

870122

6

24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS
BENIGNAS DE TEJIDO CONJUNTIVO DEL TEJIDO BLANDO
DE LA CAVIDAD ORAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ANGELA ALFONSO CASTILLO

ASESOR: DR. MARIO ALBERTO GOMEZ DEL RIO

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.



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 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.

" ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS
BENIGNAS DE TEJIDO CONJUNTIVO DEL TEJIDO BLANDO DE LA
CAVIDAD ORAL ".

I N D I C E

	Pág.
Introducción.....	1
CAPITULO I	
Generalidades sobre la anatomía de la cavidad oral y estructuras adyacentes.	5
A) Huesos de la cara.....	5
B) Maxilar superior.....	6
C) Palatino.....	13
D) Malar.....	14
E) Unguis.....	15
F) Huesos propios de la nariz.....	15
G) Cornete inferior.....	16
H) Vómer.....	16
I) Maxilar inferior o mandíbula.....	17
CAPITULO II	
Neoplasias más comunes.....	20
A) Fibroma.....	21
B) Papiloma.....	23
C) Papilomatosis múltiple.....	24
D) Verruga vulgar.....	26

	Pág.
E) Hemangioma.....	27
1) Hemangioma capilar.....	29
2) Hemangioma cavernoso.....	31
F) Lipoma.....	33
G) Linfangioma.....	34
 CAPITULO III	
Tratamiento.....	37
A) Fibroma.....	37
B) Papiloma.....	40
C) Papilomatosis múltiple.....	41
D) Verruga vulgar.....	42
E) Hemangioma.....	43
1) Hemangioma capilar.....	44
2) Hemangioma cavernoso.....	45
F) Lipoma.....	46
G) Linfangioma.....	47
 Conclusiones.....	 49

Bibliografía.

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

Para la realización de ésta tesis, se han tomado como base las Neoplasias Benignas de Tejido Conjuntivo, del Tejido Blando de la cavidad oral.

Para todo cirujano dentista que se dedica a ejercer su profesión así como a los estudiantes de Odontología, debe ser importante saber y conocer de las patologías bucales - que existen en el ser humano, ya que con éste se realiza - nuestro trabajo y que tarde o temprano nos podemos enfrentar a algún caso de patología bucal, la que debemos saber diagnosticar adecuadamente sabiendo la diferencia entre - una y otra neoplasia o enfermedad bucal, ya que cuando no es así, podemos errar en el tratamiento y se puede ocasionar un problema serio, o de fuertes consecuencias, no solo para el paciente, sino para nosotros como cirujanos dentistas, además puede ser una patología sin consecuencia y por no saber a que nos estamos enfrentando podemos ocasionar - una preocupación innecesaria al paciente, a su familia y a nosotros mismos.

Por lo tanto para evitar gastos innecesarios con estudios inadecuados, preocupaciones y por tal razón desconfianza del paciente hacia el cirujano dentista. Debemos co

nocer las patologías bucales.

Las patologías bucales existentes son muchas y muy variadas, por lo que se ha tomado como tema para la realización de ésta tesis:

Las neoplasias benignas de tejido conjuntivo, del tejido blando de la cavidad oral.

El cirujano dentista debe de estar consciente que el paciente que va a buscar nuestra ayuda como profesionistas confía en nuestros conocimientos por lo tanto si el paciente llega al consultorio dental, a realizarse un trabajo bucal o asustado porque no sabe lo que es una bolita, una prominencia, una cosa rara que tiene en la boca, nosotros por medio del conocimiento, somos los indicados de sacar de dudas al paciente. Haciendo primeramente un buen diagnóstico el cual debe ir acompañado de radiografías o de una biopsia cuando fuera ésta necesaria.

Las neoplasias benignas en tejidos blandos son varias pero no porque el nombre lo indica que son benignas se deben dejar en la cavidad oral como una estructura más del sistema bucal.

Por tal razón a continuación en el Capítulo I se expondrá en una síntesis los componentes y estructuras adyacentes en la cavidad oral que puede ayudar si no al cirujano-dentista, sí al estudiante de odontología para conocer o -reparar la anatomía facial y componentes orales.

En el Capítulo II, se dan a conocer las neoplasias benignas más comunes en la cavidad bucal, que para mayor comprensión del estudiante se habla del diagnóstico, cuadro -clínico y etiología específicamente de cada una de éstas -patologías lo que ayuda al cirujano dentista a recordar lo aprendido y al estudiante a recopilar datos de lo que está aprendiendo o va a conocer.

En el Capítulo III, se habla del plan de tratamiento para cada -uno de éstos tumores, dando a conocer los tratamientos que se han realizado por personas eruditas en el ramo y que han sido todo un éxito-para la erradicación total de la enfermedad y para el restablecimiento funcional de los órganos afectados.

Y bien si ésta tesis llegara a manos de una persona -ajena a ésta profesión, la puede leer para ampliar su acervo cultural y además para que se de cuenta que en la boca-no sólo hay dientes y lengua sino hay estructuras y componentes indispensables para el funcionamiento adecuado de -nuestro organismo y que para saber que es anormal en el -

sistema bucal e incluso en todo el cuerpo, se debe saber - que es normal. Y en ésta tesis se habla de neoplasias, las cuales son una masa anormal del tejido, por lo que el crecimiento excede del crecimiento normal de tejidos no estando por tal situación coordinando con éstos mismos.

Además ésta masa anormal depende en última instancia - de la persona en la cual se encuentra en cuanto a la nutrición, a la respiración, el riego sanguíneo y muchas de - - ellas necesitan incluso de sostén endócrino.

Por lo tanto no por darnos cuenta que no expone la vida del paciente como algunas neoplasias malignas, las debemos hacer a un lado ya que a continuación se verá y se hará consciente el lector de la importancia de éstas.

C A P I T U L O I

GENERALIDADES SOBRE LA ANATOMIA DE LA CAVIDAD ORAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES.

En ésta tesis he puesto en el Capítulo I, las generalidades sobre anatomía de la cavidad oral y estructuras adyacentes, ya que las neoplasias que se expondrán en el Capítulo II se encuentran dentro de la boca y afectan también algunas estructuras adyacentes por lo que en éste capítulo expondré de manera general las características más importantes de la cavidad oral y de las estructuras adyacentes, además de recordar o conocer la ubicación de éstas. Y el porqué son importantes componentes no sólo de la cavidad oral sino del organismo en general. Para que haya una comprensión de la expansión de las neoplasias y nos podamos ubicar a que región está afectando dicho tumor, tenemos primero que conocer la anatomía odontológica y sus estructuras por lo tanto a continuación se mencionan.

A) HUESOS DE LA CARA.

Los huesos de la cara en número de catorce forman la mandíbula superior y la mandíbula inferior.

La mandíbula superior conectada firmemente a la base -

del cráneo, se estructura en base a la unión de trece huesos, de los cuales seis son pares:

Maxilares superiores, palatinos, malares, unguis o lagrimales, huesos propios de la nariz y cornetes inferiores siendo impar el restante: el vómer.

La mandíbula o maxilar inferior, es un hueso móvil articulado con el temporal a nivel de la articulación temporomandibular. (3)

B) MAXILAR SUPERIOR.

El maxilar superior, es el más importante de los huesos del macizo facial, interviene en la formación de distintas regiones comunes al cráneo y a la cara, alojando su reborde inferior a las piezas dentarias superiores en la relación con una amplia cavidad excavada en el interior de su cuerpo: el seno maxilar.

El maxilar superior deriva del esqueleto visceral por dos esbozos, el maxilar e intermaxilar, que se fusionan entre sí y no van precedidos de cartílagos.

Lo verifica en sentido anteroposterior, transversal y en altura.

En dirección ante lo posterior dispone de la sutura pa latinomaxilar, área que relaciona la base del cráneo con el esqueleto facial; de menor importancia son las suturas-maxilomalar, frontomaxilar y cigomácticotemporal.

El resultado sería el paulatino desplazamiento del maxilar y del complejo facial hacia abajo y adelante.

En sentido transversal la sutura mediopalatina, es la responsable principal del factor de crecimiento.

En sentido vertical o en altura juegan un importante papel las apófisis alveolares y la erupción de la dentición temporaria y permanente. (5)

Aproximadamente a los veinte años de edad, el maxilar superior ha completado su morfogenesis.

El cuerpo del hueso semeja la forma de un prisma truncado a eje transversal con una base mayor o interna que integra la superficie nasal.

Una base menor o externa articulada con el malar y tres caras; anterior o facial, posterior o cigomática y superior u orbitaria.

Aparte se desprenden del hueso tres apófisis.

La primera apófisis es ascendente o montante, para la-
escotadura del frontal.

La segunda apófisis es la palatina, que se articula -
con la del lado opuesto.

La tercera apófisis es la del reborde alveolar, poco -
desarrollado en la infancia y atrofiado en la senilidad.

El maxilar superior, está compuesto de dos bases: una
mayor y una menor. (3)

La base mayor del maxilar superior afecta forma rectan-
gular y en su centro se observa el orificio de comunica --
ción con el seno maxilar, estrechado en el cráneo articula-
do, arriba por el etmoides, adelante por el unguis, abajo-
por el cornete inferior y atrás por el palatino.

La superficie rugosa posterior al orificio del seno ma-
xilar y articulado con la cara externa de la lámina verti-
cal del palatino, ofrece el conducto palatino posterior -
por él pasa la arteria palatina descendente y nervio pala-
tino anterior. A la altura del ángulo superior de dicha su-
perficie, se observa una carilla articular o triángulo des-
tinada a la apófisis orbitaria del palatino.

Hacia adelante del orificio sinusal se descubre el ca -.

nal lacrimonasal y hacia arriba un grupo de semiceldillas - se aplican a otras similares de las masas laterales el etmoides (carilla etmoidal del maxilar).

Por debajo el borde del orificio se relaciona con la - apófisis maxilar del cornete inferior.

Por delante del canal lagrimal la cresta turbinal infe - rior, que se articula con el borde superior del cornete in - ferior.

La base menor del maxilar superior está: orientada - hacia abajo y afuera. Corresponde al vértice de la apófi - sis piramidal de los textos clásicos. (9)

La base menor del maxilar superior, es una superficie - triangular y rugosa que se articula con el malar.

El maxilar superior está compuesto por tres caras:

La cara superior u orbitaria, la cara anterior o fac - cial y la cara posterior.

La cara superior u orbitaria del maxilar superior for - ma el piso de la órbita, y es atravesada por un canal - - transformado después en conducto que se abre en la cara fa - cial; es el conducto suborbitario, recorrido por el paque - te vasculonervioso homónimo. (11)

Poco antes de su terminación desprende en el espesor -

del hueso el conducto dentario anterior que, rodeando el orificio piriforme de las fosas nasales, se divide en numerosas ramificaciones para los alvéolos de los incisivos y caninos (vasos y nervios dentarios anteriores).

La forma triangular de esta cara orbitaria, admite la descripción de tres bordes: anterior, posteroexterno e interno.

El anterior, libre y romo, es integrante del reborde orbitario; el posteroexterno, también libre, contribuye a la formación de la hendidura esfenomaxilar y el interno se relaciona con el unguis, etmoides y palatino.

La cara anterior o facial del maxilar superior, es parecida a un cuadrilátero irregular, esta cara esta circunscrita hacia arriba por el reborde orbitario abajo por la apófisis alveolar, atrás por la cresta cigomatoalveolar, que desde la base menor desciende hasta las inmediaciones del primer molar y adelante por el orificio nasal o piriforme con la espina nasal, articulada con la del lado opuesto.

En esta superficie facial se describen la fosita piriforme, limitada hacia afuera por la eminencia y fosa caninas, así como también el orificio suborbitario, localizado aproximadamente a 5-7 mm. por debajo de la mitad del reborde orbitario.

La cara posterior del maxilar superior, es la tuberosidad del maxilar, donde se visualizan dos o tres orificios - muy pequeños que a poco se transforman en los conductos - dentarios posteriores (vasos y nervios homónimos).

Interviene en la formación de las fosas cigomática y - pterigomaxilar, articulándose con el palatino y la apófi - sis pterigoides.

El maxilar superior se compone de dos apófisis: la - apófisis palatina y la apófisis ascendente.

La apófisis ascendente del maxilar superior, arranca - del ángulo anterosuperior de la cara facial y presenta en - su cara externa la cresta lagrimal anterior que limita pos - teriormente el canal lacrimonasal, completado por el un -- guis.

En su cara interna aparece la cresta turbinal superior que se articula con el cornete medio y limitando con su si milar inferior un espacio liso o atrium.

La apófisis palatina del maxilar superior representa - dos superficies óseas compactas de forma rectangular a ma - yor diámetro anteroposterior.

La cara superior, acanalada, integra el suelo de las - fosas nasales; la cara inferior, rugosa, presenta uno o - dos canales donde discurren los vasos y nervios del paladar.

Sus bordes internos se articulan recíprocamente y de la confluencia con el reborde alveolar nace el conducto palatino anterior, único abajo y bifurcado arriba donde se abre, separado por el tabique, a cada lado de la fosa nasal correspondiente (vasos y nervios esfenopalatinos internos).

El reborde alveolar es una apófisis vertical y descendente socavada por los alvéolos dentarios. Está formado por dos tablas: externa e interna, ésta última de mayor espesor que la primera y conectadas ambas por las crestas interalveolares e interseptum, tabiques óseos que circunscriben ocho alvéolos destinados a las raíces de las piezas dentarias superiores.

Los alvéolos pertenecientes a los molares y primer premolar están a su vez subdivididos, de acuerdo al número de raíces, por los tabiques interradiculares o séptum, que se diferencian de los interalveolares por su menor altura.

Los fondos alveolares están perforados por minúsculos-orificios cuyo conjunto se denomina la foramina alveolaria, atravesada por los vasos y nervios dentarios.

El seno del maxilar es otra estructura del maxilar superior. El seno del maxilar es una amplia cavidad excavada en el cuerpo del maxilar superior; consecuentemente adopta su forma con igual número de caras o paredes.

La base o tabique intersinusal presenta a nivel - del meato medio, el orificio de comunicación con las fosas nasales; la pared superior corresponde al piso de la órbita, donde hace relieve el conducto suborbitario; la pared anterior o facial es delgada, condición aprovechada para - el abordaje quirúrgico y la pared posterior se relaciona - con la tuberosidad de el maxilar.

El borde inferior o piso del seno maxilar por sus relaciones con las raíces de los molares y premolares del arco dentario merece una mención especial. En términos genera - les ellos pueden ser de proximidad o alejadas, caracterís - tica que depende fundamentalmente del volumen de la cavi - dad sinusal.

A este respecto existen senos pequeños, medianos y am - plios, éstos últimos con prolongaciones o divertículos ma - lares, palatinos y alveolares. (3)

C) PALATINO.

Se compara el palatino a un ángulo diedro provisto de - una lámina vertical mayor y otra horizontal menor completa el sector posterior del paladar óseo.

El origen del palatino proviene del esqueleto visceral sin ser precedido de fase cartilaginosa.

de fase cartilaginosa.

Las caras del malar son externas e internas.

Los bordes que componen al malar son los siguientes: - el borde anterosuperior, el borde posterosuperior, el borde anteroinferior y el borde posteroinferior.

El malar está compuesto por cuatro ángulos, el ángulo anterior y el ángulo inferior que se articulan con el maxilar superior. El ángulo superior dentado y el ángulo posterior.

El conducto malar, se encuentra en el hueso malar. (3)

E) UNGUIS

El unguis o lagrimal es un hueso facial de aspecto laminar de forma cuadrilátera con dos caras, una externa y - una interna y cuatro bordes: el borde anterior, el borde - inferior, el borde superior y el borde posterior.

El lagrimal es un hueso de cubierta del neurocráneo.

El unguis tiene la orientación siguiente: la cara que - presenta una cresta vertical hacia afuera; el gancho terminal de ésta cresta hacia abajo y adelante. (3)

F) HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ.

Los huesos propios de la nariz, representan dos lámⁱ -

nas óseas rectangulares integrantes de la pirámide nasal; - se les consideran dos caras y cuatro bordes.

El origen de los huesos propios de la nariz es el siguiente: son huesos de cubierta del neurocráneo.

Los bordes son los siguientes: el superior, el antero-interno, el posteroexterno y el inferior.

Las caras que forman los huesos propios de la nariz - son: la cara anteroexterna y la cara postero-interna.

Los cuatro bordes de los huesos propios de la nariz - son: el borde superior, el borde antero-interno, el borde - posteroexterno y el borde inferior. (5)

G) CORNETE INFERIOR.

El cornete inferior, es un hueso par, situado en la - parte lateral e inferior de las fosas nasales.

El origen del cornete inferior, deriva del condocráneo.

El cornete inferior, presenta para su estudio dos ca - ras, una interna y otra externa. Dos bordes uno superior y otro inferior y dos extremos, uno anterior y otro poste -- rior. (9)

H) VOMER

El vómer es el único hueso impar de la mandíbula supe - rior que forma la parte postero inferior del tabique de -

las fosas nasales.

El vómer, presenta dos caras, la izquierda y derecha, y está formado por cuatro bordes: uno superior, uno inferior, uno anterior y un posterior. (9)

I) MAXILAR INFERIOR O MANDIBULA.

El maxilar inferior o mandíbula, es un hueso impar y móvil situado en la parte inferior y posterior de la cara que aloja las piezas dentarias inferiores, formando con el hueso hioides el esqueleto del piso de la boca.

Conectado por estructuras blandas a los dos temporales, permite la realización de varios movimientos cuyos ejes es tán localizados a nivel temporomandibular.

Su forma es comparada a una herradura horizontal abierta hacia atrás (cuerpo), de cuyos extremos libres emergen dos prolongaciones o ramas ascendentes.

El origen de la mandíbula deriva del esqueleto visceral (primer arco); su osificación es conjuntiva y se realiza a lo largo del cartilago de Meckel, el cual desaparece.

La mandíbula presenta un cuerpo el cual es rectangular y más alto que ancho, tiene dos porciones, una inferior y otra superior o apófisis alveolar.

El cuerpo tiene dos caras.

La cara anterior del cuerpo de la mandíbula, tiene -

los siguientes detalles anatómicos:

En la línea media se localiza la sínfisis mentoniana.

A ambos lados de la línea media, destaca una línea rugosa que termina confundiendo con la rama del hueso, ésta es la línea oblicua externa, la cual presenta inserción a algunos músculos.

Y por arriba de la línea oblicua se encuentra el agujero mentoniano por el cual pasan los vasos y nervios del mismo nombre. (3)

La cara posterior del cuerpo de la mandíbula, está formada por la apófisis Geni, sobre las dos superiores apófisis Geni, se insertan los músculos genioglosos; sobre las apófisis Geni inferiores se insertan los músculos genihioideos.

También encontramos en la cara posterior la línea oblicua interna del maxilar, que representa el mismo trayecto y terminación de la línea oblicua externa por debajo de ésta línea oblicua se localizan dos fosetas, la sublingual y la foseta submaxilar.

El cuerpo de la mandíbula está formado por dos bordes:

El borde superior se encuentra tapizado por los alvéolos, que están destinados a alojar a las piezas dentarias inferiores.

El borde inferior presenta a ambos lados de la línea -

media la foseta digástrica, que sirve de inserción al músculo masetero. La cara interna presenta el orificio superior del conducto dentario, destaca la espina de Spix y el canal milohioideo.

Los cuatro bordes de las ramas del maxilar inferior, - son: el borde anterior, el borde posterior, el borde superior, que presenta dos grandes salientes; la apófisis coronoideas y el cóndilo del maxilar y entre ambas se encuentra la escotadura sigmoidea.

El punto de unión entre el borde posterior de la rama ascendente y el borde inferior del cuerpo se llama ángulo del maxilar. (9)

C A P I T U L O I I

NEOPLASIAS MAS COMUNES.

Escogí este tema como encabezado de éste capítulo y como base de ésta tesis porque éstas palabras aunque parecen sencillas encierran los tumores más frecuentes que se presentan en los tejidos blandos de la cavidad oral.

Como es sabido las patologías orales a las que el cirujano dentista se enfrenta son muchas y en ocasiones muy complicadas y se han dividido algunas de éstas anomalías como benignas y otras como malignas.

A mí en lo personal, se llamaron la atención las neoplasias benignas de tejido conjuntivo del tejido blando de la cavidad oral y en éste capítulo se expondrán las más comunes que están dentro de éstas. Ya que desgraciadamente muchas ocasiones oímos hablar de neoplasias y no sabemos que es una neoplasia y si oímos decir que es benigna mostramos menos interés porque se cree que no está en peligro la vida de un ser humano, pero a continuación nos daremos cuenta de lo que es una neoplasia y por muy benigna que ésta sea y que no ocasiona la muerte del paciente, si puede ocasionar la pérdida de la función adecuada de alguna estructura de la cavidad oral como de alguna estructura adyacente.

En algunas neoplasias que a continuación se mencionan, no encontré una etiología muy extensa o de amplia explicación por lo que por medio del cuadro clínico, de histología y características podemos llegar a un diagnóstico individual de cada una de ellas para su mayor comprensión y diferenciación de una con otra.

Daré la definición de neoplasia para que lo que a continuación se expone se entienda mejor.

Neoplasias.- Esta palabra significa "Nuevo crecimiento" o "Neoformación" y la masa de células que forma el nuevo crecimiento es una neoplasia.

Una neoplasia es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede del de los tejidos normales y que no está coordinado con éstos mismos y que persiste en la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadenó el cambio.

La masa anormal carece de finalidad. (15)

A) FIBROMA.

El fibroma es un tumor de tejido conectivo, es la neoplasia más común benigna de tejido blando, que se produce en la cavidad bucal.

La etiología del fibroma es el siguiente: los fibromas son el resultado de una irritación crónica y se originan -

en los espacios interdentarios. Pueden ser debidos a la --
irritación causada por trabajos dentales restauradores mal
ajustados.

En el diagnóstico y las características de los fibroma
mas encontramos que éste se presenta como una lesión eleva
da, de color normal, con superficie lisa y base sésil, en-
ocasiones pedunculada.

El tumor puede ser pequeño o en casos raros alcanzar -
hasta varios centímetros de diámetro. (17)

Al proyectarse sobre la superficie, el tumor llega a -
irritarse o a inflamarse e incluso a presentar pulseración
superficial, casi siempre es una lesión bien definida de -
crecimiento lento que se produce a cualquier edad siendo -
más común en la tercera, cuarta y quinta década y con - -
igual frecuencia en ambos sexos.

Aunque el fibroma se encuentra en diversas localizacio
nes de tejido blando aparece más en: la encía, mucosa ves-
tibular, lengua, labios y paladar. (4)

La consistencia del fibroma es firme y resilente.

Su color es en general similar al de los tejidos norma
les vecinos, o algo más pálido. Su consistencia es a menu-
do semifirme o dura.

Cuando se halla entre tejidos normalmente compresí --
bles (mucosa bucal, lengua, tejidos del suelo de la boca y

sus análogos) se puede mover fácilmente el fibroma de un lado a otro, sin alterar los tejidos de alrededor e indicando de nuevo que se trata de un tumor benigno, no invasor.

Los fibromas originados en los tejidos conjuntivos como lo es en las mejillas, labios o lengua, la palpación descubre la presencia de una masa bien redondeada, firme y no sensible que se mueve con facilidad resbalando libremente debajo de la mucosa que la cubre. (17)

B) PAPILOMA.

El papiloma es una neoplasia benigna, que se encuentra sobre la mucosa de la boca.

Hay quien le nombra al papiloma, verruga.

Etiología.- El papiloma se forma a consecuencia de factores irritativos crónicos en la mucosa bucal y en ocasiones por traumatismos.

Para poder llegar a un diagnóstico adecuado nos tenemos que dar cuenta de lo siguiente: el papiloma se observa con mayor frecuencia en la comisura de los labios, las mejillas, la lengua, el paladar, la úvula y rara vez en las encías, como también se puede presentar en la mucosa labial y bucal. Este tumor ocurre en todas las edades y por igual en ambos sexos.

El papiloma posee los rasgos y cualidades de la mayorde las otras neoplasias benignas.

Pero sus características más distintivas e identificables son su coloración grisácea o blanca grisácea y su superficie verrugosa, semejante a la de una coliflor.

En general el papiloma es una masa única o aislada de tejido anormal, que se proyecta desde los tejidos bucales como una tumoración bien delineada, con sus tejidos circundantes no indurados.

Como con otras neoplasias benignas, sus antecedentes - indican de ordinario una duración prolongada y un desarrollo lento. (15)

El papiloma presenta forma ramificada y fijado en general, por medio de un pedículo estrecho, al tejido subyacente.

C) PAPILOMATOSIS MULTIPLE.

La papilomatosis múltiple, es un tumor poco frecuente de la cavidad bucal.

La etiología de la papilomatosis múltiple es igual que la anterior, es causada por irritación crónica y por traumatismo e incluso se cree que son el resultado de numerosos papilomas diminutos. (15)

Para diagnosticar esta neoplasia, tenemos que estudiar

las siguientes características.

Esencialmente sus rasgos histológicos son los de el pa
piloma que es de forma ramificada y fijado en general, por
medio de un pedículo estrecho al tejido subyacente, pero -
su multiplicidad de prolongaciones neoplásicas salientes y
su mayor tendencia a la formación de zonas disqueratósicas,
son la razón de una descripción por separado del papiloma.

Clinicamente la papilomatosis múltiple, se presenta ba
jo la forma de una zona extensa, ligeramente saliente, de-
tejido tumoral, de a veces hasta varios centímetros de diá-
metro, y desarrollada en las encías fijada o adherida a --
los tejidos palatíno.

El papiloma múltiple, está constituido por numerosas -
proyecciones en forma de dedo, muy juntas unas con otras,-
diminutas, blanco grisáceas, delgadas y bien visibles con-
una lente de aumento.

Los bordes de la zona suelen estar claramente delinea-
dos y rodeados por tejidos exentos de induración.

Es esencial que el profesional conozca bien y se de --
cuenta de la semejanza en lo concerniente al aspecto clíni
co de la papilomatosis múltiple, con la forma de crecimien-
to papilar del carcinoma bucal, por lo que es evidente que
una biopsia por incisión está invariablemente indicada pa-
ra establecer el diagnóstico exacto. (14)

D) VERRUGA VULGAR

La verruga vulgar, es una neoplasia benigna de la boca.

En la etiología de la verruga vulgar, encontramos que su configuración verrugosa motiva que se interrogue sobre la presencia de verrugas en los dedos o manos, puesto que las verrugas bucales se cree que son de origen vírico y, posiblemente, el resultado de una inoculación vírica al introducir el dedo en la boca.

El interrogatorio del paciente, revela que las lesiones bucales de la verruga vulgar son de duración comparativamente breve, diferenciándose por ello de los verdaderos papilomas, en general de larga duración y de crecimiento lento.

A la verruga vulgar, se le ha atribuido su etiología en la antigüedad a muy diversos hechos, desde "tocar sapos" hasta "tocar al diablo". Pero hoy en día se cree que es el resultado vírico.

Para el diagnóstico de la verruga vulgar, he tomado en cuenta estas características: clínicamente es visible a simple vista y palpable, se ve como masa que se proyecta en la cavidad bucal, su superficie es bien definida.

Presenta sus tejidos circundantes no indurados, se distingue una línea definida de demarcación que separa el tu-

mor del tejido continuo normal.

El aspecto clínico de la verruga vulgar de la boca esencialmente el mismo que el del papiloma, salvo que la primera es en general de menor tamaño.

Por lo anteriormente mencionado, nos damos cuenta que la verruga vulgar a menudo, mide solo de 1 a 2 milímetros de diámetro y con frecuencia su número es múltiple.

Por lo general, la verruga vulgar ocurre en la mucosa labial o en la mucosa bucal vecina. (17)

E) HEMANGIOMA

En éste inciso, hablaremos en general del hemangioma y viendo posteriormente sus divisiones, por lo tanto en seguida daré la etiología y el diagnóstico del hemangioma bucal sin divisiones.

La etiología del hemangioma no es extenso pero si es muy clara como a continuación se dará.

El hemangioma es una neoplasia benigna de los pequeños vasos sanguíneos y está constituido sobre todo por células endoteliales.

Para el diagnóstico de los hemangiomas, debemos considerar lo siguiente: el hemangioma, se desarrolla por lo general en la boca, en sus mucosas bucal y mucosa labial, en la lengua o en el rojo del labio.

Si bien es verdad que los hemangiomas ocurren en todos los grupos de edad, muchos de ellos son congénitos y existen ya al nacer o aparecen poco después.

Cuando el hemangioma aparece poco después del nacimiento de un infante, sigue éste creciendo activamente durante semanas o meses, pero luego se mantiene estacionario, disminuye y en ocasiones hasta llega a desaparecer.

Aunque el hemangioma se observa en recién nacidos en ésta etapa temprana pueden ser muy pequeños y pasar inadvertidos. Por ello casi todos los autores consideran a éstas lesiones hamartomas que crecen al crecer el cuerpo. (8)

Sin embargo no es seguro que éstas lesiones no puedan presentarse espontáneamente como neoplasias verdaderas en niños y adultos.

El hemangioma al aumentar de volumen, se torna visible y pueden alcanzar varios milímetros de diámetro.

Muchas veces en la madurez dejan de crecer y entran en un período al parecer inactivo.

Estudios cuidadosos han descubierto, que la luz vascular de éstas lesiones, está comunicada con los vasos sanguíneos, son denominados con frecuencia hemangiomas capilares o hemangiomas cavernosos. (1)

1.- Hemangioma capilar.-

Como se había mencionado anteriormente el hemangioma - se divide en dos, siendo éste uno de ellos el hemangioma - capilar y a continuación daré su etiología y diagnóstico - para una buena comprensión y una adecuada diferenciación - entre éste y el hemangioma cavernoso.

La etiología del hemangioma capilar es la siguiente: - recibe ésta neoplasia éste nombre porque consiste en vasos sanguíneos que, en su mayor parte, posee el calibre correspondiente a los capilares normales.

Lo siguiente nos da el diagnóstico del hemangioma capilar.

Aunque puede haber participación de cualquier órgano o tejido, éstos hemangiomas suelen ocurrir en la mucosa bu - cal y labios.

Suelen ser pequeñas lesiones cuyo diámetro varía de a - gunos milímetros, en general es una masa de tejido pequeña o de moderado tamaño, ligeramente elevada y bien delineada

Es característico que tenga color rojo vivo o azul o - de color púrpura intenso o azul oscuro y de consistencia - blanda, suelen estar al ras con la superficie del teji - do adyacente o muy poco elevado.

A veces, al estrujar la masa se vacía de la sangre que contiene y el tumor se vuelve pálido. Al aflojar la pre -

sión se ve como la sangre vuelve a penetrar en el tumor. -
(17)

Este hecho ya es de por sí muy sugerente de la existencia de un hemangioma y lo distingue fácilmente de las lesiones de aspecto similar.

A veces se forman lesiones pedunculadas unidas a los tejidos adyacentes por un pedículo ancho o delgado.

El epitelio de revestimiento suele estar intacto, pero en sitios expuestos, la ulceración traumática del epitelio puede originar una lesión húmeda, que sangra por traumatismo insignificante.

En casos raros, los hemangiomas capilares se presentan como manchas extensas, planas, semejantes a mapas de color rojo azul que cubren zonas extensas de la cara; en este caso se llaman manchas en vino de oporto o, inadecuadamente "Nevos en vino de oporto".

Las lesiones suelen tener contornos netos pero no poseen cápsula.

Pueden emitir pequeñas prolongaciones digitiformes hacia los espacios tisulares y los planos de despegamiento adyacente. Esta forma de crecimiento puede originar aspecto invasor pero la experiencia clínica comprueba que depende de extensión por los planos de menor resistencia y no de invasión maligna.

Histológicamente las lesiones están netamente separadas del tejido adyacente, pero no hay cápsula. Consiste en acúmulos apretados de capilares de pared delgada separados por estroma escaso de tejido conectivo.

Los vasos están revestidos de células endoteliales normales y suelen estar ocupados por sangre líquida.

Muchas veces la luz presenta trombosis y organización parcial o completa/

Clínicamente es probable que las lesiones sean defectos hamartomatosos y revistan poca importancia excepto por cuanto necesita distinguirse de neoplasias más importantes.

Las lesiones pueden experimentar ulceraciones e infecciones secundarias, hemorragia o causar defectos de estética.

La transformación del hemangioma capilar en tumores malignos, si acaso ocurre es muy rara. (15)

2.- Hemangioma cavernoso.-

El hemangioma cavernoso como habíamos mencionado anteriormente es la segunda división del hemangioma y a continuación veremos su etiología y el diagnóstico que hizo llevara a cabo esta división de los hemangiomas.

En la etiología de los hemangiomas cavernosos encontramos que se distinguen por la formación de conductos vasculares voluminosos de tipo cavernoso.

A menudo entre los conductos cavernosos se hallan es - parcidos muchos espacios de carácter capilar; en realidad, no hay una distinción precisa entre las formas capilar y - cavernosa.

La denominación de hemangioma cavernoso debe reservarse para las lesiones que consisten principalmente en con - ductos vasculares de calibre bastante mayor que el capilar.

El hemangioma cavernoso es casi siempre congénito.

Para el diagnóstico del hemangioma cavernoso es necesa rio conocer las siguientes características: su localiza -- ción más frecuente es en la lengua y en la mucosa bucal. - En la lengua aparece en el dorso de ella. Es mucho mayor - que la variedad capilar.

Su diámetro mide de ordinario desde 2 centímetros has - ta varios.

El hemangioma cavernoso suele ser una masa esponjosa, - blanda, de color rojo azul. (15)

Es habitualmente una prominencia o bulto grande bien - redondeado, de color púrpura o azul ligero, y de consistenu cia blanda o semifirme.

Sus bordes no se distinguen fácilmente y a veces pare - cen unirse o continuarse con los tejidos normales vecinos.

En ocasiones la lesión es como una mancha plana o lige r ramente elevada de color púrpura o azul oscuro que se ex -

tiende sobre la mucosa bucal o en el dorso de la lengua. -
(17)

Histológicamente, la masa presenta contornos precisos, carece de cápsula, y consiste principalmente en espacios - vasculares de gran calibre, de carácter cavernoso, llenos - parcial o completamente de sangre líquida; estos espacios - están separados por escaso estroma de tejido conectivo. -
(15)

F) LIPOMA.

El lipoma es una neoplasia benigna y se cree que su - etiología está constituida por células adiposas maduras.

El diagnóstico del lipoma es el siguiente; se ha obser - vado en diferentes puntos como en la mucosa bucal, en los - pliegues mucobucales. en la lengua y aún en las encías.

El lipoma puede existir como una masa única, pequeña, - bien redondeada, saliente y blanda, con un color amarillo - pálido definido. (14)

Otras veces el lipoma está situado más profundamente, - por lo que su presencia se sospecha por un abombamiento o - una asimetría casi imperceptible.

La palpación de éstos tumores en general, revela una - masa bien circunscrita, que se mueve libremente y es de - consistencia blanda o semifirme.

A causa del grosor de los tejidos que lo cubren, su color definido puede no ser perceptible y, a causa de ello, los lipomas son con frecuencia diagnosticados clínicamente como fibromas.

Algunos lipomas contienen una cantidad considerable de tejido conjuntivo fibroso, lo que también contribuye a que su aspecto clínico se asemeja al de un fibroma por lo que en ocasiones tales tumores son denominados a menudo fibrolipomas.

Un lipoma está constituido por una masa bien circunscrita de células adiposas maduras, con cantidades visibles de una matriz de tejido fibroso.

Para diagnosticar el lipoma, se debe tener cuidado, pues hay muchos tipos de crecimiento excesivo local de grasa o de colección anormal de tejido adiposo que suelen llamarse lipomas. Sin ser neoplasias verdaderas. Considerando que es casi imposible diferenciar anatómicamente éstas formaciones de las neoplasias verdaderas, los anatomopatólogos le llaman a éste tejido adiposo de tipo de lipoma. (17)

G) LINFANGIOMA.

El linfangioma es otra neoplasia benigna que se encuentra en la cavidad oral.

La etiología del linfangioma es el equivalente linfático

co del hemangioma.

Se supone que éstos tumores nacen como restos congénitos o hamartomas y por ello están presentes desde el nacimiento, pero pueden ser muy pequeños y pasar inadvertidos.

El diagnóstico del linfangioma es el siguiente: crece junto con el desarrollo normal del niño y producen lesiones microscópicamente visibles.

Son afectados por igual mujeres y varones. (15)

El linfangioma es una neoplasia benigna constituida por vasos linfáticos.

Es mucho menos frecuente que el hemangioma.

El linfangioma afecta la mucosa bucal y la lengua mucho más a menudo que a cualquiera de los demás tejidos bucales.

En la mayor parte de los casos, el linfangioma existía ya al nacer, y sólo en muy pequeña proporción aparece más tarde.

El linfangioma presenta en general un aspecto clínico-definido: como una lesión difusa, ligeramente elevada y cuya superficie está formada en su mayor parte por numerosos grupos de pequeños nódulos, estrechamente juntos unos a otros, llenos de líquido que a menudo simula ampollas.

El color de la lesión es variable y el tono azulino pálido de las ampollas se mezcla con el color rojo del resto

del tejido tumoral.

La palpación revela una masa de consistencia bastante firme; en algunos casos, sus bordes no se distinguen con facilidad.

Histológicamente el tumor está constituido por numerosos linfáticos dilatados y revestidos por células endoteliales. Su interior contiene linfa, pero a veces están llenos de sangre. (17)

C A P I T U L O I I I

T R A T A M I E N T O .

En este capítulo mencionaré los tratamientos de las neoplasias más comunes que mencioné en el capítulo II.

He puesto un capítulo especial para el tratamiento para demostrar que aunque sean benignas las neoformaciones que he mencionado en el capítulo anterior tienen éstas un grado de importancia muy elevado ya que cuando es necesario su extirpación necesitan ser atendidas por personas expertas en el ramo y no por un cirujano dentista, lo cual nos demuestra que la extirpación quirúrgica no es cualquier cosa ya que ésta intervención causa molestias a quien las padece así como problemas en la función de algunas estructuras adyacentes involucradas.

Que mejor que el lector se convenza por sí mismo al leer cada uno de los tratamientos que a continuación se mencionan.

A) FIBROMA.

El tratamiento de los fibromas es exclusivamente quirúrgico, dándole la preferencia a la electrocirugía.

La extirpación debe hacerse profundamente incluyendo -

el periostio. (13)

Para la extirpación del fibroma es suficiente una anestesia local infiltrativa, circunscribiendo el fibroma.

La anestesia con adrenalina, nos proporcionará un campo relativamente exangüe, el cual es necesario para realizar las maniobras quirúrgicas, con cierta facilidad.

Operación.- Se levanta el labio superior, con extensión forzada, con el objeto de permitir amplia visión del proceso a intervenirse.

Con ésta maniobra, se permite que el fibroma se prolapse ligeramente, lo cual ayuda las técnicas para su extirpación.

El mismo procedimiento se seguirá si el fibroma se encuentra en la lengua, en el maxilar inferior o en el paladar.

Se toma el fibroma con una o dos pinzas de Kocher (se pueden usar también las pinzas de Chaput), según su extensión y volúmen y se tracciona el tumor para descubrir ampliamente su base de implantación.

Maniobra previa a la sección. Antes de seccionar el fibroma y con el objeto de evitar o por lo menos cohibir prontamente la hemorragia, producto del corte de los vasos que corren a nivel de esa región, se recurre a una maniobra que consiste en el pasaje previo de los hilos de sutu-

ra, para no perder tiempo, después de la enucleación del - fibroma. Si no se quiere hacer ésta maniobra, no es impreg cindible, ya que la hemorragia cesa no bien se coaptan los labios de la herida al anudarse los hilos.

Estos hilos se pasan con una aguja curva, un poco más- arriba de la base de implantación del fibroma, cada hilo - se encuentra separado de su vecino por una distancia de un centímetro.

Sección del fibroma.- Las pinzas de Kocher traccionan- el fibroma hacia abajo dependiendo si es superior si se en- cuentra en la parte inferior se tracciona hacia arriba, pa- ra descubrir ampliamente su base. Con un bisturí se seccio- na el proceso de derecha a izquierda en toda su extensión- y límite procurando no cortar los hilos en ésta maniobra. En éste primer tiempo solamente se secciona la mitad ante- rior o bucal del proceso y se dirige el bisturí en tal sen- tido para poder incidir el fibroma en cuña.

Se invierte la colocación del proceso ubicando el fi - broma sobre el labio, traccionando hacia arriba o abajo de- pendiendo la ubicación del fibroma las pinzas de Kocher y- se secciona la hipertrofia por su cara lingual. Si se ha - optado por la hemirresección, concluida ésta, se anudan - fuertemente los puntos de sutura. Se termina la operación- del lado opuesto con la misma técnica, y se anudan los pun

tos. La operación está terminada, alguna pequeña hipertrofia satélite puede ser eliminada con un corte de tijera, - siendo previamente traccionado con una pinza de Kocher o se cauteriza con el galvanocauterio. Se coloca un trozo de gasa simple en el surco vestibular operado y se mantiene - comprimido el labio con una venda que se anuda atrás de la nuca, o con una tira emplástica que se coloca sobre el labio; éste procedimiento previene los cemantomas, siempre - frecuentes en ésta clase de operación.

Los fibromas del surco vestibular pueden también extirparse con el bisturí diatérmico, sólo es necesario una mínima anestesia infiltrativa. Se toma el fibroma con una - pinza de Chaput o Kocher o simplemente con una pinza hemostática y se tracciona hacia arriba, o hacia abajo previa - tracción del labio; se elimina el proceso en toda su extensión, comenzando por la cara vestibular y luego por su cara posterior. (12)

B) PAPILOMA

El tratamiento del papiloma consiste en la extirpación total dejando un ancho margen libre para prevenir su recurrencia.

Se cree que el mejor procedimiento para la extirpación de los papilomas es la electrocirugía. (16)

El papiloma se trata por extirpación quirúrgica y electrocauterización de la base del tejido conectivo.

Se extirpa por medio de una incisión curva que circunda el tumor y se extiende lo suficiente en el tejido normal para lograr la remoción completa de la base de fijación. El sangrado puede controlarse con electrocauterio. El cierre se logra por coaptación con suturas no resorbibles.

Las recurrencias no son frecuentes cuando se ha logrado una escisión adecuada. (6)

C) PAPILOMATOSIS MULTIPLE.

Como en todas las neoplasias benignas en ésta también se debe asegurar la extirpación total y completa de toda la masa con un ancho margen libre del tejido circundante aparentemente normal. (2)

La electrocirugía con una asa de punta grande permite eliminar con facilidad las pailas múltiples, pero hay que tomar la precaución de no coagular el hueso subyacente porque ésto retardaría la curación.

A medida que se retiran las lesiones, envíense múltiples fragmentos para su estudio histopatológico y confirmar el diagnóstico.

Como la electrocirugía no sólo destruye la lesión, si-

no también la mucosa lisa que está entre medio, la reepitelización puede tardar mucho en producirse.

Esta desventaja puede evitarse empleando una técnica - de mucoabsorción que deja islotes de epitelio para que actúen como centros de reepitelización.

En éste procedimiento las papilas se eliminan raspando con una lima para hueso afilada o con un cepillo para dermoabrasión. Este último se debe utilizar con cuidado por - que puede atravesar con facilidad el periostio y exponer - el hueso.

Después de retirar las papilas es necesario revestir - la dentadura con un condicionador de tejidos o un acrílico blando de fraguado en frío y luego volver a cubrir todas - las semanas hasta que se ha completado la curación.

Se debe mantener una higiene bucal correcta para prevenir recidivas. (7)

D) VERRUGA VULGAR.

Se debe hacer la extirpación total dejando un ancho - margen para evitar la recurrencia. (13)

A pesar de que son tumores benignos algunos autores - sostienen la posible transformación maligna.

En vista de ésta malignidad en potencia, deben ser enucleados quirúrgicamente.

La operación consiste en una incisión cuneiforme, para eliminar la base de sustentación del tumor y evitar posibles recidivas.

La verruga vulgar se trata por extirpación quirúrgica y electrocauterización de la base del tejido conectivo.

Se extirpa por medio de una incisión curva que circunda el tumor y se extiende lo suficiente en el tejido normal para lograr la remoción completa de la base de fijación.

El sangrado puede controlarse con electrocauterio. El cierre se logra por coaptación con suturas no resorbibles.

(6)

E) HEMANGIOMAS.

El tratamiento depende del tamaño, la localización y la accesibilidad del tumor.

Cuando el hemangioma es pequeño o aún de tamaño moderado, o cuando no plantea problemas estéticos o funcionales, se recomienda no intervenir. En cambio cuando la desfiguración motiva la queja del paciente o si el tumor es traumatizado repetidamente, con secuelas hemorrágicas, suele estar justificado un tratamiento positivo.

La extirpación quirúrgica, el electrocauterio y la inyección de líquidos esclerosantes son las técnicas más usa

das en general.

La radioterapia para el tratamiento de los hemangiomas puede ser preferible cuando las lesiones ocurren en niños.

(10)

1.- Hemangioma Capilar.-

El tratamiento depende del tamaño, la localización y la accesibilidad del tumor.

Cuando el hemangioma capilar es pequeño o aún de tamaño moderado, o cuando no plantea problemas estéticos o funcionales, se recomienda no intervenir. En cambio cuando la desfiguración motiva la queja de el paciente, o si el tumor es traumatizado repetidamente, con secuelas hemorrágicas, suele estar justificado un tratamiento positivo.

La extirpación quirúrgica, el electrocauterio y la inyección de líquidos esclerosantes son las técnicas más usadas en general.

La radioterapia para el tratamiento de los hemangiomas capilares, puede ser preferible cuando las lesiones ocurren en niños. (10)

El hemangioma capilar ha sido tratado por extirpación cuando el tumor es pequeño.

Se ha empleado la inyección de agua hirviendo en los vasos aferentes para esclerosar los vasos.

También se han empleado la nieve carbónica, las aplicaciones de radio y los rayos X para obtener el mismo resultado.

Las medidas conservadoras se aplican en los niños.

La escisión y el injerto de piel es el tratamiento de elección en los adultos cuando la intervención quirúrgica se justifica.

Las aplicaciones de radio y los rayos X no se emplean en los niños siempre que sea posible para evitar lesionar los dientes y maxilares en desarrollo. (6)

2.- Hemangioma cavernoso.-

El tratamiento depende del tamaño, la localización y la accesibilidad del tumor.

Cuando el hemangioma cavernoso es pequeño o aún de tamaño moderado, o cuando no plantea problemas estéticos o funcionales, se recomienda no intervenir. En cambio cuando la desfiguración motiva la queja de el paciente, o si el tumor es traumatizado repetidamente, con secuelas hemorrágicas, suele estar justificado un tratamiento positivo.

La extirpación quirúrgica, el electrocauterio y la inyección de líquidos esclerosantes son las técnicas más usadas en general.

La radioterapia para el tratamiento de los hemangiomas

cavernosos, puede ser preferible cuando las lesiones ocurren en niños. (10)

Los hemangiomas cavernosos, que comprendan los tejidos blandos de la cavidad bucal pueden cortarse con un bisturí o con cuchilla endotérmica.

La escisión deberá extenderse alrededor del tumor en el tejido normal. Los vasos alimentarios se aíslan y ligan antes de extirpar el tumor.

Se han empleado exitosamente soluciones esclerosantes para reducir el tamaño de los hemangiomas más grandes antes de iniciar tratamiento quirúrgico fibrosando el aporte sanguíneo.

Se inyecta una solución al 5% de morruato sódico en las áreas inmediatamente circundantes, en aplicaciones pequeñas y múltiples.

La reducción resultante del tamaño del tumor disminuye la lesión o estructuras vitales adyacentes y mejora el resultado estético. (6)

F) LIPOMA

El tratamiento del lipoma consiste en su extirpación quirúrgica. El tumor se diseca hasta libertarlo de los tejidos blandos vecinos. El cierre primario se logra con suturas no resorbibles en el tejido mucoso y suturas absorbi

bles en las capas profundas de los tejidos como el músculo.
(6)

G) LINFANGIOMA.

El tratamiento de mayor aceptación para el linfangioma ha sido la escisión quirúrgica.

Las otras modalidades, como uso de agentes esclerosantes, aspiraciones repetidas (en el tipo quístico), incisión y drenaje y radioterapia han sido beneficios limitados.

En la mayoría de los casos no se puede eliminar todo el linfangioma porque infiltra la profundidad de los espacios texturales y es difícil distinguirlo cuando se ha colapsado.

La escisión total requeriría cirugía radical, con pérdida de estructuras anatómicas vitales.

Muchas veces se pueden anticipar recurrencias y puede ser que se requiera cirugía adicional.

No se publicaron casos de linfangiomas benignos que recidiven como tumores malignos.

El linfangioma de la lengua plantea problemas especiales. El crecimiento difuso produce macroglosia y éste contribuye a la mala oclusión de los maxilares y a un lenguaje defectuoso.

Los cambios inflamatorios secundarios e infecciones y-traumatismo de la masticación son una complicación grave - que puede costar la vida porque ocasiona un agrandamiento-rápido de la lengua.

En éstos casos es esencial administrar antibióticos y-corticosteroides, junto con un apoyo médico completo para-mantener un buen ingreso de líquidos y alimentos. El trata-miento del linfangioma lingual es quirúrgico. Cuando la-lengua adquiere una dimensión excesiva, hágase una glosec-tomía parcial. (7)

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

Todas las neoplasias benignas del tejido conjuntivo - que hemos mencionado anteriormente, son de gran importancia.

Desgraciadamente muchas de las ocasiones, tenemos que ver el término de malignas para darles importancia a cualquier problema de nuestro organismo.

Esa idea absurda se debe quitar del paciente e incluso de algunos estudiantes de odontología y de cirujanos dentistas.

Todo tumor por muy benigno que sea se le debe poner cuidado ya que todo lo que no es normal y no es una estructura de la boca se debe estudiar y analizar.

En la gran mayoría de los pacientes se detecta una neoplasia al estar haciendo un estudio radiográfico por otro motivo muy ajeno, o al estar revisando al paciente por algún problema bucal que no concierne en nada con dicho tumor.

Al percatarnos que uno de nuestros pacientes sea un niño, un joven o un adulto tiene algún tumor, debemos dar a conocer a los padres del niño o a la persona concerniente al problema una explicación de éste, no alarmándolos pero si se observa que es necesario realizar un diagnóstico-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

a fondo y un tratamiento si explicarles con detalle el tumor que están presentando y la necesidad de que esa masa de tejido anormal sea retirada para que haya un funcionamiento del sistema oral adecuado.

Como anteriormente se ha mencionado, éstas neoplasias se encuentran en el labio superior o inferior, en la lengua, en los carrillos, en la mucosa bucal o mucosa labial, además tienen cada una su forma, tamaño y consistencia, por lo que el tratamiento si por alguna circunstancia se debe realizar se debe tomar en cuenta su localización, tamaño y consistencia.

El tratamiento quirúrgico debe ser el adecuado y realizarse con todo el cuidado necesario, así como con la capacidad que éste lo amerita. Ya que como se ha mencionado no es maligno pero si es recurrente, por lo que ocasionaría - mos con esto al paciente un gasto inadecuado, ya que al no ser extirpado totalmente el tumor y por no realizarse con profesionalismo se tiene que repetir el tratamiento.

Las neoplasias benignas del tejido conjuntivo, es un tumor que no arriesga la vida del paciente pero por tranquilidad del paciente y de nosotros mismos sería bueno verificar en cierto tiempo que la intervención haya resultado como se había planeado.

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

- 1.- BRUNSON, JOEL Y GALL, EDWARD.
Patología Humana
México, Interamericana, 1971.
705, 706, 707, 977

- 2.- CRISTOPHER, DAVIS,
Tratados de Patología Quirúrgica.
México, Interamericana, 1988
567, 568, 623, 624

- 3.- FIGUN, EDUARDO Y GARINO, RICARDO.
Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada.
Argentina, El Ateneo. 1978.
340, 341, 345.

- 4.- HAYES, LOUIS Y WINTER, LEO.
Diagnóstico Clínico de las enfermedades de la boca.
México, Hispanoamericana, 1954.
267, 268, 269, 350.

- 5.- HOLLINSTREAD, HENRY.
Anatomía para Cirujanos Dentistas.
México, Latinoamericana, 1974.
47, 48, 49, 122)

- 6.- KRUGER, GUSTAVO
Tratados de Cirugía Bucal.
México, Interamericana, 1984
345, 346, 506.
- 7.- LASKIN, DANIEL.
Cirugía Bucal y Maxilofacial.
Argentina, Panamericana, 1987
349, 350, 351, 405
- 8.- LORD FLOREY.
Patología General.
España, Salvat 1975.
556, 557, 675, 677.
- 9.- MARTINEZ SANDOVAL, FRANCISCO Y GARAY REYES, JORGE
Anatomía, Guadalajara, U.A.G. 1982
112, 113, 163.
- 10.- PONS AUSTIN.
Tratados de Patología Clínica y Médica.
España, Salvat, 1971.
765, 766, 795, 804.
- 11.- R.M.H., McMINN Y R.T., HUTCHINGS.
Atlas a Color de Anatomía Humana,

Holanda, Wolfe Medical, 1977
280, 281, 282.

12.- RIES CENTENO, GUILLERMO.

Cirugía Bucal.

Argentina, El Ateneo, 1965.

556, 557, 603, 604.

13.- SHAFER, LEVI.

Tratados de Patología Bucal.

México, Interamericana, 1980.

875, 876, 877, 905.

14.- SODERMAN, WILLIAM Y SODERMAN, TOMAS.

Fisiopatología Clínica.

México, Interamericana, 1983.

925, 926, 705, 706.

15.- STANLEY, ROBBINS,

Patología Estructural y Funcional.

México, Interamericana, 1975.

1203, 1204, 1205, 1209.

16.- WAITE, DANIEL.

Cirugía Bucal Práctica.

México, Continental, 1978.

324, 325, 376, 377.

17.- ZEGARELLI, EDWARD Y KUTSCHER, AUSTIN

Diagnóstico en Patología Oral.

España, Salvat, 1982

342, 343, 344.