgada. El epitelio no esta queratinizado, las papilas del tejido conjuntivo son numerosas pero cortas.

PALADAR BLANDO. La mucosa de la cara bucal del paladar blando esta sumamente vascularizado y tiene color rojizo, que difieren notablemente del color rosa palido del paladar duro. El epitelio pavimento so estratificado no está queratinizado. El corion muestra una capa distinta de fibras elásticas que los separa de la submucosa.

## MUCOSA ESPECIALIZADA O MUCOSA LINGUAL DORSAL.

La cara superior de la lengua es áspera e irregular. Una línea en forma de V la divide en parte anterior o cuerpo y parte posterior o base. La primera comprende alrededor de los dos tercios de la longitud de la lengua, la segunda forma el tercio posterior.

El cuerpo y la base de la lengua difieren mucho en cuanto a su estructura histológica de mucosa de revestimiento. En la parte anterior se encuentran numerosas papilas de forma cónica con puntas afiladas que le dan un aspecto aterciopelado. Esas papilas filiformes están constituidas por un eje central de tejido conjuntivo. El epitelio que las recubre está queratinizado, especialmente en el vértice de las papilas.

Diseminadas entre las papilas filiformes están las papilas fungiformes, que son prominencias redondeadas y rojizas. Su color deriva de su abundante irrigación sanguínea.

Por delante de la línea divisoria en forma de V, situada entre el cuerpo y la base de la lengua, se encuentran las papilas calciformes cuyo número es

de 8 a 10. No sobresalen en la superficie de la lengua, sino que están rodeadas por un surco circular profundo, que parece separarlas completamente de la lengua. En la superficie lateral de las papilas califormes, el epitelio contiene numerosos corpúsculos gustativos.

CORPUSCULOS GUSTATIVOS. Son pequeños órganos intraepiteliales de forma ovoide. Con su parte más ancha tocan la membrana basal, y en su extremo más angosto la superficie del epitelio. Debajo de los corpúsculos gustativos se encuentra un abundante plexo nervioso. Algunas fibras penetran en el corpúsculo desde la base y terminan en contacto con las células gustativas, otras terminan en el epitelio.

Las cuatro sensaciones gustativas son las siguientes.

- 1).- El gusto amargo lo perciben las papilas califormes, las encontramos en la parte posterior de la lengua, en la zona media.
- 2).- El gusto agrio lo reconocen las papilas foliadas y las encontramos en las regiones laterales de la lengua.

- 3).- El sabor dulce lo perciben los corpúsculos gust  
tativos de las papilas fungiformes de la punta  
de la lengua.
- 4).- El sabor salado lo perciben las papilas fungi-  
formes de los bordes de la lengua.

C A P I T U L O   I I

## DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

Es importante sobre todo para los odontólogos, que se discuta la importancia del diagnóstico y que se detallen los diversos métodos y procedimientos - que pueden utilizarse para llegar a la identificación final de una enfermedad o anomalía.

Se ha dicho que el diagnóstico es la habilidad del clínico para advertir o descubrir la presencia de una anomalía, este concepto difícilmente puede considerarse como básico, ya que significa por ejemplo: que el diagnóstico es simplemente el descubrimiento de un signo clínico, como una tumefacción, - una úlcera o tumor.

Es cierto que en ocasiones, determinadas enfermedades de la boca y de los maxilares pueden reconocerse por sus características clínicas, es decir - que los signos visibles del proceso patológico, por ejemplo: en casos de gingivitis ulcerosa necrosante o un absceso periodontal, enfermedades cuyas características clínicas son específicas o patognomónicas. Es frecuente que el proceso patológico no pueda identificarse clínicamente, ya que puede confundirse con una u otras enfermedades.

## METODOS DE DIAGNOSTICO.

**DIAGNOSTICO CLINICO.** Es la identificación de una enfermedad basada en la observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la entidad patológica.

**DIAGNOSTICO RADIOLOGICO.** El diagnóstico radiológico se parece al diagnóstico clínico excepto, que los caracteres y criterios diagnósticos se obtienen de radiografías y no de fuentes clínicas. Este método, cuando se usa sin recurrir a otros datos constituye también un método de diagnóstico rápido. Pero al igual que el diagnóstico clínico, el radiográfico debe limitarse a la identificación de enfermedades cuyos caracteres y aspectos radiográficos sean específicos.

### DIAGNOSTICO ATRAVEZ DE LOS DATOS ANAMNESICOS.

Muchas veces se establece un diagnóstico definitivo valorando adecuadamente la información obtenida mediante la historia clínica. La valoración de la historia personal, como la edad, sexo y ocupación del paciente, pueden ser importantes para el diagnóstico. Algunas enfermedades de la edad (por ejemplo el herpes simple en los adolescentes), otras

del sexo (el cementoma en las mujeres), o del tipo de trabajo (el depósito de metales pesados en las encías de los pintores y tipógrafos).

Es de especial importancia la valoración de los datos de la enfermedad actual por ejemplo: el comienzo de la enfermedad, su duración y evolución.

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO. Desafortunadamente existen muchos diagnósticos que no pueden resolverse únicamente por los datos clínicos, radiográficos o anamnésticos, sino que se resuelven solo después de obtener ciertos resultados positivos y significativos de las pruebas de laboratorio, por ejemplo: el resultado de una biopsia de una muestra de tejido, pueden establecer el diagnóstico. Para establecer un diagnóstico seguro puede ser necesario completar el cuadro clínico, las observaciones radiológicas y los datos anamnésticos, como los resultados de las pruebas de laboratorio.

DIAGNOSTICO QUIRURGICO. No es raro que el diagnóstico de la enfermedad se establezca mediante la exploración quirúrgica. La sospecha se confirma mediante una incisión que produce la liberación de un exudado purulento. El quiste óseo ideopático cuyos

caractéres clínicos y radiográficos puedan sugerir el diagnóstico, sólo pueden identificarse de forma definitiva por medio de la exploración quirúrgica, por el hallazgo de una cavidad ósea vacía de tejido quístico.

DIAGNOSTICO TERAPEUTICO. A veces el diagnóstico se establece después de un período inicial de tratamiento. Hay algunas enfermedades cuya identidad es difícil de establecer basandose en un cuadro clínico, datos anamnésicos, técnicas de laboratorio o ambos, pero se reconocen de forma segura por su rápida respuesta al tratamiento específico. De esta forma, la respuesta al tratamiento nos da la clave del diagnóstico. Aunque este procedimiento se emplea a menudo, se recomienda que sólo se use en aquellos casos en los que el diagnóstico no se pueda establecer fácilmente de otra forma.

DIAGNOSTICO INMEDIATO. Este término de "DIAGNOSTICO INMEDIATO" se usa para referirse al procedimiento de identificación que se hace literalmente en el mismo sitio, por ejemplo: un rápido o inmediato diagnóstico basado en datos mínimos, así estos sean clínicos, radiográficos o de otro tipo. Así un

diagnóstico inmediato se basa por lo general en sólo una o dos sugerencias clínicas o radiográficas - sin que se corroboren datos obtenidos por la anamné<sup>s</sup>is, laboratorio o de otras fuentes.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. Para efectuar este tipo de diagnóstico con éxito, es de gran importancia tanto el conocimiento y la habilidad, una perfecta familiarización con la forma en que el proceso afecta la boca. El estar enterado de las técnicas adecuadas, así como de la importancia de los resultados alterados y sobre todo, la destreza en la preparación de las partes diagnósticas del caso, es todo ello de vital importancia en el diagnóstico diferencial.

## CARACTERISTICAS ESENCIALES DE LOS PROCESOS PATOLOGICOS.

Ya que el diagnóstico diferencial, es el conocimiento y atención de muchas facetas de cada enfermedad, se puede preguntar que aspecto de la enfermedad es preciso conocer. Se puede decir que no cualquier dato sobre una enfermedad es importante o significativo, pero sin embargo, se puede decir que -- hay un mínimo de información que es necesario conocer y sin el cual el diagnóstico no puede ser correcto.

ETIOLOGIA. Es evidente que el conocimiento de la causa o causas de un proceso patológico es esencial para una mayor comprensión de la enfermedad. -- El conocimiento de la causa de la enfermedad es esencial desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Hay muchos problemas de diagnóstico que se resuelven facilmente al determinar la causa de la enfermedad.

Por lo que se refiere al tratamiento, es muy importante conocer la causa, ya que muchas enfermedades se tratan con éxito mediante una conducta terapéutica dirigida a eliminar el factor o factores

causales.

**PATOGENIA.** El término "PATOGENIA" se refiere a un conjunto de conocimientos relativos a todo proceso patológico, sobre todo a su comienzo, su desarrollo por etapas, sus variaciones, su evolución típica y finalmente su resolución.

El conocimiento de la patogenia proporciona no solo un entendimiento profundo de la enfermedad, sino también una familiarización con su cuadro clínico, imagen radiográfica, estado histológico y pronóstico.

**SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS.** Es evidente que el conocimiento de las manifestaciones clínicas y de los síntomas de un proceso patológico es esencial en cada procedimiento de diagnóstico.

**CARACTERES RADIOGRAFICOS.** La observación del efecto de la enfermedad en el hueso, si es osteolítica, osteoblástica o ambas cosas, es muchas veces esencial establecer el diagnóstico. En algunos casos el diagnóstico definitivo depende sólo del reconocimiento de los caracteres radiográficos de la enfermedad. En otros casos los hallazgos radiográficos pueden servir como importantes datos complementa---

rios.

HISTOLOGIA. Los caracteres histológicos de --  
cada proceso patológico, determinados por medio de\_  
una biopsia son a menudo de gran importancia diag--  
nóstica y con frecuencia el método diagnóstico que\_  
establezca la identificación definitiva del proceso  
patológico.

## B I O P S I A

Se puede definir como el procedimiento por el cual se realiza el examen histológico directo del tejido, en una tentativa de determinar su verdadero carácter. Esta información es útil no solo para determinar el diagnóstico clínico de las lesiones sino también al pronóstico y tratamiento.

El empleo de la biopsia no está restringido al diagnóstico de los tumores, sino que es de gran valor para la determinación de la naturaleza de cualquier lesión.

No todas las lesiones presentan un aspecto específico y que por esta razón no siempre sea posible brindar un diagnóstico definitivo.

### TIPOS DE BIOPSIA

BIOPSIA POR EXCISION O QUIRURGICA. Es la excisión total de una lesión pequeña para su estudio microscópico.

Es preferible esta biopsia por extirpación, cuando el tamaño de la lesión es tal, que puede ser eliminada con un margen de tejido normal y la heri-

da puede cerrar normalmente.

BIOPSIA POR INCISION O DE DIAGNOSTICO. Es la eliminación de una pequeña parte de la lesión para su éxamen. Esta biopsia es útil en las lesiones --- grandes o en aquellas en que se sospeche que podrán eliminarse por otro medio distinto al quirúrgico, -- una vez que el diagnóstico haya sido formulado.

BIOPSIA EXPLORATIVA. A menudo es ventajoso combinar la biopsia con la exploración en particular -- con las lesiones óseas o en las originadas en la -- profundidad de los tejidos blandos, de esta forma -- se puede determinar la forma y el grado de exten--- sión local.

El tejido debe ser representativo del proceso, no tomado de la periferia o de zonas adyacentes, cuya reacción puede ocultar la lesión primaria.

BIOPSIA POR PUNCION. Algunas veces conviene emplear esta técnica, por la cual se inserta una aguja de amplia luz en la masa tumoral para aspirar -- sus células. Se puede usar este procedimiento cuando el tumor se encuentra por debajo de la superfi--- cie y yace en una posición inaccesible o en el cen--- tro del hueso.

No se recomienda el uso rutinario de esta técnica por la razón, de la reducida cantidad de tejido que se obtiene, es posible el diagnóstico de estos pequeños fragmentos, pero esto no suele ser el caso.

#### MÉTODOS PARA OBTENER UNA BIOPSIA

- 1).- Excisión quirúrgica con bisturí.
- 2).- Remoción quirúrgica por cauterio o bisturí de alta frecuencia.
- 3).- Remoción por medio de pinzas para biopsias o pinzas sacabocados.
- 4).- Aspiración de una parte del tumor con aguja de luz grande.
- 5).- La técnica exfoliativa, por la cual se frota la superficie de la lesión con algún material esponjoso, que luego se secciona o frota sobre un porta objeto.

Ni la biopsia por aspiración, ni la exfoliativa tienen valor alguno en el diagnóstico de las lesiones bucales. El bisturí es el elemento de selección, puesto que secciona nítidamente los tejidos, y no los deshidrata como lo hace la alta frecuencia.

## TECNICA PARA TOMAR UNA BIOPSIA.

La técnica de la biopsia es muy simple y puede ser realizada por cualquier odontólogo, como procedimiento rutinario de consultorio, si se toman ciertas precauciones y se siguen ciertas reglas.

Las ventajas de la biopsia superan sus desventajas o peligros y rara vez estara contraindicada. Para enviar una muestra adecuada al patólogo, es -- preciso seguir las siguientes normas.

- 1).- No se pinte la superficie de la zona donde se tomara la biopsia, con yodo ni con ningún anti séptico de coloración intensa.
- 2).- Si se anestesia por infiltración, no debe in-- yectarse la solución directamente en la lesión debe hacerse en la periferia.
- 3).- Emplee un bisturí bien filoso para no desga--- rrar los tejidos.
- 4).- Acompañar la muestra con tejido normal cuando sea posible.
- 5).- Poner cuidado de no mutilar el espécimen al to marlo con las pinzas.
- 6).- Fíjese inmediatamente el tejido en formol al - 10 % ó alcohol al 70 %. Si fueras un tejido del

gado colóquelo sobre un trozo de papel lustroso y -  
dejelo caer en el fijador, esto impide que el teji-  
do se curve sobre si mismo.

El informe que **no** este de acuerdo con el diag-  
nóstico, jamás debiera ser considerado como definitiu  
vo. Solo significa que no había rasgos que sugirie-  
ran el diagnóstico esperado en esta biopsia. Siem--  
pre deberá tomarse otra biopsia cuando haya dudas.

## HISTORIA CLINICA.

La historia clínica es de suma importancia para la determinación de algún proceso patológico o enfermedad, y es una de las ayudas mas importantes para establecer un diagnóstico correcto.

Una buena historia clínica comprende datos de suma importancia del paciente, sobre las causas de la enfermedad que lo lleve a la consulta.

La historia clínica debe comprender datos personales del paciente como edad; sexo, peso, y ocupación. Durante la entrevista debe concentrarse la atención al enfermo y evitar las interrupciones.

La historia clínica debe hacerse con suficiente tiempo para que el paciente pueda exponer libremente el padecimiento que lo llevo a consulta. Una historia clínica hecha apresuradamente inhibe al paciente a hablar libremente.

Los datos que se requieren para obtener una buena historia clínica, son los obtenidos por el siguiente interrogatorio.

**MOTIVO DE CONSULTA.** Es lógico empezar la historia preguntando sobre las molestias que lo han llevado a consulta. Entonces el paciente describira lo

que se conoce como "MOTIVO DE CONSULTA". El médico\_ hará preguntas adicionales que definen la naturaleza y duración de la molestia mas importante.

ENFERMEDAD ACTUAL. Se harán preguntas que lleven al paciente a una descripción exacta de la naturaleza y curso del padecimiento.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS. Esta anotación contendrá una exposición del estado de salud del paciente, una lista de las principales infecciones que haya padecido, una mención de los estados alérgicos importantes (en especial la reacción a los fármacos), se anotaran también los datos de los antecedentes patológicos que sean importantes para la enfermedad actual. La historia contendrá también una exposición de la salud mental del paciente.

ANTECEDENTES FAMILIARES. Estos comprenden la edad, salud y casusa de muerte de familiares (padres, hermanos, esposa e hijos). Debe incluirse una anotación acerca de las enfermedades con gran capacidad de infección (tuberculosis) que afectan a miembros de la familia y las enfermedades con predisposición familiar (diabetes etc.).

A veces ciertos datos de la familia pertenecen

a la enfermedad actual, por ejemplo: una enfermedad febril reciente de algún miembro de la familia, debe anotarse en la enfermedad actual si se sospecha que el paciente tiene alguna enfermedad infecciosa.

ANTECEDENTES PERSONALES. Estos antecedentes -- proporcionan datos sobre la vida presente del paciente. Deberán anotarse datos acerca del lugar de nacimiento, residencia, trabajo, tipo de alimentación, costumbres (si fuma, toma etc.) y ocupación.

REVISION DE LOS SISTEMAS ORGANICOS. Representa principalmente una serie de preguntas relativas a la función de diversos sistemas orgánicos.

C A P I T U L O   I I I

## TUMORES DEL EPITELIO.

- 1).- PAPILOMA.
- 2).- ANGIOQUERATOMA.
- 3).- QUERATOSIS SENIL.
- 4).- VERRUGA SENIL ( QUERATOSIS SEBORREICA ).

## TUMORES DEL TEJIDO FIBROSO.

- 1).- FIBROMA.
- 2).- MIXOFIBROMA.
- 3).- LIPOFIBROMA.
- 4).- FIBROMA ODONTOGENICO PERIFERICO.
- 5).- GRANULOMA REPARATIVO DE CELULAS GIGANTES.
- 6).- FIBROMATOSIS GINGIVAL.
- 7).- HIPERTROFIA DILANTINICA.

#### TUMORES DEL TEJIDO NERVIOSO.

- 1).- NEUROFIBROMA ( FIBROMA NEUROGENO )
  - a).- NEUROFIBROMATOSIS MULTIPLE.
- 2).- SCHAWANOMA.
- 3).- NEUROOMA DE AMPUTACION.
- 4).- NEVO.
  - a).- NEVO CELULAR.
  - b).- NEVO VASCULAR.

#### TUMORES VASCULARES.

- 1).- HEMANGIOMA.
- 2).- LINFANGIOMA.
- 3).- HEMANGIOENDOTELIOMA.
- 4).- GRANULOMA PIOGENO..

TUMORES DEL TEJIDO MUSCULAR.

- 1).- LEIOMIOMA.
- 2).- RABDOMIOMA.
- 3).- MIOBLASTOMA.

TUMORES MISCELANICOS.

- 1).- PLASMOCITOMA.
- 2).- LIPOMA.
- 3).- NEVOXANTOENDOTELIOMA.
  - a).- XANTOGRANULOMA,

LEUCOPLASIA.

C A P I T U L O I V

La palabra "TUMOR" se usa como sinónimo - de neoplasma o neoformación. Puede definirse como - neoformación que no tiene propósito útil en el orga\_nismo y que se origina y crece aparentemente en for\_ma espontanea.

El tumor benigno es un crecimiento local\_ de tejido que se origina en las estructuras de las\_ cuales es parte. Las células que lo componen mantie\_nen en gran parte sus características normales espe\_cialmente si se comparan con las células de los tu\_mores malignos.

El tumor benigno crece lentamente, no sufre metástasis, rara vez es invasor y no aparece -- después de su extirpación completa.

## TUMORES DEL EPITELIO

### PAPILOMA.

El término papiloma se reserva para designar - aquellos tumores en los cuales el epitelio de recubrimiento se proyecta por sobre la superficie en -- forma ramificada.

### ETIOLOGIA.

Su etiología esta poco definida. Puede ser consecutiva a cualquier acumulación del epitelio superficial.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Clínicamente se caracteriza por un crecimiento en forma de coliflor por sobre la superficie.

Su tamaño es variable, algunos llegan a ser como una nuez pequeña. En la cavidad bucal son mas comunes en paladar, úvula, carrillos, lengua y amígdlas. Pueden presentarse papilomas múltiples y donde se observan mas frecuentemente son en el paladar.

### CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS.

Las caraterísticas sobresalientes son el aspecto arboriforme, el tallo estrecho o pedículo y la - capa basal bien definida en el epitelio.

## TRATAMIENTO.

El tratamiento es quirúrgico. Puesto que el tumor se inserta por un pedículo, suele bastar con eliminar el tumor por su base.

## ANGIOQUERATOMA.

Esta lesión es conocida por una diversidad de nombres, tales como, verruga talangiectásico, hiperqueratosis como nevo vascular, angioma senil y queratoangioma. Es mejor considerarla como una asociación de acantosis y queratosis con una vascularización notable, que puede desarrollarse bajo una diversidad de circunstancias.

## ETIOLOGIA.

Desconocida.

## QUERATOSIS SENIL.

Esta lesión es frecuente en las porciones expuestas de la piel (cara, labios) y puede constituir un problema clínico para el odontólogo.

## ETIOLOGIA.

Se desconoce la causa de esta lesión.

## CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las lesiones pueden ser únicas o múltiples y -

son mas comunes en las superficies expuestas. Se observan frecuentemente en la porción cutánea de los labios, en particular en el límite mucocutáneo que puede resultar traumatizado al morderse y originar ulceraciones e infecciones secundarias. Puede originarse una lesión maligna, especialmente en las lesiones mas antiguas.

#### HISTOPATOLOGIA.

Las modificaciones histológicas más prominentes residen en el epitelio, donde suele haber cierta acantosis.

La alteración más significativa es la disqueratosis, que caracteriza una alteración de la maduración epitelial.

#### TRATAMIENTO.

La eliminación quirúrgica es por lo general el tratamiento de elección, en particular en las lesiones bien delimitadas.

#### VERRUGA SENIL (QUERATOSIS SEBORREICA)

Suele ser una lesión benigna y tiene alguna similitud, microscópica, con el carcinoma basocelular. Afecta principalmente a personas mayores y se observa más comúnmente en el pecho, brazos y cara.

## ETIOLOGIA

Se desconoce la causa que origina estas lesiones.

## CARACTERISTICAS CLINICAS

Estas lesiones pueden ser planas o ligeramente elevadas, con una superficie áspera, grasa, coriácea o granular. Son de tamaño variable. El color -- suele ser pardo oscuro o negro. Se puede levantar la costra superficial y revelar una base roja ulcerada que granula rapidamente y forma una nueva costra.

## HISTOPATOLOGIA.

Histológicamente se caracteriza por una hipertrofia irregular de las papilas. Este suele ser del tipo basal y da una semejanza con el carcinoma basocelular. La lesión es superficial, habitualmente -- proyectada por sobre el nivel de la piel.

## TRATAMIENTO.

El tratamiento indicado es la eliminación quirúrgica, con una excisión bastante amplia.

## TUMORES DEL TEJIDO FIBROSO

### FIBROMA

El fibroma es un tumor benigno. Estos tumores pueden presentar una amplia variedad de cuadros, desde la más simple respuesta fibroblástica a los tumores definitivamente sarcomatosos. Los fibromas de la cavidad bucal pueden surgir de las porciones profundas de la mucosa, del periostio o del periodonto.

#### ETIOLOGIA.

Antecedentes traumáticos y en diversas ocasiones parece ser hereditario.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este tipo de tumores suelen ser bien delimitados y pueden ser pediculados. Pueden ser únicos o múltiples y puede originarse en cualquier parte del organismo, aunque son más comunes en piel y mucosas. Clínicamente puede ser duro o blando, el duro es de color rosado y semeja más el color de la mucosa adyacente, el blando es de color azul rojizo o azul. El tumor es de crecimiento lento y no produce síntomas a menos que se úlcere.

#### CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS.

El cuerpo del tumor está constituido por haces de tejido fibroso dispuestos al azar, y muy colágenos los de mayor duración. Puede haber elementos inflamatorios que tienden a una distribución périvascular.

#### TRATAMIENTO.

El tratamiento es quirúrgico. Suelen no haber complicaciones.

#### MIXOFIBROMA

Es un tumor benigno, se encuentra frecuentemente en el paladar y los rebordes alveolares. Es de crecimiento lento, a menos que se le irrite, habitualmente es asintomático.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este tumor tiende a poseer un aspecto clínico lobulado al tornarse cuantitativamente importantes los elementos mixomatosos. La ulceración es otro rasgo característico.

#### CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS.

Histológicamente este tumor está compuesto por dos elementos, una porción fibrosa densa y un tejido mas laxo. Este tumor puede ser algo vascular, con vasos en paredes bien formadas.

## TRATAMIENTO

El tratamiento es la eliminación quirúrgica.

## LIPOFIBROMA.

Se encuentran en la mucosa gingival, lingual y yugal. Con frecuencia contiene células grasas. En el lipofibroma hay finas bandas de tejido fibroso que tienden a dividir el componente graso en lóbulos. Como en otros tumores superficiales, la úlcera tiende a destruir una porción del epitelio de recubrimiento y permite la infección piógena, la cual se extiende en el seno de la masa tumoral.

## FIBROMA ODONTOGENICO PERIFERICO.

Esta lesión se origina en el periodonto. Pueden formarse por lingual o vestibular en la región de las fibras superiores de la membrana periodontal que se extiende hacia la encía libre. En sus zonas superiores esta sujeto a alteraciones inflamatorias casi constantes, asociadas a gingivitis y parodontitis y a muchas formas de trauma.

## ETIOLOGIA.

Su etiología esta poco definida, algunos opinan que la naturaleza de estas lesiones son neoplásicas y otros que son de carácter reaccional.

## CARACTERISTICAS CLINICAS.

Estas lesiones rara vez alcanzan un tamaño mayor de uno o dos centímetros de diámetro. Su consistencia varia de blanda a dura, según la cantidad de vascularización y depósito de colágeno. La ulceración superficial es otro rasgo característico de estos tumores, a consecuencia de esto hay dolor y hemorragia.

## HISTOPATOLOGIA.

Histológicamente esta lesión esta compuesta integramente por tejido conjuntivo fibroso. En las lesiones juvenes las células son grandes y activas. - Con el tiempo, aumenta el depósito de colágeno y — las células se hacen escasas.

## TRATAMIENTO.

La excisión quirúrgica, es el tratamiento indicado. Debe hacerse la remoción total de la base para disminuir recidivas. No se ha observado ningún caso de transformación maligna. Los pacientes deben ser vigilados atentamente por las recidivas.

## GRANULOMA REPARATIVO PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES.

Son tumores pedunculados o de base ancha, a -

veces lobulados.

En el pasado las lesiones de células de la encía se denominaban "Epulis de células gigantes" o "Tumor periférico de células gigantes". Cuando estas lesiones se producen en la encía habría que denominarlas "Granulomas reparativos periféricos de células gigantes", para diferenciarlas de las lesiones semejantes que se originan dentro del hueso de los maxilares.

En algunos casos estas lesiones, tienen capacidad invasora local.

#### ETIOLOGIA.

Con frecuencia estas lesiones son esencialmente respuestas a agresiones locales, antecedentes de un traumatismo, por ejemplo, la extracción de una pieza dental.

#### HISTOPATOLOGIA.

Histológicamente estas lesiones presentan focos de células gigantes multinucleadas, hemorragia y partículas de hemosiderina en un estroma de tejido conectivo. También está compuesto de numerosos vasos sanguíneos pequeños y abundantes fibroblastos. El epitelio es hiperplástico con ulceraciones

en la base. A veces, se observa la neoformación de hueso dentro de la lesión.

#### MANIFESTACIONES CLINICAS.

Estas lesiones se presentan con mayor frecuencia en la superficie vestibular y pueden ser sésiles o pedunculadas. Su aspecto varia desde una masa regular lisa hasta una protuberancia multilobulada irregular. A veces se observan ulceras en los bordes. Son lesiones indoloras de tamaño variable. Su color va del rosado al rojo obscuro ó púrpura azulado.

#### TRATAMIENTO.

El tratamiento indicado es la eliminación quirúrgica, debe hacerse la remoción total de su pedículo. Puede haber recidivas.

#### FIBROMATOSIS GINGIVAL.

Es una reacción fibrosa difusa, que afecta a toda la encía y tiene las características clínicas de fibromas múltiple. Su superficie es lisa y no sangra con facilidad y es de crecimiento lento.

#### ETIOLOGIA.

Es una lesión rara, en la cual hay un exagerado crecimiento de la encía que puede llegar a cu---

brir los dientes por completo. No se conoce explicación de esta reacción. Aparece afectada la encía -- lingual y vestibular por igual, se inicia en época temprana de la vida.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

En estas lesiones la encía íntegra se encuentra afectada. La superficie de la mucosa bucal es lisa y no sangra con facilidad.

#### HISTOPATOLOGIA.

Histológicamente, las modificaciones como se ve en el fibroma duro, son densos haces colágenos dispuestos en forma fasciculada. La vascularización no es notable y sólo se encuentra algún ocasional foco de células inflamatorias crónicas.

#### TRATAMIENTO.

Existen dos métodos para el tratamiento de esta enfermedad: La eliminación de la masa redundante y siguiendo una terapéutica de limpieza local y los cuidados personales posteriores bastarán. La que ofrece mayores posibilidades de cura es la primera -- aún cuando hay posibilidad de recidivas.

#### HIPERTROFIA DILANTINICA.

Es una reacción de la mucosa a la administra--

ción de la dilantina sódica. A diferencia de la fibromatosis gingival, puede a veces ser notoria la inflamación, de modo que entonces la reacción se asemeja a la gingivitis hiperplástica. Hay una marcada recidiva después de su extirpación, pero la gravedad de la reacción puede ser controlada por procedimientos higiénicos orales correctos.

#### MICROSCOPIA.

Al igual que en la fibromatosis gingival, hay un marcado crecimiento del tejido conjuntivo fibroso, con mucho colágeno. La reacción se asemeja a -- una cicatriz.

## TUMORES DEL TEJIDO NERVIOSO

### NEUROFIBROMA (FIBROMA NEUROGENO)

#### ETIOLOGIA.

Su etiología esta poco definida. Algunos consideran que el traumatismo es un factor etiológico importante, pero solo son especulaciones. Otros factores mencionados son, la disfunción endocrina y la embriogenia perturbada.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es un tumor benigno, que aparece en el tejido subcutáneo en vinculación con los nervios periféricos. Se localiza comúnmente en la lengua, el paladar, carrillos, labios y la encía. Clínicamente se observan como nódulos o tumefacciones fusiformes. Su tamaño varia entre uno y dos centímetros de diámetro.

### NEUROFIBROMATOSIS MULTIPLE.

También llamada enfermedad de von Rocklinghausen, se caracteriza por un desarrollo generalizado de estos tumores, a menudo con pigmentaciones en la piel y anomalías óseas. Muchos creen que son importantes las alteraciones endocrinas y tiende a ser hereditaria y familiar. Con frecuencia estas lesiones

nes alcanzan un tamaño notable. Estas lesiones tienen posibilidades de transformación maligna, así como su tendencia a recidivar. Esto es debido a su extrema dificultad para su remoción.

#### HISTOPATOLOGIA.

Pueden existir zonas de degeneración mixomatosa, pero no son constantes. Puede ser un rasgo prominente la disposición en empalizada de los núcleos que son delicados, finos y ondulantes. A diferencia de los fibromas, el depósito de colágeno no es abundante, aun con el tiempo. No suele haber encapsulamiento y los elementos tumorales se confunden con el tejido adyacente.

#### TRATAMIENTO.

Es adecuado la remoción local de las lesiones solitarias, siempre que se lleven a cabo con un amplio margen. Esta indicado por la falta de encapsulamiento del tumor. No es usual la recidiva y su transformación maligna no es preocupación seria.

#### SCHWANNOMA.

Es un tumor benigno, que se origina en la vaina de Schwann.

#### ETIOLOGIA.

Poco puede decirse sobre su patogenia.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

El Schwannoma es un tumor benigno solitario unido a menudo a una vaina neural. Cuando es superficial, puede mostrar un tinte parduzco que se relaciona con el pigmento hemático incluido. Por lo general estas lesiones son profundas, localizadas en el tejido subcutáneo, aunque algunos en la lengua y carrillo han resultado traumatizados y se ulceraron con un dolor concomitante considerable.

#### HISTOPATOLOGÍA.

Histológicamente hay poco colágeno, debido a lo cual resulta un tumor blando. Los vasos son más numerosos que en el neurofibroma. Suelen existir macrófagos. En zonas de degeneración pueden generarse alteraciones quísticas.

#### TRATAMIENTO.

Esta indicada la excisión local, con un margen amplio para impedir recidivas.

#### NEUROMA POR AMPUTACION

Es una lesión común en la región del augero mentoniano. Se ocasiona debido a la cirugía practicada por extracciones dentales.

## TRATAMIENTO.

Depende principalmente de su ubicación y si -- produce o no síntomas. Puesto que puede generar un -- marcado malestar, su remoción puede ser la única -- opción. Las inyecciones de alcohol son útiles en al -- gunos casos seleccionados, en particular cuando la -- excisión quirúrgica es difícil.

## NEVO.

Es frecuente en la piel, pero se han registra-- do casos en la cavidad oral.

### NEVO CELULAR.

Clínicamente son variables de tamaño y color, -- Rara vez se observan en la mucosa. Se observan con -- frecuencia en cara y en los labios. La superficie -- puede ser lisa o rugosa, y con o sin pelos.

### NEVO VASCULAR.

Es una lesión vascular, consiste en capilares -- o vénulas dilatados, ubicados superficialmente. Es -- raro encontrarlos en la mucosa.

### HISTOPATOLOGIA.

El nevo vascular consiste en numerosos vasos -- sanguíneos o linfáticos, incluidos en el estroma de -- tejido fibroso y células endoteliales.

En el nevo celular se observa una acumulación de células névicas en la capa basal del epitelio de recubrimiento y la pérdida de la "zona libre" entre el epitelio y las masas de células névicas en el co rion.

#### TRATAMIENTO.

Los nevos celular se eliminan con facilidad me diante la cirugía, con cuidado de extirparlos con - un margen amplio.

El nevo vascular puede ser extirpado por medio de electrocirugía.

## TUMORES VASCULARES

### HEMANGIOMA

Estos son tumores benignos o malformaciones compuestas de vasos sanguíneos que a veces se presentan en la encía.

### ETIOLOGIA

La mayoría son de origen congénito y aparecen en el primer año de vida.

### HISTOPATOLOGIA.

El hemangioma capilar consiste en gran cantidad de capilares revestidos de endotelio y llenos de sangre que pueden infiltrar difusamente la mucosa o presentarse en numerosos racimos.

El hemangioma cavernoso está compuesto por pequeña o gran cantidad de amplios espacios de paredes delgadas, llenos de sangre y revestidos de células endoteliales planas. El epitelio que cubre las lesiones suele estar intacto.

### MANIFESTACIONES CLINICAS

Las mas comunes son de tipo capilar, blandos e sésiles o pedunculados e indoloros pueden ser lisos o de contorno abultado, irregular. El color varía del rojo obscuro al púrpura y empaalidece a la apli

cación de la presión. Estas lesiones nacen en la pa  
pila gingival.

#### TRATAMIENTO.

Las lesiones superficiales pueden eliminarse +  
quirúrgicamente o pueden inducirse fibrosis median-  
te soluciones esclerosantes (tetradecilsulfato sód  
ico), nieve de dióxido de carbono, inyecciones de a-  
gua hirviente, crioterapia o electro cauterización.  
Sin embargo, es posible, una regresión espontánea -  
de una lesión accidental. La radioterapia está con-  
traindicada.

#### LINFANGIOMA

Estas lesiones se presentan principalmente en la  
lengua, también se observan en otras localizacio-  
nes. Se presentan como un aumento de volumen difuso  
y es probable que su origen sea congénito. Pueden -  
ulcerarse y ser dolorosos. Se puede presentar una ab  
undante actividad queratósica que produce una su-  
perficie áspera, blancusca y escamosa. La lesiones del  
dorso de la lengua suelen ser unilaterales aun-  
que se pueden extender como hongos y dar apariencia  
de involucrar a todo el órgano. La tumefacción es -  
facil de identificar cuando se altera la forma de -

la lengua y están ausentas las papila superficial es-  
les. El color variará de un amarillento a un color  
mas obscuro.

#### HISTOPATOLOGIA.

Histologamente se observan grandes espacios —  
linfáticos, delicadamente tapizados, se conectan en  
tre sí y contienen cantidades variables de un mate-  
rial de color claro (linfa). Estos espacios varian  
mucho de tamaño. Un rasgo interesante es que suelen  
estar distendidos.

#### TRATAMIENTO.

Cuando estas lesiones son pequeñas pueden ser  
eliminadas quirúrgicamente. La ligadura de los gran-  
des vasos durante su extirpación puede estar indica-  
da para impedir una hemorragia excesiva. En los tu-  
mores de mayor tamaño son de valor las radiacio-  
nes y las soluciones esclerosantes antes de su ex-  
tirpación.

#### HEMANGIOENDOTELIOMA.

Este tumor es una exageración de la prolifera-  
ción endotelial. Su localización es similar a las  
mencionadas en el hemangioma y linfangioma. Tiende  
a crecer por proliferación y puede ser bastante des-

structor. A veces produce metástasis. Pueden estar - involucrados todos los tejidos orales y el tamaño de la lesión es variable.

Histológicamente, hay una acentuada exageración del tejido endotelial. La proliferación endotelial rápidamente supera la formación de vasos, hasta que el tumor queda compuesto principalmente por bandas e islotes bien apretados de células endoteliales.

### GRANULOMA PIOGENO.

Este término es aplicado a las respuestas hiperplásicas de la cavidad bucal.

### ETIOLOGIA.

En relación con su patogenia han sido estudiados lo estreptococos, estafilococos y otras bacterias. El traumatismo, desempeña quizás el papel de mayor importancia entre los gérmenes hallados.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es una lesión protuyente, pequeña, delimitada, compuesta por vasos sanguíneos. Se suele presentar en personas jóvenes y es menos común en la boca. Su color es rojo o morado.

### HISTOPATOLOGIA.

En su etapa de proliferación activa, consiste

en un tejido de granulación fulminante, compuesto -  
por muchos conductos vasculares entremesclados en -  
un estroma fibroblástico.

La transformación maligna no es un factor por\_  
considerar, ni siquiera en las lesiones recidivan--  
tes. Cuando son grandes y extremadamente vasculares  
puede estar indicada la endotermia previa a la remo\_  
ción quirúrgica..

## TUMORES DEL TEJIDO MUSCULAR

### LEIOMIOMA

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

El leiomioma es en la cavidad bucal un tumor de crecimiento lento que puede alcanzar un tamaño enorme y producir síntomas de obstrucción. Su localización en boca es en labios, lengua, mucosa vestibular y úvula.

#### HISTOPATOLOGIA

El tumor esta compuesto por haces entrelazados de fibras musculares lisas, separadas por un delicado estroma de tejido conjuntivo. Los fascículos de fibras musculares pueden semejar tejido fibroso, pero las tinciones especiales demuestran la verdadera naturaleza de las fibrillas.

#### TRATAMIENTO

Sera considerado junto con el del rabiomioma.

### RABDOMIOMA

Sus localizaciones mas comunes son en el paladar, úvula y lengua. Puede tornarse maligno y dar metástasis por el torrente sanguíneo; es más común en los jóvenes, en particular, en niños.

Este tumor se origina en las células mesenqui-

matosas destinadas a formar músculo estriado. Se manifiesta como un nódulo circunscripto y elevado, de color algo más claro que la mucosa circundante. Puede alcanzar un gran tamaño.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento es la excisión quirúrgica.

#### MIOBLASTOMA

Es una lesión rara, y se le ve más a menudo en la lengua y los labios, aunque también se ha observado en piel, laringe y otras ubicaciones.

#### ETIOLOGIA

Su etiología esta poco definida.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

Puede aparecer a cualquier edad, muestra una ligera pedrilección por el sexo masculino y no da síntomas. Rara vez alcanza un tamaño mayor que el de un guisante pequeño.

#### HISTOPATOLOGIA

Estos tumores están compuestos por grandes células granulares acidófilas. Los gránulos son esencialmente neutrófilos. Es discutible que un cambio en estos tumores sea en verdad representativo de un proceso maligno.

## TRATAMIENTO

Debe ser eliminado quirúrgicamente.

## TUMORES MISCELANEOS

### PLASMOCITOMA

Los tumores de plasmocitos más comunes se producen en el hueso como mielomas.

#### ETIOLOGIA

Este tumor está compuesto por plasmocitos. Hay acuerdo de la mayoría de los investigadores en que los plasmocitos son de origen reticuloendotelial.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

En la cavidad bucal el plasmocitoma es una proliferación con forma de coliflor que se extiende periféricamente sin involucrar el hueso subyacente.

#### HISTOPATOLOGIA

Microscópicamente, el epitelio que recubre el tumor puede presentar acantosis y, ocasionalmente, alguna actividad queratósica y prolongaciones alargadas.

#### TRATAMIENTO

Quirúrgico.

### LIPOMA

Este tumor está compuesto principalmente por tejido adiposo adulto.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

El lipoma es un tumor laxo, de crecimiento lento, que a veces alcanza un gran tamaño. Suele originarse en la mucosa superficial y tiende a ser pediculado. Su superficie se presenta lisa, blanco amarillenta y cruzada por vasos. Puede ser bilateral.

#### HISTOPATOLOGIA

Está compuesto por numerosas células adiposas - habitualmente del tipo adulto.

#### TRATAMIENTO

Quirúrgico.

## LEUCOPLASIA

Es una lesión premaligna; en consecuencia, si no se trata puede convertirse en carcinoma.

### ETIOLOGIA

La leucoplasia gingival es causada por el tabaco, alcoholismo, irritantes locales, mala nutrición, déficit vitamínico A y B.

### HISTOPATOLOGIA.

Encontramos espesamientos del epitelio con hiperqueratosis, acantosis y cierto grado de disqueratosis.

### MANIFESTACIONES CLINICAS

Se presenta en forma de lesiones, de color --- blanco grisáceo, aplanadas, escamosas, que pueden ser placas gruesas irregulares y queratinosas, de superficie fisurada, áspera o lisa de cualquier tamaño, que crecen, es asimétrica, a veces se presenta como úlcera, es de duración variable, y no desaparece mediante presión. La edad mas común es la adulta, sobre todo después de la cuarta década de la vida, no se ha llegado un acuerdo sobre el sexo predominante. Es asintomática.

### TRATAMIENTO

Es quirúrgico, con bastante margen o la electro coagulación.

Las lesiones no tratadas se pueden convertir en carcinomas de células escamosas.

## CONCLUSIONES

Por todo lo descrito en paginas anteriores he llegado a las siguientes conclusiones.

Que el Cirujano Dentista no debe poner atención solamente a los dientes, sino hacer un examen completo de toda la cavidad oral, ya que realizando un examen e historia clínica adecuada, podrá diagnosticar cualquier enfermedad o anomalía tempranamente y remitir al paciente al especialista adecuado.

Debido a su intervención en el mantenimiento y restauración de la salud, el Cirujano Dentista asume ciertas obligaciones en relación con sus enfermos como en su profesión.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dr. A. Palint J. Orban.  
Histología y Embriología Bucodental.  
Editorial Labor 1957  
Primera edición en español.
  
- 2.- Dr. Jorge Eurasquin.  
Histologia Dental  
Editorial
  
- 3.- Drs. Zegarelli, Kutstacher, Hyman.  
Diagnóstico en Patología Oral  
Editorial Salvat 1972  
Primera Edición.
  
- 4.- Dr. Robert Gorlin.  
Patología oral  
Editorial Salvat 1973  
Sexta Edición.
  
- 5.- Dr. William Shafer  
Patología Bucal.  
Editorial Interamericana 1977

Tercera Edición.

6.- Dr. Irving Glickman.

Periodontología clínica.

Editorial Interamericana 1974

Cuarta Edición.

7.- Dr. Hayes Luis

Diagnóstico clínico de las enfermedades de  
la boca.

Editorial Uteha 1954.

Segunda Edición.

8.- Dr. Robbins Stanley.

Tratado de Patología Oral.

Editorial Interamericana 1968.

9.- Dr. Richard W. Tiecke.

Oral Pathology.

Editorial Interamericana.

10.- Dr. Cesar Lopez Acevedo.

Manual de Patología Oral.