



Universidad Nacional
Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TUMORES BENIGNOS DE LA CAVIDAD ORAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

Martha Leticia Jiménez Cáliz
Emilio Guillermo Gómez González



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.

I N D I C E

Pág.

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

TEMA I. - Embriogénesis de la cavidad oral.	1
TEMA II. - Anatomía de la cavidad oral.	5
TEMA III. - Generalidades de tumores:	10
- Clasificación de neoplasias.	17
- Aspectos normales de la cavidad oral.	17
- Flora bacteriana normal de la boca.	18
- Definiciones y nomenclatura de tumores.	18
- Características y diferencias entre tumor benigno y tumor maligno.	21
TEMA IV. - Clasificación de tumores benignos.	23
TEMA V. - Tumores benignos de tejidos blandos:	
- Papiloma epitelial	26
- Fibroma	27
- Mixofibroma	28
- Lipofibroma	29
- Lipoma	30
- Fibroma odontogénico periférico.	31
- Hemangioma	32
- Hemangioma esclerosante	33
- Endoteloma	33
- Nevo flammeus	34

	Pág.
- Angioqueratoma	35
- Linfagioma	35
- Mioblastoma	36
- Rabdomioma	37
- Plasmocitoma periférico	38
TEMA VI. - Tumores mixtos de glándulas salivales:	
- Adenoma oxifllico (oncositoma)	40
- Tumor de Warthing (cistadenoma papilar lin- fomatoso)	40
TEMA VII. - Tumores de los maxilares:	42
A. - Tumores odontogénicos ectodérmicos	
- Ameloblastoma simple	42
- Adenomeloblastoma	43
- Ameloblastoma acantomatoso	44
B. - Tumores odontogénicos mesodérmicos	
- Mixoma odontogénico	45
- Fibroma odontogénico	45
- Dentinoma	46
- Cementoma y fibroma cementificante	47
C. - Tumores mixtos odontogénicos	
- Fibroma ameloblástico	49
- Hemangioma ameloblástico	50
- Odontoma ameloblástico	50

	Pág.
- Odontoma complejo y compuesto	51
D. - Tumores no odontogénicos	
- Osteoma	52
- Condroma	53
- Mixoma osteogénico	
TEMA VIII. - Quistes de tejidos blandos:	55
- Quistes del conducto tirogloso	55
- Quiste branquial	56
- Quiste dermoide	57
- Quistes de retención:	
a. - Ránula	58
b. - Mucocele	60
TEMA IX. - Quistes de los maxilares:	
- Granuloma dental	62
A. - Quistes odontogénicos (periodontales)	
- Quistes radiculares	63
- Quistes foliculares	65
B. - Quistes no odontogénicos	
- Quistes suturales:	67
a. - Medios	67
b. - Globulomaxilares	69
c. - Nasoalveolares	70
d. - Nasopalatinos	71

	Pág.
- Quistes hemorrágicos	72
- Quistes de erupción	73
CONCLUSIONES.	75
BIBLIOGRAFIA.	77

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

Los tumores de la cavidad oral y de las estructuras adyacentes constituyen una fase importante dentro de la Odontología, a causa del papel que el Odontólogo desempeña en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones.

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 potencial para la salud de los pacientes.

Hay más de 200 tipos de enfermedades comunes y no comunes que afectan la cavidad bucal del hombre y aproximadamente el 3% pone en peligro la vida. De la mayoría de tumores bucales, muchos rara vez serán observados por el Odontólogo general; por consiguiente en bien del mejor cuidado del paciente como del futuro de la profesión Odontológica, es de máximo interés que el Odontólogo esté familiarizado con ellos para que cuando se presente uno, pueda instituir el tratamiento adecuado o remitir al paciente a un especialista.

En este trabajo que presentamos, no se tratará nada desconocido sobre tumores benignos bucales, pues es solo una recopilación de datos, experiencias e investigaciones de diversos autores que nos brindan sus conocimientos adquiridos en el campo de la investigación.

Trataremos la etiología, histopatología, las manifestaciones clínicas

y el tratamiento de todos y cada uno de los tumores del tipo benigno que se presentan en la cavidad oral.

Consideramos de importancia hacer una descripción anatómica y embriológica de la cavidad oral para así conocer las partes constitutivas de ésta.

Se hace también un resumen embriológico para así conocer la forma en que se desarrolla la cavidad oral a nivel embriológico.

TEMA I

E M B R I O G E N E S I S

En el crecimiento embriológico de la cara, se debe considerar a la ontogenia desde un plano genético, basándonos en que todo ser es engendrado por otro semejante, ya que la transmisibilidad hereditaria es inobjetable.

Embriológicamente el primer fenómeno que se produce en el huevo - es su segmentación en dos mitades iguales (blastómeros), uno de los cuales es voluminoso y transparente y el otro es pequeño y granuloso; y así suceden un sinnúmero de divisiones hasta llegar un momento en que los blastómeros claros se multiplican más rápidamente, a este estado se le denomina "gástrula", en las células granulosas aparecen vacuolas que se interponen entre las claras y las granulosas, a este se le denomina "vesícula blastodérmica", la zona en que el conglomerado granuloso se une a la pared interna de la vesícula se le denomina área embrionaria, porque en ella se desarrolla el embrión; a partir de esto se forma el ectodermo, el endodermo y el mesodermo de los cuales derivan todos los tejidos y órganos, y es del ectodermo precisamente de donde se originan los tejidos de la cavidad bucal.

Aproximadamente en la quinta semana encontramos que el embrión está formado por un proceso frontal y cinco arcos branquiales; sea el

primer arco branquial el que va a dar origen o a partir de ello se desarrollará la cara, cráneo y parte del cuello.

El desarrollo de la cara, no está supeditado al desarrollo del encéfalo, sino al del aparato masticatorio. La frente a la que algunos consideran como parte integrante del cráneo y otros como perteneciente a la cara; la tomaremos como parte integrante del cráneo, ya que embriológicamente pertenece a éste pues su desarrollo va ligado al del encéfalo.

En la sexta semana, el primer arco branquial se divide en dos, dando el proceso maxilar y el proceso mandibular; mientras que en el proceso frontal aparecen dos fositas, una a cada lado, denominadas fositas olfatorias, que se prolongan hacia arriba por dos surcos (surcos nasales), por arriba del mamelón frontal encontramos un lóbulo medio o sea el proceso lobular y a cada lado del cual existen dos surcos, limitados cada uno de ellos por el proceso nasal interno por dentro y por el proceso nasal externo por fuera.

De las fositas olfativas derivan las fosas nasales y de la unión de la línea media del proceso globular y en prolongación maxilar del primer arco branquial se derivan la mayor parte de los maxilares y el labio superior. Los procesos maxilares forman también la pared lateral y el piso de la órbita; además los cigomáticos unidos con el proceso nasal lateral y el proceso globular, forman la porción late-

ral del labio superior y borde posterior de las cavidades nasales.

El paladar primitivo está formado por la unión de los procesos maxilares y nasal por delante, y por la unión de la prolongación palatina de los procesos maxilares por detrás. El cierre del paladar empieza a ocurrir alrededor de la octava semana, completándose el cierre del paladar blando más o menos a la décima primera semana.

El maxilar superior está formado en su mayor parte por la prolongación interna o incisiva llamada también intermaxilar y del proceso nasal interno que deriva de la prolongación frontonasal. Hacia los dos meses de vida intrauterina aparecen en este hueso cinco puntos de osificación: uno malar, uno orbitonasal, uno nasal, uno palatino y uno incisivo porque formará la porción del hueso en la que se implantan dichos dientes, el hueso intermaxilar al que nos hemos referido no es más que la porción del maxilar que deriva del punto de osificación incisivo.

El primer arco branquial se divide en dos procesos, uno maxilar y uno mandibular, este último dará dos ramas; una derecha y otra izquierda, de aquí se desarrollarán dos puntos: la mandíbula, los músculos de la masticación y la parte anterior de la lengua.

Al principio el maxilar inferior (hueso impar), es doble y cada una de sus mitades se desarrollará independientemente hasta poco des--

pués del nacimiento en que ambas se unen en línea media.

En el espesor de cada hemimaxilar existe un cartílago (de Meckel) - que desempeña un papel muy importante en la formación de la mandíbula, pues constituye un armazón alrededor de la cual se efectúa la osificación. Este cartílago nace en la región auricular y dirigiéndose hacia la línea media, se une con el del lado opuesto en la sínfisis mentoniana. La fusión de cartílago de Meckel no es del todo conocida pero se sabe que hacia la línea media se osifica, hacia atrás forma el martillo y el yunque y en la parte media se reabsorbe y desaparece. A los cincuenta días de vida intrauterina aparecen en cada hemimaxilar seis puntos de osificación: el punto inferior, que formará el borde inferior del cuerpo, el punto incisivo, situado al lado de la sínfisis; el punto suplementario del agujero mentoniano, que contribuye a formar dicho agujero; el condileo, que formará el condilo y la porción superior de la rama; el punto coronoide que formará la apófisis coronoides; y por último el punto de la espina de Spix.

Hacia los cinco meses de vida intrauterina empieza la transformación del conducto dentario.

TEMA II

ANATOMIA DE LA CAVIDAD ORAL

La boca es una cavidad muy irregular, comprendida entre el orificio bucal y el istmo de las fauces. Las arcadas dentales la dividen en dos partes: por delante el vestíbulo de la boca y por detrás la boca propiamente dicha.

Las numerosas formaciones que limitan la cavidad oral se reparten en varias regiones a saber:

1. - Región labial
2. - Región geniana
3. - Región palatina
4. - Región sublingual y lengua
5. - Región gingivodental
6. - Región amigdalina o tonsilar

REGION LABIAL.

Región impar o central que comprende todas las partes blandas que constituyen los labios.

REGION GENIANA.

La región geniana (gena-mejilla) es una región irregularmente cuadrilátera que ocupa las partes laterales de la cara.

REGION PALATINA.

La región palatina constituye la pared superior y posterior de la cavidad oral, comprende a la vez bóveda palatina y el velo del paladar.

REGION SUBLINGUAL.

Es aquella parte del suelo bucal que se pone al descubierto al levantar la lengua. Tiene por órgano esencial la glándula sublingual; se reduce casi al compartimiento sublingual y su contenido.

REGION GINGIVODENTAL.

Esta región comprende la porción del borde libre de los dos maxilares (superior e inferior) tapizados por las encías y en la parte superior de dichos maxilares se implantan los dientes.

REGION TONSILAR.

La región tonsilar o amigdalina, par y simétrica es la región ocupada por la tonsila o amígdala.

MAXILAR SUPERIOR.

La masa ósea, cuyo conjunto constituye la cara situada en la parte anterior e inferior del cráneo, ésta se divide en dos porciones llamadas mandíbulas superior e inferior.

La región del maxilar superior se encuentra constituida por seis pa-

res de huesos dispuestos simétricamente a cada lado de la línea me dia que son: el maxilar superior, el hueso malar, el unguis, la par te inferior de los huesos propios de la nariz, el palatino y como - hueso impar el vomer.

El maxilar superior se encuentra situado a los lados de la línea me dia de la cara y es el sitio de elección para la implantación de las piezas dentarias superiores que también entra en constitución de las principales regiones y cavidades de la cara, como son la bóveda pa latina, fosas nasales, cavidades orbitarias, fosas cigomáticas y fosas pterigomaxilares.

El maxilar superior es regularmente cuadrilátero y ligeramente apla nado de dentro a afuera.

Se consideran dos caras: una interna y una externa, cuatro bordes y cuatro ángulos. Teniendo una cavidad que ocupa casi toda su masa, - siendo el seno maxilar, y dicha cavidad disminuye notablemente su - peso, pero no siendo así su resistencia.

MAXILAR INFERIOR.

Situado en la parte inferior de la cara, la mandíbula es un hueso im par, central y simétrico constituyendo por sí solo la mandíbula infe rior, para su estudio se dividirá en tres partes: un cuerpo y dos ra mas laterales.

El cuerpo en forma de herradura, cuya concavidad mira hacia atrás, tiene dos caras: una anterior y una posterior; dos bordes uno superior y uno inferior.

Los movimientos de la mandíbula pueden clasificarse como sigue:

1. - Apertura y cierre
2. - Protusión y retrusión
3. - Lateralidad de derecha a izquierda y viceversa.

Todos estos movimientos intervienen en la función de la masticación, estos movimientos están controlados por un grupo de músculos.

Los músculos de la masticación son: temporal, pterigoideo interno, pterigoideo externo y masetero, aunque también encontramos que otras masas musculares intervienen en la masticación, estas masas musculares son: el milohioideo, el homohioideo y el tirohioideo y el digástrico en su vientre anterior.

TEMPORAL.

Músculo estriado, ocupa la fosa temporal y de ahí se extiende en forma de abanico con su vértice dirigido hacia la apófisis coronoides del maxilar inferior.

MASETERO.

Músculo estriado, corto, grueso, de forma cuadrilátera que se ex--

tiende desde la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior.

Este músculo está constituido por un haz superficial más voluminoso que se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante. Ambos haces separados por un espacio que contiene tejido adiposo.

PTERIGOIDEO INTERNO.

Músculo estriado, grueso y de forma cuadrilátera que comienza en la apófisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

PTERIGOIDEO EXTERNO.

Músculo con forma de cono cuya base corresponde a la base del cráneo que va desde la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo del maxilar inferior.

Dividido en dos haces: uno superior o esfenoidal y otro inferior o pterigoideo.

En conclusión la trituración o división de los alimentos comienza en la boca, por la acción combinada de los maxilares, los dientes, los músculos masticadores, de la lengua y de las mejillas.

TEMA III

GENERALIDADES

Denominamos tumor, neoplasia o blastoma a la proliferación desordenada de las células, a la neoformación excesiva de los tejidos que se desenvuelven en forma más o menos circunscrita sin desempeñar una actividad útil al organismo.

Los tumores pueden proceder de todos los tejidos del organismo incluso de los embrionarios, no todas las formaciones tumorales constituyen neoplasias propiamente dichas.

No es posible establecer una distinción precisa entre el proceso inflamatorio tumoral y el tumor genuino, recurriendo solamente a la investigación clínica y al estudio radiológico sino que en este caso se considera al examen histológico como decisivo.

Todos los tumores constituyen matrices secundarias procedentes del tejido que les ha servido de matriz, si bien puede diferenciarse en algunos casos de las células de dicho tejido fundamental.

Las células pierden su capacidad funcional por diversas circunstancias.

Según sus caracteres histológicos e histogenéticos, los tumores se clasifican en tres grupos:

1. - Los constituidos por células conjuntivas, es decir neoformaciones de origen mesodérmico que proceden de un tejido único y por consiguiente se ha denominado "histeoides".
2. - Tumores epiteliales caracterizados por la proliferación epitelial, pero que contienen igualmente tejido vascular y conectivo ofrecen analogía con los órganos en funcionamiento y por lo tanto se les ha dado el nombre de "organoides".
3. - Un grupo especial que comprende los tumores mixtos, son formaciones procedentes de tejidos conjuntivos y epiteliales de alta diferenciación, se les ha denominado "teratoides".

Entre los tumores propiamente dichos solamente deben agruparse las neoformaciones en las que reproducen siempre determinados caracteres de un modo autónomo y en apariencia independiente de las partes anexas, ciertas formaciones atípicas invaden tejidos que parecen normales debido a causas desconocidas.

Crecen constantemente, algunas veces se producen detenciones del crecimiento y regresiones aparentes.

El crecimiento del tumor se produce independientemente de los procesos que tiene lugar en las partes anexas e incluso en sentido opuesto a ellos; tan solo existen ciertas relaciones entre ellos por lo que se refiere a la nutrición.

Hemos de excluir del concepto de tumor:

1. - El desarrollo excesivo de degeneración hiperplástica e inflamatoria; la hiperplasia, la hipertrofia y proliferación inflamatoria, incluso las proliferaciones de las mucosas; como pólipos y todos los granulomas infecciosos específicos como los que se observan en la tuberculosis, actinomicosis y sífilis y además todos los tumores de granulación inespecíficos.
2. - La formación tumoral que tenga su origen en el sistema dentario y de las deformidades.

Su estructura exterior es tan variada y apenas puede ser objeto de una descripción general, sin embargo las formas más típicas son: - Nodular, Circunscrita e Infiltración difusa.

La configuración del tumor depende de su localización y disposición anatómica de las partes anexas al mismo.

Las clases más variadas se observan en los tumores que afectan la piel y mucosas, observándose que hay algunos de ellos que están formados por un pedículo corto o alargado y otros que presentan un aspecto mamelonado o arborescente.

El tumor se compone del parénquima o formación específica blastodérmica como ya hemos indicado anteriormente que en los tumores histeoides el estroma puede asimilarse el parénquima del tumor hay

veces como ocurre en el fibroma.

El parénquima de los tumores está constituido por células de naturaleza específica que los de índole que han terminado su desarrollo tienen analogía con las células madres y en los tumores atípicos cuyo crecimiento no se ha realizado por completo, difieren morfológicamente de ella. Las células de los tumores que no han llegado a su desarrollo completo reproducen todas las formas de los tejidos embrionarios. También hay diferencias químicas y biológicas entre el tumor y el tejido que le ha servido de matriz.

El estroma o tejido de sostén de los tumores consta por una parte de tejido conectivo de la región en que se desarrolla y por otra de tejido conectivo neoformado; contiene vasos sanguíneos, pero está desprovisto de linfáticos.

Las células de la neoplasia se reproducen por división celular directa o indirecta, siendo especialmente los tumores atípicos los que presentan formas anormales de división celular (mitosis asimétrica).

La patogenia de las neoplasias se desconoce aún actualmente, lo mismo que los procesos histológicos que se producen durante su desenvolvimiento, pero se sabe que existen diferentes características entre la evolución de los tumores que han terminado su desarrollo y las de los que aún no lo han alcanzado. De la naturaleza de este se deduce hasta cierto punto el concepto de benignidad o malignidad del

tumor.

Los tumores pueden ejercer compresión a causa de su desarrollo sobre los órganos circundantes, sin alterarlos en su funcionamiento ni invadir los tejidos anexos, rodeándose de una membrana aislante, - en cuyo caso se les denomina tumores.

En cambio cuando las partículas de uno de ellos invaden los intersticios de los tejidos anexos o las células neoplásticas llegan a la corriente sanguínea o linfática dando lugar a metástasis se trata de un tumor maligno en el que no existe una limitación entre los tejidos sanos y los lesionados, y se produce una infiltración neoplástica destructora. El desarrollo de un tumor puede ocasionar en el tejido indemne un proceso de fusión o atrofia por compresión.

En los tumores especialmente en los malignos pueden producirse recidivas post-operatorias ocasionadas por residuos del tumor extirpado o incluso por renovación del proceso neoplásico en la zona operada, - suponiéndose que esto se debe a una redistribución especial del tejido matriz del tumor.

La importancia clínica de una neoplasia depende especialmente de su naturaleza; un tumor benigno puede también dar lugar a graves alteraciones por los desplazamientos que puede originar su desarrollo según el órgano sobre el que un tumor en crecimiento ejerce compresión, puede ser un nervio o vaso sanguíneo produciendo trastornos -

neurálgicos o vasculares y según su localización algunas veces ocasionará la muerte del enfermo.

El diagnóstico de las neoplasias no siempre es fácil pues requiere un estudio atento de la anamnesis, un minucioso examen clínico e histológico, nociones de patología especial y una experiencia clínica probada.

La anamnesis es de suma importancia pues son muy útiles los datos que el paciente puede proporcionar acerca de la época en que la enfermedad tuvo su aparición, del desarrollo anterior de la neoplasia y de las causas que se le atribuyen.

Además debemos proceder a un examen local y general del paciente investigando los caracteres y grados de extensión del tumor y los síntomas generales que pueden observarse.

Hay que considerar la clase de tumores que suelen evolucionar en la región enferma y los medios auxiliares de que podemos disponer para establecer el diagnóstico preciso.

Los medios de exploración local estriba en la inspección y palpación ya que ambos nos proporcionan datos referentes a la localización y extensión del tumor sobre sus:

1. - Límites y forma la cual puede ser redondeada, ovalada, aplanada o hemisférica.

2. - Implantación la cual puede ser por medio de un pedículo o asentado sobre una amplia base.

3. - Tamaño el que puede compararse con el de una lenteja, cereza, nuez, huevo de gallina, etc.

4. - Aspecto de su superficie, es brillante o se halla edematizada, si existe degeneración ulcerosa y en caso de ulceración si es superficial o profunda, si tiene forma de cráter o presenta los bordes socavados y el fondo necrosado.

Debemos observar si las zonas anexas al tumor están indemnes u ofrecen manifestaciones neoplásicas, además se observará si el tumor está bien limitado o si se produce una infiltración difusa.

La palpación nos orienta acerca de los límites de la neoplasia, de sus relaciones con las partes anexas y sobre su limitación o propagación a los tejidos sanos, también nos indica si el tumor es fácilmente desplazable o si está sólidamente implantado sobre la parte subyacente; por la palpación sabremos su forma y apreciaremos si es liso, tuberoso o lobulado; sabemos también si es duro, blando o remitente y si es fluctuante.

La palpación deberá efectuarse con ambas manos.

Otros medios auxiliares del diagnóstico es la punción de prueba y la extirpación de una porción de la neoplasia y su examen consecutivo,

la punción nos proporcionará datos acerca del contenido del tumor.

Para el diagnóstico de múltiples tumores es necesario hacer radiografías ya que esto es complemento de la investigación clínica que esclarece muchas dudas, proporcionándonos datos precisos acerca del estado de los huesos y constituyen un auxiliar valioso para el diagnóstico definitivo.

CLASIFICACION DE NEOPLASIAS.

- 1.- Neoplasias de origen mesodérmico procedentes del tejido conjuntivo o de otros análogos.
- 2.- Tumores de origen epitelial.
- 3.- Neoplasias especiales constituidas por el endotelioma que puede considerarse como grado intermedio entre las neoformaciones conjuntivas y epiteliales.
- 4.- Tumores mixtos.
- 5.- Quistes.

ASPECTOS NORMALES DE LA CAVIDAD BUCAL.

Los tejidos de cavidad bucal son afectados por los mismos procesos patológicos básicos que otras áreas del cuerpo. Sin embargo en la boca producen cantidades nosológicas peculiares, porque los tejidos que

participan son también peculiares del área.

FLORA BACTERIANA NORMAL DE LA BOCA.

Los microorganismos bucales son, en su mayor parte, parásitos de - patogenicidad escasa o nula, aunque algunos son patógenos verdaderos. Los microorganismos deben considerarse invariablemente como posibles agentes etiológicos primarios en las enfermedades bucales, o como factores secundarios que originan cambios tisulares que modifican otras alteraciones patológicas en distintas áreas de la boca, - difiera la población bacteriana de tiempo en tiempo; uno de los grupos contiene un nivel relativamente constante en algunos sujetos. También varía el porcentaje de microorganismos semejantes presentes en la boca de distintas personas.

Se observan: estreptococos alfa y gamma, estreptococos anaerobios, - lactobasilos, basilos fisiformes, muchas formas de espiroquetas, - cocos grampositivos, cocos gramnegativos, actinomicetos, levaduras de varios tipos que incluyen monilia y virus del herpes simple. Menos a menudo se presentan estreptococos hemolíticos y neumococos.

DEFINICIONES DE TUMORES.

Es difícil proponer una definición de neoplasia que se aplique a todos los tumores y que además esté libre de defectos.

Las dificultades más importantes son:

1. - Los tumores tiene comportamiento variable, anárquico y difícil de predecir sistemáticamente.

2. - Se ignora la naturaleza biológica que les da origen.

La mejor definición será descriptiva de las características generales y comunes a la mayoría de las neoplasias.

La palabra tumor se usó originalmente para describir cualquier tipo de masa o tumefacción; su identificación se ha hecho más restringida conforme han aumentado los conocimientos acerca del carácter de estas masas; la palabra tumor hoy se usa casi como sinónimo de neoplasia o neoformación.

Algunos autores intentaron hacer todavía más específica la definición.

1. - Definición de Willis. - es una masa anormal de tejido, que persiste de manera excesiva después de que cesa el estímulo que le ha producido.

2. - Definición de Anderson. - neoplasia es un crecimiento nuevo de tejido no controlado.

3. - Definición de Berenblum. - tumor es un tejido que crece activamente, formado por células derivadas de una que ha sufrido un tipo anormal de diferenciación irreversible; crecimiento progresivo, debido a retraso persistente, maduración de células de origen. La natu-

raleza de la diferenciación irreversible, aún se desconoce.

4. - Definición de Boyd. - puede definirse como un crecimiento de células nuevas que proliferan sin control y que no poseen ninguna función útil.

5. - Definición de Costero. - tumores en sentido estricto, neoplasias, neoplasmas, blastomas a la proliferación celular de carácter autónomo de los tejidos.

6. - Definición de McCallum. - masas de tejidos que semejan tejidos normales, pero sin ser idénticos a ellos, crecen sin someterse a las leyes que gobiernan el crecimiento del tejido normal.

7. - Definición de Robbins. - tumor es un crecimiento patológico de te
jido.

NOMENCLATURA DE TUMORES.

El conocimiento de los tumores es tan antiguo como la humanidad y muchos de los nombres que se aplican a las neoplasias se han heredado de épocas remotas. A pesar de que se han propuesto otros sistemas de nomenclatura, los nombres consagrados por el tiempo y la tradición continúan siendo los más usados.

No es posible establecer reglas generales de nomenclatura que no tengan muchas excepciones; quizá la única regla uniforme sea la particu

la "OMA" para indicar la naturaleza neoplásica del proceso. Lo mejor es hacer una lista de los términos y memorizarla. Sin embargo, antes de enumerar los nombres de los tumores de deben tomar en cuenta varios principios.

1. - Las distintas denominaciones deben sugerir los aspectos más importantes del tumor, que son su estructura histológica y su comportamiento biológico.

2. - Cuando se habla de neoplasia en enfermos, debe agregarse al nombre otras indicaciones fundamentales, que son la topografía y la extensión.

DIFERENCIAS ENTRE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS.

Las características que los diferencian son en cuanto a:

1. - **ESTRUCTURA Y DIFERENCIACION.** El tumor benigno guarda las características del tejido que le dió origen, y en el tumor maligno es poco diferenciada.

2. - **MODO DE CRECIMIENTO.** En el tumor benigno, el crecimiento es expansivo y con formación de cápsula; en el tumor maligno es infiltrativo y no existe la formación de cápsula.

3. - **VELOCIDAD DE CRECIMIENTO.** En el tumor benigno, el crecimiento es lento y presenta pocas mitosis normales, en el tumor maligno

existen muchas mitosis anormales y el crecimiento es rápido.

4. - PROGRESION DEL CRECIMIENTO. En el tumor benigno, su crecimiento es lento y progresivo, puede detenerse o regresar; en el tumor maligno este crecimiento raramente cesa, casi siempre es rápido y progresivo hacia la muerte.

5. - METASTASIS. En el tumor benigno hay ausencia de metástasis - y en el tumor maligno generalmente existe metástasis.

TEMA IV

CLASIFICACION DE TUMORES BENIGNOS

1. - Tumores de tejidos blandos:

Papiloma epitelial
Fibroma
Mixofibroma
Lipofibroma
Lipoma
Fibroma odontogénico periférico
Hemangioma
Hemangioma esclerosante
Endotelioma
Nevo Flammeus
Angioqueratoma
Linfagioma
Mioblastoma
Rabdomioma
Plasmocitoma periférico

2. - Tumores de glándulas salivales:

A: Tumores mixtos benignos

Adenoma oxiflico (oncocitoma)

Tumor de Warthing (Cistademona papilar linfomatoso).

3. - Tumores de los maxilares:**A: Tumores odontogénicos****Ectodérmicos****Ameloblastoma simple****Adenomeloblastoma****Ameloblastoma acantematoso,****B: Tumores odontogénicos mesodérmicos****Mixoma odontogénico****Fibroma odontogénico****Dentinoma****Cementoma y fibroma cementificante.****C: Tumores mixtos odontogénicos****Fibroma ameloblástico****Hemangioma ameloblástico****Odontoma****Odontoma compuesto y complejo****D: Tumores no odontogénicos****Osteoma****Condroma****Mixoma osteogénico****4. - Quistes de los tejidos blandos:****Quistes del conducto tirogloso**

Quiste branquial

Quiste dermoide

Quistes de retención

a) Ránula

b) Mucocele

5. - Quistes de los maxilares:

Granuloma dental

A: Quistes odontogénicos

(periodontales)

Quistes radiculares

Quistes foliculares

B: Quistes no odontogénicos

a. - Suturales

Medios

Globulomaxilares

Nasoalveolares

Nasopalatinos

b. - Hemorrágicos

c. - De erupción

TEMA V

TUMORES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

1. - Papiloma Epitelial. Se considera benigno en la cavidad oral excepto cuando se presenta en forma de lesiones múltiples en el paladar, en cuyo caso se debe sospechar de malignidad.

Etiología. - Es desconocida, entre las causas señaladas se encuentran los traumatismos, los disturbios metabólicos y un virus.

Manifestaciones clínicas. - La lesión se presenta como una proyección relativamente pequeña, alargada, digitiforme o plana que se fija por un pedículo o una base amplia. Se observa en los labios, lengua, mucosa del carrillo y otros sitios, pero el lugar que más frecuentemente presenta este tipo de lesión es el paladar. Se presenta con más frecuencia en personas adultas de ambos sexos.

Histopatología. - El papiloma se compone principalmente de un epitelio estratificado escamoso, que aparece en forma de ramificaciones y está sostenido por bandas delgadas de tejido conjuntivo fibroso adecuadamente vascularizado por capilares pequeños. El epitelio en general es acantósico y presenta grados diversos de queratosis. Esta lesión se considera benigna, aunque en algunos casos como la papilomatosis múltiple del paladar, se observa disqueratosis en su

base, en el sitio donde se une con la mucosa adyacente y en estos casos es más acertado hacer un diagnóstico de "Papiloma con alteraciones leucoplásticas".

En tal caso hay que dudar de la completa benignidad de la lesión y el padecimiento debe tratarse como un tumor premaligno.

Tratamiento. - El tratamiento adecuado es la extirpación quirúrgica, incluyendo una pequeña porción del tejido adyacente normal, después se sutura el defecto. La cicatrización se realiza sin complicaciones.

2.- Fibroma. - Este tiene su origen en las capas profundas de la submucosa o del periostio de los maxilares.

Macroscópicamente suelen ser nódulos pequeños (aproximadamente de 1 a 4 cm.) discretos, encapsulados, redondos u ovalados, de consistencia simple que varían desde masas blandas y flexibles (fibroma blando) a nódulos sumamente duros y resistentes (fibroma duro). Pueden alcanzar mayor volumen (aproximadamente de 15 a 20 cm.). Pueden presentarse a cualquier edad y en cualquier sitio del cuerpo.

Etiología. - Es desconocida y también se le denomina fibroma de irritación.

Manifestaciones clínicas. - Pueden presentarse en cualquier parte de-

la boca, en la lengua y en la mucosa del carrillo. Se observan diversidad de formas. Algunos son duros y están compuestos por tejido conjuntivo denso, otros son blandos debido a su notable vascularización y celularidad. Puede estar fijo ya sea por una base amplia o por un pedículo delgado y angosto. Su color varía desde el azul rojizo al rosa y depende de la cantidad de queratina formada y del grupo de vascularización.

Generalmente son del mismo color que la mucosa adyacente. Cuando hay infección secundaria se presenta dolor, hemorragia.

Histopatología. - Se compone principalmente del tejido conjuntivo fibroso, dispuesto de manera irregular y en el cual, a veces, hay depósitos de colágena. Se observa inflamación aguda cuando la lesión se ulcera. Siempre hay un cierto grado de queratosis sobre todo en las áreas donde la irritación se efectúa.

Tratamiento. - Es el mismo que para el papiloma epitelial o sea la extirpación quirúrgica completa, incluyendo una parte del tejido adyacente con la posterior sutura del defecto.

3. - Mixofibroma. - Este puede presentarse en cualquier parte de la cavidad oral.

Etiología. - Es desconocida.

Manifestaciones clínicas. - Es de crecimiento lento, de aspecto translúcido y pálido. Se encuentra fijo ya sea por una base amplia o por un pedículo.

Generalmente tiene apariencia lobulada. Raras veces aparecen síntomas subjetivos, a menos que haya ulceración. El tumor por lo general es blando.

Histopatología. - Este tipo de tumor en general es vascularizado. Rara vez aparecen elementos inflamatorios, a menos que haya ulceración. La cubierta de epitelio escamoso puede estar adelgazada o relativamente normal.

Tratamiento. - Es el mismo que para los dos anteriores, escisión - quirúrgica.

4. - Lipofibroma. - Este tipo de tumoración se presenta en la cavidad bucal y en cualquier otra parte del cuerpo.

Etiología. - Es desconocida aunque se cree que es de origen neoplásico.

Manifestaciones clínicas. - Se presenta casi siempre en los tejidos - blandos de los labios, carrillos, lengua, mucosa gingival y algunas veces dentro del hueso de la mandíbula o maxi-

lar, en algunos casos la superficie se encuentra cruzada por pequeños capilares, que le dan un aspecto venoso.

Las tumoraciones son móviles y con frecuencia se encuentran fijas por un pedículo o por una base amplia. Cuando están situados dentro de la substancia ósea se consideran producidas por una hiperplasia de la mucosa ósea grasosa en el área afectada. En este sitio aparecen como áreas radiolúcidas al examen radiológico. Raras veces se presentan síntomas clínicos, a menos que exista una ulceración secundaria, en cuyo caso hay dolor.

Histopatología. - Se compone de células de grasa separadas en lóbulos por bandas delicadas de tejido conjuntivo fibroso y vascularizado.

Tratamiento. - Es el mismo que para el papiloma epitelial.

5. - **Lipoma.** - Son tumores corrientes sobre todo en el adulto, pueden ocurrir en cualquier sitio, más frecuente en tejido subcutáneo, sobre todo en regiones ricas en grasa. Macroscópicamente el lipoma característico es una masa de límites imprecisos, cápsula delgada blanda y multilobular, de tejido adiposo adulto característico; encapsulación deficiente y la tendencia de los lóbulos al prolongarse en el tejido adiposo adyacente. Las hemorragias y las necrosis son raras, estos tumores pueden ser únicos o múltiples y en estos últimos casos a ve-

ces muestran distribución simétrica o se asocian a malformaciones congénitas de la piel o de otros órganos con músculo o hueso.

Es semejante en todo al lipofibroma excepto en que es sumamente raro y no contiene tejido conjuntivo fibroso, elemento muy notable en el lipofibroma.

Tratamiento. - Es el mismo que para el papiloma epitelial.

6. - Fibroma odontogénico periférico. - Se presenta en el tejido gingival y proviene del tejido conjuntivo fibroso del periodoncio.

Etiología. - Se cree que la causa es una respuesta a traumatismos.

Manifestaciones clínicas. - Sobresale de los tejidos adyacentes y suele estar unido al periodoncio por un pedículo o por una base amplia. Puede ser de color más pálido o casi igual al de la mucosa adyacente y generalmente duro, dependiendo de la naturaleza del armazón y de si hay o no sustancias calcificadas.

Con frecuencia separa los dientes o los desvía de su posición normal. Con este tumor se ulcera fácilmente, entre los síntomas más frecuentes se observa dolor y hemorragia.

Histopatología. - En la mucosa de estos tumores en ocasiones se en

cuentra cemento, hueso o sustancia calcificada. Se clasifican en: Fibroma odontogénico periférico con hueso o cemento; o Fibroma odontogénico periférico con sustancias calcificadas debido a que en la submucosa de estos en ocasiones se encuentra cemento, hueso o sustancia calcificada.

Tratamiento. - Extirpación quirúrgica del tumor y de todos los elementos afectados incluso el tejido alveolar. Por lo común el defecto no puede ser llenado por medio de suturas y se debe permitir la granulación.

Siempre es indispensable el examen histopatológico.

7.- Hemangioma. - De este existen dos tipos: Caveroso y Capilar. - La mayoría de los hemangiomas son congénitos. Generalmente aparecen como nódulos bien limitados de color obscuro.

Etiología. - Es la misma a las hemangiomas. La diferencia principal reside en los signos clínicos e histopatológicos.

Manifestaciones clínicas. - Se forma por proliferación de las células endoteliales en la armazón del soporte. Son pálidas con tendencia a color rojizo, pueden crecer con tendencia a volverse destructivas.

Histopatología. - Proviene del tejido conjuntivo fibroso, este puede ser

tan acentuado que oblitera los vasos y el tejido conjuntivo fibroso y puede aparecer un endotelioma.

Tratamiento. - Se encamina hacia la extirpación del tumor, se efectúa por medio de una incisión quirúrgica completa y radioterapia.

8. - Hemangioma esclerosante. - Se conocen dos tipos de hemangioma esclerosante, ambos se parecen al hemangioma simple, por lo que respecta a etiología y a las manifestaciones clínicas. Sin embargo no son tan blandos y con frecuencia su color es más pálido. No siempre se aprecian las pulsaciones y la decoloración a la punción.

Histopatología. - Uno de los tipos se denomina Hemangioma esclerosante debido a una proliferación de las células endoteliales dentro de la luz de los capilares.

El otro tipo de Hemangioma esclerosante es aquel en que un traumatismo en la lesión produce inflamación y cicatrización con hipertrofia del tejido conjuntivo fibroso que comprime los capilares.

Se presenta generalmente en mejilla, lengua y labio.

Tratamiento. - Es por medio de la extirpación quirúrgica total.

9. - Endotelioma. - Es de origen mesenquimatoso y aunque benigno lo

calmente puede ocasionar daño importante.

Etiología. - La lesión es de origen neoplásico.

Manifestaciones clínicas. - Esta rara lesión es el equivalente periférico del tumor de Edwing; se observa con más frecuencia en el paladar blando y duro, de preferencia en la unión de ambos. Crece lentamente y rara vez produce síntomas objetivos hasta que llegue a un tamaño tal que impide el habla y la masticación. El endotelioma es un tumor blando y redondo que se extiende por encima de la superficie de los tejidos vecinos.

Histopatología. - Se compone de células endoteliales fusiformes, que forman grupos y espacios vasculares. En la submucosa se observa tejido conjuntivo fibroso que constituye la armazón de soporte de la lesión.

Tratamiento. - La extirpación quirúrgica además de una cantidad suficiente de tejido normal adyacente.

10. - **Nevo flammeus.** - Esta es una lesión vascular congénita que solo abarca los capilares superficiales.

Manifestaciones clínicas. - Puede abarcar la mucosa bucal donde toma un color rojo brillante. Estas lesiones varían de tamaño según su localización y su avance.

Tratamiento. - El único modo de tratar esta lesión es por extirpación quirúrgica del área atacada o por destrucción de los capilares, produciendo una trombosis de los vasos mediante una substancia esclerosante.

11.- Angioqueratoma. - Es poco más que un papiloma sumamente vascularizado.

Etiología. - No es específica.

Manifestaciones clínicas. - Se parece a una verruga o a un papiloma. Se proyecta parcialmente por encima de los tejidos vecinos y es un poco más obscuro que éstos. Es asintomático a menos que haya ulceración y entonces existe dolor.

Histopatología. - La lesión es muy semejante al papiloma pero la diferencia es su notable vascularización. Los capilares suelen ser grandes pero no del tipo cavernoso. La queratosis es marcada y debido a la irritación continua, abarca la totalidad de la lesión.

Tratamiento. - Cuando la lesión aparece en mucosa bucal o en el labio, el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica y la sutura.

12.- Linfangioma. - Se presenta tanto en niños como en adultos y en ambos sexos, es el equivalente linfático del hemangioma.

Etiología. - Estos tumores están compuestos de endotelio que proviene de las células que tapizan los linfáticos. Se cree que son congénitos aunque se presentan tardíamente.

Manifestaciones clínicas. - Las lesiones suelen estar situadas en el dorso de la lengua, son unilaterales, generalmente y con frecuencia se acompaña de queratosis patente que se observa como una área de color blanco y manchada. Los linfáticos pueden ser pequeños y circunscritos, o grandes con superficie nodular. Pueden dificultar el habla y la deglución.

Histopatología. - Microscópicamente se observa que se compone de espacios distendidos, unidos entre sí y regularmente cubiertos por una capa endotelial, pueden estar vacíos o llenos de linfa, cuya cantidad varía y algunas veces se observan algunos eritrocitos. En ocasiones pueden apreciarse un gran número de espacios vasculares acompañando a los linfáticos.

Tratamiento. - Es el mismo que para el hemangioma.

13.- Mioblastoma. - Llamado también neurofibroma de células granulosas, clínicamente e histológicamente ha sido confundido con el carcinoma epidermoide.

Etiología. - Aún es desconocida.

Manifestaciones clínicas. - Aparece con más frecuencia en el sexo masculino, no hay edad especial. Rara vez son de gran tamaño y a menudo sólo alcanzan unos cuantos milímetros de diámetro. Es la punta de la lengua el sitio en el que aparecen con más frecuencia. Las lesiones se presentan con formaciones pequeñas, ligeramente elevadas, de consistencia dura y aproximadamente del mismo color o más pálidas que el tejido adyacente. No suelen presentar síntomas y pueden pasar inadvertidos durante mucho tiempo.

Histopatología. - El epitelio que cubre la lesión presenta acentuada hiperplasia simulando a un carcinoma.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación quirúrgica amplia con la posterior sutura del defecto.

14. - **Rabdomioma.** - Es poco frecuente en la cavidad oral y se considera como una lesión premaligna.

Etiología. - Son verdaderos tumores, que provienen de las células mesenquimatosas destinadas a formar el músculo estriado.

Manifestaciones clínicas. - Estas lesiones son raras, suelen presentarse en la lengua. Son afectados con más frecuencia los individuos jóvenes, aunque no existe susceptibilidad en ningún grupo por razón de edad.

Clínicamente son nódulos duros circunscritos y elevados, de color más pálido que la mucosa adyacente, de crecimiento lento y por lo general es asintomático.

Histopatología. - Este tiene forma de huso, son grandes y multinucleados. Las estriaciones cruzadas en el citoplasma ayudan a hacer el diagnóstico, aunque no son un signo constante.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación completa debido al peligro que presentan de convertirse en lesiones malignas.

15. - **Plasmocitoma periférico.** - Puesto que estos se acompañan en ocasiones con el mieloma múltiple del hueso, deben manejarse con gran precaución.

Etiología. - Es desconocida, pero se cree que estos tumores son de origen reticuloendotelial.

Manifestaciones clínicas. - Son raros, generalmente son de origen extra óseo pero se sabe de casos en que han aparecido en el hueso. Son más frecuentes en el hombre que en la mujer y aparecen con más frecuencia entre las edades de 30 a 70 años. Los plasmocitomas son de color grisáceo, pedunculados o sésiles. Cuando se presentan en el piso de la boca tienen el aspecto de coliflor y se extienden por encima de la mucosa adyacente.

Muy rara vez producen dolor.

Histopatología. - La morfología celular es bastante uniforme y el tumor está compuesto por células plasmáticas de citoplasma abundante. Las células plasmáticas son abundantes y sus núcleos tiene forma de rueda de carreta. También son fibroblastos, linfocitos y células epiteliales en número pequeño. La vascularización es moderada. Tiene mucha importancia señalar que las células plasmáticas presentan pocas alteraciones morfológicas. La presencia de masas celulares sin que haya inflamación es un dato de importancia para el diagnóstico.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación quirúrgica, excepto cuando el defecto producido por dicha extirpación total sea tan grande que resulte imposible cerrarlo quirúrgicamente, en este caso se deben tener en cuenta las radiaciones y la radioterapia.

TEMA VI

TUMORES MIXTOS DE GLANDULAS SALIVALES.

1. - Adenoma Oxifilico (Oncocitoma). - Este es un tumor benigno que se origina en las glándulas salivales.

Etiología. - No se conoce exactamente el punto de origen pero se cree que proviene de los conductos o ácinos de las glándulas salivales.

Manifestaciones clínicas. - Estos tumores son raros, se presentan con más frecuencia en la mujer que en el hombre, después de los 60 años; casi siempre se observan en la parótida, este tipo de tumores siguen un curso largo.

Histopatología. - Es un tumor de células grandes con citoplasma finamente granular, núcleo pequeño y redondeado puede contener nucleolos. Estas células se distribuyen en capas separadas entre sí por bandas de tejido conjuntivo fibroso.

Tratamiento. - El tratamiento adecuado es la extirpación quirúrgica, teniendo cuidado de no seccionar el nervio facial. Este tipo de tumor rara vez recurre por estar bien encapsulados.

2. - Tumor de Warthin (Cistadenomapiilar Linfomatoso). - Este otro tipo de tumor benigno que se origina en las glándulas salivales.

Etiología. - Warthin pensó que provenía de la trompa de Eustaquio aunque su origen se ha asociado al sistema de conductos de las glándulas salivales. Recientemente se llegó a la conclusión de que derivan de elementos epiteliales de los conductos parotídeos incluidos dentro de los ganglios linfáticos y son debidos a la proliferación neoplásica de los elementos epiteliales de estos conductos, y a la acumulación concomitante del tejido linfoide.

Manifestaciones clínicas. - Se observan en parótidas pero también suelen presentarse en la glándula submaxilar, con más frecuencia en el hombre que en la mujer, entre los 50 y 60 años de edad. Pueden ser unilaterales o bilaterales.

Son redondeados, lisos, encapsulados, de crecimiento lento y de mayores de 5 centímetros, son libremente móviles.

Histopatología. - Formado por células epiteliales pavimentosas y acilificas con citoplasma granuloso distribuidas en largos cordones curvilíneos semejantes a procesos papilares.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación quirúrgica completa.

TEMA VII

TUMORES DE LOS MAXILARES

A. - AMELOBLASTOMA SIMPLE. - Este es el más común de este tipo.

Etiología. - Se debe a un traumatismo o a inflamación, con frecuencia el traumatismo a un diente en erupción o algún procedimiento quirúrgico.

Manifestaciones clínicas. - Se presentan en personas mayores de 30 años, predominando en el sexo masculino.

En las primeras etapas pueden constituir parte de un quiste folicular con la apariencia y sintomatología de estos quistes, en ocasiones se presentan como zonas radiolúcidas ya sea solitaria o multifásica de forma oval o redondeada - que puede llegar a confundirse con cualquier otra lesión ósea.

Es de crecimiento lento y asintomático o puede producir un acentuado agrandamiento y deformidad; Migración de dientes. Se origina en sitios como son el ápice de un diente o a un lado de este ápice; debajo de las raíces de los dientes o en la rama ascendente, cerca de la unión de esta con el cuerpo.

Son de crecimiento lento pero si se dejan sin tratamiento -

pueden alcanzar un tamaño que llega a producir distorsión de la parte afectada y puede reducir la mandíbula a una delgada cubierta ósea por lo que existe la posibilidad de fractura patológica. Las recidivas son frecuentes. Radiográficamente la lesión puede ser monoquística, poliquística o sólida lo que depende de la duración y rapidez del crecimiento. Los tejidos blandos rara vez están invadidos.

Histopatología. - Está formado por grupos de bandas y estrias de epitelio odontogénico sosteniendo un armazón de tejido conjuntivo fibroso inactivo. Presenta células cilíndricas periféricas y con frecuencia las células centrales se encuentran separadas entre sí y semejan un retículo estrellado.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación completa del tumor, aunque no siempre es posible esto. El ameloblastoma simple tiende a recidivar por lo que la extirpación debe hacerse con bastante extensión. - Algunas veces es necesario reseca la mitad de la mandíbula amplio margen de hueso normal lo cual está indicado en aquellos pacientes que han presentado varias recidivas.

B. - ADENOMELOBLASTOMA. - Es uno de los tipos más raros de ameloblastoma.

Etiología. - Al igual que el anterior se debe a un traumatismo o infla-

mación producida por un diente en erupción o por algún -
procedimiento quirúrgico.

Manifestaciones clínicas. - Más de la mitad de estos tumores se presentan en mandíbula y la materia en parte anterior y región del canino superior. Su tamaño varía desde unos cuantos milímetros hasta varios centímetros de diámetro, se presenta con más frecuencia en personas jóvenes (10 a 20 años) predominando el sexo femenino.

Se presenta como una zona radiolúcida solitaria bien definida por lo general asociada con coronas de dientes retenidos, crecimiento lento, asintomático, algunas veces puede producir agrandamiento.

Histopatología. - Este tipo de lesiones están formadas por epitelio activo con una armazón escasa de tejido conjuntivo fibroso. - Es un tumor encapsulado o circunscrito, consiste en estructuras en forma de conductos revestidos por células cilíndricas, hay gran cantidad de epitelio entre los conductos, los focos de calcificación también posibles.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación local conservadora ya que en este tipo de lesión no se presentan recidivas.

C. - AMELOBLASTOMA ACANTOMATOSO. -

Etiología. - Es la misma que en los anteriores.

Manifestaciones clínicas. - Son igual que en los casos anteriores y solo varía la edad de los pacientes que puede ser entre los-30 y 40 años, estas lesiones no tienden a recidivar.

Histopatología. - Existe una transición del epitelio odontogénico alta--mente diferenciado hacia células escamosas menos diferen--ciadas que se observan sobre todo en el centro de los gru--pos de células y rara vez en los cordones o bandas.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación mediante resección local de la porción invadida de hueso e incluyendo un amplio mar--gen de hueso normal.

2. - TUMORES ODONTOGENICOS MESODERMICOS.

A. - MIXOMA Y FIBROMA ODONTOGENICO. - Estos dos tipos solo se diferencian en la histopatología ya que el fibroma contiene depósitos - abundantes de colágena.

Etiología. - Son de origen mesenquimatoso y provienen de la papila de un folículo dentario antes de su calcificación del primordio de la pulpa o de la membrana periodontal. Aunque puede - haber células epiteliales odontogénicas. El tumor se forma de tejido mesenquimatoso. Este tipo de tumores se desarro--llan dentro de la substancia de la mandíbula o de los maxi--lares, y existe ausencia de dientes.

Manifestaciones clínicas. - Se presentan como zonas radiolúcidas solitarias con bordes bien definidos asociados con coronas de dientes retenidos. La lesión puede pasar inadvertida durante años y ser descubierta al hacer una radiografía de rutina. La lesión se extiende lentamente y rara vez produce síntomas hasta que produce deformidad. Se observa con más frecuencia en la zona del tercer molar mandibular, son unilaterales, se presentan en ambos sexos y en personas menores de 20 años.

Histopatología. - El mixoma se compone de tejido conjuntivo fibroso - muy laxo y mixomatoso. Las células fusiformes presentan prolongaciones largas y núcleos delicados y alargados. Los contornos de las células son indistintos.

El fibroma es parecido y se considera como una etapa tardía de la misma lesión. Existe un depósito notable de la misma colágena. Las formaciones epiteliales son más abundantes pero no presentan ninguna reacción de organización.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación por medio del curetaje, algunos tumores de este tipo recidivan con tendencias a ser localmente agresivos. Si el tumor recurre debe realizarse una resección local.

B. - DENTINOMA. - Este se considera como representante calcificado-

del mixoma y el fibroma odontogénico.

Etiología. - Son tumores mesenquimatosos de etiología desconocida.

Manifestaciones clínicas. - Se forma tempranamente en la vida como una lesión bastante rara y se encuentra con frecuencia asociada con las raíces de los dientes. Radiográficamente se observa como una zona radiopaca, pequeña generalmente por debajo de los ápices pero unida a las raíces de los dientes.

Histopatología. - Están formados principalmente por dentina que casi siempre presenta un delgado borde de cemento.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación quirúrgica completa e inmediata.

C. - CEMENTO Y FIBROMA CEMENTIFICANTE. -

Etiología. - Los cementomas son también tumores mesenquimatosos de etiología desconocida.

El fibroma cementificante se considera como un crecimiento excesivo de un proceso de reparación y no como una neoplasia.

Manifestaciones clínicas. - Los cementomas pueden ser lesiones úni-

cas o múltiples y se observan con mayor frecuencia en la mandíbula, fijos a los dientes aunque por lo general son pequeños. Pueden encontrarse cementomas grandes que llegan a ocasionar deformación y algunas veces abarcan un cuadrante completo de la boca. Son de crecimiento lento y asintomático. Al examen radiográfico se observan como áreas radioopacas bien delimitadas.

El fibroma cementificante se observa bajo la forma de zonas irregulares de sustancias calcificadas y tejido conjuntivo fibroso. No está fijo a un diente sino que se observa libre en el tejido óseo. Se presenta a cualquier edad y en ambos sexos.

Histopatología. - Los cementomas están formados casi completamente de cemento rodeado por un borde de tejido conjuntivo-fibroso que algunas veces presenta alternaciones inflamatorias.

El fibroma cementificante se diferencia de los cementomas en que las pequeñas masas de cemento están contenidas en una red de tejido conjuntivo.

Tratamiento. - Consiste en la escisión o enucleación local, a menos que la extirpación local del tumor produzca una deformidad marcada, o una fractura patológica.

3. - TUMORES MIXTOS ODONTOGENICOS.

ETIOLOGIA GENERAL.

Todos estos tumores provienen de las porciones mesenquimatosas, el mecanismo desencadenante es un traumatismo o una inflamación.

Proviene del epitelio de la pulpa, del órgano del esmalte o del revestimiento de un quiste folicular ectodérmico.

A. - FIBROMA AMELOBLASTICO. - Es uno de los más frecuentes de este tipo.

Etiología. - En la etiología general.

Manifestaciones clínicas. - Son semejantes a los del ameloblastoma y se hace un diagnóstico diferencial basándose en la histopatología. Su crecimiento es más lento y las recidivas menos frecuentes. Generalmente aparecen antes de los 25 años.

Histopatología. - Constituido por un armazón de tejido conjuntivo laxo que contiene muchos grupos de bandas de epitelio odontogénico moderadamente inactivo.

Estos grupos y bandas se reconocen por sus células cilíndricas dispuestas perpendicularmente a la porción central.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación completa, tiende a recidivar y algunas veces hay que recurrir a la resección.

B. - HEMANGIOMA AMELOBLASTICO. - Este tipo de tumor es muy raro.

Etiología. - En la etiología general.

Manifestaciones clínicas. - Son semejantes a los del ameloblastoma. - Se presenta en pacientes menores de 15 años, es más común en el maxilar que en la mandíbula y en el hombre que en la mujer.

Histopatología. - Tiene una vascularización muy notable. El epitelio es odontogénico. Los vasos sanguíneos son grandes y numerosos con paredes delgadas y bien desarrolladas.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación quirúrgica.

C. - ODONTOMA AMELOBLASTICO. - Este representa la etapa temprana del odontoma complejo y compuesto.

Etiología. - La misma que las anteriores.

Manifestaciones clínicas. - Estas lesiones son más grandes que la mayoría de los otros tumores odontogénicos y producen agrandamiento de la región afectada.

Radiográficamente este tumor tiene aspecto moteado debi-

do a que la substancia calcificada se deposita indistintamente en el espesor del tumor.

Histopatología. - Está formado por tejido conjuntivo fibroso abundante y epitelio odontogénico también abundante. Este tumor tiene la facilidad de "organización" y produce esmalte, dentina y cemento, estos tejidos no se observan en forma de diente ni guardan las relaciones normales de estos.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación quirúrgica.

D. - ODONTOMA COMPLEJO Y COMPUESTO. - Se compone de tejido dentario duro.

Etiología. - Se origina en las porciones mesenquimatosas y epitelial del folículo dentario como resultado de una embriogénesis defectuosa.

Manifestaciones clínicas. - Tiene un crecimiento lento y llegan a alcanzar tamaño notable. Aparecen a cualquier edad y en ambos sexos, afectan por igual al maxilar y a la mandíbula, son asintomáticos.

Radiográficamente el odontoma complejo se presenta como una zona grande radioopaca uniforme. El odontoma compuesto se observa como una zona radioopaca en la que se pueden identificar dientes ya sea de aspecto normal o

anormal.

Histopatología. - El odontoma complejo está formado por substancia calcificada con forma y relaciones de dientes.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación quirúrgica excepto en el caso de tumor grande pues produciría deformidad. Está contraindicado el tratamiento conservador.

4. - TUMORES NO ODONTOGENICOS.

A. - OSTEOMA. - Estos pueden ser crecimientos únicos o múltiples y pueden formarse en cualquier parte de la mandíbula o del maxilar.

Etiología. - Deriva del periostio de hueso o de los elementos condroblásticos embrionarios con caracteres de neoplasias.

Manifestaciones clínicas. - Este tipo de tumores se encuentran fijos por una base amplia o por un pedículo.

Se localiza con más frecuencia en la cara externa del ángulo mandibular. Puede presentarse también en los senos paranasales; en el paladar se observa a un lado de la línea media.

Son de crecimiento rápido y asintomático, algunas veces alcanzan gran volumen y producen asimetría.

Histopatología. - Está formada por hueso compacto con sistema de Ha
vers. El osteoma esponjoso contiene una zona central de
hueso esponjoso. El soporte de la masa tumoral lo pro-
porcionan unas travéculas óseas bien dispuestas.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación quirúrgica cortando con cin
celes, fresas o gurbias extirpando la base de la lesión. -
Se recorta la mucosa y se sutura.

B. - CONDROMA. - Estos son poco frecuentes.

Etiología. - Se cree que derivan de restos de células embrionarias -
pero está por probarse si son de origen neoplásico o in-
flamatorio.

Manifestaciones clínicas. - Se forma en la edad temprana, alcanzan -
grandes proporciones originando desfiguración y tienden a
recidivar siendo entonces más destructivas. Se observa -
con más frecuencia en mandíbula que en maxilar. Produ-
ce migración y resorción dentaria.

Radiográficamente se ve la lesión bien circunscrita con -
bordes bien definidos, cuando hay calcificación se obser-
va un aspecto punteado.

Histopatología. - Está formado por cartilago y contiene células redon

das relativamente uniformes, pequeñas dispuestas de un modo irregular y con un solo núcleo.

Puede observarse osificación con áreas mixomatosas.

Tratamiento. - Este consiste en la extirpación quirúrgica completa con un amplio margen de tejido sano.

TEMA VIII

QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS.

CARACTERISTICAS DE LOS QUISTES. - Son unas cavidades que se presentan en los tejidos blandos o duros con un contenido que puede ser:

1. - Líquido.
2. - Semilíquido.
3. - Gaseoso.

Siempre está recubierto por una membrana o cápsula de tejido epitelial, esto es lo importante de los quistes, que se encuentra encapsulado.

Los quistes en tejidos blandos no se observan radiográficamente y clínicamente se observan como un aumento de volumen de consistencia dura o blanda y en ocasiones fluctuante (cuando es líquido).

Cuando se presenta en tejido duro (óseo) se distingue como una zona radiolúcida bien delimitada.

1. - QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO. - Denominamos conducto tirogloso al conducto epitelial ciego que desciende desde la lengua hasta la localización de la futura glándula tiroides.

Etiología. - Después de este descenso y de la diferenciación de la tiroides, el conducto degenera y deja numerosos restos epi

telliales, los cuales pueden experimentar una degeneración quística y dar lugar a este tipo de quistes.

Manifestaciones clínicas. - Clínicamente se pueden localizar en cualquier punto de la línea media, desde el agujero ciego hasta la glándula tiroides. Es libremente móvil y en ocasiones produce síntomas subjetivos y dolor solamente cuando se infecta. La deglución generalmente ocasiona movimientos del quiste.

Histopatología. - Al corte vemos que está revestido de epitelio cilíndrico ciliado.

Tratamiento. - Este consiste en la extirpación quirúrgica completa para evitar la recidiva.

Cuando el conducto se extiende a través o por debajo del hueso hioides, han necesidad de seccionar dicho hueso para extirpar todo el conducto epitelial.

2. - QUISTE BRANQUIAL. - Son tumefacciones circunscritas y móviles.

Etiología. - Se observa en el ángulo mandibular y raras veces en piso de boca. Se originan a partir de inclusiones epiteliales en el interior de los ganglios linfáticos cervicales.

Manifestaciones clínicas. - Existe aumento de volumen, puede perma-

necer inactivo durante mucho tiempo y no producir dolor.

Histopatología. - Al corte vemos que está revestido de epitelio escamoso estratificado y rodeado de tejido linfoide.

Tratamiento. - Estos quistes tienen la tendencia a recidivar por lo que el tratamiento de elección es la escisión sumamente amplia.

3. - **QUISTE DERMOIDE.** - Estos quistes pueden presentarse en el recién nacido haciéndose evidentes hasta que el paciente es mayor.

Etiología. - Estas lesiones provienen de restos ectodérmicos incluidos en el mesodermo cuando se fusionan las fisuras embrionarias.

Manifestaciones clínicas. - Algunas veces se presentan en el piso de la boca o en sus cercanías, así como en otras partes de la cavidad bucal. Frecuentemente se observan en la región submentoniana.

Se caracterizan por ser masas blandas, fluctuantes y libremente móviles, aunque en ocasiones son duras. Pueden presentarse por encima o por debajo del músculo milohioideo, por debajo del ángulo de la mandíbula o en el paladar. Pueden ocasionar dificultad en la deglución e interferir con el habla.

Histopatología. - La pared del quiste está formada por tejido conjuntivo fibroso, conteniendo glándulas sebáceas y folículos pilosos además de queratina. El interior está revestido por epitelio escamoso estratificado.

Tratamiento. - Consiste en la extirpación quirúrgica total, el procedimiento depende de la situación y extensión del quiste.

4. - **QUISTES DE RETENCION.** - Se denominan quistes de retención a la obstrucción de las glándulas mucosas o salivales ya sean las principales o las accesorias.

Los quistes de retención son de dos tipos:

A. - Ránula

B. - Mucocèle.

A. - **RANULA.** - Este tipo de quistes se presenta generalmente en piso de boca y es ocasionada por la extravasación de líquidos o sea saliva a los tejidos adyacentes.

Esta es una tumoración grande de consistencia blanda y llena de mucus.

Etiología. - Se produce como consecuencia de un defecto en el conducto de Warthon (glándula submaxilar) o en el de Bartolini (glándula sublingual).

Este defecto u obstrucción suele ser un cálculo, un tapón

mucoso, oclusión debida a lesión mecánica o una estenosis del conducto.

La glándula continúa secretando y el líquido se acumula tras de la obstrucción. El conducto se dilata hasta que la presión se vuelve suficiente como para producir la ruptura del epitelio del conducto y se produce un escape de líquido a los tejidos contiguos. El tamaño varía de acuerdo con la cantidad de secreción producida por la glándula afectada.

Puede ser unilateral o bilateral.

Manifestaciones clínicas. - Tiene paredes delgadas de tejido conjuntivo fibroso, su interior está revestido por tejido escamoso aplanado. En este interior hay restos celulares y mucosos. Se aprecia una sialodentitis crónica y una dilatación de los conductos.

Tratamiento. - Existen tres tipos de tratamiento para esta lesión:

1. - Técnica del sedal que consiste en pasar seda trenzada de un lado a otro de la lesión por medio de una aguja curva, el nudo debe cambiarse de un lado a otro para formar fistula y permitir por ahí la salida del líquido.

2.- Técnica de marzupialización, que consiste en eliminar la pared superior del quiste eliminando la membrana de la parte superior y dejando la inferior que se sutura con la membrana donde se encuentra la base del quiste, o sea que se elimina solamente la mitad del quiste y nos quedará una superficie cruenta - ya que solo queda la base del quiste.

3.- Eliminación completa, en esta debemos eliminar todo el quiste completo con su base y se pierde gran cantidad de tejido dependiendo del tamaño del quiste, es tratamiento radical.

El tratamiento más usual es el de la técnica del se-
dal.

B. - MUCOCELE. - Este tipo de quiste aparece en regiones de glándu-
las salivales accesorias que se encuentran en labio o en región yugal y es una obstrucción de la glándula salival accesoría.

Se presenta como una lesión pequeña, circunscrita de mucosa elevada y translúcida de color azulado. Se desplaza con facilidad y la re-
cidiva es muy frecuente.

Etiología. - Al igual que la ránula es por obstrucción de las glándu-
las mucosas.

Manifestaciones clínicas. - Son más pequeñas que las ránulas, se observan con más frecuencia en los labios y carrillos. Se presentan como aumentos de volumen redondeados u ova-
les.

Son fluctuantes, aparecen a cualquier edad y en ambos sexos, son indoloros.

Histopatología. - Microscópicamente vemos la lesión plenamente desarrollada como una cavidad quística llena de un material homogéneo levemente basófilo que es mucus, en esta sustancia se pueden observar dispersas células redondas, tumefactas. El revestimiento del quiste está formado por tejido de granulación.

Tratamiento. - Consiste en la eliminación del quiste junto con la glándula asociada.

Se hace una incisión en la zona donde se encuentra después se hace disección roma, posteriormente se realiza la enucleación para proceder a la eliminación y finalmente a la sutura del defecto.

TEMA IX

QUISTES DE LOS MAXILARES.

1. - GRANULOMA DENTAL. - Este es el resultado de la inflamación en la región de las raíces de algún diente y se produce a consecuencia de los productos de una pulpa gangrenosa; algunas veces hay bacterias.

Es de naturaleza crónica aunque su respuesta inicial es aguda en forma de absceso.

Etiología. - Se consideran como factores iniciales la introducción de bacterias por medio de traumatismos, el tratamiento radical o caries dentales profundas. También la necrosis de la pulpa sin bacterias, ocasionada por un traumatismo agudo como es el calentamiento por fresa o un tratamiento de ortodoncia.

Manifestaciones clínicas. - Esta lesión presenta pocos síntomas subjetivos o ninguno. Se presenta en ambos maxilares a cualquier edad y en ambos sexos.

Radiográficamente se presenta como una zona radiolúcida en el apex o a un lado de la raíz dentaria.

Se diferencia del quiste radicular en que el granuloma es más pequeño.

Histopatología. - Está formado por tejido conjuntivo fibroso celular o colágeno, infiltrado por elementos inflamatorios crónicos o subagudos con plasmocitos, linfocitos y neutrófilos.

Muchas veces el carácter de la inflamación puede cambiar al de tipo agudo con formación de pus.

Tratamiento. - Cuando se debe conservar el diente se procede al tratamiento radicular o bien a la extracción de la pieza afectada y haciendo posteriormente una incisión en el área de los ápices y llevar a cabo un curetaje del granuloma y se sutura la herida.

Este tipo de lesión no tiende a recidivar si se le extirpa completamente.

1. - QUISTES ODONTOGENICOS (PERIODENTALES).

A. - QUISTES RADICULARES. - Estos son los más frecuentes en los maxilares.

Etiología. - Son consecuencia de procesos inflamatorios en los restos de la capa radicular de Hertwig de la membrana periodontal.

La formación se observa mejor cuando hay un diente con caries profunda con complicaciones pulpares. Las bacte-

rias que penetran en la cámara pulpar provocan la respuesta inflamatoria en el tejido alrededor del diente. Comienza la proliferación de células y se vuelven necróticas debido a la inadecuada irrigación sanguínea y dan lugar a una cavidad revestida de epitelio. Estas células siguen proliferando por la irritación y contenido de la cavidad y el quiste crece gradualmente.

Manifestaciones clínicas. - Este tipo de quistes suele ser asintomático, sin embargo algunas veces el diente afectado se torna sensible a la percusión. Algunas veces el quiste puede asociarse a una fístula. El diente está desvitalizado y puede presentar un proceso de necrosis pulpar o restauración.

Existe algunas veces dolor seguido de alivio. No produce gran deformación en el maxilar afectado, se presenta con más frecuencia en el maxilar que en la mandíbula a cualquier edad y en ambos sexos.

Radiográficamente se presenta como una zona radiolúcida delimitada en forma más o menos clara en la zona apical del diente afectado.

La lesión varía en tamaño y puede extenderse a dos o más piezas dentarias.

Histopatología. - Consiste en una pared de tejido conjuntivo fibroso - generalmente vascular, esta pared contiene plasmocitos, - linfocitos y células espumosas.

Al microscopio la cavidad quística contiene restos necróticos carentes de estructura o sustancia eosinófila homogénea. El quiste está revestido de epitelio escamoso estratificado, a su vez rodeado de tejido conectivo de diversa densidad.

Tratamiento. - Este tipo de quiste se puede tratar de varias formas como son; Extracción del diente y raspado de la zona apical; obturación del conducto radicular y raspado apical o únicamente obturación del conducto apical.

Algunas veces no es necesaria la extirpación quirúrgica - ya que muchas veces una infección secundaria o una hemorragia durante un tratamiento endodóntico puede destruir el revestimiento epitelial y llevarnos a la cura de estos quistes.

B. - QUISTES FOLICULARES. - Estos pueden ser centrales, laterales o residuales.

Etiología. - Estos quistes se originan del órgano del esmalte del diente o de restos de la lámina dental. En general se cree -

se cree que estos quistes se desarrollan como resultado de una inflamación en las áreas de un folículo dentario - la cual ocasiona una alteración en el intercambio de líquidos entre el órgano del esmalte y los capilares de los espacios tisulares contiguos.

Manifestaciones clínicas. - Suelen presentarse en las regiones del tercer molar mandibular y en canino del maxilar superior, - generalmente en individuos jóvenes y en ambos sexos.

Rara vez hay dolor, puede aparecer si el quiste es grande y presiona un nervio o infecta secundariamente. Algunas veces hay aumento de volumen y deformidad facial.

Puede producir migración de dientes, algunas veces hay parestesias del labio cuando el quiste produce una presión bastante fuerte contra el nervio dentario inferior e impide su función normal.

Radiográficamente se observa como una zona radiolúcida bien definida localizada en el área donde falta congénitamente un diente o sobre la corona o a un lado de esta.

El quiste tiene bordes bien definidos y varía de tamaño - desde varios milímetros hasta varios centímetros.

Histopatología. - Es una lesión revestida de epitelio alrededor de la -

corona de un diente retenido.

En general la parte del quiste consta de tejido conjuntivo fibroso que contiene elementos inflamatorios crónicos o subagudos, cristales de colesterol y pigmentos sanguíneos.

Tratamiento. - Debe hacerse la extracción del diente con la consiguiente enucleación del quiste, debe hacerse un raspado porque de no ser así puede haber recidiva o dar lugar a un ameloblastoma.

Para tratar los grandes quistes puede hacerse la enucleación extrabucal y llenado del defecto con hueso anorgánico. En este procedimiento si el quiste ha desplazado el nervio debe tenerse cuidado de no dañarlos al extirpar la pared del quiste.

2. - QUISTES NO ODONTOGENICOS.

A. - QUISTES SUTURALES. - Estos quistes no son odontogénicos y se forman en la línea de sutura de la mandíbula y de los maxilares a partir de restos de células epiteliales que continúan después de la unión de los huesos faciales y ciertos procesos embrionarios.

Entre estos tenemos: Medios, Globulomaxilares, Nasoalveolares y Nasopalatinos.

QUISTES MEDIOS. - Basándose en su situación encontramos que se di

viden en tres grupos:

- a) Medioalveolar.
- b) Palatino medio.
- c) Quistes de la sínfisis.

Etiología. - Se forma de restos epiteliales, ya sea en la línea media del paladar (medioalveolar); en la línea media del paladar cerca de la unión del paladar duro con el blando (palatino medio) y en la unión de los procesos mandibulares (quistes de la sínfisis).

Manifestaciones clínicas. - Estos tres tipos de quistes son casi idénticos en cuanto a comportamiento y por tanto se tratarán como uno solo. Su tamaño varía desde varios milímetros a varios centímetros.

Se aprecia un abultamiento en el paladar, indoloro a menos que haya infección secundaria.

Radiográficamente se presente como áreas radiolúcidas, redondeadas u ovaladas.

Se presenta en ambos sexos y principalmente en la edad adulta.

Histopatología. - Están revestidos de epitelio que puede ser escamoso

estratificado o semejante al epitelio respiratorio. La pared consta de tejido conjuntivo fibroso infiltrado con elementos inflamatorios crónicos.

Tratamiento.- Este consiste en la extirpación completa del quiste ya sea por enucleación o por resección.

QUISTES GLOBULOMAXILARES.- Algunos los consideran como folículos.

Etiología.- Se originan a partir de restos epiteliales que quedan en la línea de fusión de los procesos globular y maxilar del proceso facial embrionario.

Manifestaciones clínicas.- Se observan entre el canino y el incisivo lateral superiores donde suelen producir agrandamiento o migración de las piezas adyacentes. Es asintomático y todos los dientes de la región son vitales.

A la radiografía se ve una zona radiolúcida piriforme entre el canino y el incisivo lateral. Las raíces de los dientes afectados suelen estar separadas por la imagen radiolúcida.

Histopatología.- Al corte presenta una cavidad quística revestida de epitelio escamoso estratificado o respiratorio. La pared del quiste muestra infiltración de plasmocitos y linfocitos.

Tratamiento. - El tratamiento correcto a seguir es la enucleación.

QUISTES NASOALVEOLARES. - Estos son de origen fisural que algunas veces produce resorción del hueso.

Etiología. - Proviene de restos de células epiteliales que permanecen en la unión de los procesos globulares, lateral, nasal y maxilares, dando lugar a un abultamiento situado en la cavidad nasal.

Manifestaciones clínicas. - Se encuentra con más frecuencia en la raza negra y se localiza en la base de las narinas.

Ocasiona una tumefacción que se observa o se palpa debajo del labio superior y en el piso nasal. Los dientes de la región son vitales. Radiográficamente no muestra alteración ósea, aparece como una zona radiolúcida, si el quiste produce resorción ósea por presión desde el lado del periostio.

Histopatología. - Están revestidos de epitelio cilíndrico que contiene células calciformes.

Tratamiento. - Estos quistes rara vez abarcan el hueso y se llega a ellos haciendo una incisión en el vestíbulo, se procede a hacer la enucleación y el posterior cierre de la mucosa por medio de sutura.

QUISTES NASOPALATINOS. - Estos quistes se originan en el conducto nasopalatino. Pueden ser de dos tipos:

1. - Quistes del conducto incisivo (papila incisiva).
2. - Quistes de la papila palatina (conducto nasopalatino).

Etiología. - Ambos tipos de quistes se originan de los restos epiteliales de los conductos nasopalatinos como resultado de inflamación o traumatismo.

Manifestaciones clínicas. - El primero se localiza detrás de los dientes anteriores del maxilar superior y el segundo en la papila incisiva.

Se presentan en ambos sexos y principalmente en la edad adulta. Puede ser asintomático o producir elevación de la parte anterior del paladar; los dientes de la zona son vitales. Radiográficamente se presenta como una zona radiolúcida circunscrita en la parte anterior del maxilar.

Histopatología. - Los quistes del canal incisivo presentan en sus paredes glándulas mucosas; su revestimiento interior puede ser cilíndrico o escamoso, cuando es cilíndrico es raro - observar estratificaciones y cilios. La pared está formada por tejido conjuntivo fibroso.

Los quistes de la papila están formados por una pared de

tejido conjuntivo fibroso y está revestido por epitelio escamoso o de tipo respiratorio, así como glándulas mucosas y nervios en la pared de tejido conjuntivo e infiltración de linfocitos y plasmocitos en dicho tejido.

Tratamiento. - Este consiste en la extirpación quirúrgica completa con la posterior sutura del defecto.

B. - QUISTES HEMORRAGICOS. - Este quiste es llamado también cavidad traumática por contener restos hemorrágicos y eritrocitos.

Etiología. - Se forma como resultado de un traumatismo en la mandíbula con producción de hemorragia dentro de la sustancia ósea. El coágulo que se forma ocasiona por medio de la irritación de la fibrina y los productos químicos la disolución del hueso periférico.

Manifestaciones clínicas. - Este suele presentarse en personas menores de 20 años, algunas veces es asintomático pero suele presentar un agrandamiento del maxilar, la lesión pocas veces es dolorosa.

La zona afectada con más frecuencia es la del canino inferior y la de la rama. Los dientes de la región son vitales. Por lo general existen antecedentes de traumatismo.

A la exploración localizamos una gran cavidad en el hue-

so y sus paredes están revestidas de una cantidad pequeña de tejido. En esta cavidad encontramos escasa cantidad de líquido claro y sanguinolento.

Radiográficamente se presenta una zona radiolúcida amplia que puede expandir las tablas del maxilar.

Una característica de este quiste es que la radiolucencia se extiende por entre los dientes y posee un contorno festonado.

Histopatología. - Al corte muestra solamente hueso cubierto por una capa microscópica extremadamente delgada de tejido conectivo. Nunca se ha observado formación de una pared epitelial.

Tratamiento. - El tratamiento a seguir consiste en abrir la lesión, proseguir a un raspado del hueso y cierre con sutura del tejido blando adyacente. El coágulo resultante pronto se organiza y el defecto óseo se cura rápidamente.

C. - QUISTES DE ERUPCIÓN. - Estos aparecen con más frecuencia en los niños.

Etiología. - Posiblemente son una forma del quiste dentígero.

Manifestaciones clínicas. - Estas se observan en el tejido blando inme

diatamente por encima de un diente próximo a hacer erupción, se presenta con más frecuencia en la zona del tercer molar o en otras regiones impidiendo la erupción.

Tratamiento. - Consiste en un pequeño corte del quiste para permitir la erupción del diente subyacente.

C O N C L U S I O N E S

Existen muchos tipos de enfermedades que afectan a la cavidad oral y algunas ponen en peligro la vida del paciente.

Existen muchas definiciones de tumores pero todas son meramente -
descriptivas de las características del tumor.

Los tumores benignos son las lesiones que con más frecuencia atacan a la cavidad oral y si se descuidan muchas tenderán a degenerar.

La etiología de casi todas estas lesiones es desconocida, sin embargo algunas se atribuyen a neoplasias y otras a la proliferación reparadora exagerada.

El tratamiento de estas lesiones en la mayoría de los casos es por -
medios quirúrgicos para mejor resultado.

En conclusión diremos que:

1. - En un examen rutinario el odontólogo deberá establecer perfectamente la ubicación de los trastornos patológicos.
2. - Son de suma importancia el examen radiológico y patológico.
3. - El diagnóstico precoz es un aspecto básico en el control y evolución de este tipo de lesiones, se valorará desde el punto de vista del tratamiento, la extensión y proyección de la intervención.

Debemos asegurar una extirpación completa de la lesión. Si para asegurar lo anterior debemos recurrir a una mutación, esto no debe importarnos pues el fin es evitar la recidiva.

Todos los tumores benignos por lo general desaparecen con el mismo tratamiento que es la extirpación quirúrgica.

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

TESTUT L. LATARJET A.

Tratado de Anatomía Humana.

9a. edición, Tomos I y II.

Salvat Editores, S.A., 1967.

QUIROZ FERNANDO.

Tratado de Anatomía Humana.

12a. edición, Tomos I y II.

Editorial Porrúa, S. A. 1974.

DR. J. A. FORT.

Compendio de Anatomía Descriptiva.

9a. edición.

Gustavo Gili Editorial, S. A.

MOSES DIAMOND D. D. S.

Anatomía Dental.

2a. edición.

Editorial Hispanoamericana.

TIECKE STUTEVILLE CALANDRA.

Fisiopatología Bucal.

1a. edición.

Editorial Interamericana, S. A. 1960.

THOMA, K. H.

Patología Bucal.

2a. edición.

Editorial Toray-Masson, S. A. 1969.

DECHAUME MICHEL.

Estomatología.

1a. edición en español.

Editorial Hispanoamericana, 1959.

JOSEPH L. BERNIER, D. D. S.

Tratamiento de las enfermedades orales.

2a. edición.

Editorial Bibliográfica Omeba, 1959.

BHASKAR S. N.

Patología Bucal.

3a. edición.

Editorial "El Ateneo", 1971.

ROBBINS STANLEY L.

Tratado de Patología con Aplicación a la Clínica.

2a. edición.

Editorial Interamericana, S.A., 1963.

HARRISON, T. R.

Medicina Interna.

3a. edición en español.

Editorial Fournier, 1969.

PETER - PAUL KRANZ.

Estomatología Clínica.

2a. edición traducida al español.

Editorial Pubul, S. A., 1948.