



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TUMORES BENIGNOS DE LA
CAVIDAD BUCAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N**

**LUCRECIA FLORES PEREZ
ELOISA MONTES GUTIERREZ**

MEXICO, D. F.

1983





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I.- INTRODUCCION

II.- GENERALIDADES SOBRE BIOPSIA

III.- CLASIFICACION DE TUMORES

a).- Tumores de origen epitelial (Ectodérmico)

b).- Tumores de origen conectivo (Mesodérmico)

c).- Tumores de origen muscular

d).- Tumores de origen nervioso

e).- Tumores de glándulas salivales.

IV.- CONCLUSIONES

V.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Es muy importante para el Cirujano Dentista, conocer y profundizarse en el estudio y conocimiento de los tumores benignos que se presentan en la cavidad bucal - ya que en la práctica odontológica se va a encontrar frecuentemente con éstas neoplasias, además sabemos que ocupan un lugar importante en los padecimientos del ser humano, y que nos podemos encontrar varios casos que afectan de una manera severa a un paciente y así se expone la vida de éste.

Es de suma importancia la elaboración de una buena historia clínica, con el objeto de conocer los antecedentes personales y familiares del paciente y así complementar el estudio.

Es necesario que el odontólogo, para poder hacer un diagnóstico adecuado y diferenciar el tipo de tumor,-

saber la causa que lo provocó, ya que ésta es un factor importante que va a determinar el origen, la causa puede ser variable, por ejemplo, nos encontramos con los fumadores, tomadores, personas con malos hábitos y prótesis mal ajustadas, de todo esto dependerá el tratamiento que debemos aplicar.

Para establecer un diagnóstico es necesario que podamos diferenciar sus características clínicas específicas, su localización, su origen, además de que algunas lesiones se pueden ver y palpar, también hay una línea de demarcación que separa el tumor del tejido sano.

Los tumores que nos podemos encontrar y de los que hacemos mención son de origen: epitelial, conectivo-muscular, nervioso, además incluimos tumores de glándulas salivales, por lo que es necesario saber diferenciar uno de otro, dependiendo de la zona donde se encuentren.

El tratamiento adecuado en la mayoría de las neoplasias benignas, consiste en la eliminación quirúrgica total de la lesión, y enviar la muestra a un estudio microscópico para así poder establecer un diagnóstico definitivo.

Cuando exista la mínima sospecha de que el tumor pueda ser maligno, se realizará una biopsia para obtener el diagnóstico definitivo, ya que el Cirujano Dentista tiene la responsabilidad de diagnosticar si el proceso es benigno o maligno.

La importancia que tiene la biopsia en estos tumores es fundamental, ya que es uno de los métodos más adecuados para un buen diagnóstico.

Los principales objetivos que tiene la Cirugía no es sólo eliminar las lesiones sino, ayudar al aparato inmunológico para prevenirlas.

La extirpación quirúrgica, ha sido el arma terapéutica más efectiva en el control de muchas neoplasias y su -
tratamiento óptimo, también se ha seguido buscando o -
ideando nuevos métodos terapéuticos de los cuáles se han
obtenido muy buenos resultados, como son: radiaciones -
ionizantes, la combinación de drogas, los esteroides y -
la ablación de glándulas.

BIOPSIA

Es el procedimiento o estudio por el cual se realiza un exámen de un tejido patológico, mediante la interpretación microscópica con el fin de obtener un diagnóstico.

Etimológicamente biopsia significa "visión microscópica del tejido que se va a extraer de un ser vivo".

No sólo es útil para determinar el diagnóstico, sino para poder establecer un pronóstico y un buen tratamiento.

La alteración que sufre un tejido se observa al microscopio y ésta debe ser interpretada por el histopatólogo, lamentablemente muchas lesiones carecen de aspecto microscópico específico, y debido a ello no siempre se puede establecer un diagnóstico definitivo.

INDICACIONES

- a).- En lesiones sospechosas de malignidad tales como las úlceras o heridas que no cicatrizen en -

15 días.

- b).- Cualquier lesión anormal o zona radiológica -
rara en la cavidad bucal.
- c).- Para determinar el grado de benignidad o malignidad.
- d).- Para determinar el grado de radiosensibilidad.
- e).- Para determinar el grado y forma de extensión local.

CONTRAINDICACIONES

- a).- En ocasiones se evita por temor a alterar un -
tumor latente.
- b).- Cuando son lesiones demasiado vascularizadas.
- c).- Cuando se diagnóstica melanoma (ya que este -
debe ser eliminado en su totalidad).
- d).- Cuando se encuentre encapsulado.
- e).- Cuando se encuentre en un lugar inaccesible.

Para poder tomar un espécimen se debe anestesiar -
alrededor de la lesión y por abajo y nunca dentro de ella,

para no provocar distensión o destrucción en el tejido.

La preparación y técnica se deben hacer con mucho cuidado, ya que si se aplica anestesia debe evitarse alguna infección posterior, pues esto puede dificultar la evolución, no debe pintarse la mucosa con solución antiséptica fuerte, así como tampoco usarla profundamente colorada, ni frotar con antiséptico ya que las capas superficiales de epitelio se desordenan y evitan la interpretación histológica.

TIPOS DE BIOPSIA

- a).- Excisional.- Cuando la lesión sea pequeña y su extirpación debe ser total, así tenemos biopsia y tratamiento.
- b).- Incisional.- Se utiliza en lesiones superficiales se obtiene una parte de la lesión mediante la incisión del tejido que se desea estudiar, el corte es abarcando tejido normal.
- c).- Punción.- Cuando la lesión se encuentra en al-

gún lugar inaccesible, debajo de la superficie del hueso; se realiza con una aguja de luz amplia, insertandola en la masa tumoral para aspirar las células y demás componentes del tejido patológico.

d).- Aspirativa.- Es la introducción de la aguja seguida de la aspiración de una jeringa y además se emplean cánulas que por su acción cortante permiten obtener una muestra cilíndrica, se emplea principalmente para el diagnóstico de neoplasias de glándulas salivales, si el resultado es negativo y la masa persiste debe repetirse una biopsia abierta.

e).- Por raspado.- Se realiza por medio de curetas principalmente en lesiones de hueso.

f).- Trepanación.- Cuando la lesión es de gran densidad y consistencia, por medio de taladro.

Cuando el patólogo nos informa el resultado nos lo puede dar de 5 clases.

- I.- Normal.- Células normales.
- II.- Atípica.- Presencia de células atípicas sin indicar malignidad.
- III.- Indeterminada.- Este separa el diagnóstico de cáncer y ausencia de él.
- IV.- Sugere de cáncer.- Algunas son malignas y otras son dudosas.
- V.- Positiva de cáncer.- Las células son 100 por ciento malignas.

Cuando nos dan reporte negativo y existe duda, deberemos de realizar nuevamente la biopsia.

La citología exfoliativa como coadyuvante de la biopsia es importante, ya que ésta se basa en la fisiología del epitelio escamoso normal, el cual sufre exfoliación continua de sus células superficiales, cuando existe un proceso patológico éstas pueden perder su cohesividad y las células profundas pueden exfoliarse junto con las superficiales, así se logra la colección de células y su examen microscópico.

Por lo tanto no es suficiente una citología para el diag

nóstico.

Es necesario enviar el espécimen lo más pronto posible junto con la historia clínica, así como nuestro diagnóstico - clínico.

a).- TUMORES DE ORIGEN EPITELIAL

PAPILOMA

Es una lesión de epitelio escamoso, que puede localizarse en cualquier lugar, siendo más frecuente en la bios, mucosa labial, bucal y lengua, se presenta por - igual en ambos sexos y a cualquier edad.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las características principales que se deben tomar en cuenta son: su color gris o blanco grisáceo, de superficie verrucosa parecida a la coliflor, generalmente es - una masa circunscrita o única que se encuentra con ma yor frecuencia en la zona adyacente a la úvula, que puede medir de uno a varios milímetros, su crecimiento es - lento y según su localización, puede dar trastornos de - cierta intensidad, clínicamente se puede confundir con el fibroma y cuando son varios se llama papilomatosis.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Consiste en varias proyecciones dactiliformes largas y delgadas, que se extienden sobre la superficie de la mu

cosa, cada una está compuesta por una capa continua de epitelio escamoso estratificado queratinizado y un núcleo central de tejido conectivo que sostiene los vasos sanguíneos, presenta hiperqueratosis la cual es secundaria a la localización de las lesiones y a la cantidad de trauma o irritación, esencialmente hay una proliferación de las células espinosas en la estructura papilar, en el tejido conectivo la presencia de células inflamatorias crónicas es variable.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica en su totalidad desde la base de la mucosa en la cual se inserta, si ésta es apropiada la recidiva es rara, cuando se localiza en los labios el tratamiento adecuado es la electrocauterización.

PRONOSTICO

Es favorable dependiendo de su tratamiento, es raro que se malignice a excepción de la papilomatosis que tiende a malignizarse en raras ocasiones.

QUERATOACANTOMA

Es una hiperplasia de células del epitelio escamoso, que clínicamente e histológicamente se puede confundir con el carcinoma epidermoide.

CAUSA

Se considera que aparece por exposición excesiva - a la radiación, a hidrocarburos carcinógenos, a trauma - físico o a factores genéticos y virales.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La lesión suele empezar como una papula dolorosa - que crece rápidamente, suele medir de 1 a 1.5 centímetros de diámetro, este puede ser localizado o generalizado, frecuente en zonas que se exponen al sol como son: la cara y extremidades.

Cuando está localizado, es una masa nodular prominente, bien limitada, de color gris, con una depresión - central, la lesión puede permanecer estacionaria y curar - espontáneamente dejando una cicatriz deprimida, se presenta en personas de 50 a 70 años de edad y no hay predi-

lección de sexo.

La forma localizada o familiar se presenta en la primera etapa de la vida, puede presentarse en niños de 5 meses y se manifiesta como una erupción generalizada que se parece a la localizada.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Está formado por epitelio escamoso estratificado que prolifera hacia el tejido conectivo subyacente., en su borde más profundo hay islas invasoras de epitelio, el tejido conectivo presenta infiltrado inflamatorio crónico, el margen que se eleva y aparece una porción central con forma de cráter, después se produce un cambio abrupto en el epitelio normal, a medida que se acerca al epitelio acantótico hiperplásico.

La lesión se distingue de una lesión maligna por la depresión llena de queratina que es clara y patognomónica.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica amplia para evitar la recidiva, pero ésta suele suceder.

PRONOSTICO

Favorable, si la lesión se extirpa totalmente.

NEVO CELULAR PIGMENTADO

Se define así a una malformación congénita o del desarrollo de aspecto tumoral, de la piel o de las mucosas, así como también a una lesión de la piel que contiene pigmentación melánica, el lunar común es una lesión de células denominadas névicas, en ocasiones se observa en la cavidad bucal pero con mayor frecuencia en la piel, hay diferentes tipos de nevus y han sido clasificados por Allen y Spitz de la siguiente forma:

- a).- Intradérmico (lunar común)
- b).- Limftrofe
- c).- Compuesto
- d).- Melanoma infantil
- e).- Nevo azul

f).- Efelide (peca melanótica de Hutchinson)

CARACTERISTICAS CLINICAS

a).- El nevo intradérmico es una lesión de la piel lisa y plana o puede elevarse sobre la superficie, pueden presentar pigmentación parda y suele tener pelos que salen de su superficie, rara vez aparece en plantas de los pies, palmas de las manos, o en los genitales.

b).- El nevo limítrofe o de unión es similar al anterior, con distinción histológica, es importante establecer la diferencia ya que es de diferente pronóstico.

c).- El nevo compuesto consta de dos elementos - uno intradérmico y uno limítrofe superpuesto.

d).- El melanoma infantil lo encontramos en niños - como su nombre lo indica, desde el punto de vista histológico suele ser idéntico al melanoma maligno del adulto, clínicamente es benigno e histológicamente es maligno.

e).- El nevo azul es una estructura mesodérmica - verdadera compuesta de melanoblastos que sólo raras ve-

ces experimenta transformación maligna, se produce principalmente en dorso de los pies y manos, cara y ocasionalmente en otras zonas, la lesión es lisa, en su superficie crecen pelos y su color varía del pardo a azul o negro azulado.

f).- Efelidez melanótica de Hutchinson, también llamado léntigo maligno, es una entidad melanocítica definida, que se manifiesta clínicamente como una lesión macular pigmentada similar a otros nevos, se considera premaligna porque puede transformarse en melanoma maligno con pronóstico favorable, son de diversos tamaños aunque algunos sólo miden unos milímetros otros cubren gran parte de la superficie cutánea, son por lo común de origen congénito.

Son lesiones bien circunscritas y deben ser diferenciadas de zonas manchadas de pigmentación melánica, son comunes en negros y caucásicos, pueden aparecer en cualquier sitio, pero son más frecuentes en la región anterior

de la encía, labios y paladar, aunque en algunas ocasiones carecen de pigmentación y son excrecencias planas - de color igual al tejido circundante.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se propone que el sitio de origen son los nervios - dérmicos cuyas células son grandes, bien limitadas y con núcleo ovoide y vesicular con citoplasma pálido, tienden a agruparse en capas o cordones y pueden tener gránulos de pigmento melánico en su citoplasma.

NEVO INTRADERMICO

Las células névicas están dentro del tejido conectivo y están separadas del epitelio que las cubre por una - banda bien definida de tejido conectivo. Las células névicas no se hallan en contacto con el epitelio.

NEVO DE UNION O LIMITROFE

Las células hacen contacto con el epitelio superficial y parecen unirse con el, el epitelio es delgado e -

irregular y tiene células que parece que cruzan la unión y proliferan hacia el tejido conectivo, a esto se le llama efecto de "abtropfung o decadente".

Con frecuencia los nevos límitrofes se transforman en melanomas malignos.

NEVO COMPUESTO

Tiene características iguales a los dos anteriores - desde la epidermis se dispersan nidos de células névicas, mientras que en la dermis también hay grupos grandes de éstas.

MELANOMA INFANTIL

Se compone de células pleomórficas de tres tipos básicos que son: células fusiformes, ovales o epitelioides, y gigantes, tanto mononucleares como multinucleares que se disponen en capas bien circunscritas y por lo general hay una gran actividad mitótica.

NEVO AZUL

Hay dos tipos el común y el azul celular, en el común los melanocitos son alargados con largos procesos

dentríticos ramificados, que se disponen en haces paralelos en el tercio medio e inferior de la dermis, no hay actividad mitótica. Los melanocitos están típicamente llenos de gránulos melánicos que en ocasiones ocultan el núcleo, estos gránulos llegan a extenderse hacia los procesos dentríticos.

En el nevo azul celular hay otro tipo más de células, una célula fusiforme grande redonda con citoplasma pálido vacuolado, estas células suelen ordenarse en estructura alveolar.

EFELIDE

Presenta reacción limítrofe difusa, compuesta de melanocitos vacuolados que reemplazan la capa basal y están en nidos.

TRATAMIENTO.

Se aconseja la excisión quirúrgica de todos los nevos pigmentados intrabucales como medida profiláctica -- debido a la constante irritación de la mucosa en casi todas las zonas de la boca provocada por la alimentación.

cepillado, etc.

PRONOSTICO

Este es favorable, pero si es imposible erradicar - todas las lesiones, sólo se recomienda la eliminación de las que aparecen en zonas irritadas por la ropa, como - son: cintura, cuello, etc.

LEUCOPLASIA

Es una lesión que se presenta como una mancha - blanca o blanco grisáceo de la mucosa bucal que no puede ser desprendida por raspado.

CAUSA

Esta es muy variada, ya que puede deberse a factores locales extrínsecos y factores predisponentes intrínsecos, los más frecuentes son: tabaco, alcohol, sépsis bucal, trastornos endócrinos y radiación actínica.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las lesiones varían considerablemente de tamaño, lo

calización y aspecto clínico, los investigadores revelan que se presenta más en sexo masculino, pero se han visto considerables casos en sexo femenino y generalmente se presenta en personas de edad avanzada, su sitio de predilección es la mucosa vestibular, comisuras, mucosa alveolar, lengua, labios, paladar duro y blando, piso de la boca y encías.

Las lesiones varían de pequeñas placas irregulares bien localizadas o lesiones difusas que cubren una porción considerable de la mucosa.

Las lesiones leucoplásicas aparecen algunas veces blancas, blanco grisáceo o blanco amarillento, de superficie arrugada y áspera a la palpación.

Se han diferenciado dos formas de leucoplasia que son: plana y verrucosa, pero se informa que toda la leucoplasia se inicia como tipo liso y sin elevación, pero después de cierto tiempo se engruesa y adquiere la forma verrucosa, además se sugiere que la leucoplasia puede ser:

a).- Aguda.- Esta evoluciona rapidamente en semanas o meses y puede convertirse en papilomatosa o ulcerada.

b).- Crónica.- Esta es difusa y delgada, su evolución puede durar entre 10 y 20 años.

c).- Intermedia.- Esta es una forma incipiente de leucoplasia crónica.

Para hacer el diagnóstico adecuado de la leucoplasia es necesario el estudio de biopsia, ya que algunos casos de aspecto clínico grave no presentan atipia celular y algunas leucoplasias muy pequeñas desde el punto de vista clínico, son más graves pues resultan ser un cáncer invasor.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Es una displasia del epitelio superficial que presenta hiperqueratosis, hiperparaqueratosis, acantosis, disqueratosis, hiperplasia basilar, pérdida de polaridad, mitosis aumentada e hiper cromatismo.

Es importante señalar que es una lesión premaligna y que debe hacerse forzosamente un estudio de biopsia para saber su benignidad o malignidad, además se debe hacer el diagnóstico diferencial desde el punto de vista clínico de: el liquen plano, placas mucosas sifilíticas, infecciones micóticas, lupus eritematoso, nevo esponjoso blanco o gingivostomatitis plegada blanca.

TRATAMIENTO

Este es variado ya que puede ser: administración de vitamina A, complejo B, estrógenos, rayos X, fulguración y extirpación quirúrgica, la eliminación de irritantes locales, ya que estos constituyen la parte más importante de los factores.

Las lesiones pequeñas pueden ser totalmente extirpadas por cauterización.

PRONOSTICO

Este depende del tipo de lesión que se presente, pero si en cada caso se utiliza el tratamiento más ade-

cuado, obtendremos resultados muy buenos.

LEUCOEDEMA

Esta es una lesión que se asemeja a la leucoplasia en su fase incipiente, pero difiere en muchos aspectos de ésta.

Su causa es desconocida y se dice que afecta más a personas de raza negra a la edad de 45 años en adelante.

CARACTERISTICAS CLINICAS

En su período incipiente se presenta como una película opalescente sobre la mucosa y en su período tardío como una placa blanco grisáceo mal definida, son superficies que se presentan con arrugas gruesas, en la mayoría de los casos son bilaterales y afectan con más frecuencia a la mucosa vestibular y superficie bucal de los labios, es más notable en premolares y molares, algunas veces se produce descamación.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Consisten en aumento del espesor del epitelio, edema intracelular de la capa espinosa de Malpighi, una capa paraqueratósica superficial de varias células de espesor.

El citoplasma se pierde y los núcleos están ausentes.

TRATAMIENTO

Ya que es una variante de la mucosa normal, no se necesita ningún tratamiento.

b).- TUMORES DE ORIGEN CONECTIVO

FIBROMA

Es la lesión más común del tejido blando que se produce en la cavidad bucal, está íntimamente relacionado con la hiperplasia fibrosa, se presenta en ambos sexos y afecta por igual, puede presentarse a cualquier edad, aparece con más frecuencia en la mucosa bucal, lengua y encías.

CAUSA

Se atribuye a irritaciones y traumatismos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es una masa prominente de tamaño variable, que puede medir de unos milímetros a varios centímetros, de color rosa pálido, su superficie es lisa, su base se adhiere a los tejidos subyacentes, por medio de un pedículo o puede ser de base amplia, está limitado y bien localizado, su consistencia es sólida y dura, es indoloro y de crecimiento lento.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Se observa radiotransparente cuando involucra hueso.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Consiste en haces de tejido conjuntivo fibroso, que en su superficie interior contiene fibroblastos y fibrocitos diseminados, su vascularización varía desde pequeños capilares hasta una gran capilaridad, si en el tejido hubo un traumatismo, la vasodilatación, el edema e inflamación son variables.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica total y eliminar los factores irritantes.

PRONOSTICO

Existe recidiva sólo cuando la excisión es incompleta.

LIPOMA

Es una lesión compuesta de células adiposas maduras, que se encuentran con mayor frecuencia en la lengua,

piso de la boca y en el pliegue mucovestibular.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se observa como una masa única, pequeña, bien - delimitada, prominente, de color amarillento, indoloro, - de crecimiento lento, se presenta con más frecuencia en personas de 40 a 50 años, generalmente es unilateral, - pero suele observarse en forma bilateral.

El epitelio es delgado y los vasos sanguíneos se observan, este se puede confundir con el fibroma.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se compone de una masa circunscrita de células - adiposas maduras, que pueden presentar cantidades variables de cordones colágenos, que pasan a través de la le sión y sostienen algunos vasos sanguíneos pequeños.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica.

PRONOSTICO

Favorable, muy pocas veces hay recidiva.

HEMANGIOMA

Es una lesión de los pequeños vasos sanguíneos - que puede ser de naturaleza congénita o anomalía del - desarrollo, raras veces invade los tejidos adyacentes - se presenta con mayor frecuencia en labios, lengua, mu- cosa vestibular y paladar, hay predominio por el sexo fe- menino y se presenta a cualquier edad.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Aparece como una lesión plana o elevada de la mu- cosa, por lo general de color rojo intenso o azulada, - bien circunscrita, al ser traumatizado se ulcera y se infec- ta secundariamente, dependiendo de su tamaño se clasifi- ca en:

a).- Hemangioma capilar

b).- Hemangioma cavernoso

a).- En este caso es una masa de un tamaño moderado, de límites generalmente bien definidos, de color púr- pura intenso o azul oscuro y de consistencia blanda, es el más frecuente.

b).- Este casi siempre es de origen congénito, y se localiza más frecuentemente en mucosa bucal y lengua, se presenta como una masa prominente, redondeada de color púrpura o azul claro, de consistencia blanda y con bordes mal definidos, su tamaño varía desde los 2 centímetros o más.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Cuando se localiza en el hueso se observa como un panal de abejas, en ésta situación se puede confundir con el mixoma y ameloblastoma.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El tipo común se compone de numerosos capilares pequeños, tapizados de una capa de células endoteliales sostenidas por un estroma de tejido conectivo de diversa densidad, se cree que ésta lesión es una fase inmadura del hemangioma capilar, que con el tiempo se transforma en un hemangioma simple o involuciona.

TRATAMIENTO

Este depende de su localización, su edad, estética-

y probablemente funcionales, los diversos métodos son: cirugía, agentes esclerosantes, radiación, electrocuaterización, compresión, crioterapia, nieve carbónica, cada una de las formas de tratamiento tiene sus ventajas y - desventajas, pero en manos capacitadas cada una tiene eficacia, no se tratará nunca con radiación por el peligro de transformación maligna.

PRONOSTICO

Este es excelente, porque no se transforma en maligno, ni hay recidiva si la eliminación es completa.

LINFANGIOMA

Es una lesión compuesta de vasos linfáticos, la - mayoría aparecen en el momento del nacimiento y sólo - rara vez aparecen posteriormente, la mayoría aparece en la lengua, aunque también afecta a la mucosa bucal, la - bios y encías, generalmente aparece antes de los 20 - años de edad, cuando aparece más tarde, puede ser uni- lateral pero generalmente es bilateral.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se presenta como una lesión difusa, elevada ligeramente y la superficie está formada por aglomerados racimos de pequeños nódulos llenos de líquido que se parecen mucho a las ampollas, además pueden ser varios y muy numerosos, su tamaño puede ser muy pequeño y a veces se extiende abarcando toda la lengua, algunas veces abarca estructuras adyacentes.

La lesión es de varios colores, azul pálido, mezclado con el color rojo del tejido normal, su consistencia es firme de límites mal definidos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Contienen vasos linfáticos dilatados y limitados por células endoteliales, los cuáles contienen linfa.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO

Favorable, no hay recidiva.

MIXOMA

Es una lesión compuesta de células estrelladas o en forma de aguja en un tejido fibroso mucoide laxo.

No hay predilección de sexo se presenta a cualquier edad es muy raro, a veces están asociados con dientes ausentes o desplazados.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Son de consistencia blanda y no encapsulados, generalmente infiltran a los tejidos vecinos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Es de textura laxa contiene cantidades pequeñas de fibras de reticulina y material mucoide, probablemente ácido hialurónico, hay cantidades variables de células estrelladas intercaladas, que a veces adoptan la forma de huso.

TRATAMIENTO

Es la extirpación quirúrgica, con márgenes de seguridad.

PRONOSTICO

Puede recidivar, pero nunca se transforma en tumor metastatizante.

CONDROMA

Es una lesión central de cartílago desarrollado, puede encontrarse en el maxilar y mandíbula, se manifiesta como una hinchazón indolora y lentamente progresiva.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es una prominencia nodular o abultamiento único bien redondeado, de consistencia dura, multilobulada, recubierta por mucosa lisa de color normal, su localización más frecuente es la parte anterior del maxilar, cuerpo de la mandíbula, apófisis coronoides y cóndilo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Es de radiotransparencia difusa mal limitada, de color gris claro, de aspecto granular o ligeramente moteado, éste suele desplazar a los dientes vecinos y por su acción progresivamente destructiva, puede producir aflojamiento y resorción radicular.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se compone de una masa de cartílago hialino, algunas veces presenta calcificación y necrosis, debido a que tie-

ne tendencia de malignizarse, al hacer el estudio de biopsia se debe tener cuidado de diagnosticar benignidad o malignidad, lo podemos confundir con el fibroma condromixoide de hueso.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica abarcando gran parte de tejido sano, para evitar la recidiva, además se deben hacer reconocimientos periódicos para evitar posibles recidivas o malignidad.

PRONOSTICO

Favorable, ya que la recidiva no es muy común.

OSTEOMA

Es una lesión relativamente rara, puede localizarse en el cuerpo de la mandíbula (endóstico), o en la periferia (perióstico), puede componerse de hueso esponjosos o compacto, - se puede considerar que tanto el torus mandibular, palatino - y las exostosis múltiples se derivan de ésta lesión.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Cuando son de tamaño mayor, aparecen como prominencias o abultamientos óseos bien limitados, de contornos lisos y de color igual al de la mucosa, son indolores y de lenta evolución.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Es de radiopacidad bien limitada redonda y de densidad homogénea de bordes difusos.

Se puede confundir con torus palatino o mandibular con fibroma osificante, pero se distingue por su localización específica.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Está formado por hueso compacto y algunas ocasiones por hueso esponjoso.

TRATAMIENTO

No es necesario, sólo cuando se dificultan el funcionamiento y además se afecte la estética, o se impida la masticación, entonces se indica la extirpación total o parcial, su pronóstico es favorable.

OSTEOFIBROMA OSIFICANTE CENTRAL

Es una neoplasia ósea central que puede confundirse con la displasia fibrosa, sólo que por sus características histológicas se puede hacer la diferencia.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se encuentra bien circunscrita, es más común en adultos jóvenes, puede afectar a ambos maxilares, teniendo predilección por la mandíbula, es asintomático hasta que se manifiesta la hinchazón y por lo tanto hay deformación, el desplazamiento de los dientes es un signo temprano para poder detectar la lesión, es de crecimiento lento y este puede durar años antes de descubrirse las láminas óseas corticales, la mucosa y piel siempre están intactas.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Su aspecto es variable según el estado de la evolución, pero sea cual sea éste, la lesión es siempre bien-circunscrita y está separada del hueso circundante.

En el estadio primario aparece como una zona radiolúcida sin manifestación de radiopacidad interna, a medi-

da que la lesión madura hay una abundante calcificación, de modo que la zona radiolúcida se macula con zonas - opacas hasta que la lesión aparece como una mancha radiopaca, el desplazamiento de los dientes adyacentes es común, así como también la invasión de otras estructuras circundantes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La lesión está compuesta de fibras colágenas entrelazadas dispuestas en haces circunscritos, intercalados con grandes cantidades de fibroblastos activos en proliferación.

En forma típica se encuentran en el tejido conectivo focos pequeños de trabéculas óseas irregulares, y a medida que la lesión va madurando las islas de osificación aumentan, se agrandan y finalmente se unen.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica, abarcando tejido sano.

PRONOSTICO

Favorable, la recidiva es rara.

GRANULOMA PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es una proliferación tumoral no neoplásica que -
afecta sobre todo a las zonas mucosas gingivales, don-
de asientan las piezas dentarias, su verdadera naturale-
za es desconocida aunque su origen probable es inflama-
torio y puede ser debido a un traumatismo, el que es -
causado generalmente por una extracción dental, aunque-
también puede ser por irritación de prótesis o alguna in-
fección crónica, su nombre procede de un gran número -
de células gigantes multinucleares benignas que se ob-
servan microscópicamente.

La lesión varía de tamaño, pero generalmente mide-
de 5 milímetros a 1.5 centímetros de diámetro, raras ve-
ces pasa de los 4 centímetros, como anteriormente men-
cionamos se produce en la encía o en el reborde alveo-
lar, pero con mayor frecuencia delante de los molares y
se presenta como una lesión pedunculada o sésil.

Algunas veces parece originarse del ligamento periodontal o mucoperiostio, es de color rojo oscuro, de aspecto vascular o hemorrágico y suele tener una gran superficie ulcerada.

En pacientes desdentados puede presentarse como una hinchazón vascular ovoide o fusiforme de la cresta del reborde, de más de 1 o 2 centímetros de diámetro, ésta lesión es más común en estos pacientes.

Algunos estudios demuestran que hay predilección en mujeres y afecta con más frecuencia a la mandíbula que al maxilar, la edad promedio de su aparición es a los 30 años, pero se ha llegado a encontrar en niños y en personas de edad avanzada.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

En zonas desdentadas presentan típicamente erosión superficial del hueso con la imagen patognomónica de un manguito óseo periférico, cuando la lesión se produce en zonas donde hay una pieza dentaria, y se ve la destrucción superficial del margen alveolar, o de la cresta -

del hueso interdentario.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Contiene masas no encapsuladas compuestas de un delicado estroma de tejido conectivo reticular y fibrilar, que contiene grandes cantidades de células conectivas ovoides y fusiformes y células gigantes multinucleares.

Los capilares abundan alrededor de la lesión y a veces hay células gigantes en la luz de estos vasos, también tienen como característica focos hemorrágicos, con liberación de pigmento de hemosiderina y la ingestión por los fagocitos mononucleares, así como el infiltrado celular inflamatorio.

Investigadores como Geschickter y Copeland, sugirieron que las células gigantes pueden derivarse de las células gigantes proliferativas que provocan la resorción de los dientes, así vinculan la transición de la dentición primaria a la secundaria, ésta teoría explicaría el predominio de las lesiones delante de los molares permanentes.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica teniendo cuidado de eliminar toda la base de la lesión, además cerrandola perfectamente para evitar infiltrado.

PRONOSTICO

Favorable, no hay recidiva, si la excisión se hace cui dadosamente.

QUISTE OSEO ANEURISMATICO

Es una lesión ósea solitaria, en el año de 1942, fue - caracterizada por Jaffe y Lichtentein como entidad indepen - diente.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es una lesión que se presenta en personas jóvenes, - generalmente antes de los 20 años.

Se encuentra con mayor frecuencia en huesos largos y vertebras y menos del 1 % ocurre en los maxilares, pero la mandíbula es la más afectada.

La lesión es sensible y duele durante el movimiento

del hueso afectado, es común la hinchazón de la zona afectada.

Los descubrimientos macroscópicos en el momento de la operación son característicos, antes de penetrar en la lesión se encuentra una excesiva hemorragia de los tejidos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El hueso aparece expandido con aspecto de panal, la cortical ósea puede estar destruída y es evidente la reacción perióstica, además produce una corteza dilatada y abombada, es sensible a la palpación así como a la presión.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso que contiene espacios cavernosos ocupados por sangre, estos a veces presentan trombosis, en el estroma los fibroblastos son abundantes, así como las células gigantes multinucleares.

Se desconoce su verdadera naturaleza, aparentemente es aumento de la presión venosa y el desarrollo posterior de un techo vascular dilatado y estancado en la zona ósea, a

esto se debe la resorción ósea y el reemplazo por tejido conectivo.

No se considera como un quiste, ya que no está revestido de epitelio.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica y algunas veces pequeñas dosis de radiación.

PRONOSTICO

Favorable, no hay recidiva.

XANTOMA VERRUCOIDE

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es una lesión que se presenta localizada, de color normal o rojizo, algunas veces pálido o hiperqueratósico, con superficie irregular, de base sésil, puede medir de 2 milímetros a 1.5 centímetros de diámetro, es asintomático, no hay predilección por el sexo y aparece de los 40 años en adelante, se puede encontrar en cualquier sitio, pero es más frecuente en el reborde alveolar inferior y después en paladar,

piso de la boca, labio y surco mucovestibular inferior.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La lesión tiene una superficie verrucosa e hiperqueratósica con tapones de paraqueratina, ésta suele ser áspera - con colonias bacterianas, una característica particular es la presencia de células espumosas hinchadas, así como también histiocitos.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica.

PRONOSTICO

Favorable, no hay recidiva.

TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA (Enfermedad de Rendu Osler Weber)

Es una enfermedad congénita o hereditaria, que se caracteriza por hemorragia de las mucosas (en especial de la - nariz) y numerosas zonas telangiectásicas o angiomas - distribuidas ampliamente en la piel y mucosas de la cavidad bucal, afecta a ambos sexos y es transmitida por los dos - sexos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Algunas veces se encuentra en el momento del nacimiento, así como también después de la pubertad, las telangiectasias aumentan en cantidad a medida que el individuo envejece.

Se encuentra más a menudo en la piel de la cara, alrededor de la uñas de ambas extremidades y en la mucosa bucal, puede encontrarse en otros sitios.

Cuando se encuentra en la cavidad bucal se localiza en la lengua, labios, mejillas, encías, piso de la boca, y mucosa vestibular.

Los primeros signos son epistaxis, así como la hemorragia de la cavidad nasal y bucal, que resultan difíciles de cohibir.

Se manifiesta en forma de manchas rojas o púrpuras que pueden ser maculosas o papulosas, el tamaño varía de 1 a 3 milímetros de diámetro, palidecen a la presión pero no desaparecen por completo, la anemia ferropénica es una consecuencia frecuente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La causa de las hemorragias se debe a defectos intrínsecos primarios de las células endoteliales, que permiten la desunión o un defecto del techo tisular de sosten perivascular que debilita a los vasos, los tiempos de coagulación y sangrado son normales, aunque como se mencionó, las hemorragias intensas producen anemia y trombocitopenia leve, en el estudio de biopsia se observa obliteración de la capa reticular y reemplazamiento de los tejidos normales del corion, por numerosos vasos sanguíneos dilatados revestidos por una capa única de células endoteliales.

Los vasos se extienden muy profundamente de la mucosa.

TRATAMIENTO

Es variado según la gravedad de las hemorragias espontáneas en particular las hemorragias nasales se cohiben por presión, también se utiliza la cauterización, rayos X o también se elimina por cirugía.

PRONOSTICO

Es bueno, raras veces es muy grave, pero se han regis

trado muertes a causa de hemorragias intensas.

ANGIOMATOSIS ENCEFALOTRIGEMINAL

(Angiomatosis encefalofacial, Enfermedad de Sturge-Weber)

Es una lesión congénita bastante rara, se caracteriza por angioma venoso de las meninges de la corteza cerebral, con lesiones angiomasos ipsolaterales de la cara, a veces del cráneo, maxilares y tejidos blandos bucales.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se observan angiomas capilares venosos dérmicos-presentes en el nacimiento y se encuentran en la zona de piel inervada por el nervio trigémino, hay calcificaciones circunvoluntarias intracraneales, en algunas personas existe glaucoma, angioma de la coroides y otras anomalías.

MANIFESTACIONES BUCALES

Atacan a la encía y mucosa bucal, no hay dificultad para el diagnóstico, por las manifestaciones faciales.

TRATAMIENTO

Lo ideal es la neurocirugía aunque se puede tratar mediante drogas anticonvulsivas.

PRONOSTICO

Este es favorable.

ANGIOFIBROMA NASOFARINGEO

(Fibroma nasofaríngeo juvenil)

Es una neoplasia relativamente rara, se produce - casi exclusivamente en la nasofarínge de varones adolescentes, pero se extiende a la cavidad bucal.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es una lesión no encapsulada, expansiva e infiltrativa, que se origina en el tejido blando de la nasofarínge se han registrado pocos casos en mujeres.

Generalmente se presenta a los 16 años de edad,- pero también puede ser después.

Las lesiones de este tipo se manifiestan por obstrucción nasal, epistaxis y sinusitis, ésta lesión se puede confundir con los polipos nasales a medida de que el -

tumor aumenta se ve la deformidad de la cara.

MANIFESTACIONES BUCALES

Constan de una masa palatina o amigdalina con obstrucción nasal, a veces se ven las lesiones en la parte posterior del maxilar y mandíbula.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Histológicamente la lesión consiste en dos componentes básicos y característicos: una trama vascular y un estroma conectivo, los vasos de la trama vascular son de diferente grosor, de forma irregular y por lo general constan de un revestimiento endotelial simple, los elementos vasculares son más pronunciados en la periferia de la lesión, donde hay crecimiento activo, es frecuente observar trombosis y oclusión, por lo general en asociación con vasculitis.

El estroma se compone de fibrillas colágenas, finas y gruesas, a veces hay focos hialinos, también hay células multinucleares del estroma y por las alteraciones nucleares células atípicas, se puede confundir con el

sarcoma .

TRATAMIENTO

Este es quirúrgico complementado con radiación.

PRONOSTICO

Son comunes las recidivas pero no se produce -
transformación maligna.

CONDROBLASTOMA BENIGNO

(Tumor condromatoso o de Codman)

Esta es una lesión que afecta huesos largos pero -
también se ve afectada la mandíbula.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Aparece principalmente en personas jóvenes, el 90
por ciento aparece de los 5 a 25 años de edad.

Afecta más a varones que a mujeres, es una lesión
que generalmente afecta a los cóndilos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se compone de células poliédricas, células gigan -
tes multinucleares dispersas, por lo común asociadas -
con zonas hemorrágicas, necrosis o calcificación de -

de material condroide.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica de manera conservadora.

PRONOSTICO

Favorable, no hay recidiva.

FIBROMA CONDROMIXOIDE

Esta es una lesión rara de origen cartilaginoso.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta lesión se presenta en personas jóvenes, el 75 por ciento en personas de 25 años, no hay predilección de sexo, la mayoría aparece en huesos largos y huesos pélvicos, pero también afecta a la mandíbula, el dolor es la característica clínica sobresaliente, la hinchazón evidente es rara.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La lesión presenta zonas mixomatosas, zonas fibrosas y zonas de aspecto condroide, algunas veces hay zonas de calcificación.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica conservadora.

PRONOSTICO

Algunas veces existe recidiva, pero si la hay ataca con más agresividad.

OSTEOBLASTOMA BENIGNO

Es una lesión poco común, este tumor óseo central se origina con mayor frecuencia en personas jóvenes, el 75 por ciento son pacientes de 20 años, pero algunas veces se presenta en adultos mayores, hay predilección por el sexo masculino.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se manifiesta por dolor e hinchazón en el sitio del tumor y su duración varía de unas pocas semanas a un año o más.

Se localiza en la bóveda craneana, maxilar y mandíbula, puede afectar también a otros sitios como son: columna vertebral, huesos largos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

La lesión aparece bien circunscrita, hay destrucción ósea, en algunos casos y en otros no, sólo hay neofor-
mación ósea para producir un aspecto radiolúcido y radiopaco mixto manchado.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Hay considerables variaciones en el aspecto microscópico pero, las más sobresalientes son: vascularidad -
de la lesión en muchos capilares dilatados distribuidos -
en todo el tejido, cantidades variables de células gigantes multinucleadas dispersas en el tejido, osteoblastos -
con activa proliferación, que cubren las trabéculas irregulares de hueso nuevo.

Los osteoblastos son muy activos y están presentes en una gran cantidad, que a veces se hace el diagnóstico equivocado de osteosarcoma.

TRATAMIENTO

Es la extirpación quirúrgica conservadora.

PRONOSTICO

Favorable, la recidiva es muy rara.

TORUS PALATINO

Es una protuberancia ósea, de crecimiento lento y base aplanada situada en la región de la línea media del paladar duro, según estudios demuestran que los dos tipos de torus son hereditarios, se supone que siguen una pauta mendeliana dominante.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Según su frecuencia se ha clasificado en: plana - nodular, fusiforme y lobular.

En las mujeres es más frecuente y se presenta a cualquier edad, su tamaño varía considerablemente, la mucosa que recubre al torus está intacta, pero a veces aparece más pálida, si se traumatiza se ulcera.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Suele ser bastante opaco y cuando son grandes, pueden quedar superpuestos en las radiografías de los dientes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Este se compone de hueso compacto y en algunas -
ocasiones se puede encontrar médula grasa.

TRATAMIENTO

Es por eliminación quirúrgica, algunas veces será -
necesario eliminarlo sólo cuando afecte para la confección
de una prótesis.

PRONOSTICO

Favorable ya que jamás hay malignidad.

TORUS MANDIBULAR

Son una o varias exostosis sobre la superficie lin -
gual de la mandíbula, su causa es desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta proliferación se presenta sobre la línea milohioi -
dea extendiéndose en la mayoría de los casos desde el -
canino hasta el primer molar.

A veces interfiere en la fonética, es bilateral en el
80 por ciento y no simétrica.

Estos generalmente son vistos en las radiografías -

periapicales y suelen presentarse a la edad de 30 años, se dice que su naturaleza es hereditaria.

TRATAMIENTO

Es la eliminación quirúrgica, éste representa más problemas para la elaboración de una prótesis.

PRONOSTICO

Favorable, no hay recidiva.

EXOSTOSIS MULTIPLES

Estos son menos comunes que los torus superiores e inferiores y por lo general se encuentran en la superficie vestibular del maxilar debajo del pliegue mucovestibular de la zona de los molares.

Clínicamente éstas exostosis son pequeñas protuberancias nodulares, sobre las cuales la mucosa puede aparecer isquémica.

La causa es desconocida, no tiene mayor importancia clínica sólo que nos interfiera en la elaboración de una prótesis.

c).- TUMORES DE ORIGEN MUSCULAR

LEIOMIOMA

Es un tumor cuyo origen e histología es de las células del músculo liso, el cual se encuentra en diferentes zonas anatómicas incluyendo la piel de tejidos subcutáneos y cavidad bucal, en la cual es raro, ya que es poco el músculo liso que se encuentra en ella, a excepción de las paredes vasculares y a veces en las papilas caliciformes de la lengua.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Cuando se presenta en la cavidad bucal se localiza generalmente en la parte posterior de la lengua y con menos frecuencia en paladar, carrillos, piso de la boca, en cías y labios.

Es una masa aislada, indolora y de crecimiento lento, es superficial y pedunculada, algunos pacientes refieren dolor en la garganta o algún tumor, este se asemeja a la mucosa normal en su textura y color.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se compone de haces entrelazados de fibras musculares lisas con tejido conectivo y algunas lesiones bastante vasculares, que se componen de grandes cantidades de vasos sanguíneos de naturaleza atípica.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica conservadora.

PRONOSTICO

No hay recidiva, después de un buen tratamiento y no hay malignidad.

RABDOMIOMA

Esta lesión es de músculo estriado, es muy rara, - se puede presentar con más frecuencia en lengua, piso de la boca y también en axila, pared torácica, cuello, - faringe y laringe, no existe predilección de sexo y puede aparecer desde el nacimiento hasta los 70 años.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es una masa tumoral indolora bien circunscrita, al-

gunas con varios años de evolución, algunos casos como el de la lengua son congénitos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se compone de células redondas y grandes con citoplasma eosinófilo y granular, el cual es rico en glucógeno y glucoproteínas, además existen estriaciones irregulares.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica.

PRONOSTICO

Favorable, no hay recidiva.

MIOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES

Su origen es incierto, pero al parecer se deriva de tejido muscular, es raro y se localiza en diferentes partes del organismo pero en un 35 por ciento es común en el paladar, encías, piso de la boca, labios y úvula.

El sexo no parece tener influencia, presentandose a cualquier edad, su tamaño varía pero generalmente es menor de 2 o 3 centímetros.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El aspecto depende de su localización, suele tener nódulos únicos, aunque a veces el tejido puede presentar una elevación, son indoloros, no se ulceran y el revestimiento es normal o presenta hiperqueratosis clínica, presenta hiperplasia pseudoepiteliomatosa de revestimiento que muchas veces confunde el diagnóstico con carcinoma de células planas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se compone de células granulares, con citoplasma eosinófilo disperso en un estroma de colágena y cubiertas de mucosa lingual hiperplásica y a veces éstas células tumorales tienen estrecha relación con las fibras estriadas así como con los nervios mielinizados periféricos.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica.

PRONOSTICO

Favorable, no hay recidiva.

EPULIS CONGENITO DEL RECIEN NACIDO

Se asemeja al mioblastoma de células granulares, -
está presente desde el nacimiento.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es una masa protuberante en el maxilar superior, -
raras ocasiones se presenta en la mandíbula, se observa
con mayor frecuencia en el sexo femenino, es de aspec-
to multilobulado, en región de incisivos, su tamaño va -
ría de unos milímetros a varios centímetros de diámetro.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se compone de grandes capas de células compactas,
con citoplasma eosinófilo de finos gránulos, no se observ
va mitosis en ésta lesión ni estriaciones cruzadas, pero
es bastante vascularizado, el epitelio situado en la su-
perficie es aplanado, a veces adelgazado y en contraste
con el mioblastoma de células granulares no muestra hi-
perplasia pseudoepiteliomatosa.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica.

d).- TUMORES DE ORIGEN NERVIOSO

NEUROMA TRAUMATICO

Es una lesión que no puede considerarse como una neoplasia verdadera, se considera como un intento de reparación de algún nervio lesionado, es una hiperplasia de fibras nerviosas, puede aparecer después de un seccionamiento accidental o intencional de un nervio.

Cuando se lesiona el nervio hay hinchazón, fragmentación y desintegración de los cilindros y vainas miélicas.

La reparación del nervio lesionado empieza con la proliferación de los cilindros, siempre hay reinervación, no la hay sólo cuando se encuentra alguna obstrucción como puede ser tejido de cicatrización.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Aparece como un nódulo pequeño o hinchazón de la mucosa, se presenta en forma típica cerca del agujero.

mentoniano, reborde alveolar, en zonas desdentadas, labios y lengua, también puede presentarse en piso de la boca.

Es de crecimiento lento y generalmente su tamaño es de 1 centímetro de diámetro, algunas veces se presentan neuralgias distantes con dolor de cara, ojos y cabeza.

CAUSA

Puede ser por irritaciones crónicas o procedimientos quirúrgicos, consecuencia de una extracción difícil, también se le atribuye a prótesis muy grandes y mal adaptadas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Presenta neurofibrillas y células nerviosas periféricas, pequeñas e irregulares entrelazadas situadas en un estroma conectivo abundante y a veces escaso, las fibras nerviosas se distribuyen en forma difusa.

Esta lesión se puede confundir con el neurofibroma y el neurilemoma.

TRATAMIENTO

Se hace la extirpación quirúrgica del ganglio, de manera conservadora.

PRONOSTICO

Favorable, ya que la recidiva es muy rara.

SINDROME NEUROPOLIENDOCRINO

Es una lesión de gran interés para el odontólogo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La lesión suele presentarse en el nacimiento o aparecer poco después, se caracteriza por la aparición de neuromas mucosos, carcinomas medulares de la tiroides, y feocromocitoma de la glándula suprarrenal, son nódulos pequeños, elevados, sésiles de la lengua o los labios, algunas veces los labios están entumecidos y con un agrandamiento difuso, los bordes de los párpados también presentan nódulos similares, las lesiones que se presentan asociadas a este síndrome, son múltiples o bilaterales además son sintomáticos y suelen presentarse de los 19 a 35 años de edad.

Su manifestación se inicia con debilidad, sudoración, diarreas incontrolables, cefaleas y náuseas.

En este síndrome también se presentan lesiones - como son: defectos esqueléticos, ganglioneuromatosis- hipertrofia intestinal e hiperparatiroidismo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Aparecen como masas tortuosas de fibras nerviosas, se ha sugerido que pueden ser proliferaciones hamartomatosas y no verdaderos tumores.

TRATAMIENTO

La fase más importante de éste síndrome es cuando se presenta el carcinoma medular de la tiroides por su - capacidad de metastatizarse y provocar la muerte, por - eso es importante detectar la manifestación prodrómica- que son los neuromas mucosos con el fin de obtener un diagnóstico temprano y así poder hacer el tratamiento - rápido, el cual es quirúrgico.

PRONOSTICO

Favorable, siempre y cuando se detecte temprano -

la enfermedad.

NEUROFIBROMA

(Neurofibromatosis, Enfermedad de Von Recklinhausen)

Este tumor ataca a la piel y mucosa labial, se deriva de la vaina de Schwan.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se presentan en todas las razas y hay cierta predilección por el sexo masculino., además es de tendencia hereditaria.

Las lesiones pueden presentarse en dos formas:

a).- En una forma muy abundante hay nódulos sésiles elevados y de superficie lisa, de tamaño variable - principalmente en cara, tronco y extremidades.

b).- Las lesiones son profundas y difusas, muy - abundantes.

Los pacientes presentan zonas asimétricas de pigmentación melánica cutánea, esto tiene cierta relación - con trastornos endócrinos, la pigmentación se puede pre-

sentar desde la infancia.

La importancia de ésta lesión radica en que tiene transformación maligna.

Es muy importante señalar que los neurofibromas solitarios muy raras veces experimentan transformación maligna, en algunos pacientes se llegan a presentar ciertas lesiones patológicas coincidentes que son: alteraciones óseas, trastornos mentales, anomalías congénitas y afecciones oculares.

MANIFESTACIONES BUCALES

Se pueden observar nódulos circunscritos no ulcerados, que son generalmente del mismo color de la mucosa normal y se localizan en mucosa bucal, paladar y lengua, otras veces se observan masas de tejido difusas en el paladar y rebordes alveolares, además se presenta macroglosia.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Su estructura histológica es muy variable, pero su componente más abundante son las células de Schwan en-

trelazadas con neuritas dispuestas en forma irregular, - también hay fibrillas conectivas, se pueden encontrar melanocitos, las lesiones pueden ser o no circunscritas.

TRATAMIENTO

No hay tratamiento satisfactorio para la neurofibromatosis las lesiones pueden ser eliminadas por cirugía, - pero su gran cantidad impide la aplicación de la cirugía.

Las lesiones solitarias se pueden eliminar con procedimientos quirúrgicos de manera conservadora.

PRONOSTICO

Este depende de que tipo de lesión se trate, ya que cuando nos encontramos con lesiones múltiples y que han sufrido degeneración sarcomatosa tienen mal pronóstico, - pues estas lesiones se metastatizan y son casos muy difíciles.

Cuando se trata de lesiones solitarias se eliminan de una manera conservadora y no experimentan recidiva.

NEUROLEMOOMA

Es una lesión muy rara, que se deriva de la célula de Schwan por lo tanto su origen es neuroectodérmico.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es de crecimiento lento y encapsulado con desarrollo de tiempo atras, aunque también puede presentarse en forma rápida, se presenta a cualquier edad y no hay predilección de sexo.

Esta lesión es indolora, el síntoma inicial es la presencia de una masa tumoral.

MANIFESTACIONES BUCALES

Se presenta con mayor frecuencia en lengua, paladar, piso de la boca, mucosa vestibular, encía, algunas en seno maxilar y glándulas salivales, también en zona, retrofaríngea, nasofaríngea y retroamigdalina.

Se presenta como una lesión central en el hueso, principalmente en el nervio mandibular, las lesiones generan destrucción la cual puede ir acompañadas de dolor y parestesia.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Estas no se pueden confundir ya que se componen de dos tipos de tejido (A y B).

A.- Se compone de células con núcleos alargados o fusiformes que se disponen en forma de empalizada.

B.- Presenta una disposición desordenada de las células y fibras con zonas que aparecen como líquido de edema, con formación de microquistes, además contiene estructuras hialinas.

TRATAMIENTO

Es la extirpación quirúrgica, no es posible eliminarla con radiación.

PRONOSTICO

Favorable, ya que no experimenta malignidad.

TUMOR MELANOTICO DE LA INFANCIA

Hay una gran controversia en cuanto a su origen, pero las teorías principales sugieren que se deriva del blastema retinal de los ojos y que es un tumor odontógeno.

no, que se origina en la cresta neural.

CARACTERISTICAS CLINICAS

En la mayoría de los casos se presenta en infantes menores de 5 meses y con mayor frecuencia en el maxilar superior.

Su crecimiento es rápido, no se ulceran, son pigmentados intensamente que su imagen radiográfica es de neoplasia maligna invasora.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Es una masa no encapsulada infiltrativa, de células dispuestas en espacios de tipo alveolar tapizadas por células cuboides y que contienen pigmento melánico.

TRATAMIENTO

Es la extirpación quirúrgica conservadora.

PRONOSTICO

Favorable, ya que muy pocas veces ha recidiva y si la hay no se metastatiza.

e).- TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES

ADENOMA PLEOMORFO

Es una lesión de origen probablemente teratomatoso o derivado de más de un tejido primario, se puede malignizar, su crecimiento es lento, bien delimitado, dos tipos de células determinan su estructura.

a).- Pleomórfica.- Es una hilera epitelial interna de células epiteliales.

b).- Una capa externa delgada de células mioepiteliales, cuya histogénesis es epitelial.

Sólo el elemento epitelial es neoplásico y los otros representantes del estroma son metaplásicos.

Nace por crecimiento normal del epitelio glandular adulto, con transformación gradual en las diversas estructuras que caracterizan a ésta lesión.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La glándula parótida es la más frecuentemente afectada y la submaxilar le sigue.

Las tres cuartas partes por fuera del nervio facial y la mayoría detrás de la rama maxilar.

Si se encuentra en la profundidad de la región latero - faringea , suele descubrirse durante la inspección oral.

Cuando se presenta en la submaxilar, sufre una malignización mayor que la parótida.

Cerca del 7 por ciento se presenta en glándulas salivales menores y cerca del 4 por ciento en paladar duro y blando, también en labio superior, hay mayor índice de afectación en mujeres, se presenta a cualquier edad, pero de los 50 - a 60 años es más común.

Se relata la aparición de un nódulo pequeño indoloro e inactivo que poco a poco aumenta de tamaño o intermitente.

En la parótida no presenta fijación a los tejidos más - profundos, ni a la piel que los cubre.

Es nodular, irregular, de consistencia firme, el malestar local es frecuente.

Dificulta la masticación, fonación y la respiración, en paladar puede estar fijo al hueso adyacente, pero no es invau

sor en otros sitios, suele moverse y palpase fácilmente, - algunas zonas presentan células cuboidales dispuestas en - estructuras tubulares o ductiliformes, que tienen semejanza con el epitelio normal del conducto.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Suele haber proliferación epitelial, en cordones o capas alrededor de las estructuras tubulares, en otras zonas adoptan una forma estrellada, poliédrica o ahusada y ser relativamente escasas.

Las células epiteliales pavimentosas son bastante comunes y presentan típicos puentes intercelulares y a veces - perlas de queratina.

El material viscoide suele ser un rasgo predominante - en la lesión y son comunes los focos de tejido conectivo hialinizado, o material de aspecto cartilaginoso y hasta hueso.

Es posible que tenga material mucoide originado de las células epiteliales, siempre está encapsulado.

Cuando el patrón pleomórfico del estroma no existe y el tumor es muy celular se le denomina adenoma monomórfico.

3. hay grandes espacios quísticos la lesión lleva el nombre de Cistadenoma, cuando predomina la proliferación mioepitelial, suele hacerse del diagnóstico de mioepitelioma.

TRATAMIENTO

Es la extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO

No hay recidiva, si es eliminado más allá del margen de tejido normal.

CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO

Es una lesión rara, más frecuente en parótida que en la glándula submaxilar.

CAUSA

Little dice que se debe a una proliferación de tejido salival glandular heterotópico en los ganglios linfáticos de la zona de la parótida, desarrollo heterotópico de la mucosa de la trompa de Eustaquio, restos de los arcos branquiales.

Un esbozo endodérmico faríngeo heterotópico de los -

de los ganglios linfáticos en la vecindad de la glándula parótida, endotelio linfático metaplásico, oncocitos de los conductos de las glándulas salivales, inclusiones orbitarias de las cuáles derivan éstas glándulas.

Se ha llegado a la conclusión de que el tumor se origina del tejido heterotópico de glándulas salivales, atrapado o incluido en los ganglios linfáticos durante la embriogénesis.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Tiene predilección por el sexo masculino, aproximadamente de 41 a 70 años de edad, con síntomas de tres años de edad, con síntomas de tres años.

Con más frecuencia se encuentra en forma bilateral, suele ser superficial e inmediatamente debajo de la cápsula parótida o protruye a través de ella.

No es doloroso, firme a la palpación e indistinguible de otras lesiones benignas de la parótida, rara vez es mayor de 3 a 4 milímetros de diámetro.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Consta de dos componentes que son: epitelio y tejido linfático, es un adenoma que presenta formación quística con proyecciones papilares hacia los espacios quísticos y una matriz linfoide que tiene centros germinales.

Las células epiteliales que cubren las proyecciones papilares son columnares o cuboidales, dispuestas en dos hileras, aunque la capa interna puede tener varias células de espesor.

Las células son eosinófilas y contienen núcleos hiper Cromáticos y picnóticos, con abundante cantidad de mitocondrias.

El componente linfoide es abundante y la mayor parte de investigadores lo consideran un elemento de pasividad en el proceso neoplásico, que presenta simplemente el tejido linfoide normal del ganglio linfático, dentro del cual está atrapado el tejido granular salival que da origen a la neoplasia.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica, ésta debe realizarse con cuidado de no dañar el nervio facial, en particular porque la lesión suele ser pequeña y superficial.

PRONOSTICO

Si se hace la eliminación completa, no hay recidivas ya que están bien encapsulados.

ADENOMA OXIFILO

Es una lesión de crecimiento lento, pequeña, que se origina en la glándula parótida y tiroides, así como en la tráquea.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Mide aproximadamente de 3 a 5 centímetros de diámetro, es una masa circunscrita y encapsulada, que puede ser nodular, por lo general no hay dolor.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se caracteriza por grandes células con citoplasma eosinófilo y membrana celular nítida, a veces se agrupan

por capas y puede dar formas alveolar y lobulillar, también se les puede ver en hileras o cordones estrechos, están apretadas y el estroma de sostén es escaso.

Es posible observarlo en mucosa vestibular y labio superior, y se denomina cistadenoma oncocítico, porque es un nódulo de abundantes estructuras dilatadas, semejantes a conductos o a quistes tapizados de oncocitos.

TRATAMIENTO

Es la extirpación quirúrgica.

PRONOSTICO

El tumor no tiende a tener recidivas, ni a experimentar transformación maligna.

ADENOMA CANALICULAR

Casi exclusivamente aparece en tejido de las glándulas salivales accesorias intrabucales y en la mayoría de los casos se presenta en labio superior, en unos casos se encuentra en paladar y mucosa vestibular, es frecuente en pacientes mayores de 60 años, no hay predilección

de raza ni de sexo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Suele presentarse como un nódulo común firme, bien circunscrito, de crecimiento lento, particularmente en el labio, no es fijo pues puede ser desplazado dentro del tejido hasta una cierta distancia.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se compone de cordones de células epiteliales, casi invariablemente dispuestas en doble hilera.

En algunos casos es sólido, con cordones largos de células tumorales muy apretadas, en otros estos encierran espacios quísticos de tamaño variable, los espacios suelen estar llenos de un coágulo eosinófilo.

TRATAMIENTO

Es la excisión quirúrgica.

PRONOSTICO

Favorable, no hay recidiva.

ADENOMA DE CELULAS SEBACEAS

Es una lesión muy rara, que se presenta en pacientes de mediana edad, no hay predilección de sexo y puede medir varios milímetros de diámetro.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es de consistencia dura, encapsulada, de color gris amarillento, en ésta lesión se descubren numerosos quistes pequeños, consta de glándulas salivales, sebáceas y conductos dentro de un estroma linfoide que contiene a menudo folículos reactivos, estos conductos se llenan de grasa que los distiende.

En algunas ocasiones se han encontrado quistes llenos de lípidos, delimitados por un epitelio escamoso poliestratificado plano.

Este tumor se origina en la glándula parótida, puede considerarse como heterotopías hiperplásicas de las glándulas sebáceas, debido a que es muy raro no hay mayor explicación.

SINDROME DE MIKULICZ.

(Adenolinfoma)

Es una lesión linfoepitelial, de glándulas salivales, es muy rara, presenta características inflamatorias y tumorales.

Se dice que es sólo una hiperplasia de ganglios linfáticos, de origen infeccioso local, por lo menos en algunos casos afecta más al sexo femenino y la edad en que se presenta varía entre dos años y medio y 92.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Hay un aumento unilateral o bilateral por lo común - de las glándulas parótida y submaxilar, es bien delimitado y blando, existe un dolor local leve y xerostomía ocasional, al principio hay fiebre, infección de vías respiratorias superiores, infección bucal, o algún otro trastorno inflamatorio local, el agrandamiento es difuso de contorno irregular de glándulas salivales, más que un nódulo tumoral - circunscrito de tamaño variable.

Su crecimiento es lento, en ocasiones se encuentran afectadas las glándulas lagrimales, y produce sialolinfadenitis.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se caracteriza por infiltración linfocitaria ordenada del tejido de las glándulas salivales, también hay depósito hialino, eosinófilo de las islas epiteliales.

El elemento linfoide es difuso, el epitelio puede consistir en conductos o racimos compactos de células epiteliales mal definidas que se han denominado epimioepiteliales.

TRATAMIENTO

Excisión quirúrgica, así como irradiación.

PRONOSTICO

Es excelente, aunque puede haber recidiva no hay peligro de muerte.

SINDROME DE SJOGREN

(Sindrome seco)

Descrita por Henrick Sjogren en 1933, como com -
puesto de queratoconjuntivitis seca, xerostomía y artritis
reumatoide.

Algunos pacientes presentan únicamente boca y -
ojos secos, mientras que otros tienen lupus eritematoso
sistémico, poliartritis y esclerodermia.

Se diagnóstica la enfermedad si se tiene los tres -
datos siguientes:

a).- Si en la historia del paciente indica molestias
reumatoideas, junto con sequedad de boca, nariz y ojos.

b).- Si la serología apoya al diagnóstico.

c).- Si el exámen histológico se descubre la imagen
de la sialodentitis reumatoidea.

Se han sugerido diversas causas de la enfermedad :
infección crónica, deficiencia vitamínica, trastorno hormo-
nal, trastornos neurogénicos, algunos pacientes presentan
aumento del nivel de factor reumatoide en su suero.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta lesión se presenta de una manera común en-

mujeres mayores de 40 años, aunque también puede afectar a niños y jóvenes.

Las características típicas de la enfermedad son:

Sequedad de boca y ojos, como resultado de la hipofunción de las glándulas salivales y lagrimales, debido a esto se puede originar dolor y ardor de la mucosa bucal, la sequedad afecta diversas glándulas secretorias de la nariz, larínge, farínge y árbol traqueobronquial.

Los pacientes manifiestan hinchazón de las glándulas parótida y submaxilar.

Encontramos tres tipos de alteraciones en el grupo de glándulas salivales.

En uno de los casos hay infiltración linfocitaria, en otro hay proliferación del epitelio y mioepitelio del conducto, aquí se forman islas mioepiteliales, en el tercer caso hay atrofia de las glándulas, resultante de la infiltración linfocitaria.

Algunos pacientes presentan alteración de las glándulas salivales del labio y se recomienda la biopsia de-

ésta lesión, para diagnósticar la enfermedad de una manera más fácil se puede tomar como ayuda, que ésta lesión puede tener índice de sedimentación aumentado linfocitario y fiebre de bajo grado.

En caso de sospecha se hacen tres pruebas:

- a).- Intensidad de flujo de la parótida.
- b).- Biopsia de la glándula salival menor.
- c).- Estudio de laboratorio.

TRATAMIENTO

Es resistente a la mayoría de las formas terapéuticas y más si se trata de una enfermedad autoinmune.

Se utiliza la radiación, ésta se usa por razones - estéticas, para reducir el tamaño, los síntomas de xerostomía pueden mejorarse enseñando al paciente a que paladé dulces, esto es útil cuando persiste tejido glandular salival.

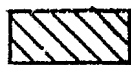
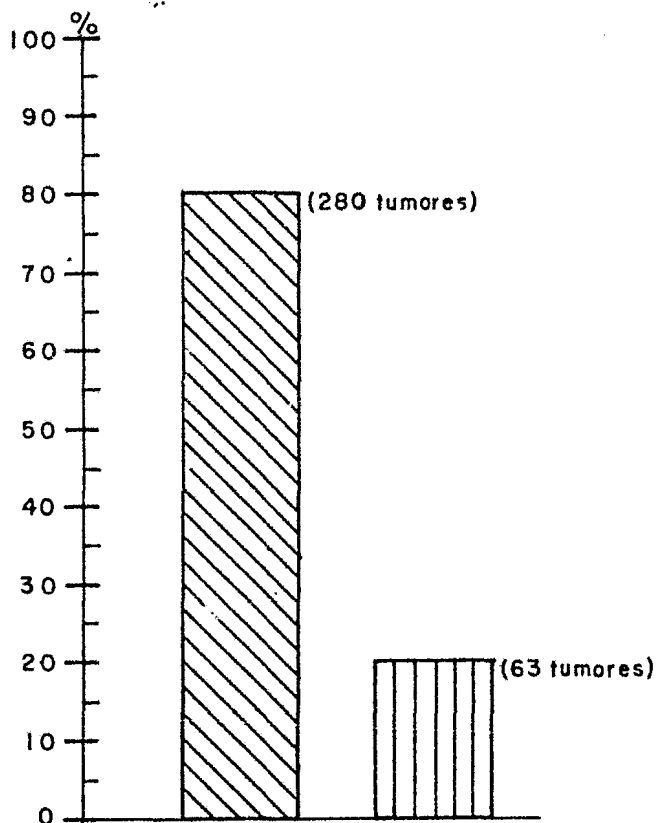
Se debe insistir en el cuidado de los dientes, ya - que la falta de saliva aumenta la caries, el empleo de - un gel tópico con fluoruro ayuda a controlar el número de

caries, la candidiasis que también se presenta se trata con toques de nistatina, además estos pacientes también pueden tomar corticoesteroides o drogas inmunodepresoras por vía general para tratar la artritis reumatoide, para los pacientes que presentan lupus eritematoso y sea necesario hacer cualquier cirugía bucal es necesario tomar precauciones contra alguna infección.

PRONOSTICO

Este depende de los cuidados que se tengan, de la gravedad de éste síndrome.

PORCENTAJES DE LA FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS

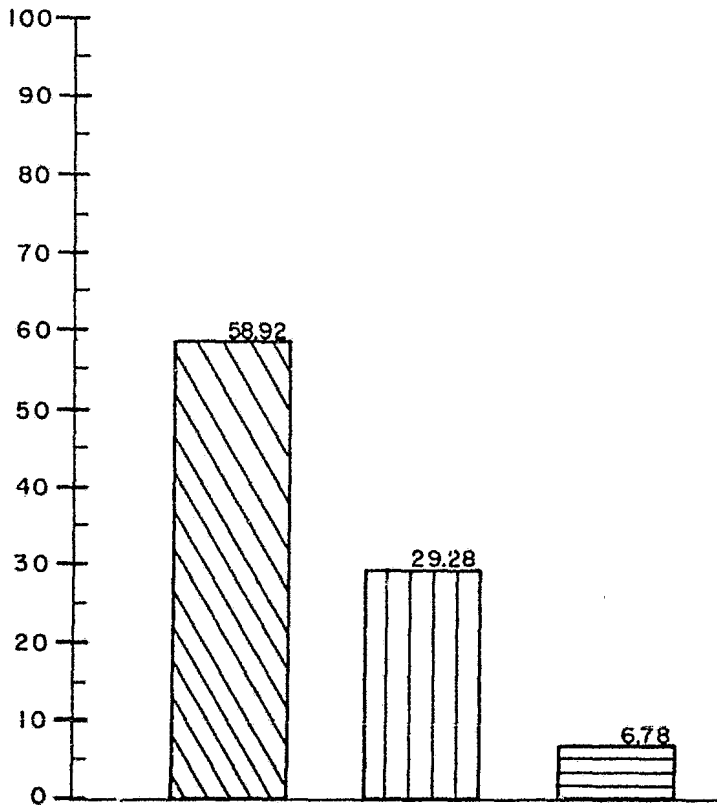


N. BENIGNAS



N. MALIGNAS

DISTRIBUCION EN PORCENTAJES DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS ENCONTRADAS



T. MESODERMICOS DE TEJIDOS BLANDOS



T. DE EPITELIO ESCAMOSO



T. DE EPITELIO GLANDULAR

CONCLUSIONES

Como ya mencionamos las neoplasias bucales constituyen un grupo numeroso y variable de lesiones que deben ser conocidas por el Cirujano Dentista, dada la responsabilidad que tiene con los pacientes, para algunas veces hacer el diagnóstico de éstas.

Este conocimiento debe abarcar los aspectos no sólo de las características clínicas de éstas, sino también aspectos relacionados con su frecuencia y características histológicas, basandonos en estos elementos se pueden clasificar y correlacionar, con la edad, sexo y localización.

Se observa que las lesiones benignas son las más frecuentes, ya que se dice que el 80 por ciento son benignas y el resto malignas, lo que nos demuestra que -

es necesario tener un conocimiento amplio de éstas lesiones, nos encontramos por ejemplo con el fibroma que es una de las lesiones más frecuentes dentro del estudio que se ha hecho de los diferentes tipos de lesiones, se insiste en la importancia del estudio biópsico de los especímenes quirúrgicos de la cavidad bucal.

Para poder hacer un diagnóstico adecuado, es necesario conocer las características clínicas, y esto es con ayuda de la auscultación y palpación, así como conocer sus características histológicas para saber que tipo de tumor es, y poder establecer un pronóstico bueno o malo dependiendo de la situación.

Gracias a las técnicas quirúrgicas y con ayuda de las radiaciones se ha podido eliminar la mayoría de las neoplasias patológicas con pronóstico bueno, ya que muy raras veces nos encontramos que un tumor recidive.

BIBLIOGRAFIA

Shafer William
K.H. Maynard
B.M. Levy
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
Capítulo 2 y 3.
Pags: 82-196, 214- 227.
Editorial Interamericana
Año 1977. .

Pindborg J.J.
ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL
Capítulo 3, 10 y 18.
Pags: 38, 39, 88, 90, 96-99, 166.
Editorial Salvat Editores.
Año 1974.

Zegarelli Edward.
H.K. Austin
A.H. George
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Capítulo
Pags: 219, 224, 230 - 233.
Editorial Salvat Editores S.A.
Año 1979.

Burket W. Lester
MEDICINA BUCAL, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
Capítulo: 4, 5 y 9
Pags: 120-159, 585- 590.
Editorial Interamericana
Año 1973.

J. G. Robert
G. M. Henry
PATOLOGIA ORAL
Capítulo: 11, 13 y 19
Pags: 618-622, 1076-1084
Editorial Salvat Editores S.A.
Año 1973.

Irene R.P.
REVISTA CUBANA DE ESTOMATOLOGIA
"Incidencia del cáncer de encía"
Volúmen # 3, Revista # 4
Pags: 11-17
Año 1980.

Julio M.S.
REVISTA CUBANA DE CIRUGIA
"Frecuencia de Neoplasias Benignas"
Volúmen # 3, Revista # 2
Pags: 20-26
Año 1980.

Lester R. Cohn.
P.S. Danely
FOR THE DENTIST.
Pags: 21-26
Instituto Nacional de Cancerología.
O.M.S.
Año: 1979.

THE CHALLENGE ORAL CANCER
American Cancer Society
Pags: 11-17
Año: 1979.