

870122

39
24

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TELIS CON
FALLA DE ORIGEN

TUMORES Y LESIONES TUMORALES MAS FRECUENTES
EN LA ENCIA.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

JOSE ALFREDO NANDINO LOPEZ

ASESOR: DRA. JOSEFINA TERRIQUEZ CASILLAS

Guadalajara, Jal.

JULIO 1989



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 está 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

| | |
|---|---------|
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO I | |
| TUMORES O NEOPLASIAS BENIGNAS | 4 - 39 |
| A. Generalidades | 4 |
| B. Fibroma | 7 |
| C. Nevo | 11 |
| D. Mioblastoma | 13 |
| E. Hemangioma | 15 |
| F. Papiloma | 18 |
| G. Tumores Inflamatorios | 21 - 36 |
| 1. Generalidades | 21 |
| 2. Granuloma Periférico de céls. Gigantes | 26 |
| 3. Granuloma de cels. Plasmáticas | 29 |
| 4. Granuloma Piógeno | 31 |
| 5. Granuloma del Embarazo | 34 |
| H. Quistes | 37 - 39 |
| 1. Generalidades | 37 |
| 2. Quiste Gingival | 38 |
| CAPITULO II | |
| TUMORES O NEOPLASIAS MALIGNAS | 40 - 60 |
| A. Carcinoma de la Encía | 47 |
| B. Melanoma Maligno | 50 |

| | |
|----------------------------|---------|
| C. Sarcomas | 53 - 60 |
| 1. Generalidades | 53 |
| 2. Fibrosarcoma | 55 |
| 3. Reticulosarcoma | 58 |
| 4. Linfosarcoma | 60 |
| D. Metástasis | 61 |
| CONCLUSIONES | 62 |
| BIBLIOGRAFIA | 65 |
| CITAS BIBLIOGRAFICAS | 67 |

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

El interés cada día mayor por la orientación biológica de la práctica dental, subraya la necesidad de que el odontólogo general y el especialista tengan conocimientos básicos de la patología bucal. Los parámetros de prevención de las enfermedades orales y la conservación de la salud bucal, han vuelto insuficiente e inaceptable el hecho de que el dentista se preocupe sólo por reparar problemas dentales. Hoy en día se requiere no sólo de la destreza técnica, sino también de una sólida base científica que le permita examinar al paciente, valorar los resultados, elaborar un diagnóstico y brindar el tratamiento adecuado.

La cavidad bucal se encuentra cubierta por una membrana mucosa que se continúa hacia adelante con la piel del labio, y hacia atrás con las mucosas del paladar blando y la faringe. La porción de ésta membrana mucosa bucal que cubre, el hueso alveolar al cual se encuentra adherida y la región cervical de los dientes, se conoce como encía. La encía normal es de color rosa coral, posee un puntilleo característico y no exhibe ni exudado ni acumulación de placa. En sentido coronario con respecto a la superficie del diente, la encía suele terminar a manera de filo de cuchillo, y según sus características específicas, se divide en encía marginal, insertada

e interdental. El elemento celular preponderante en el tejido conectivo gingival es el fibroblasto que sintetiza y secreta las fibras colágenas, las glucoproteínas y los glucosaminoglucanos. La cicatrización de las heridas después de una intervención quirúrgica gingival, o como resultado de una herida o de procesos patológicos también está regulada por los fibroblastos gingivales. En el tejido conectivo de la encía sana, también encontramos plasmacitos, linfocitos y neutrófilos.

Conociendo así, algunos de los rasgos clínicos e histológicos más importantes de una encía sana y normal, podemos ahora sí, hablar de las lesiones tumorales más frecuentes en dicho tejido.

Se considera tumor a todo aumento de tamaño de una parte de un tejido, o de toda la formación, lo mismo si la enfermedad o anomalía es de naturaleza inflamatoria, quística o neoplásica.

Epulis es un término genérico que se ha utilizado clínicamente para designar a los tumores de la encía, y aunque no los describe, sí sirve para localizarlos. Es importante recordar que aunque una enfermedad se presente en un sitio to-

pográfico dado, esa lesión no se limita en forma exclusiva a dicho punto. El agrupamiento de las lesiones de acuerdo a su ubicación se basa en la prevalencia o en la tendencia de esa lesión a aparecer en un sitio preciso.

A pesar de que los tumores no forman una mayoría en cuanto a las condiciones patológicas a las cuales se enfrenta el odontólogo, son de gran importancia dado que comprometen la salud y la longevidad de nuestros pacientes.

Muchos de la gran variedad de tumores orales, raramente serán vistos por el dentista general. Sin embargo, conviene familiarizarse con ellos para que cuando alguno de ellos se haga presente, podamos instituir el tratamiento apropiado o bien, remitir al paciente al especialista indicado.

CAPITULO I

C A P I T U L O I

NEOPLASIAS BENIGNAS

GENERALIDADES

Gran parte de las neoplasias benignas de la boca, son clínicamente visibles y palpables, y es sobre todo en estas dos fuentes de información además de en los datos personales, que el práctico basa su diagnóstico clínico. Este tipo de neoplasias se proyectan en la cavidad bucal como masas de superficie redondeada que puede presentar una forma ovoide o elíptica. Muchas de ellas, están fijas a los tejidos subyacentes mediante un pedículo estrecho (pedunculadas), hecho que por si solo indica que se trata de un tumor benigno. Otros, sin embargo, pueden presentar una inserción sésil, esto es, una base tan ancha como el propio tumor. En general se distingue una línea definida de demarcación, que separa el tumor del tejido contiguo normal.

La manipulación digital de este tipo de tumoraciones revela una fácil movilidad, y la masa puede moverse libremente sin afectar o deformar los tejidos vecinos. Al palpar los tejidos adyacentes y subyacentes encontramos la blandura o

compresibilidad de un tejido normal y no indurado. Los rasgos de movilidad y ausencia de induración sólo se descubren cuando la neoplasia benigna se localiza en tejidos normalmente compresibles en la boca; pero cuando ésta se encuentra en tejidos fijos, como las encías o el paladar óseo, la delgadez de estos tejidos "blandos" y su firme adherencia al hueso subyacente, excluye el hallazgo de dichos signos.

La mayor parte de las molestias que aqueja un paciente, tales como dolor, sensibilidad o malestar, se asocian a factores secundarios más que a la masa tumoral, es por esto, que los síntomas en estos casos carecen en general de importancia diagnóstica. A veces, la neoplasia benigna es de tamaño considerable y a causa de esto o de su localización, origina molestias al hablar, masticar y deglutir.

La mayoría de las neoplasias benignas se reconocen fácilmente por su peculiar aspecto. Sin embargo, es muy importante considerar los antecedentes personales del paciente, pues ello facilita enormemente el diagnóstico, particularmente cuando el aspecto de la lesión ha sido deformada, o cuando no es fácil distinguirla de una neoplasia maligna. Habrá de recordarse que una historia de larga duración y crecimiento lento sugiere comunmente mucho más una neoplasia benigna que una

maligna.

El exámen histológico de la masa de tejido está invariablemente indicado. Cuando el diagnóstico clínico es con toda seguridad el de una neoplasia benigna, se obtiene una muestra para examinarse al microscopio; pero cuando exista duda o la mínima sugestión de que se trata de una neoplasia maligna, una biopsia por incisión está indicada. (6)

Salvo escasas excepciones, la extirpación del tumor está indicada y la elección de la técnica a seguir dependerá de la experiencia y destreza del cirujano.

FIBROMA

El fibroma es la neoplasia benigna que se observa con mayor frecuencia en la boca. Ocurre en todas las edades y con igual frecuencia en ambos sexos aunque hay autores que dicen observarlo más frecuentemente en adultos jóvenes y en mujeres. Puede originarse casi en todos los tejidos blandos de la boca, pero es más común encontrarlo en la mucosa bucal, en la lengua o en las encías. (2) (6)

La mayoría de las lesiones en la encía, se presentan en la región anterior del maxilar superior y poseen una fuerza considerable capaz de separar los dientes. Los fibromas de la encía nacen del tejido conectivo o del ligamento periodontal, y son análogos a los fibromas o a las hiperplasias fibrosas que aparecen en otros lugares de la boca. Como la lesión contiene tejido fibroso, a menudo se la llama, "épu^lis fibroso", denominación que debe ser reemplazada por "fibroma gingival". (2) (3) (1)

Puede desarrollarse en las encías, una proliferación localizada de tejido fibroso, por una de varias razones. Lo más común es que surga como una excrecencia reactiva del tejido conectivo colágeno en respuesta a una irritación de bajo grado, tales como las del tártaro o el borde de una restauración inadecuada. Otras, pueden surgir por maduración de un

granuloma piógeno preexistente, o posiblemente, de un épu-
lis del tipo de células gigantes. Finalmente, en teoría es
posible también que una masa fibrosa de este tipo surga de
una excrecencia neoplásica benigna aún cuando, en este caso,
el desarrollo de un verdadero fibroma parece ser extremadamen-
te raro. (5)

En general, un fibroma presenta la mayor parte o todos
los rasgos clínicos de una neoplasia benigna. En su forma
típica, no complicada por la superposición de irritaciones o
traumatismos, es una masa abultada, de distinto tamaño (des-
de pocos milímetros a varios centímetros de diámetro). Es de
superficie lisa, simétricamente encorvada, y de forma redonda,
ovoide, o elíptica. Puede tener una base sésil, pero habi-
tualmente está fijada a los tejidos subyacentes por medio de
un pedículo estrecho, lo que completa su carácter bien defi-
nido y localizado. Su color es similar al de los tejidos
normales vecinos, o en ocasiones, algo más pálido. Su consis-
tencia es, a menudo, semifirme o dura y es debida a su conte-
nido de tejido fibroso. Pueden existir, sin embargo, fibro-
mas blandos. Cuando el fibroma se halla entre tejidos nor-
malmente compresibles se puede mover fácilmente, de un lado
al otro, sin alterar los tejidos a su alrededor, e indicando
de nuevo que se trata de un tumor benigno, no invasor. En
cambio, los fibromas originados en tejidos blandos adheridos,

como los tejidos gingivales y los palatinos, carecen obviamente de esta libertad de movimiento. La palpación de los tejidos situados alrededor de la base del tumor, revela una simetría y blandura normales que indican la falta de infiltración o invasión. (6) (2) (1)

Existen numerosas variaciones de los rasgos clínicos típicos del fibroma. Cuando estas lesiones se encuentran entre los dientes, en una papila gingival, su forma redonda habitual se deforma a causa de las estructuras duras de los dientes, y sus superficies están a menudo intensamente inflamadas o hasta ulceradas por las irritaciones inherentes al acto de comer. De un modo similar, en lo que concierne a los fibromas en otras regiones de la boca, la irritación, los episodios traumáticos, las infecciones secundarias y las ulceraciones pueden provocar variaciones modestas o hasta espectaculares. (6)

El fibroma está constituido por haces de tejido conjuntivo fibroso, entre los que se encuentran dispersos fibroblastos y fibrocitos. Su vascularización es variable y frecuentemente se comprueban focos dispersos de infiltrado inflamatorio perivascular crónico que indica la naturaleza reactiva de la mayoría de estas excrescencias o, puede también obedecer a la tendencia de culaquier masa gingival a resultar trau

matizada. Los denominados fibromas blandos deben su blandura a su tejido fibroso, más celular y laxo, y a su mayor vascularización. La formación de hueso es un hallazgo habitual en los fibromas, y este, aparece como trabéculas de disposición irregular con osteoblastos y osteoide junto a los bordes. (1) (6) La estructura histológica del fibroma gingival es la misma que la de los fibromas de otras ubicaciones en la mucosa bucal, y sin embargo, se lo asocia a una alta tasa de recidiva, no observada en las demás localizaciones. (3)

Como tratamiento se recomienda la escisión total y el raspado radicular de los dientes adyacentes en caso de ser necesario. (2)

El pronóstico es en general muy bueno. A veces se observan recurrencias, pero éstas son debidas casi siempre a una extirpación incorrecta. La transformación de un fibroma en su forma maligna, es decir en un fibrosarcoma, es en verdad rara. Aún cuando exista la potencialidad, no se han publicado casos ocurridos en la boca.

NEVO

Los nevos orales son raros, y aunque es frecuente encontrarlos en la piel, solo se han reportado algunos casos de nevo gingival. La lesión es benigna y de crecimiento lento. Pueden verse a cualquier edad, pero es probable que estuvieran desde la infancia o la juventud. Se considera generalmente como una mala formación congénita, o del desarrollo, y no una neoplasia aunque algunas de sus variedades poseen una potencialidad definida para transformarse en un melanoma maligno. Existen distintos tipos: con inclusión, de unión, compuesto, intramucoso, azul y el nevo de células fusiformes. (2) (6) (1)

El nevo es una masa descolorida llana, o ligeramente elevada, bien circunscrita, firme y de tamaño pequeño, pues casi siempre, al alcanzar un tamaño dado, su crecimiento se torna estático.

Su localización más frecuente está en los tejidos palatinos, las encías y los labios. El nevo pigmentado es fácil de diferenciar del hemangioma, puesto que es más firme y no se blanquea al ejercer sobre él presión con el dedo, ni sale sangre al aspirarlo. Se debe distinguir de la pigmentación no

mal por la melanina en las personas de raza blanca muy pigmentadas. (6)

El tumor presenta grupos circunscritos de células névicas en la submucosa, directamente debajo de la capa de células basales del epitelio, y separado de éste por tejido conectivo. Las células névicas pueden contener melanina o no tener pigmento, pero en ambos casos, éstas son demostrables al teñirseles con dihidroxifenilalanina (DOPA).

Debido a la variedad de Nevos existentes, hay también algunos cambios en su histología según el tipo. Los nevoceleulares están compuestos de células epiteloides ovaladas, dispuestas en racimos o tecas. Los Nevos de unión mantienen la continuidad con el epitelio, mientras los tipos intramucosos están confinados al tejido conectivo subyacente. Los nevos de células fusiformes contienen células fusiformes elongadas, con un componente de unión. (1) (2)

La localización exacta de las células del nevo, determina el diagnóstico histológico más exacto. El nevo de unión es el que posee mayor potencial, comparado con los otros tipos, para su transformación en un melanoma maligno.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica.

MIOBLASTOMA.

Los tumores de células granulares derivan de células que envainan otras células. En general, se usa la expresión mioblastoma de células granulares, ya que en su mayor parte estas lesiones se asocian con fibras musculares.

El mioblastoma es una neoplasia benigna poco frecuente, cuyo origen y naturaleza son discutidos. No parece tener predilección por la edad o el sexo y su localización favorita es la lengua, pero puede originarse en otros tejidos, tales como los labios, el suelo de la boca y los tejidos gingivales. El mioblastoma congénito es denominado, a veces, ápulis congénito. (2) (6)

Su cuadro clínico varía, pero en general, las lesiones aparecen como nódulos elevados pequeños. Son indoloros y blandos a la palpación aunque a veces presenta características que sugieren una masa análoga a un fibroma. Este tumor, está encapsulado y su potencial de crecimiento es reducido. (1)

Las células granulares eosinófilas ovaladas tienen núcleos picnóticos y están separadas entre si por escaso estroma. Cuando son superficiales, el epitelio exhibirá hiperpla

sia pseudoepiteliomatosa extensa. Las células granulares pueden tener origen en la fibra muscular o en la vaina neural. (6)

Como tratamiento, se recomienda la escisión quirúrgica; la recidiva es prácticamente inexistente.

HEMANGIOMA

Lesión benigna semejante a los tumores del tejido vascular, son comunes, tanto en la piel como en las membranas mucosas. La mayoría presentan las características de anomalías del desarrollo más que de verdaderos neoplasmas. Así pues, muchos de ellos son congénitos y existen ya al nacer o aparecen poco después. En este último caso, sigue creciendo activamente durante semanas o meses, pero luego se mantiene estacionario, disminuye y hasta desaparece. (5) (6)

Las mujeres y los niños parecen ser los más afectados, y más de la mitad de estas lesiones se manifiestan en la cabeza y el cuello. Las lesiones intraorales afectan con mayor frecuencia las mucosas bucal y labial, la lengua y las encías. Cuando se presentan en los tejidos gingivales, estas lesiones nacen en la papila interdental y se extienden en sentido lateral hasta abarcar los dientes adyacentes. (5) (2)

Los hemangiomas de la mucosa oral pueden ser concomitantes a angiomatosis de la piel de la cara o nevus flammeus y resultar un componente del síndrome de Sturge-Weber. (2)

Basándose en su tamaño y en sus rasgos histológicos, estos tumores, constituidos por vasos sanguíneos pueden ser de tipo capilar o cavernoso.

El Hemangioma Capilar es más frecuente que la variedad cavernosa. En general, es una masa de tejido pequeña o de tamaño moderado, ligeramente elevada y bien delineada de color púrpura intenso o azul oscuro y de consistencia blanda. A veces, al apretar la masa, ésta se vacía de la sangre que contiene y el tumor se vuelve pálido. Al aflojar la presión se ve como la sangre vuelve a penetrar en el tumor. Este hecho sugiere la existencia de un hemangioma y lo distingue fácilmente de las lesiones similares. (6) (2)

El Hemangioma Cavernoso es casi siempre congénito. Su diámetro, mayor que el del capilar, va de 2 hasta varios centímetros. Es habitualmente una prominencia grande y bien redondeada, de color púrpura o azul ligero, y de consistencia blanda semifirme. Sus bordes no se distinguen fácilmente, y a veces parecen continuarse con los tejidos vecinos. (6) (1)

Los antecedentes de ambos hemangiomas, el capilar y el cavernoso, son similares, puesto que se comprobará que los dos han existido durante años de un modo característico, con escasa o nula evidencia de su continuo crecimiento.

Histologicamente, el hemangioma capilar está formado por numerosos capilares sanguíneos pequeños revestidos por endo-

telio; mientras el cavernoso está constituido por grandes vasos dilatados, de paredes delgadas y revestidos también por endotelio. Los espacios están habitualmente llenos de sangre, pero a veces contienen líquido linfático. (6)

El tratamiento depende mucho del tamaño, la localización y la accesibilidad del tumor. Cuando es pequeño o de tamaño moderado, o cuando no plantea problemas estéticos o funcionales, se recomienda no intervenir. Pero cuando la desfiguración motiva la queja del paciente, o si el tumor se traumatiza repetidamente con secuelas hemorrágicas, suele estar justificado el tratamiento. La extirpación quirúrgica o escisión local, el electrocauterio, y la inyección de líquidos esclerosantes son las técnicas más usadas. La radioterapia para el tratamiento de los hemangiomas puede ser preferible cuando las lesiones ocurren en niños, sin embargo, es posible que estas muestren regresión espontánea antes o durante la pubertad. (2) (6)

El peligro mayor con estas lesiones vasculares es el potencial hemorrágico que puede ser severo, produciendo anemia ferropénica secundaria o inclusive amenazando la vida. El peligro adicional no solo se asocia con el tratamiento quirúrgico de los tumores, sino que la hemorragia ocurre a veces por un trauma mínimo, y hasta espontáneamente, especialmente en la membrana mucosa donde el tejido conectivo suelto brinda poco sostén a los vasos. (1) (5)

PAPILOMA

Neoplasia benigna del epitelio escamoso, se observa en la piel y en la boca encontrándose con mayor frecuencia en el paladar, la úvula, la lengua, la encía y el labio.

Los papilomas bucales suelen ser menores de 1 centímetro de diámetro y tienden a alcanzar determinado tamaño, después del cual el crecimiento practicamente se detiene.

Los términos "papiloma" y "pólipo" son a veces empleados indistintamente, pero el último es la designación para cualquier masa circunscrita de tejido que se proyecta desde la piel o la superficie mucosa. Tal masa puede ser un fibroma, un lipoma, un hemangioma o una gran variedad de lesiones. De esta manera, "pólipo" es una designación macroscópica únicamente, y aunque un papiloma suele ser polipoide, el pólipo es más frecuentemente otra cosa que un papiloma. (5)

Un papiloma posee de ordinario los rasgos y cualidades de las neoplasias benignas, pero sus características más distintivas e identificables son su coloración grisácea, blanca grisácea o inclusive rosada cuando la queratina se halla ausente; y su superficie "verrugosa" semejante a la de una coliflor. (6) (5) (1)

En general, el papiloma es una masa única o aislada de tejido anormal sésil o pediculada, que se proyecta desde los tejidos bucales como una tumoración bien delineada, con sus tejidos circundantes no indurados. A veces, sin embargo, los papilomas son múltiples y están constituidos por numerosas formaciones dispersas, como verrugas. En estos casos, resulta muy difícil distinguir el papiloma de la verruga común que es provocada por un virus. (5) (2) (6)

El tumor consiste de un corazón central arborescente de tejido conectivo vascularizado del cual ramificaciones laterales forman las proyecciones papilares individuales que resultan cubiertas por epitelio que puede estar o no queratinizado. A menudo hay un leve infiltrado inflamatorio crónico en el tejido conectivo, probablemente como resultado del trauma masticatorio. (5)

El tratamiento consiste en la excisión completa, incluyendo una zona de tejido normal alrededor de la base. La excisión incompleta puede resultar en una recidiva.

Se ha escrito mucho sobre la naturaleza premaligna de la lesión y su transformación potencial en un carcinoma, pero tal transformación raras veces, por no decir nunca, ha sido

Sin embargo, la papilomatosis múltiple posee una tendencia definida a convertirse en maligna.

NEOPLASIAS BENIGNAS - TUMORES INFLAMATORIOS

GENERALIDADES

Los términos "granuloma" y "tumor inflamatorio" se utilizan alternativamente para nombrar a algunos de los tumores más frecuentes en la boca. Los tumores inflamatorios comprenden más de la mitad de todos los tumores de la boca, y esto se entiende si sabemos que de ordinario son el resultado de irritaciones crónicas y que los tejidos bucales están sometidos constantemente a las irritaciones asociadas con el morder, el masticar, y el hablar, así como a las debidas a dentaduras, puentes, empastes rasposos, alimentos calientes fríos o aguzados, a líquidos irritantes, cuerpos químicos y a muchos otros factores.

El granuloma es una masa granulomatosa constituida esencialmente por elementos inflamatorios. Las variaciones cualitativas y cuantitativas de los componentes de los granulomas son comunes y dependen principalmente de factores como, su etiología, su punto de origen, la superposición de infecciones e irritaciones secundarias e, indudablemente de la manera de responder de cada paciente. Sin embargo, a pesar de las variaciones que puedan existir, se ha dicho que la mayor parte de los tumores inflamatorios presentan los siguientes

elementos:

1) elementos angiobláticos, una vascularización prominente constituida por numerosos capilares,

2) células inflamatorias, particularmente linfocitos y grandes mononucleares; y

3) elementos fibroblásticos (fibroblastos) cuyo número varía según el tumor y su período de desarrollo.

Los datos clínicos y el aspecto de los granulomas en los tejidos bucales, varía de enfermo a enfermo y dependen de la localización de la masa, de la presencia o ausencia de irritaciones superpuestas, de la causa y del plazo durante el cual ha existido el granuloma. Pero, a pesar de estos factores, la mayor parte de los granulomas presentan rasgos clínicos característicos a su naturaleza inflamatoria. Es en general, una masa tumoral saliente, fácil de observar, que puede encontrarse en cualquier región de la boca. Está bien localizado y sus bordes están por lo general bien definidos. La mayoría de ellos son rojos oscuro o púrpura rojizo debido a su intensa vascularización; pero es común encontrar lesiones que llevan ya mucho tiempo y cuyo tejido fibroso es más abundante, de color menos rojo e inclusive rosadas.

La consistencia de los granulomas varía según el contenido fibroso de los mismos y pueden ser blandos, semifirmes

o duros. Cuando encontramos este tipo de tumores en la muco
sa bucal, en el suelo de la boca, en la lengua o en los plie
gues mucobucales, suelen moverse libremente, lo cual es una
de las características clínicas de una enfermedad localizada
no infiltrante. Aquellos que se forman en tejidos fijos y
firmes, tales como las encías y el paladar, no presentan es-
ta propiedad debido a la rigidez de la estructura subyacente
del tejido. La mayoría de los granulomas sangran con facili
dad al ser dañados o explorados. Su superficie es variable;
algunos son esféricos, lisos sin interrupción; otros están
cubiertos por una capa queratótica adherente, gris o blanque
cina, y otros más están ulcerados, con signos de infección y
necrosis.

Un tumor inflamatorio puede ser totalmente asintomático,
sin embargo, el paciente advierte su existencia a causa de
su tamaño, del trastorno resultante de las funciones bucales
o de su tendencia hemorrágica. Cuando los traumatismos so-
bre la masa provocan su ulceración, infección o necrosis; el
paciente entonces sí manifiesta dolor y molestia.

El tumor inflamatorio puede existir en cualquier lugar
en la boca y como su aspecto clínico está muy relacionado
con su lugar de origen, se han propuesto numerosas terminolo
gías para describir estas variaciones. Los nombres que con

más frecuencia se usan para designar su origen en los tejidos gingivales son : a) épolis, b) hiperplasia alveolar inflamatoria, c) granuloma de células gigantes.

El factor etiológico esencial de estas lesiones es la irritación que puede ser de naturaleza física, bacteriana o química.

Teniendo presente que este tipo de lesiones se deforman fácilmente por traumatismos e infecciones, una historia clínica detallada y el exámen de una muestra de biopsia, serán a menudo necesarias para poder establecer un diagnóstico definitivo.

El granuloma se da en personas de cualquier edad, en ambos sexos, y en miembros de todas las razas, y aunque los antecedentes personales a este respecto proporcionan muy escasa información, otros datos de la historia clínica pueden resultar muy importantes. Por ejemplo, un granuloma gingival interproximal que se ha desarrollado durante el embarazo, casi se identifica por sí mismo, y los antecedentes de diabetes sacarina son muy importantes, puesto que los diabéticos son propensos a los granulomas gingivales.

Muy importante para el diagnóstico, es la duración y el

modo de crecer de la masa tumoral. En general, los granulomas se caracterizan por un crecimiento lento y gradual durante un período prolongado de meses y hasta de años.

El exámen histológico está siempre indicado. Cuando los signos clínicos sugieren la presencia de un granuloma, la masa debe extirparse y examinarse con el microscópio. Cuando el diagnóstico clínico es incierto, está indicada una biopsia por incisión.

Para que el tratamiento sea eficaz, deberá basarse en dos criterios: 1) supresión de la causa
2) extirpación del granuloma, ya sea por escisión quirúrgica, raspado o electrocauterio.

La recurrencia de una lesión de este tipo, se atribuye por lo general a una escisión incorrecta o a la presencia del factor causal responsable. Los tumores inflamatorios son de naturaleza benigna y carecen de potencialidad precancerosa. (6)

GRANULOMA PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES

Las lesiones gigantocelulares de la encía nacen en la zona interdental o en el margen gingival, son más frecuentes en la superficie vestibular y pueden ser sésiles o pediculadas. Se ve con mayor frecuencia en jóvenes y más en mujeres que en varones; y más en el maxilar inferior que en el superior.

Este granuloma, como la mayoría de los otros granulomas periféricos, es producido por una irritación o lesión local.
(1) (3)

El aspecto clínico del granuloma periférico de células gigantes no posee en general rasgos propios, distintivos, en la mayoría de los casos, este tumor es similar al granuloma gingival. Por esto, para hacer el diagnóstico definitivo se precisa el exámen microscópico. (6) (1)

En general, se presenta como una masa regular lisa hasta una protuberancia multilobulada irregular, con indentaciones superficiales. Las lesiones son indoloras, de tamaño variable y pueden llegar a cubrir varios dientes. Pueden ser firmes o esponjosas, su color va del rosado al rojo oscuro o púrpura azulado y a veces, en sus bordes se observan úlceras.

Resulta algo firme a la palpación. Es agresivo y capaz de erosionar el hueso alveolar subyacente. (1) (2)

Microscopicamente, prevalece un estroma fibrovascular hiper celular. Existen numerosas células gigantes, muchas de las cuales bordean espacios vasculares. Los núcleos de las células multinucleadas están distribuidos al azar dentro del citoplasma. Áreas de inflamación crónica se hallan diseminadas por la lesión con inflamación aguda en la superficie. El epitelio es hiperplásico con ulceraciones en la base. A veces, se observa formación de tejido osteoide dentro de la lesión. (1) (3) (2)

Los granulomas gigantocelulares requieren de la escisión para su eliminación, y en ocasiones debe extenderse ésta hasta el hueso. Debe también realizarse el raspado de los dientes adyacentes para eliminar los irritantes. A veces, su origen profundo impide su extirpación adecuada y, a causa de ello, se producen las repeticiones. En tales casos puede ser necesaria una cirugía más radical, que comprenda la extracción del diente afectado junto con su excrecencia alveolar.

Como los granulomas gingivales de células gigantes ocurren a veces asociados con el hiperparatiroidismo, serán nece

sarias investigaciones clínicas, radiográficas y de laboratorio, para excluir o confirmar la existencia del hiperparatiroidismo.

Es característica la acentuada tendencia del granuloma gigantocelular a la recidiva.

GRANULOMA DE CELULAS PLASMATICAS

Los granulomas corrientes de la boca y maxilares contienen con frecuencia células plasmáticas como parte de la reacción inflamatoria, pero, a veces, el número elevado de estas células justifica la clasificación por separado del granuloma de células plasmáticas.

Es una lesión benigna de la encía marginal interdental o encía insertada que puede también presentarse en el suelo de la boca, mucosas o lengua. Se presenta como una masa localizada, saliente y redondeada, pero puede también ser generalizada. Es roja, friable, a veces granular, sangra con facilidad o va acompañada de distribución focal de hueso adyacente.

Desde el punto de vista microscópico, aparece como una acunulación densa casi exclusivamente de plasmacitos en capas compactas o en lóbulos.

Este tumor se debe diferenciar del plasmacitoma, un tumor infiltrante no inflamatorio, y del mieloma de células plasmáticas que es una neoplasia maligna.

Por lo común, es suficiente con la eliminación de los

irritantes locales mediante raspaje, pero puede ser necesaria la extirpación quirúrgica.

GRANULOMA PIÓGENO

El granuloma piogénico es fundamentalmente un tumor inflamatorio, como lo implica el término granuloma. Sus características clínicas e histológicas son similares a las descritas para otros tumores inflamatorios, pero presenta además ciertos rasgos que justifican su propia denominación.

Representa una masa epitelizada de tejido de granulación motivado por acentuación de la fase reparadora de la respuesta inflamatoria, generalmente como una reacción excesiva a una irritación crónica de poca intensidad. Aún cuando sólo algunos producen pus activamente (piógeno), todos acusan un grado significativo de inflamación. (6)

Los granulomas piógenos se pueden manifestar en cualquier parte del cuerpo, pero se los halla más frecuentemente en la boca debido, posiblemente, a la alta incidencia de irritación crónica en esta región combinada con la considerable vascularidad y potencial reactivo de la mucosa oral. Estos granulomas alcanzan a menudo grandes proporciones, aunque es habitual que emanen de un pedículo que surge en la papila gingival. A menudo se desarrollan en la encía asociados a tártaro, enfermedad periodontal marginal, o adyacentes a los bordes de cavidades o restauraciones sobresalientes. (2)

(6)

El granuloma piógeno no demuestra tendencia especial a manifestarse en determinado grupo de edades o sexo, sin embargo, se ha observado más en adolescentes y adultos jóvenes y en el sexo femenino. (5) (2)

Los síntomas casi siempre son mínimos y el dolor no constituye una característica en el común de los casos. Las lesiones tempranas, debido al alto grado de celularidad y vascularidad que presentan, suelen ser blandas y rojas, acusando una gran tendencia hemorrágica. Las lesiones más viejas, en cambio, se tornan pálidas lo cual corresponde al aumento en la formación de colágeno y a la disminución en la celularidad, vascularidad e intensidad de la inflamación.

Con respecto a su etiología, originariamente se pensaba que el granuloma piógeno se manifestaba como resultado de una infección crónica estafilococcica, pero actualmente, y como ya se mencionó, se considera que la excrecencia se desarrolla en respuesta a una injuria de bajo grado, sostenida, ya sea física o bacteriana.

El tejido de granulación que forma la masa de la excrecencia, puede acusar grandes variaciones según el lugar dentro de la misma lesión. En general, se observa tejido de

granulación inmaduro en la parte de más reciente formación, numerosos fibroblastos, poco colágeno y un grado de vascularidad que asemeja al hemangioma. Predomina la formación de colágeno maduro en las partes más antiguas de la excrecencia y aquí la celularidad y la vascularidad disminuyen proporcionalmente. El epitelio de cubierta suele estar bien desarrollado en las áreas protegidas, pero aparece más atrófica y hasta puede presentar ulceración en sitios superficiales donde la masa tisural se halla directamente expuesta al trauma masticatorio.

En forma difusa por todo el tejido de granulación se encuentran distribuidas células inflamatorias cuyo número y concentración se relaciona con la intensidad de la irritación local. En las áreas de ulceración crónica, o proximas a ulceración, puede existir un denso conglomerado de células redondas, y cualquier ulceración reciente puede estar asociada con un exudado inflamatorio agudo involucrando fibrina y polimorfonucleares. (6)

Los principios de tratamiento incluyen, la remoción de la excrecencia y un perfecto raspado y curetaje de los dientes adyacentes y las superficies radiculares. Además, es indispensable la identificación y eliminación de toda irritación local que pudiera haberlo provocado, si es que ha de evitarse la recidiva. (2) (5)

GRANULOMA DEL EMBARAZO

El tumor del embarazo (épulis del embarazo, granuloma gravidarum) es, esencialmente un tipo altamente vascular de granuloma piógeno muy similar también al granuloma gingival. Acusa una creciente tendencia a desarrollarse en la mujer embarazada y su presencia va casi invariablemente acompañada por una gingivitis generalizada, y como su aparición cronológica está asociada con el embarazo, es fácil establecer su diagnóstico. Durante la gestación, las encías parecen tornarse sumamente reactivas a los estímulos que, en otras circunstancias, producirían poco efecto. Se desconoce la causa directa de esta reacción excesiva, sin embargo, se piensa que es el resultado de alteraciones en el nivel hormonal, o bien podría vincularse al aumento general en vascularidad que tiene lugar en todos los tejidos del cuerpo durante éste período. Independientemente de los factores etiológicos, se ha comprobado que las irritaciones locales desempeñan un papel importante como causas desencadenantes o excitantes. (5) (6)

De las mujeres embarazadas, más de la mitad acusan una acentuación de patología gingival, y se ha estimado que alrededor del 2% padecen excrescencias localizadas en las encías.

El épulis del embarazo suele empezar a desarrollarse al

rededor del segundo o tercer mes de la gestación. Al principio el desarrollo suele ser rápido pero luego en la mayoría de los casos, baja el ritmo de crecimiento hasta su total cesación. Después del parto, puede producirse cierto grado de regresión, pero raras veces desaparece del todo. El dolor no suele ser una característica del proceso, aunque en ocasiones puede estar presente.

Clinicamente, el tumor o granuloma del embarazo se observa como una masa saliente, derivada de la papila interproximal, sésil o pedunculada de color rojo intenso o purpúreo rojizo, de consistencia blanda y esponjosa, que sangra fácilmente y en abundancia, aún con una provocación mínima. (5)

Histologicamente, el granuloma del embarazo se asemeja mucho al tumor inflamatorio común, pero está más vascularizado y a veces se parece al hemangiogranuloma. (5)

Los principios de tratamiento son iguales a aquellos descritos para el granuloma piógeno y consisten, esencialmente en la eliminación de la excrecencia así como de todo factor irritante local que pueda haber originado a la misma.

Es importante prestar especial atención a la oportunidad de la cirugía menor con respecto al embarazo. Al tercer mes, la placenta todavía se encuentra en vías de desarrollo

y no se ha implantado aún, de modo que, en ésta época es mayor el riesgo de provocar un aborto. Después del sexto mes del embarazo, existe un mayor riesgo de provocar labor prematura de parto. Tales riesgos, sin embargo, son en realidad mínimos en la paciente sana y, si existiesen síntomas positivos, el acto quirúrgico deberá entonces realizarse con las debidas precauciones. El tiempo óptimo para una cirugía menor puramente electiva en la mujer embarazada, es entre el tercer y el sexto mes. Si ésta época no ha pasado, se deberá dejar al granuloma tranquilo hasta poco después del parto, época en que algunos clínicos procuran combinar los beneficios del tratamiento con la remisión natural que puede esperarse para entonces. (5)

BENIGNOS - QUISTES ODONTOGENOS

GENERALIDADES

Este tipo de quistes derivan del epitelio asociado con el desarrollo del aparato dental. Un quiste se define como una cavidad patológica revestida de epitelio que por lo general contiene material líquido o semisólido.

Dentro de la clasificación de los quistes odontógenos se encuentra el quiste gingival cuyo diagnóstico e identificación correcta depende como en los demás casos del examen microscópico del tejido asociado y del estudio de los hallazgos clínicos y radiográficos.

QUISTE GINGIVAL

El quiste gingival, como lo indica su denominación, es un quiste situado en la encía libre o adherida que no llega a involucrar el hueso. Se considera que se origina durante el desarrollo y algunos de ellos indudablemente proceden del epitelio de la lámina dental (restos de serres), del órgano del esmalte o de sus expansiones. Otros, pueden ser considerados como verdaderos quistes por inclusión y proceden de células desplazadas del epitelio gingival, tal como puede ocurrir en in traumatismo. (6) (5)

Los quistes gingivales ocurren sólo raramente en los adultos y pueden instalarse en cualquier lugar de la zona de implantación de los dientes, siendo más frecuentes en la superficie lingual de caninos y premolares inferiores. (1) (5)

Su aspecto clínico es habitualmente el de una masa saliente, indolora y cuyo desarrollo excede raramente un centímetro de diámetro. Su superficie es lisa, su forma es redonda y su color como el tejido normal. Es a menudo de consistencia firme y no sensible a la palpación.

"Perlas de Epstein" y "nódulos de Bohn" son términos usados para designar los microquistes gingivales observados

en los tejidos gingivales de los niños pequeños. Se originan en general durante, el desarrollo y proceden como en los adultos de la lámina dental o del órgano del esmalte del tejido caduco:

Pueden ser únicos o múltiples y a veces pueden ser lo suficientemente grandes para resultar visibles como prominencias pequeñas, pálidas, de consistencia firme. Su importancia patológica es escasa pues suelen involucionar espontaneamente a los pocos meses de haberse presentado, sin necesidad de intervención quirúrgica alguna. (6) (5)

El quiste gingival presenta características de un verdadero quiste; es decir, está constituido por una cavidad revestida por epitelio escamoso estratificado. Sus células son a menudo delgadas y planas, y en ellas puede existir también queratina. (6) (2)

Los quistes gingivales pueden ser extirpados o enucleados sin mayores contratiempos. (3) (6)

C A P I T U L O I I

C A P I T U L O I I

NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA BOCA

GENERALIDADES

El cáncer presenta a veces, rasgos tan característicos, que puede reconocerse a simple vista y mediante el tacto permitiendo al profesional establecer el diagnóstico clínico. Otras veces, la lesión es pequeña y las características del cáncer son tan mínimas que escapan a su identificación clínica. En tales casos, la historia clínica del paciente, y más importante aún, la biopsia, ayudan a establecer el diagnóstico definitivo.

Un cáncer en la boca tiene variedad de presentaciones clínicas y se manifiesta en formas diferentes. Su aspecto depende en gran parte de:

- a) el plazo durante el cual ha existido la lesión,
- b) el punto específico de origen,
- c) el tipo de célula,
- d) el estado de diferenciación de las células malignas,
- e) y los efectos de los procesos patológicos superpues-
tos. (6)

A pesar de estas variaciones, la gran mayoría de los cánceres bucales todavía manifiestan ciertas cualidades discernibles o rasgos distintivos, que de existir deben fomentar la sospecha que se trata de un cáncer.

Modelos Clínicos de Crecimiento:

Todas las enfermedades cancerosas, se caracterizan por la proliferación incontrolada de células. La masa tumoral, se extiende: hacia afuera, en la cavidad bucal; lateralmente, en los tejidos adyacentes; y hacia adentro, en las zonas subyacentes. A veces, la lesión cancerosa favorece una de estas tres direcciones, y esto en gran parte, determinará su cuadro clínico. Así, por ejemplo, una lesión que tienda a crecer hacia afuera, puede asumir la forma de un tumor fungoso, la que crece más hacia adentro o abajo, puede originar un tipo infiltrativo; y la que crece lateralmente, puede convertirse en un tumor verrugoso.

Naturaleza Ulcerativa:

Los cánceres bucales suelen ulcerarse debido a las influencias traumáticas que existen continuamente en la boca, o como efecto de la propia naturaleza del proceso canceroso. No solo los cánceres bucales están frecuentemente ulcerados, sino que sus úlceras, únicas o múltiples dentro de la masa tumoral, son crónicas, es decir, persistentes y de duración prolongada. Este hecho, ha motivado la formulación de una regla

clínica general, que debe tenerse presente: "Una úlcera o úlceras que han existido durante 4 o más semanas y que no presenta algún signo evidente de curación, constituirán la base para sospechar una neoplasia maligna." En general, cuanto más crónica es una ulceración, tanto más fácilmente asume la forma de cráter, con una depresión central rodeada por un reborde elevado de tejido, de consistencia firme. Al observar este tipo de ulceración, especialmente si se encuentra en el centro de una masa tumoral firme, deberá sospecharse un cáncer de la boca. Esto, sin embargo, no significa que todas las ulceraciones crateriformes o persistentes indiquen un cáncer, puesto que existen otras enfermedades crónicas que pueden originar ulceraciones similares en la cavidad bucal.

Es posible que algunas lesiones cancerosas no se ulceren, particularmente las lesiones recientes o pequeñas en las que todavía no se desarrollan las condiciones para su ulceración.

Rigidez y Endurecimiento:

Si se palpa adecuadamente, se comprueba que la mayoría de las lesiones cancerosas están fijas, son rígidas o adheridas a los tejidos circundantes, y que sus zonas adyacentes muestran cierto grado de firmeza o dureza. Estos dos rasgos son las manifestaciones clínicas del segundo requisito his-

tológico del cáncer, a saber, la infiltración y la invasión.

Linfadenopatía Metastásica:

Otro rasgo clínico del cáncer, pero que no existe en todos los casos, es la linfadenopatía metastásica, esto es, la existencia de ganglios linfáticos palpables, firmes, no sensibles y rigidamente adherentes. Esto se explica en el tercer requisito de una enfermedad cancerosa, su capacidad potencial de formar metástasis por vía linfática o sanguínea. Por esto, es importante que cuando exista una lesión bucal sospechosa, el profesional palpe adecuadamente todos los ganglios linfáticos regionales, incluso los de las cadenas cervical, submandibular, sublingual, yugular y supraclavicular. Algunas neoplasias malignas, no dan metástasis hasta después de mucho tiempo, por esto, la ausencia de ganglios linfáticos palpables, no debe desechar la sospecha de que se trata de un cáncer.

Síntomas:

Un tumor canceroso grande o ulcerado, puede ser doloroso e interferir con los movimientos de la lengua y con su función, además de que su tamaño puede provocar la acumulación de saliva en la boca y babeo. Pero, estos signos y síntomas no deben considerarse requisitos del diagnóstico del cáncer,

puesto que pueden faltar cuando la lesión cancerosa es pequeña o no se ha ulcerado. No obstante, hay un síntoma que debe ser motivo de sospecha y motivar a un exámen más minucioso, éste es, la parestesia, un entumecimiento, la pérdida de sensibilidad o una sensación de hormigueo en el labio o en una parte de la piel.

Historia Clínica:

Cuando nos enfrentamos con un tumor que posee la mayoría de los rasgos clínicos del cáncer (masa firme, fija, rodeada por endurecimiento y con una o varias úlceras crónicas en forma de cráter), la redacción de una historia clínica contribuye poco al diagnóstico, puesto que la identidad de la lesión como cáncer se reconoce por su aspecto típico. Sin embargo, cuando la lesión sospechosa es pequeña y de escaso relieve o cuando dóló presenta un rasgo del cáncer, la redacción de la historia clínica puede resultar particularmente útil. Esta debe incluir datos sobre los antecedentes personales del paciente, su estado general, sus hábitos bucales e información sobre la propia lesión.

La historia personal del paciente, particularmente su edad y sexo, deben incluirse en la labor diagnóstica, pues se sabe, por ejemplo, que el cáncer bucal es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres, y en individuos de edad avanzada.

La historia clínica debe también incluir anotaciones con respecto a enfermedades o estados que pudieran haber originado una mala nutrición o deficiencia vitamínica, puesto que se ha demostrado que el cáncer se desarrolla con más facilidad en la boca de pacientes con este tipo de enfermedades. (6)

Los hábitos bucales son también importantes para el diagnóstico, particularmente, el uso del tabaco porque hay estadísticas que demuestran que el cáncer bucal es más frecuente en estos pacientes que en los exentos de tales hábitos.

Por último, la historia clínica deberá incluir datos sobre la duración y el curso de la lesión. Si se comprueba que la lesión ha duplicado o triplicado su tamaño en un plazo relativamente breve, debe considerarse el estudio de una muestra de biopsia, pues el crecimiento continuo y rápido es característico de la enfermedad cancerosa.

Metodos de Laboratorio:

El diagnóstico final y concluyente de cualquier lesión se basará invariablemente en los datos histológicos que se obtienen al examinar una muestra de biopsia.

En la mayoría de los casos, el dentista deberá saber cómo obtener una muestra de tejido. Sin embargo, cuando la lesión ha sido diagnosticada como cáncer, o cuando la duda es

mínima, el profesional debe abstenerse de obtener una muestra de biopsia y en lugar de ello, remitirá al paciente a un especialista de cáncer. De modo similar, si la lesión es pequeña y si el obtener tejido representativo pudiera hacer necesaria la extirpación de la mayor parte de la lesión perjudicando así la subsiguiente intervención quirúrgica para la eliminación total de la lesión, el profesional deberá evitar los procedimientos mutilantes y remitir al paciente al especialista.

Una muestra de tejido será representativa de la lesión y de ser posible, incluirá una porción de tejido adyacente, que se supone normal. Es adecuada, una muestra que mida 1cm de longitud y 0.5 cm de profundidad y anchura. Cuando se dude respecto del lugar de donde obtener tejido, se recogerán muestras múltiples.

Un informe negativo por parte del anatomopatólogo, no debe admitirse como concluyente si los datos clínicos sugieren todavía una neoplasia maligna. Una segunda o hasta una tercera muestra de tejido, de otras y distintas zonas de la lesión, deberán obtenerse y estudiarse. (6)

CARCINOMA DE LA ENCÍA

El carcinoma de la encía constituye un grupo muy importante de neoplasias. Varios autores e investigadores parecen coincidir en que aproximadamente del 10 al 12% de todos los tumores malignos de la cavidad bucal se presentan en la encía. Esta es una enfermedad esencialmente de ancianos pues solo el 2% de los tumores se presentan en pacientes menores de 40 años. Su localización más frecuente es en la región posterior y mas en la mandíbula que en el maxilar. Como la gran mayoría de los cánceres bucales, el carcinoma de la encía afecta más a los hombres que a las mujeres.

Su origen parece no ser más específico o definido que el del cáncer en otras áreas de la cavidad bucal. Como la encía es un sitio de irritación crónica y de continua inflamación debido a la placa bacteriana, al cálculo y a los microorganismos que ahí se acumulan, el dentista especula acerca de la participación de dicha irritación en el desarrollo del cáncer gingival. Una situación poco usual, se presenta cuando después de extraer un diente, el carcinoma se desarrolla con rapidez y prolifera fuera del alveolo. Estos casos, se deben posiblemente a que el carcinoma de la encía crece a lo largo del ligamento parodontal y prolifera repentinamente después de la extracción.

El carcinoma se manifiesta inicialmente como un área de ulceración, la cual puede ser una lesión puramente erosiva o mostrar un tipo de crecimiento exofítico, granular o verrugoso. La delgadez normal de las encías y su adherencia firme al hueso subyacente, influyen en el aspecto y modo de conducirse de las lesiones cancerosas que se originan en ellos. Además, varios rasgos clínicos del cáncer de la boca, tales como la fijación y el endurecimiento, quedan enmascarados de bido a la fijación rígida de las propias encías. (4) (1) (5)

Estos tumores, se presentan con más frecuencia en áreas edéntulas, pero pueden también desarrollarse en sitios donde hay dientes. La encía adherida o fija se afecta primariamente con más frecuencia que la libre. (4)

El cáncer de la encía invade localmente y afecta también al hueso subyacente y a la mucosa circundante. La mayoría de los casos son asintomáticos y pasan inadvertidos hasta que se complican con una inflamación dolorosa.

En el maxilar superior, el carcinoma gingival a menudo invade el seno maxilar, o bien, se extiende sobre el paladar o dentro de los pilares palatinos. En la mandíbula, es común que se extienda dentro del piso de la boca o lateralmente hacia los carrillos así como también en sentido profundo hacia los huesos. (4) (1)

La metástasis es una secuela común de este carcinoma y por lo general se limita a la región supraclavicular. Sin em bargo, propagaciones más extensas incluyen el pulmón y el hí gado.

El tratamiento del carcinoma localizado en este lugar es un problema quirúrgico y la radiación resulta muy peligrosa debido a su efecto nocivo sobre el hueso.

El pronóstico no es particularmente bueno y de los casos registrados, sólo el 24 por 100 sobrevivió hasta cinco años. Esto, nuevamente ilustra, la gran necesidad de un diagnósti-
co temprano para dichas neoplasias. (4) (1)

MELANOMA MALIGNO

El melanoma maligno, o melanocarcinoma, es afortunadamente una neoplasia rara de la boca, puesto que es, una de las enfermedades mortales que se propaga más rápidamente. Se ha publicado su desarrollo en varios tejidos de la boca, pero su localización más frecuente son los tejidos palatinos y la encía, principalmente aquella que comprende el sector anterior del maxilar superior. (6) (2)

El término "melanoma", en virtud del uso común, ha venido a significar un neoplasma maligno de células capaces de producir melanina, y en consecuencia un melanoma es el equivalente maligno del nevo pigmentado. El agregado del adjetivo "maligno" acentúa, meramente, características que el término "melanoma" ya implica, pero esto nos permite distinguir lo del melanoma juvenil. (5)

Varios autores opinan que la gente de piel oscura tiene una predisposición mayor que los caucásicos a generar melanomas. Ambos sexos parecen ser afectados por igual, aunque Eversole y Spouge, reportan una mayor incidencia en los varones. (3) (2) (5) Ocurre principalmente en los grupos de edad más avanzada, siendo su incidencia promedio alrededor de los 50 años.

En sus primeros períodos de desarrollo, su único signo sugerente puede ser una mayor pigmentación por melanina provocando la formación de una mancha oscura. Luego, debido a un crecimiento continuo y rápido, propio del melanoma, asume el aspecto de una masa tumoral, de consistencia densa y fácilmente sangrante aún por pequeños traumas. La lesión puede o no estar indurada y se extiende rápidamente en todas direcciones, atacando a las estructuras vecinas por el crecimiento de un tejido anormal, oscuro o negro. El grado de pigmentación varía mucho e inclusive hay casos en los que el tumor carece de color siendo entonces un melanoma amelanótico. Al hacerse la neoplasia mayor, se manifiestan la mayor parte de los rasgos clínicos del cáncer de boca: el tumor es denso y fijo, sus bordes están indurados y su centro ulcerado. Va acompañado de una linfadenopatía por metástasis.

Histologicamente, el melanoma maligno es una proliferación neoplásica consistente de células de tipo névico que muestran algunas o todas las características aceptadas de malignidad, incluyendo pleomorfismo, actividad mitótica anormal y variaciones en tamaño. Dichas células se encuentran a veces dispuestas en nidos epiteloideos y se observan gránulos intracitoplasmáticos. El epitelio superficial está por lo general ulcerado y junto a la úlcera, casi siempre puede detectarse un compromiso en la unión de la capa de células

basales. (2) (5)

Lamentablemente, muchos melanomas semejan otros tumores malignos, asumiendo patrones microscópicos extraños que generan confusión. (2)

Como tratamiento se indica cirugía radical y debe realizarse un oncólogo.

Aún en la piel, donde el melanoma maligno suele detectarse tempranamente, el pronóstico es pobre por cuanto el tumor tiende a metastatizarse temprana y extensivamente. El pronóstico para un melanoma bucal es aún peor y casi uniformemente se los puede considerar fatales, debido posiblemente a que la lesión suele ser indolora y permanece sin detectarse hasta después de ulcerada e infectada secundariamente. (5)

En cuanto a consideraciones de diagnóstico diferencial clínico, sería oportuno considerar un tatuaje de amalgama en relación con las primeras etapas de un melanoma. (3)

SARCOMAS

Los sarcomas son neoplasias malignas de origen mesodérmico que pueden proceder de cualquiera de los tejidos conjuntivos del cuerpo. Como grupo, ocurren usualmente en personas jóvenes registrándose aproximadamente una mitad de los casos entre los 20 y los 40 años de edad. Cualquiera de los tejidos conectivos en la región bucal puede ser el asiento de tumores malignos; así pues, pueden ocurrir fibrosarcomas, misarcomas, angiosarcomas etc. Cuando este tipo de tumores es tán bien diferenciados, su aspecto histopatológico muestra similitud con el del tejido del cual se originó y crecen y se infiltran lentamente para metastatizarse después de mucho tiempo. Son, por lo tanto, capaces de tratamiento. Por otro lado, los tumores pobremente diferenciados pueden mostrar poca similitud con su tejido de origen, apareciendo como masas de células redondas, poliédricas o fusiformes. Estos tumorees suelen desarrollarse rápidamente, metastatizarse a corto plazo y casi siempre terminan fatalmente a pesar del tratamiento.

Como los sarcomas involucran frecuentemente a los tejidos mesodérmicos más profundos, en las etapas tempranas suelen aparecer como tumores recubiertos de mucosa. El dolor varía según el índice de desarrollo. En las etapas más adelan

tadas, la tumefacción puede abrirse paso a través de la mucosa suprayacente dando origen a una masa carnosa (G sarx=carne).

Los sarcomas metastatizan preferentemente por vía sanguínea, debido probablemente a que estos tumores son sumamente vasculares. Con frecuencia ocurren depósitos secundarios en órganos vasculares y tejidos como los pulmones, los huesos y el cerebro.

Estas neoplasias constituyen un desafío para el clínico, puesto que raras veces son patognómicos sus rasgos clínicos y radiográficos. A diferencia de los carcinomas, se ulceran tarde durante su curso, una vez producida una infiltración local extensa y la metástasis. Por ello, es que las lesiones pueden interpretarse erróneamente en sus primeros períodos, como benignas o inflamatorias. Inclusive para el anatomopatólogo resultan un problema, pues éste deberá excluir las diversas lesiones inflamatorias y reactivas que simulan los rasgos histopatológicos del sarcoma. Un diagnóstico correcto depende, por consiguiente, de una historia clínica detallada, de un exámen completo y cuidadoso del paciente, de los exámenes de laboratorio, de radiografías de alta calidad y de un material de biopsia adecuado. (6) (5)

FIBROSARCOMA

El fibrosarcoma, es la neoplasia mesenquimatosa maligna más frecuente y comprende cerca del 29% de los sarcomas de los tejidos blandos. Es un tumor constituido por fibroblastos malignos que puede originarse en cualquier punto. Ocasionalmente, las lesiones se han originado en zonas que sufrieron escarificación consecutiva a un traumatismo físico o a la exposición a radiaciones. Se presenta con mayor frecuencia en los adultos jóvenes y de edad mediana y más en los hombres que en las mujeres.

La mayor parte de los fibrosarcomas se desarrollan en las extremidades, pero el 16% lo hacen sobre las clavículas e incluyen zonas bucales, tales como el periostio del maxilar superior y de la mandíbula, los labios, lengua, encías y la mucosa bucal y palatina. Cuando el fibrosarcoma se origina en la boca, se presenta habitualmente como una masa firme, indolora, no ulcerada, mal definida y cubierta por mucosa normal. La lesión primaria a menudo no llama la atención y puede ser erróneamente considerada como una neoplasia benigna.

El 80% de los fibrosarcomas están bien diferenciados y crecen lentamente por infiltración local. Sin embargo, el fibrosarcoma de la cavidad bucal puede presentarse poco dife

renciado y cuando esto ocurre, su aspecto clínico y su curso son dramáticos. El paciente puede presentar dolor intenso, parestesia y aflojamiento y exfoliación de los dientes, al producirse infiltración ósea.

Los rasgos radiográficos del fibrosarcoma no poseen valor diagnóstico, pero puede manifestarse como una radiolucidez mal definida, que puede provocar reabsorción radicular o divergencia. La expansión puede ser evidente, pero pueden producirse grandes zonas de destrucción ósea en ausencia de ésta.

Los fibrosarcomas se reconocen histológicamente como proliferaciones de células fusiformes hipercelulares, que presentan pleomorfismo moderado. Las figuras mitóticas son generalmente numerosas. Las células tumorales carecen de fascículos paralelos y están distribuidas en empalizadas. (2)

Las lesiones localizadas pueden tratarse exitosamente mediante la extirpación quirúrgica, pero puede ser necesario realizar algún tipo de resección quirúrgica como la hemimandibulectomía o la maxilectomía parcial incluyendo siempre un margen de seguridad de por lo menos 3 centímetros libres de tumor. En general los fibrosarcomas no son radiosensibles y su pronóstico es variable. El fibrosarcoma central permite

un mejor pronóstico en los maxilares que en otros huesos.
La tasa de supervivencia a 5 años excede el 50 %.

Las metástasis son raras y sólo se forman durante los últimos períodos. Las lesiones poco diferenciadas siendo más agresivas, pueden producir precozmente metástasis en los pulmones. Los ganglios linfáticos raras veces son atacados.

RETICULOSARCOMA

Este tipo de sarcoma se caracteriza por la degeneración maligna de células del retículo. La localización más frecuente de la enfermedad intraoral es la amígdala, que se torna dolorosa y aumenta de tamaño, y aunque su origen en otras zonas intraorales es raro, se han publicado casos en los que la lesión se encontraba en la mucosa bucal, las encías y el paladar. Las características generales en estas regiones son similares a las de otras neoplasias malignas.

Las quejas iniciales por parte del paciente varían según la localización del tumor y su desarrollo. Entre estas se encuentra una sensación vaga de malestar, inflamación de la garganta, obstrucción nasal, disnea, disfagia y disfonía. El aumento de tamaño de los ganglios linfáticos cervicales es a menudo el primer signo de la enfermedad. A la palpación se puede localizar debajo del músculo esternocleidomastoideo, una masa única o múltiples masa, firmes, con la consistencia del caucho, sensibles y discretas. Durante los primeros períodos los ganglios son libremente móviles, pero después, conforme las células malignas invaden las cápsulas que envuelven a los ganglios e infiltran al tejido blando adyacente, las masa se unen y quedan fijas.

El sarcoma de células del retículo es, entre todos los linfomas, el de pronóstico más desfavorable. La participación cervical y amigdalina va seguida por la infiltración rápida y progresiva del bazo, hígado, médula ósea y grupos de ganglios linfáticos viscerales. Ocasionalmente, puede presentarse como complicación una leucemia monocítica. La frecuencia global de supervivencia, después de 5 años, es del 19%. La mayoría de los pacientes mueren antes de transcurridos 2 años después de haberse hecho el diagnóstico.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

LINFOSARCOMA

El linfomasarcoma originado a partir de linfocitos maduros o de linfoblastos, sigue un curso más benigno que el sarcoma de células del retículo. La mayor parte ocurren en varones mayores de 40 años, pero algunos del tipo linfoblástico se desarrollan durante la primera y segunda décadas de vida. Uno de los primeros signos de la enfermedad es el agrandamiento, no sensible de los ganglios linfáticos cervicales profundos. Durante los primeros periodos, los ganglios son en general, firmes, discretos y móviles; luego, al ocurrir la infiltración, éstos se vuelven confluentes y fijos.

El 35% de los linfomasarcomas son extraganglionares y pueden originarse en las amígdalas, mucosa bucal, piso de la boca y ocasionalmente en las encías. El cuadro clínico de estas lesiones es similar al del reticulosarcoma.

La frecuencia global de supervivencia es del 28% aproximadamente. Cuando la enfermedad se limita a una zona y se practica una radioterapia agresiva precoz, puede obtenerse una curación, después de 5 años del 65 al 80 %.

El pronóstico de los pacientes jóvenes con el tipo linfoblástico y el de los que presentan la enfermedad diseminada al ser vistos por primera vez, es más desfavorable.

METASTASIS

La metástasis de tumores no son comunes en la encía. Hardman, sin embargo, describe dos tumores gingivales que hicieron metástasis desde un condrosarcoma primario de fémur. (7) Los tumores gingivales asemejaban fibromas y presentaban lesiones inflamatorias secundarias asociadas a la irritación local. Microscópicamente se componían de una trama laxa vascular de células fusiformes, lo cual coincidía con el diagnóstico del sarcoma fusocelular.

Entre otros casos de metástasis en la encía se encuentran: el adenocarcinoma de cólon, carcinoma de pulmón, condromixosarcoma de axila e hipernefroma. (1)

CONCLUSIONES

Como persona responsable de la conservación de la salud, el Dentista asume ciertas obligaciones, lo mismo respecto de sus pacientes que de su profesión. Uno de estos deberes u obligaciones, es el estudiar y conocer las lesiones tumorales que pudieran presentarse en la cavidad oral.

Un tumor es una neoplasia, o un nuevo crecimiento de tejido. A veces, el término se usa para designar cualquier tipo de crecimiento o abultamiento, incluyendo aquel que resulta de la inflamación. Los tumores pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y su futuro y la supervivencia del huésped dependen de las características de crecimiento de las células que lo constituyen. Cuando por su naturaleza, los tumores crecen local y lentamente, resulta casi siempre un tumor benigno y se considera maligno cuando el crecimiento es rápido e invasor.

Los tumores tienen una multitud de nombres, a veces, muy complicados. Estos, casi siempre llevan el sufijo --oma que designa "tumor". Cuando se utiliza como en carcinoma (cáncer de células epiteliales) o como en sarcoma (cáncer de células del tejido conectivo), significa un tumor maligno.

Debe llamar la atención del paciente o del profesional, cualquier irregularidad en la apariencia usual y uniforme de un órgano o parte de éste. La consistencia de un tumor dependerá del tipo de células que forman la masa. Puede ser duro y denso como el hueso, o blando como la manteca. La consistencia de una tumefacción es importantísima cuando se estiman sus probabilidades diagnósticas. Las tumefacciones móviles y firmes, aunque no induradas, corresponden más a las neoplasias benignas; las tumefacciones fijas, induradas y úlcera-das, es más probable que correspondan a procesos malignos. Aquellas que son molestas o dolorosas y que pueden exhibir fístulas, tienen todas las probabilidades de ser estados inflamatorios.

Su forma depende en gran parte de su posición y lugar a natómico y de los tejidos a su alrededor.

Cuando se hace el exámen microscópico de un tumor, se observa que las células en él presentan generalmente similitud con las células normales de esa zona. El grado de similitud, es sin embargo, muy variable y se conoce como diferenciación. Algunas pueden ser tan parecidas que se distinguen con mucha dificultad mientras otras, resultan tan diferentes que confunden su origen.

Las causas de los tumores son desconocidas. Mucho es el esfuerzo que se ha empleado para el estudio de esta rara enfermedad y aunque se han descubierto cosas muy interesantes, ninguna de ellas provee una explicación satisfactoria con respecto al origen de los tumores.

El tratamiento de un paciente con una neoplasia o tumoración, está determinado por el tipo de tumor (benigno o maligno) y por el sitio o sitios afectados. Un diagnóstico definitivo es esencial para el tratamiento adecuado y depende del exámen microscópico del tejido tumoral.

Los tumores más comunes en la encía o el reborde alveolar son: Fibroma, Nevo, Mioblastoma, Hemangioma, Papiloma, Granuloma Periférico de Células Gigantes, Granuloma de Células Plasmáticas, Granuloma Piógeno, Granuloma del Embarazo, Quiste gingival, Carcinoma de la Encía, Melanoma Maligno, Fi brosarcoma, Reticulosarcoma, y Linfosarcoma.

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

- 1) Carranza, Fermín
PERIODONTOLOGIA CLINICA DE GLICKMAN
Edit. Interamericana
Quinta Edición
México, D.F. 1985
Pags. 121-127

- 2) Eversole, Lewis R.
PATOLOGIA BUCAL
Edit. Panamericana
Primera Edición
Buenos Aires, Argentina 1983
Pags. 18, 51-53, 101-139, 232-233

- 3) Lindhe, Jan
PERIODONTOLOGIA CLINICA
Edit. Panamericana
Primera Edición
Argentina 1985
Pags. 260-272

- 4) Shafer, William G. et. al.
A TEXTBOOK OF ORAL PATHOLOGY
W.B. Saunders Company
Segunda Edición
U. S. A. 1976
Pags. 138-152
- 5) Spouge, J.D.
PATOLOGIA BUCAL
Edit. Mundi
Primera Edición
Buenos Aires, Argentina
Pags. 228-252, 310, 393-409
- 6) Zegarelli, Edward V. et. al.
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Edit. Salvat
Segunda edición
España, 1982
Pags. 210-280, 339-347

C I T A S B I B L I O G R A F I C A S

- 7) Dr. Hardman, Pag. 127, PERIODONTOLOGIA CLINICA DE
 GLICKMAN.
 Carranza, Fermín
 Edit. Interamericana
 Quinta Edición
 México, D. F. 1985