



259

**Universidad Nacional Autónoma de México**

ZEJ

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**ANGIOSARCOMA**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**CIRUJANO DENTISTA**  
PRESENTA:

**LORENA JANET PATRACA GUERRA**

Asesor:  
**C.D.M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS**

MEXICO, D.F. 1995



**FALLA DE ORIGEN**



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.

# **ANGIOSARCOMA**

## **DEDICATORIA**

**Con respeto:**

**A mis padres:**

**Lic. Cornelio Patraca y Teresa Guerra..  
Por haberme dado el ser, sembrado en mí  
la semilla que con el tiempo ha llegado a  
germinar para-ser útil a la sociedad.**

**Con todo cariño:**

**A mis hermanas:**

**Lourdes, Myriam, Karen y Nancy.  
Que me brindaron su apoyo en los  
momentos claves y difíciles.**

**Con amor:**

**A mis sobrinos:**

**Uri y Etienne.  
Por su inocencia y ternura.**

**Con gratitud:**

**A la C.D.M.O. Beatriz Aldape Barrios.  
Por que con su asesoría y dirección, hizo posible la  
culminación de este trabajo.**

**Con afecto:**

**A mis profesores y compañeros de mi querida Facultad.**

# INDICE

	pag.
<b>Introducción</b>	
<b>Sinonimia</b> .....	1
<b>Definición</b> .....	2
<b>Incidencia</b> .....	3
<b>Clasificación</b> .....	4
<b>Etiología</b> .....	5
<b>Localización</b> .....	6
<b>Características Clínicas</b> .....	7
<b>Características Histológicas</b> .....	9

**pag.**

<b>Características Histoquímicas .....</b>	<b>10</b>
<b>Frecuencia .....</b>	<b>11</b>
<b>Pronóstico .....</b>	<b>11</b>
<b>Diagnóstico Diferencial .....</b>	<b>12</b>
<b>Tratamiento .....</b>	<b>13</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>14</b>
<b>Glosario .....</b>	<b>15</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>16</b>
<b>Diaporama</b>	

## **INTRODUCCION**

**Los tumores malignos vasculares son de baja incidencia (1)**

**Cuyas células manifiestan muchas de las propiedades funcionales y morfológicas del endotelio normal . Pueden variar desde tumores altamente diferenciados que semejan hemangiomas, hasta tumores cuya anaplasia dificulta distinguirlos de carcinomas o melanomas (2).**

**Se localiza en piel y en tejido celular subcutáneo , se debe hacer énfasis en el comportamiento clínico, aspectos histopatológicos, radiográficos, para llegar a tener un diagnóstico presuntivo adecuado y un diagnóstico diferencial. (3)**

**Son tumores derivados de las células que forman la pared de los vasos y reproducen estructuras vasculares sanguíneas o linfáticas. Estos tumores se incluyen entre los tumores de partes blandas.**

**La vasculatura esta dividida en componentes arteriales y venosos unidos por una red de capilares. Las arterias representan un sistema de conductos con ramificaciones dicotómicas que sirven para regular la presión y aportar sangre al lecho capilar. Los capilares junto con las vénulas terminales son los principales sitios de intercambio gaseoso.(2)**

En la tercera semana de vida intrauterina aparecen pequeños grupos de células indiferenciadas "-centros de angiogénesis-", en las porciones laterales del mesodermo cefálico esplácnico; al principio son nidos sólidos, posteriormente se forma la luz vascular y aparece el endotelio primitivo; el crecimiento continúa y los canales primitivos se anastomosan entre sí; formándose así la malla vascular tanto superficial como profunda.

Las células sanguíneas se derivan de las células centrales de los nidos angiogénicos. Las células endoteliales son capaces de sintetizar y liberar glicoproteínas sulfatadas, que son responsables de la adherencia y proliferación de los elementos sanguíneos.

En el momento del nacimiento hay 3 tipos de células endoteliales:

1) Células endoteliales continuas, que cubren toda la superficie interna vascular con uniones cerradas bien desarrolladas.

2) Células endoteliales discontinuas, están presentes en órganos endoteliales endócrinos, intestino y riñones; se observan grietas o están separadas unas de otras, sin las células.

Las porciones del árbol vascular están totalmente desarrolladas como resultado del crecimiento y regresión selectivos de los vasos primitivos. En general, las células son estructuras con paredes gruesas que poseen en muchos casos varias capas de células de músculo liso y cantidades variables de fibras elásticas.<sup>(2)</sup>

3) Endotelio abierto, están presentes en órganos reticuloendoteliales.

Parece haber pocos criterios confiables para hacer una distinción y creemos que actualmente se justifica el término menos comprometedor el de **ANGIOSARCOMA**.

Posteriormente describiremos las características más sobresalientes de los **ANGIOSARCOMAS**. Así como su pronóstico, tratamiento y diagnóstico diferencial.

## **ANGIOSARCOMAS.**

**El ANGIOSARCOMA** tiende a ser una lesión altamente agresiva. Bajo el término general "**ANGIOSARCOMA**" existe una variedad de patrones histológicos.

Algunas de estas lesiones han sido denominadas hemangioendoteliomas y/o hemangiopericitomas, dependiendo de los conceptos de su histogénesis. Dado que el **ANGIOSARCOMA** es una lesión rara, y que el valor clínico de atender los diferentes tipos de variantes microscópicas no ha sido establecido preferimos utilizar el término general de **ANGIOSARCOMA**.<sup>(8)</sup>

El **ANGIOSARCOMA**, hemangioendotelioma maligno y hemangiosarcoma es un tumor derivado de las células endoteliales.<sup>(12)</sup>

Este tumor es una neoplasia maligna de origen vascular.<sup>(16)</sup>

### **SINONIMIA**

El **ANGIOSARCOMA** también se denomina :  
Hemangioendotelioma, Hemangiosarcoma <sup>(7)</sup> o Sarcoma de células de Kupffer.<sup>(9)</sup>

## **DEFINICION**

El término amplio de **ANGIOSARCOMA** implica similitud del tumor con células de endotelio capilar o linfático. Este tumor es una neoplasia maligna de origen vascular.

Parece haber pocos criterios confiables para hacer una distinción sobre bases histológicas solamente y creemos que actualmente se justifica el término menos comprometedor de **ANGIOSARCOMA**.<sup>(2)</sup>

Los **ANGIOSARCOMAS** no son radicalmente diferentes en la clínica de los angiomas o tumores angiomatoides benignos. Sin embargo crecen rápidamente y el tumor no está bien delimitado como en los benignos.

Los angiomas benignos no se transforman en malignos y estos no dan origen a los **ANGIOSARCOMAS**.<sup>(5)</sup>

La presentación clínica proporciona la perspectiva necesaria para clasificar las lesiones vasculares.

## **INCIDENCIA.**

Los **ANGIOSARCOMAS** son una de las formas más raras de neoplasias de tejidos blandos. Constituyen una porción muy pequeña de todos los tumores vasculares y abarcan menos del 1% de todos los sarcomas.

La presentación y conducta de este tumor difiere según la ubicación, así los **ANGIOSARCOMAS** se consideran más apropiadamente relacionados como una entidad única.

A continuación se presenta un esquema de la clasificación de los tumores vasculares de tejidos blandos:

## **I. TUMORES VASCULARES BENIGNOS**

### **A. Hemangioma localizado**

1. Hemangioma capilar (incluido el tipo juvenil).
2. Hemangioma cavernoso.
3. Hemangioma venoso.
4. Hemangioma arteriovenoso
5. Hemangioma epitelioides
6. Granuloma piógeno
7. Otros hemangiomas de tejidos blandos profundos.

### **B Angiomatosis (hemangioma difuso)**

## **II. Tumores vasculares de malignidad intermedia o límite.**

### **A. Hemangioendotelioma epitelioides.**

## **III. TUMORES VASCULARES MALIGNOS.**

### **A. ANGIOSARCOMA.**

### **B. Sarcoma de Kaposi.**

### **C. Angioendotelioma papilar endovascular.**

### **D. Angioendoteliomatosis proliferante. (2)**

El **ANGIOSARCOMA** es un tumor vascular raro compuesto de una proliferación de células endoteliales epiteliales citológicamente malignas

La mayoría de los tumores de células endoteliales epiteliales son benignas en su conducta biológica o de conducta intermedia entre hemangioma y **ANGIOSARCOMA**. Han sido descritos tumores raros que fueron compuestos de células endoteliales epiteliales malignas. De acuerdo a Weiss<sup>(4)</sup>, esos tumores los cuales han sido designados como angiosarcoma epitelioide, son totalmente malignas y pueden seguir rápidamente un curso progresivo.

### **ETIOLOGIA.**

Estudios previos enlistan algunos factores causantes de **ANGIOSARCOMA**: trauma, linfoedema, radiación cuerpos extraños, dióxido de torio, infecciones virales. La infección puede ser el factor etiológico más común para la formación del angiosarcoma. Se tuvieron reportes separados de los detalles clínicos y descubrimientos patológicos de **ANGIOSARCOMA** y se sugirió que la inflamación duradera causa el desarrollo de la lesión.

Estudios previos relatan que la lesión se desarrolla ocasionalmente en los campos de la radiación de pacientes con radioterapia.<sup>(11)</sup>

El trauma puede estar relacionado con el desarrollo de un **ANGIOSARCOMA**, con el tumor maligno desarrollándose a partir del tejido de granulación en las áreas traumáticas.<sup>(8)</sup>

## LOCALIZACION

Los **ANGIOSARCOMAS** se llegan a localizar en la cavidad bucal en el paladar, lengua, piso de boca, encía, maxilares y labios.<sup>(5)</sup> El **ANGIOSARCOMA** maligno, en la localización gingival reviste particular interés no solo por la recurrencia, sino porque asume una configuración macroscópica, la cual suscita completamente multiplicidad de orden histopatogénico y diagnóstico no siempre de fácil solución.

La formación maligna que deriva del elemento mesenquimal vasoformativo, o que frecuentemente el angioma preexistente representa un reparto rarísimo a nivel de la cavidad bucal: correspondiendo al 1% del sarcoma de tejido móvil y de la región maxilofacial del 16%, del cual el 10% se encuentra en la órbita. Pero también pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo teniendo predilección por las partes blandas,<sup>(9)</sup> así como también de cara y cuero cabelludo (cabeza),<sup>(17)</sup> cuello, huesos incluyendo los del cráneo, fémur, clavícula, escápula, costillas, etc.

Radiográficamente se manifiesta como una o varias lesiones líticas de límites precisos.<sup>(13)</sup>

## **CARACTERISTICAS CLINICAS.**

Clinicamente los tumores se desarrollan como pequeños nódulos que semejan ampollas de sangre o máculas rojo-azules menos definidas que gradualmente toman un aspecto sobreelevado a medida que crecen. Con el persistente crecimiento las lesiones pueden convertirse en grandes tumores ulcerados que ocupan amplias áreas de piel. Los tumores consisten en áreas hemorrágicas mal definidas que presentan una cualidad microquística o esponjosa como resultado de la presencia de espacios llenos de sangre.

La periferia de los tumores contienen un borde de vasos linfáticos dilatados rodeados por células inflamatorias crónicas y pequeños capilares, en los cuales el amontonamiento del endotelio sugiere una malignización incipiente.<sup>(2)</sup>

Se observa como un tumor de gran tamaño, bien delimitado, de superficie nodular,<sup>(12)</sup> sangrando con frecuencia al menor traumatismo, ulcerándose y mostrándose muy agresivo e invasor para los tejidos vecinos;<sup>(1)</sup> de consistencia dura, el color puede ser blanco, café-rojo o muy oscuro, dependiendo de la cantidad de sangre que contenga,<sup>(8)</sup> estas placas violáceas que pronto crecen y se elevan, al principio son asintomáticas, en ocasiones sangran y producen dolor, ulcerándose tardíamente; estas lesiones invaden los planos profundos.<sup>(14)</sup>

Los **ANGIOSARCOMAS** tienen la variedad habitual de las neoplasias malignas con invasión local y metástasis.<sup>(16)</sup>

La periferia de los tumores contienen un borde de vasos linfáticos dilatados rodeados por células inflamatorias crónicas y pequeños capilares, en los cuales el amontonamiento del endotelio sugiere su malignización.

Muchos **ANGIOSARCOMAS** son lesiones moderadamente diferenciadas que forman evidentes canales vasculares, aunque de forma y tamaño irregulares.(2)

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Los canales vasculares parecen crear sus propios planos celulares. Los canales tienden a comunicarse entre sí creando una red anastomosada de sinusoides. Hasta cierto punto las células parecen endotelio normal, habitualmente tienen núcleos más grandes y cromáticos y a menudo se amontonan a lo largo de las luces formando las papilaciones tan típicas de los **ANGIOSARCOMAS**.<sup>(2)</sup>

Observándose canales vasculares largos y parcialmente llenos de células endoteliales neoplásicas con abundantes mitosis y atípicas;<sup>(13)</sup> con las células distribuidas en masas densas, la formación de espacios vasculares nuevos es sugestiva de esta lesión rara.<sup>(8)</sup>

Los canales vasculares son muy irregulares, encontrándose revestidas por células pleomórficas además de que pueden aparecer células gigantes<sup>(12)</sup> anastomosándose y exhibiendo grados variables de atipia de las células endoteliales.<sup>(14)</sup>

Las células neoplásicas y los canales vasculares están rodeadas por fibras de colágena, con zonas de necrosis y estructuras papilares intravasculares. Se pueden encontrar células fusiformes y epiteliales malignas, con formación o no de luz con eritrocitos; hay que buscar áreas típicas de **ANGIOSARCOMA**, en una neoplasia se pueden encontrar todos los patrones, la neoplasia invade los planos profundos y las estructuras vecinas.<sup>(3)</sup>

## **CARACTERISTICAS HISTOQUIMICAS.**

Las áreas mejor diferenciadas de estos tumores poseen muchos de los aspectos del endotelio normal, incluyendo un revestimiento parcial de la lámina basal a lo largo de los bordes antiluminales, uniones ajustadas entre las células, vesículas pinocitóticas y citofilamentos ocasionales. Ocasionalmente hay cuerpos de Weibel-Palade, estructuras tubulares en el endotelio normal. Se ha identificado fosfatasa alcalina, enzima hallada en el endotelio vascular. Reflejando el grado de diferenciación del tumor.

Se ha demostrado antígeno asociado con factor VIII, proteína sintetizada por endotelio, en células de diversas lesiones vasculares por medio de la técnica con peroxidasa-antiperoxidasa.

La sustancia se encuentra presente en las células de los **ANGIOSARCOMAS**. No solo puede haber gran variación de un tumor a otro, sino también variación de una célula a otra en el mismo tumor. (2)

## **FRECUENCIA.**

Puede aparecer a cualquier edad pero es más frecuente en individuos de edad avanzada.<sup>(12)</sup> No hay predilección por algún sexo.<sup>(5)</sup>

## **PRONOSTICO.**

Puede esperarse que aproximadamente el 40% de los pacientes muera por la enfermedad, como resultado de metástasis a distancia o enfermedad local o extensa.<sup>(2)</sup>

La sobrevida a 5 años es del 12%,el 50% mueren en los primeros 15 meses.<sup>(3)</sup>

Se dice que la mortalidad por esta enfermedad oscila entre el 35% y el 70% dependiendo del grado de diferenciación.<sup>(14)</sup>

No hay predilección por algún sexo.<sup>(3)</sup>

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

El colapso o ausencias endoteliales pueden dificultar el diagnóstico.<sup>(12)</sup>

Estos pueden variar desde tumores altamente diferenciados que semejan hemangiomas hasta tumores cuya anaplasia dificulta distinguirlos de carcinomas o melanomas.<sup>(2)</sup>

## **TRATAMIENTO.**

La multiplicidad de las lesiones, la pobre respuesta a la radioterapia y la incapacidad para efectuar una excisión amplia en la región contribuyen a dificultar la erradicación de esta enfermedad.

Se ha aconsejado exéresis radical en los casos de lesiones solitarias, y radioterapia en el caso de lesiones múltiples.<sup>(2)</sup>

La radioterapia es invariablemente no satisfactoria y se usa solamente como paliativo en los casos avanzados. La amputación de los tejidos en las lesiones tempranas junto con la resección de los ganglios regionales es el procedimiento terapéutico usual.<sup>(8)</sup>

## **CONCLUSIONES.**

El **ANGIOSARCOMA** es muy raro que se presente pero no hay que descartar la posibilidad conservándolo como una opción en el momento de realizar el diagnóstico diferencial de lesiones vasculares atípicas en la zona de la cavidad bucal.

El **ANGIOSARCOMA** reviste particular interés ya que asume una configuración macroscópica originando una multiplicidad en cuanto a su orden histopatogénico; con un diagnóstico no siempre de solución fácil; se puede manifestar con igual frecuencia no teniendo predilección hasta cierto punto por personas de cierta edad o sexo en particular.

Se presume que la infección crónica, la radioterapia y el uso del dióxido de torio se toman como una medida de contraste por ser distintivo de los factores causantes en diferente grado del desarrollo del tumor. Estos tumores son totalmente malignos y siguen rápidamente un curso progresivo. Clínicamente se observarán las características más sobresalientes que se presentan en esta lesión..

En conclusión se trata de mostrar cuales son los diferentes patrones del desarrollo del **ANGIOSARCOMA**.

## **GLOSARIO.**

**ANGIOGENESIS:** Desarrollo del sistema vascular.

**DICOTOMICAS:** Proceso de división en dos partes.

**ESPLACNICO:** Relativo a las víceras, visceral. Nervio esplácnico.

**FENESTRACION:** Acción y efecto de perforar o practicar aberturas.

**HISTOGENESIS:** Generación y desarrollo de los tejidos orgánicos normales o patológicos

**LITICAS:** Relativo a la lisis o lisina; que produce lisina.

**PINOCITOSICAS:** Fagocitosis de gotitas de líquido por parte de una célula. Absorbe y digiere líquidos hísticos.

**SINUSOIDES:** En forma de seno. Forma de vaso sanguíneo terminal con túnica endotelial completa.-

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Borghelli,Ricardo Fco.  
Temas de patología bucal y clínica con nociones de epidemiología bucal.  
Argentina,Mundi,Tomo 1.  
1979,505 pp.
  
2. Enzinger,Franz M.; Weiss,Sharon W.  
Tumores de Tejidos Blandos.  
Argentina,Médica Panorámica.  
1985. 894 pp.
  
3. Fernández Diéz,Jorge.  
Neoplasias Vasculares.  
Dermatología Revista Mexicana.  
Vol. XXXV,núm. 5  
(septiembre-octubre),pp. 301-312
  
4. Freedman,Paul D.;Kerpel,Stanley M.  
EPITHELIOID ANGIOSARCOMA OF THE MAXILLA.  
Oral Surg.Oral Medical Oral Pathology.  
Vol.74,Núm. 3.  
(septiembre,1992),pp.319-325.

5. Grinspan, David.  
Enfermedades de la boca. Semiología patológica, clínica y terapéutica de la mucosa bucal.  
Argentina, Mundi, Tomo V.  
1993. 4147 pp.
  
6. Kay, L. W.  
Color atlas of facial diseases.  
Inglaterra, Year Book Medical Publishers.  
1979. 286 pp.
  
7. Lever, Walter F.  
Histopatología of the skin.  
7a.ed., USA., J.B. Lippincott Company.  
1990. 940 pp.
  
8. McCarthy, Phillip L.  
Diseases of the oral mucosa.  
2a.ed., USA., Lea & Febiger.  
1980. 579 pp.
  
9. Messina, S.; Notarantonio, A.  
I SARCOMI PRIMITIVI DEL DISTRETTO MAXILLO FACCIALE.  
Minerva Stomatologica.  
Vol.42, Núm.1-2  
(enero-febrero, 1993) ,pp.57-62

10. Mirra, Joseph M.  
Bone tumors. Clinical, radiologic y patologic correlations.  
Londres, Lea & Febiger., Tomo II.  
1989.
  
11. Naka, Norifumi; Ohsawa, Masahiko.  
ANGIOSARCOMA IN JAPAN.  
Cáncer.  
Vol. 75, Núm. 4.  
(febrero, 1995), pp. 989-996.
  
12. Pardo Mindan, J.  
Anatomía patológica especial.  
España, Doyma, Tomo II.  
1992. 1045 pp.
  
13. Pelayo Correa,  
Texto de patología.  
2a. ed., México, Prensa Médica Mexicana.  
1970. 1162 pp.
  
14. Pérez Tamayo, Ruy.  
Principios de patología.  
3a. ed., México, Médica Panamericana.  
1990. 1102 pp.

15. Renshaw, Andrew A.; Rosai, Juan.  
BENIGN ATYPICAL VASCULAR LESIONS OF THE LIP.  
The American Journal of Surgical Pathology.  
Vol. 17, Núm.6  
(junio, 1993), pp.557-565.
16. Robbins, Williams.  
Patología estructural y funcional.  
3a.ed., México, Nueva Editorial Interamericana, Vol.I  
1987. 739 pp.
17. Rubin, Emanuel; Farber, John L.  
Patología. - Fundamentos.-  
México, Médica Panamericana.  
1992. 752 pp.
18. Tyldesley, W.R.  
Atlas de enfermedades orofaciales.  
2a. ed., España, Mosby Year Book Wolf Publishing.  
1992. 316 pp.
19. Wood, K. Norman.  
Differential diagnosis of oral lesions.  
4a. ed., España, Mosby Year Book.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

20. Diccionario terminológico de ciencias médicas.  
13a. ed., España, Salvat.  
1993. 1319 pp.

21. Neville, Brad W.  
Color atlas of clinical oral pathology.  
Londres, Lea & Febiger  
1991. 385 pp

22. Strassburg, Manfred; Knolle, Gerdt.  
Diseases of the oral mucosa.  
2a.ed., USA, Quintessence Books.  
1991. 803 pp.

# **DIAPORAMA**

**ESTE DIAPORAMA SE ENCUENTRA  
A SU DISPOSICION EN LA  
BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA**

## CARACTERISTICAS HISTOQUIMICAS

- ESTRUCTURAS TUBULARES EN EL ENDOTELIO NORMAL.
- GRADO DE DIFERENCIACION DEL TUMOR
- REVESTIMIENTO PARCIAL DE LAMINA BASAL
- VESICULAS PINOCITICAS Y CITOFILAMENTOS OCASIONALES

S.T.PATO.BUCAL

I.J.P.G.

## SINONIMIA

- HEMANCHOSARCOMA
- HEMANGIOENDOTELIOMA
- SARCOMA DE CELULAS DE KUPFFER

S.T.PATO.BUCAL

I.J.P.G.

## CARACTERISTICAS CLINICAS

- MASA FIRME
- CRECIMIENTO RAPIDO
- BIEN o MAL DELIMITADO
- SUPERFICIE NODULAR
- BLANCO, CAFERIZO O MUY OSCURO

S.T.PATO.BUCAL

I.J.P.G.

## CARACTERISTICAS CLINICAS

- METASTASIS REGIONAL Y A DISTANCIA
- AGRESIVO E INVASOR.
- SANGRADO AL MENOR TRAUMATISMO.

S.T.PATO.BUCAL

I.J.P.G.

## LOCALIZACION

- PIEL Y TEJIDOS BLANDOS
- CARA
- PALADAR LABIOS
- LENGUA ENCIA
- MAXILARES

S.T.PATO.BUCAL

I.J.P.G.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

- CELULAS ENDOTELIALES ATIPICAS
- PEQUEÑOS CANALES VASCULARES
- REVESTIDO POR CELULAS PLEOMORFICAS
- CELULAS GIGANTES
- CELULAS FUSIFORMES

S.T.PATO.BUCAL

I.J.P.G.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

- PROLIFERACION Y APILAMIENTO DE CELULAS ENDOTELIALES EN LOS ESPACIOS CELULARES.
- HENDIDURAS VASCULARES MUY IRREGULARES.
- NUMEROSAS MITOSIS

S.T.PATO.BUCAL

L.J.P.G.

## PRONOSTICO

- FATAL
- EVOLUCION RAPIDA
- RECIDIVA O METASTASIS

S.T.PATO.BUCAL

L.J.P.G.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- HEMANGIOMA
- FIBROSARCOMA
- SARCOMA DE KAPOSI

S.T.PATO.BUCAL

L.J.P.G.

## INCIDENCIA

- CONSTITUYEN EL 1% DE TODOS LOS SARCOMAS.

S.T.PATO.BUCAL

L.J.P.G.

## TRATAMIENTO

- QUIRURGICO RADICAL
- RADIOTERAPIA
- QUIMIOTERAPIA

S.T.PATO.BUCAL

L.J.P.G.

## PRONOSTICO

- SOBREVIDA A 5 AÑOS ES DEL 12%
- MORTALIDAD OSCILA ENTRE EL 35% Y EL 70%
- 40% MUERE POR METASTASIS
- 50% MUERE EN LOS PRIMEROS 15 MESES

S.T.PATO.BUCAL

L.J.P.G.



S.T.PATO.BUCAL.

L.J.P.G.



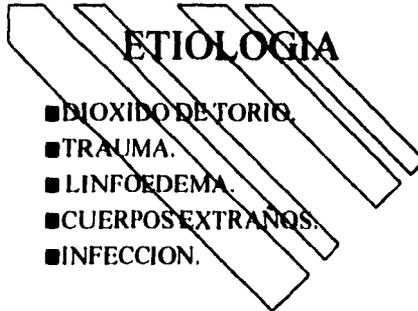
S.T.PATO.BUCAL

L.J.P.G.



S.T.PATO.BUCAL.

L.J.P.G.



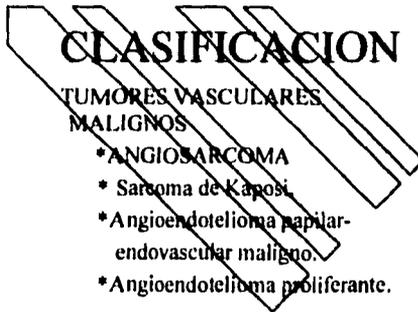
S.T.PATO.BUCAL.

L.J.P.G.



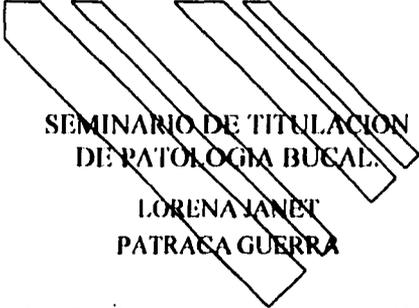
S.T.PATO.BUCAL

L.J.P.G.



S.T.PATO.BUCAL

L.J.P.G.



SEMINARIO DE TITULACION  
DE PATOLOGIA BUCAL.

LORENA JANET  
PATRACA GUERRA

ST.PATO BUCAL

E.J.P.G.