FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMORES EN CAVIDAD ORAL

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

T E S I S

que para obtener el título de Cirujano Dentista presenta el alumno

Alberto Alanís Gómez

1975

24

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMORES EN CAVIDAD ORAL

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

T E S I S

que para obtener el título de Cirujano Dentista presenta el alumno

Alberto Alanís Gómez

Director de la Tesis:
Dr. Eduardo Plaza

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

1975

Con gran cariño a mis padres:

Elfega Gómez de Alanís

Alberto Alanís Arriaga

Por su gran comprensión, cariño y apoyo para mi realización como profesionista.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.
Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.
Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

A mis hermanos:

Noemí

Baldemar

Maribel

Rodolfo

Gerardo

Lilia

Hugo

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

A mi abuelita:

Natalia Bañuelos Vda. de Gómez.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

SUMARIO

I.— Biopsia (consideraciones generales).

II.— Como distinguir clínicamente tumores benignos de tumores malignos.

III.— Importancia del diagnóstico.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

I.—BIOPSIA

DEFINICIONES Y CONSIDERACIONES GENERALES

El término biopsia (del griego bios: "vida" y opsis: "visión") fue creado a fines del siglo pasado por el dermatólogo francés Besnier para designar la extracción en un ser vivo de una porción de tejido u órgano, con el propósito de investigar la naturaleza de una lesión mediante examen microscópico.

Actualmente también se incluye bajo esta denominación el estudio de especímenes provenientes de intervenciones quirúrgicas de la más diversa índole, en donde, la intención primaria no es la biopsia sino el tratamiento en sí.

La biopsia consta de varias etapas que comprenden la toma de la muestra; su examen microscópico; la preparación del material de estudio microscópico; y finalmente la observación e interpretación de los hallazgos para un diagnóstico final. En casos en los que comprenda una etiología infecciosa deben hacerse cultivos del tejido resecado.

Aún en casos de diagnóstico clínico aparentemente claro y sobre todo en tumores malignos, debe hacerse una biopsia antes de tomar una decisión terapéutica al respecto.

Hay un grupo de casos en donde los hallazgos clínicos o quirúrgicos plantean más de una posibilidad diagnóstica y la biopsia se convierte en una exploración determinante. Sirve de ejemplo el de una lesión ulcerosa de bordes elevados, en la piel de una extremidad. Sólo el estudio histológico permite establecer si se trata de una inflamación con hiperplasia seudoepiteliomatosa (benigna) o de un carcinoma epidermoide (maligno).

En otras ocasiones, el estudio microscópico permite diagnosticar lesiones insospechadas clínicamente y aún macroscópicamente.

Hay ocasiones en las que ya sea por tratarse de una muestra

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

insuficiente o inapropiada, o inclusive por inconvenientes de orden técnico, el diagnóstico resulta imposible mediante una biopsia. Este último punto resume bastante bien las contingencias que intervienen de una manera desfavorable en la efectividad del método, a saber:

Muestra insuficiente.—Si el diagnóstico se basa en el estudio de grupos celulares o de tejido propiamente dicho, la cantidad debe ser suficiente para un dictamen definitivo.

Muestra inapropiada.—Desde que se toma la muestra hasta el momento en que el patólogo procede a la interpretación de los hallazgos pueden ocurrir muchas cosas que limitan o aún imposibilitan totalmente el estudio. Si el cirujano al tratar de tomar una muestra de un tumor, sólo reseca el tejido reaccional vecino, o si toma la zona central necrótica de una úlcera, con seguridad la muestra será inapropiada. Por otra parte todo lo que interfiera con la preservación de las estructuras deberá evitarse. Por ejemplo si en el transcurso del acto operatorio la muestra es machacada o seccionada indebidamente; si el lapso entre la toma de la muestra y la iniciación del examen se prolonga sin tomar precauciones para preservarlo (refrigeración); si el fijador no es el adecuado o es insuficiente, la muestra será inapropiada para estudio. Por último, la confusión de identidad o pérdida del material son hechos de gran gravedad, pero desgraciadamente suceden.

TIPOS DE BIOPSIA.—De acuerdo con la modalidad operatoria, existen varios tipos de biopsia. Los que se emplean con mayor frecuencia, son los siguientes:

Biopsia incisional.—Consiste en la obtención de una parte de la lesión mediante la incisión del tejido que se desea incisionar. Se usa sobre todo en lesiones superficiales de fácil acceso (lesión cutánea, borde de una ulceración).

Biopsia en sacabocados.—Consiste en la resección de un fragmento en sacabocados mediante el empleo de pinzas especialmente diseñadas. Se usa principalmente para tomar muestras de lesiones ulcerosas, infiltrantes o vegetantes de mucosas accesibles.

Biopsia excisional o por extirpación.—Cuando el tamaño reducido de la lesión, o cuando la magnitud de la lesión de la intervención quirúrgica permiten extirparla en su totalidad. En este caso la finalidad es doble, ya que además de obtener la muestra

Biblioteca Facultad de Odontología U.N.S.N.H.

se trata la lesión. En este grupo se incluyen la extirpación de papilomas y nevos.

Biopsia por punción.—Como su nombre lo indica la toma de la muestra se efectúa mediante la introducción de una aguja de tipo variable de acuerdo con la estructura u órgano que se desee examinar. Se entiende por punción aspirativa, la introducción de una aguja de tipo variable seguida de aspiración con jeringa; y por punción biopsia, cuando, además, se emplean cánulos diversos que por su acción cortante permiten obtener muestras cilíndricas del tejido u órgano en estudio. La punción aspirativa, muchas veces sólo permite obtener material líquido o semilíquido, y en caso de que haya fragmentos tisulares éstos suelen ser pequeños.

Biopsia por raspado.—Consiste en el arrastre mecánico del tejido con curetas apropiadas. Su empleo es de gran utilidad en el estudio del endometrio y de ciertas lesiones óseas.

Biopsia por trepanación.—Cuando se desea obtener muestras de las estructuras de gran densidad y consistencia, es necesario emplear un taladro o aguja muy fina. Tal es el caso del hueso y médula ósea.

Biopsia durante el acto quirúrgico.—(Por congelación, transoperatoria, rápida, etc.). Así como en las biopsias ordinarias transcurren por lo menos 48 horas entre el momento en que se obtiene el especimen y el momento de emitir el diagnóstico, existe una modalidad especial en donde se diagnostica en el curso de una intervención quirúrgica. Se emplean dispositivos que permiten darle cierta consistencia al tejido (microtomo de congelación o rióstato) obteniéndose cortes adecuados para ser examinados en pocos minutos.

Este procedimiento está indicado cuando el diagnóstico microscópico puede modificar el plan terapéutico, es particularmente útil en el diagnóstico de tumores malignos y permite al cirujano ampliar la extensión de la resección en el mismo acto quirúrgico. Tiene sus limitaciones, y en ciertos casos (5 al 10 por ciento) no es posible un dictamen concluyente.

En la práctica rutinaria la biopsia fundamentalmente se emplea como método diagnóstico en los siguientes procesos:

Lesiones tumorales.—Cuando el patólogo recibe una muestra y concluye que se trata de un tumor, lo primero que se debe establecer es si la lesión es benigna o maligna. Para ello se apoya en

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

el análisis de los cambios estructurales macro y microscópico, los cuales permiten en la mayoría de los casos un dictamen concluyente. No siempre es posible con elementos puramente morfológicos, aún en las manos más expertas, predecir la evolución ulterior de una lesión determinada.

Al examinar una lesión tumoral es necesario establecer hasta donde sea posible su histogénesis, grado de diferenciación y extensión del proceso. Especialmente en tumores malignos, tienen implicaciones de orden práctico. Las siguientes consideraciones servirán de ilustración.

Tipo Histológico.—Si se concluye en un caso dado, que se trata de un tumor mesenquimatoso maligno del tipo de los rabdomiosarcomas alveolares, el pronóstico es considerablemente más sombrío si se compara con el de un fibrosarcoma bien diferenciado de partes blandas, suponiendo que ambos están localizados en la misma región y que su tamaño sea similar.

Grado de diferenciación.—Si se compara la evolución de las formas diferenciadas de astrocitomas con la variedad menos diferenciada, es mucho más agresiva.

Extensión del proceso.—Resulta imprescindible establecer el grado de extensión local y determinar si existen lesiones a distancia (metástasis). Debe precisarse cuáles son las estructuras que infiltra el tumor; si éste alcanza los límites de la resección quirúrgica; si la lesión infiltra la cápsula o aún se extiende más allá. De igual manera debe establecerse la presencia de invasión vascular (sanguínea o linfática).

Es fundamental identificar la existencia de lesiones a distancia y en especial de metástasis en los ganglios linfáticos regionales. El tratamiento ulterior, y, desde luego, el pronóstico dependen en parte de esta contingencia. Por esta razón el patólogo debe disecar cuidadosamente los diversos grupos ganglionares especialmente en los especímenes provenientes de intervenciones radicales.

Estas consideraciones aunque sólo tienen significación estadística cuando se analizan por grupos, sirven para seleccionar el tipo de tratamiento más eficaz, y al mismo tiempo constituyen un elemento de juicio adicional para evaluar en conjunto la situación del paciente.

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

Lesiones inflamatorias.—En estas lesiones, el objetivo de la biopsia consiste en establecer los siguientes datos:

Estadio evolutivo de la lesión.—De acuerdo con las características histológicas puede determinarse si la lesión es aguda, subaguda o crónica.

Intensidad y extensión del proceso.—La lesión puede ser desde muy leve hasta muy intensa y a su vez difusa o localizada.

Etiología de la lesión.—Existe un grupo de lesiones inflamatorias de naturaleza inespecífica, en contraste con las modalidades reaccionales de tipo específico y que sugieren la etiología (granuloma tuberculoide, goma sifilítico, etc.). De cualquier forma el complemento esencial consiste en la identificación del agente causal (bacteriano, parasitario, viral, tóxico, etc.), mediante estudios especiales.

Trastornos degenerativos.—La biopsia facilita el estudio de toda una gama de trastornos degenerativos, pero tiene especial aplicación en el diagnóstico de la degeneración grasosa, de la amiloidosis, de la degeneración hialina de las paredes arteriolares del riñón, y permite evaluar algunas lesiones de naturaleza degenerativa en las enfermedades de la colágena.

El examen de tejidos.—En el estudio de una biopsia se debe proceder de manera sistemática primero al estudio macroscópico y luego al microscópico.

La preparación del tejido antes del examen microscópico tiene una importancia capital para el éxito del examen.

Fijación.—Los fragmentos seleccionados para estudio histológico se colocan en soluciones fijadoras con el propósito de preservar al máximo la estructura tisular.

Básicamente, con la fijación se trata de evitar la acción continuada de enzimas proteolíticas (autolisis), el crecimiento bacteriano (putrefacción) y la desecación que ocurren en los sujetos animales al ser separados de organismos vivos (biopsias).

Aunque en sentido estricto no existe ningún fijador que no altere en una u otra forma las características estructurales de un tejido, en la práctica, el proceso de fijación se considera adecuado siempre que no exista excesiva retracción o inhibición del tejido. Asimismo cuando se logra cierto aumento de la consistencia que permita su procesamiento sin alterar significativamente las relaciones de sus elementos constitutivos.

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

En el trabajo de rutina deben tenerse presentes las siguientes observaciones:

a) La selección del fijador a emplearse dependerá del tipo de estudio.

b) El espesor del tejido debe ajustarse a la velocidad de penetración del fijador. Si el tejido es muy grueso se producirán cambios autolíticos en su porción central antes de que el fijador tome contacto con esa zona.

c) Los tejidos deben colocarse en las soluciones fijadoras tan pronto como sea posible. Mientras más largo sea el intervalo, los cambios autolíticos serán extensos y en fase más avanzada.

d) El volumen de fijador debe ser adecuado y en todo caso es recomendable que sea de 10 a 20 veces mayor que el volumen del tejido.

d) El tiempo mínimo de fijación varía de acuerdo con la naturaleza del fijador, su modo de acción, el PH, la temperatura, espesor y densidad del tejido. Asimismo, algunos fijadores tienen un tiempo máximo de fijación más allá del cual se producen cambios secundarios indeseables.

Observación y diagnóstico.—La observación microscópica de un tejido o lesión determinada, comprende sucesivamente una visión topográfica (con aumentos menores) seguida de la visualización de detalles estructurales (con aumentos mayores). Ello permite la apreciación objetiva de imágenes y de su interpretación se deduce un juicio razonado en términos comprensibles (diagnóstico).

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

II.—COMO DISTINGUIR CLINICAMENTE TUMORES BENIGNOS DE TUMORES MALIGNOS

Para distinguir clínicamente un tumor benigno de uno maligno es necesario conocer las características de cada uno de ellos, cuál es su evolución, presentación, etiología, para poder saber con exactitud la clase de lesión o tumor que se presente.

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LOS TUMORES BENIGNOS

Las células son de tipo adulto, maduras.
El tumor se parece mucho al tejido de origen.
Su crecimiento es lento.
Nunca se extienden hacia los tejidos adyacentes.
Siempre persisten localizados en el sitio original.
Una vez extirpados no tienden a la recidiva.
Dañan al huésped sólo por la presión que ejerce su crecimiento en las estructuras adyacentes.

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LOS TUMORES MALIGNOS

Las células son de tipo juvenil.
Tienden a ser anaplásicos, menos diferenciados que las células normales de las cuales derivan.
Por lo general su crecimiento es rápido.
Nunca están encapsulados.
Invaden ampliamente los tejidos adyacentes.
Forman neoplasias secundarias por metástasis a través de las vías linfática y sanguínea.
Cuando se extirpan tienden a la recidiva.
Causan pérdida de peso y fuerza, anemia, caquexia y, finalmente la muerte.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

Pasaré a mencionar las características sobresalientes de cada uno de los tumores que frecuentemente encontramos en la cavidad oral y algunas veces, si no la mayoría de ellas, pasan desapercibidos para nosotros.

TUMORES DE ORIGEN ODONTOGENO

Son los tumores más comunes de los maxilares. Pueden estar formados por uno o por todos los tejidos que forman los dientes normales, o contener sólo células odontógenas en cualquier período de desarrollo, sin reproducir las estructuras características intercelulares. Algunos tumores se derivan de células epiteliales ectodérmicas, como las del órgano del esmalte, y se llaman tumores odontógenos de origen ectodérmico. Otros se originan en la parte mesenquimal del germen del diente, y se llaman tumores odontógenos de origen mesenquimal. Los odontomas que están constituidos por derivados epiteliales y mesenquimales se llaman tumores odontógenos mixtos. Si no se produce sustancia dental calcificada se denominan odontomas duros. Así, podemos tener varias formas de tumores simples, derivados del tejido epitelial o mesenquimal, que pueden contener todas las células de la odontogénesis, así como sus productos calcificados.

Al estudiar el desarrollo neoplástico en general deben considerarse tres factores: proliferación, organización y diferenciación de las células. En el desarrollo normal la proliferación está limitada, la organización sigue una norma hereditaria y la diferenciación tiene el fin de completar el órgano; es decir: un diente normal, en el caso del aparato odontógeno. Pero en la neoplasia, uno o todos estos factores pueden seguir un curso anormal.

La proliferación de las células se encuentra en su punto máximo en la formación de tumores, en relación con la cantidad de tejido producido y del teimpo en que continúa creciendo. No cesa su actividad, como en la odontogénesis normal, y, por lo tanto, si no se elimina completamente es causa de extensión del tumor, invasión local y recurrencia.

La organización del tejido es incompleta o falta por completo. De esta manera se forman masas irregulares de tejido en lugar del folículo dental normal. Si la organización está activada parcialmente el epitelio puede estar dispuesto en cordones ramificados o en folículos irregulares.

Biblioteca de Odontología U.M.S.N.H. Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

La diferenciación presenta también grandes variaciones. Pueden existir varias etapas de desarrollo celular en un tumor, o todas pueden alcanzar el mismo aspecto morfológico y función. Si se alcanza la fase final pueden formarse depósitos intercelulares que se calcifican, como esmalte, dentina, cemento y hueso, los cuales, a su vez, pueden estar sujetos al factor de organización. Pueden depositarse masas irregulares de estas estructuras o se distribuyen de una manera más regular que es semejante a la composición morfológica de un diente normal. Puede observarse la influencia de inducción de un tejido sobre otro. La presencia de epitelio parece estimular la formación de dentina; sin él, las células epiteliales se diferencían en ameloblastos. Puede continuar sin que se forme esmalte.

TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN ECDOTERMICO

Si sólo el componente epitelial del aparato odontógeno está afectado por neoplasia, la parte mesenquimal muestra reacción leve, si acaso, que queda oculta por las proliferaciones epiteliales. El mesénquima toma el papel del estroma, formando tejido de apoyo que contiene los vasos sanguíneos que irrigan el tumor.

ADAMANTINOMA

Suele encontrarse como depósitos de esmalte en el lado de las raíces de un diente; algunas veces se presentan como estructuras aisladas. Con frecuencia se les da el nombre de gotas de esmalte o perlas de esmalte. Diferiénciense de los pequeños dientes supernumerarios con dentina y pulpa.

Patogenia.—Si tienen conducto pulpar no son gotas de esmalte, sino dientes supernumerarios u odontomas.

Sintomatología.—Son raras. Pueden estar situadas entre las raíces de los dientes; pero más frecuentemente están adheridas a la bifurcación de las raíces de los molares y premolares y en el borde cervical de los dientes monoradiculares.

Examen radiográfico.—La radiografía ayuda al diagnóstico. Es extremadamente radioopaco y no tienen estructura.

AMELOBLASTOMA

Se deriva del epitelio que tiene poder para diferenciarse en epitelio del esmalte sin llegar a formar el esmalte.

Biblioteca de Odontología U.M.S.N.H. Facultad de Odontología

Patogenia.—Puede formarse de células que ya se han diferenciado o de células epiteliales embrionarias. En este último caso el resultado variará según el estado de diferenciación que alcancen las células durante el desarrollo del tumor.

Sintomatología.—El ameloblastoma se encuentra más comunmente en el maxilar inferior que en el superior y es más frecuente en el hombre. Los lugares favoritos son la región de los molares y premolares, la rama y la sínfisis del maxilar inferior. En el maxilar superior, el seno maxilar se invade generalmente con dilatación de la pared facial y de la pared nasal. Con excepción de unos cuantos casos atípicos, el tejido blando no se invade aunque el tumor sea muy grande o exista durante mucho tiempo. Este es un punto importante para el diagnóstico, porque los tumores malignos, como el carcinoma, invaden y destruyen el tejido sin consideración. Los casos que han sido raspados desde el aspecto intrabucal forman con frecuencia una fulminante excresencia de coliflor que se proyecta en una perforación residual dentro de la boca.

La frecuencia según la edad, es muy variable. Lo común es alrededor de los treinta años; pero ha habido casos en niños y en adultos de setenta y cinco. Como el tumor existe, con frecuencia, durante mucho tiempo antes de que el paciente repare en ello, las estadísticas de edad son muy inexactas.

La transformación de un quiste en ameloblastoma es prueba de que este tumor puede desarrollarse en cualquier edad, ya sea de restos de células o de sus derivados quísticos.

El ameloblastoma generalmente es un tumor central; como se ha hecho notar, se han visto casos de origen periférico. Pueden ser sólidos o quísticos. En algunos casos el tumor está contenido en un compartimiento único, y entonces parece un quiste odontógeno. Y hasta puede contener un diente, de manera que el diagnóstico de quiste dentígero parece lógico, y el error sólo se descubre en el momento de la operación. Si el tumor se forma alrededor de la corona recibe el nombre de ameloblastoma dentígero. Otras veces el tumor se forma al lado del diente, de manera que en la radiografía parece un quiste dentígero lateral. Ocasionalmente se encuentran dientes dentro del tejido tumoral; por lo general, han quedado incluidos por la extensión del tumor.

Los tumores monoquísticos y el tipo monoquístico, que pare-

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

ce un quiste multilocular, dilatan el alvéolo o todo el maxilar. Si el hueso está completamente reabsorvido el quiste puede ser fluctuante, pero doloroso a la palpación. Los quistes grandes pueden dilatar los tejidos hasta quedar rodeados por una cápsula ósea delgada, como pergamino que cruje con la presión.

El problema de malignidad es un tema de gran importancia. La biopsia no sólo sirve para diferenciar entre los quistes y ameloblastomas, sino también ayuda a percibir las tendencias malignas en el epitelio del tumor y en el estroma de tejido conectivo.

Pronóstico.—Si bien el ameloblastoma común es benigno y de crecimiento lento, siempre debe recordarse que un tumor de crecimiento lento puede volverse maligno y crecer más rápidamente, y que un tumor de caracteres clínicos y aún radiografiados de ameloblastoma típico puede transformarse al cabo de años en ameloblastoma maligno o ameloblastosarcoma.

Examen radiográfico.—No existe signo característico que sea constante en el ameloblastoma. Los tipos monoquísticos parecen quistes odontógenos; los tipos poliquísticos pueden confundirse con otros tumores que forman lesiones múltiples. Para el diagnóstico diferencial deben considerarse los quistes multiloculares, el tumor de células gigantes, fibroma, fibrosarcoma, mixoma y carcinoma metastático. El tipo monoquístico no siempre es fácil de diferenciar de un quiste odontógeno. Unos cuantos signos que se encuentran con frecuencia en ameloblastoma pueden ayudar a la diferenciación: 1) Una muesca en la pared del quiste o quistes muy pequeños en el hueso vecino; 2) Es característico del tumor tener dientes completamente incluídos en el tejido, mientras que el desplazamiento de los dientes vecinos es signo de un quiste; 3) La denudación completa de las raíces de un diente también es síntoma de tumor. El fenómeno consiste en la reabsorción del hueso alveolar, que está sustituido por el tumor.

El tipo poliquístico es más fácilmente reconocido. Los quistes se ven generalmente como pequeñas sombras circulares. Si el quiste no es antiguo, estas sombras son pocas y el maxilar conserva su contorno normal. En tumores de larga duración el número de quistes puede ser muy grande y aún aparecer en la radiografía sobrepuestos unos a otros. En una vista anteroposterior el maxilar está muy agrandado. En algunos casos se ve el efecto llamado de

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

panal, que se debe a la infiltración del hueso esponjoso por tejido tumoral sin destruir todas las trabéculas del hueso.

ADENOAMELOBLASTOMA

El epitelio, en su diferenciación, tiende a veces a la estructura glandular. Esto se debe al hecho de que el epitelio bucal tiene capacidad potencial para formar estructuras dentales y glandulares. El tumor se reconoce histológicamente por la coexistencia de esmalte y epitelio glandular. Se ven estructuras semejantes a conductos con células cuboides o en forma de columna que revisten los espacios circulares. Los núcleos de estas células están situados en sus bases, que es lo contrario de lo que sucede en las células periféricas de un folículo de ameloblastoma.

MELANOAMELOBLASTOMA

Es un tumor muy raro. Poco se sabe sobre su aspecto clínico, salvo que se presenta en niños muy jóvenes. Hasta ahora, ninguno ha demostrado tendencias malignas.

AMELOBLASTOMA MALIGNO

Se han publicado diversos casos en la literatura médica. En su revisión de la literatura, Simmons describió dos casos en que el tumor estaba compuesto de células cuboides y tenía el aspecto característico del carcinoma de células escamosas, aunque en parte de las secciones se encontraban otras formas de células. El primero era un tumor de la máxila de un hombre de cincuenta y tres años de edad; tenía un año de duración. Se hizo la operación radical, seguida de tratamiento con radio; pero hubo lenta recidiva y seis años después murió por extensión del tumor. El otro caso era un tumor, de cuatro meses de duración, en el lado izquierdo de la maxila de una mujer de setenta y tres años de edad. Después de un tratamiento semejante el tumor se reprodujo y la paciente murió después de la operación. Lindemann refiere un caso llamado carcinoma de células basales de los maxilares y está relacionado con el ameloblastoma: crece más rápidamente y tiene mayor tendencia a reproducirse después de la operación que el ameloblastoma común y se dice que causa metástasis más fácilmente que este último. En todo ameloblastoma en que el crecimiento aumenta repentinamente debe reservarse el pronóstico.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN MESENQUIMAL

Los tumores odontógenos epiteliales han sido reconocidos desde ahce mucho tiempo; pero poco se ha escrito sobre la posibilidad de tumores puros que nazcan de la parte mesenquimal del germen dentario, la papila dentinal y el folículo dentinario. Estos tumores son mixomas o fibromas; estos últimos pueden desarrollar estructuras intercelulares calcificadas, cemento o dentina, produciendo un cementoblastoma o dentinoma.

MIXOMA ODONTOGENO

El mixoma que se presenta como tumor central de los maxilares tiene ciertas características que lo distinguen de los mixomas de los huesos largos, los cuales tienden a reproducirse y hacerse malignos. Generalmente se presenta como mixofibroma, pues casi siempre hay fibras de colágeno.

Patogenia.—La mayoría de los mixomas de los maxilares son benignos y, por lo tanto, pueden tener un origen diferente de los del resto del esqueleto, pues están formados de la parte mesenquimal del germen dentario más bien que de las células destinadas a una actividad odontógena. La teoría puede basarse en el hecho de que los elementos celulares de un mixoma se parecen a las células fusiformes y estrelladas de la papila dentinal y del folículo dental del germen dentario, que son de tipo primitivo, y no producen fibras elásticas aún cuando en el mixoma ciertas células puedan alcanzar mayor diferenciación y producir fibras de colágeno y se clasifican como fibromixoma.

Sintomatología.—Parece ser un tumor benigno que puede desarrollarse en la maxila o en la mandíbula. Generalmente se ve en pacientes jóvenes y afecta extensamente el maxilar; pues se desarrolla sin síntomas y, por lo tanto, por regla general, no se descubre hasta que resulta la deformidad. Como el ameloblastoma, el mixoma odontógeno está asociado frecuentemente con dientes no brotados o que faltan congénitamente, lo que corrobora la opinión de que el mixoma de los maxilares es de origen odontógeno.

Examen radiográfico.—No tiene un aspecto típico. Puede parecerse a un ameloblastoma o a un quiste. Algunos tienen un carácter claramente invasor, aún cuando no pueda demostrarse la malignidad. Hay indicios de su origen odontógeno, como un dien-

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

te faltante, o de relación etiológica con un diente no brotado o parcialmente formado.

FIBROMA ODONTOGENO

Es conocido también con el nombre de odontoma blando, puede nacer, al igual que el mixoma, del cual es progenitor según algunos anatomopatólogos, de la parte mesenquimal del germen dentario, la papila dentinal y la membrana periodontal. Está asociado frecuentemente con las raíces de un diente. El tejido alcanza una diferenciación celular más alta que la que se ve en el mixoma. Puede distinguirse de un mixoma de derivación osteógena por los hallazgos de cementículos o formación de dentina en el tejido.

Patogenia.—Puede formarse de la porción embrionaria del germen dentario, la papila dentinal o el folículo dentinario, o puede desarrollarse más tarde de la membrana periodontal. En consecuencia, puede nacer de la región coronal o de la región radicular del diente. Si se forma en el ápice suele confundirse con un granuloma o un quiste radicular. Puede formarse cemento o dentina en el tejido conectivo que constituye el fibroma odontógeno, como en un fibroma osificante u osteógeno suelen producir trabéculas de hueso. En algunos casos pueden encontrarse tanto cementículos como trabéculas de hueso, porque el tumor, como el folículo dentinario, precursor de la membrana periodontal, puede formar tanto cemento como hueso. Los tumores que forman grandes cantidades de cemento se transforman en cementomas; los que forman dentina, en dentinomas.

Sintomatología.—Es un tumor central de la mandíbula. Suele iniciarse en la región apical de un diente. Después se hace tan grande que es difícil determinar el lugar de origen. Crece lentamente y no da síntomas hasta que por su gran volumen óseo desfigura la cara y produce maloclusión. A veces causa dolor y hay paraestesia del labio. Aunque penetra profundamente en el hueso, no atraviesa el periostio.

Examen radiográfico—El tumor se forma en el hueso esponjoso, destruye las trabéculas y forma un gran defecto quístico o poliquítico. En los tumores grades se destruye la lámina cortical, pero sin actividad en el periostio. Los cementículos se ven en el área subapical.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

CEMENTOBLASTOMA, CEMENTOMA

En este tumor, la formación de cemento es la característica principal. En lugar de cementículos o esferoides de cemento, como se ven en el fibroma odontógeno, se encuentran masas de tejido calcificado. Cuando sólo hay una pequeña proporción de tejido calcificado decimos que el tumor es un cementoblastoma, mientras que, los que consisten en cemento se llaman cementomas. El cementoma, por lo tanto, es tal vez, el producto final, la fase final, cuando los elementos celulares se han agotado y reducido a una delgada encapsulación de tejido conectivo que queda alrededor del cemento calcificado. Por lo mismo, cuando el cementoma se encuentra en su fase incipiente suele ser de naturaleza celular sin tejido calcificado, mientras que el cementoma está constituido de cemento.

Patogenia.—La mayor parte de los tipos de odontomas se originan en la etapa de formación del diente por desarrollo anormal del germen dentario. Pero el cementoma no se produce de esta manera, sino que es una neoformación que en vez de sustituir al diente se añade al diente regularmente desarrollado. La explicación no es difícil. El folículo dental del cual se origina el cementoma es una formación tardía del germen del diente, de aparición posterior al órgano del esmalte y a la papila dentinal, de modo que el diente se desarrolla normalmente y el tumor se origina de la parte apical del folículo dentario o de su producto final: la membrana periodontal madura.

Sintomatología.—No produce síntomas subjetivos, y la evidencia clínica del tumor no es común. A veces el crecimiento del tumor dilata el maxilar y causa deformación de la cara.

El tumor generalmente permanece pequeño y contenido dentro del hueso. Es mucho más común en el maxilar inferior que en el superior.

DENTINOBLASTOMA, DENTINOMA

Son tumores muy raros, pero muchos de los odontomas calcificados están compuestos principalmente de dentina y en lo pasado han sido clasificados como dentinomas. La mayor parte de los casos publicados como dentinomas son, en realidad, odontomas cuya masa está compuesta principalmente por dentina.

Biblioteca de Odontología
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Patogenia.—Las células mesenquimales derivadas de la papila dentinal se transforman en odontoblastos y dentina depositada.

FIBROSARCOMA ODONTOGENO

Es la imagen maligna del fibroma odontógeno.

Patogenia.—Es maligno, y en su conducta no varía del fibrosarcoma central de origen osteógeno. Si se forma de la parte pericoronal del germen del diente puede perforar el hueso y originar un tumor periférico, produciendo una masa fulminante que se extiende dentro de la boca. Puede quedar adherido al diente del que se forma.

Examen radiográfico,—Es un tumor osteolítico, y por su carácter muy infiltrante muestra un contorno indefinido que se llama margen osteolítico.

TUMORES ODONTOGENOS MIXTOS

En estos tumores participan componentes epiteliales y mesenquimales del eje dentario. Pueden quedar en un estado no maduro de desarrollo celular (odontoma blando) o producir tejidos más diferenciados: esmalte, dentina y cemento. Estas sustancias más diferenciadas están formadas por células como las que se ven en el desarrollo normal del diente: ameloblastos, odontoblastos y cementoblastos. Tiene los mismos efectos inductivos una sobre la otra, como puede observarse en la formación de un diente normal.

En algunos casos los tumores odontógenos mixtos, nunca producen tejido calcificado. También se denominan odontomas compuestos. Son el fibroma ameloblástico común y su imagen maligna, muy rara, el sarcoma ameloblástico.

Anteriormente se daba el nombre de odontoma cuando se formaba tejido calcificado. Pero un estudio cuidadoso de estos odontomas revela que muchos de ellos contienen cantidades considerables de tejido blando, tanto epitelio proliferante del esmalte como células mesenquimales, de las que pueden formarse dentina y cemento. Por ello pueden clasificarse como odontoblastomas, a menos que el epitelio tenga características adamantinomatosas, en cuyo caso puede aplicarse el nombre de odontoma ameloblástico. La diferenciación, es que, clínicamente el odontoma ameloblástico es un tumor maligno que tiende a extenderse y reproducirse, mien-

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

tras que el odontoblastoma se convierte en un odontoma, que es el estado final maduro de un tumor benigno que no se extiende ni se repite.

FIBROMA AMELOBLASTICO

Es un tumor odontógeno mixto muy importante y común. Está constituido de epitelio y tejido conectivo, los cuales participan en la proliferación neoplástica, pero no producen sustancias calcificadas.

Patogenia.—Un componente, el fibroma, se deriva de la papila dental o del folículo dentinario. El epitelio se deriva del órgano del esmalte o de los restos epiteliales que comunmente se encuentran en el folículo dental o en el maxilar. El componente epitelial es menos prominente que en el ameloblastoma común, y así se tiene la impresión de que el componente mesenquimal suprime el tejido epitelial, de manera que este último desempeña un papel secundario.

Sintomatología.—El tumor es benigno; pero gradualmente se agranda hasta alcanzar un tamaño considerable. Puede permanecer localizado o extenderse hasta afectar un segmento considerable del maxilar. Si predomina el tejido fibromatoso es menos probable la recidiva después de la extirpación que cuando el componente epitelial desempeña el papel más importante. Generalmente se encuentra en pacientes cuya edad varía entre los veinte y los cuarenta años.

Examen radiográfico.—En la radiografía se ve una lesión quística, generalmente asociada con un diente que no ha hecho erupción. En algunos casos es difícil la diferenciación del quiste dentígero. Los tumores grandes producen considerable destrucción del hueso.

HEMANGIOMA AMELOBLASTICO

Es un tumor odontógeno mixto porque el componente vascular no es necesariamente de origen odontógeno.

Patogenia.—No se sabe mucho sobre el desarrollo de esta combinación. Aisenberg dice que como se encuentran muchos capilares rodeando el epitelio del esmalte externo para dar riego sanguíneo al órgano que produce esmalte no parece probable que en la formación del tumor esté estimulada la irrigación sanguínea, y

Biblioteca de Odontología U.M.S.N.H. Facultad de Odontología

por ello la formación de los vasos sanguíneos se convierte en parte del proceso tumoral.

ODONTOMA AMELOBLASTICO, ODONTOBLASTOMA

Está caracterizado por proliferación neoplástica de su componente epitelial, que invade el maxilar y dilata la lesión. Al mismo tiempo, algunas de las células mesenquimales y epiteliales se hacen más diferenciadas, depositando sustancia intercelular. Forman un componente calcificado que se semeja, en lo que se refiere a la organización del tejido, a cualquiera de los tipos de odontomas que describiré más adelante.

Por lo tanto, es un tumor odontógeno calcificado que tiene la capacidad de crecer.

Sintomatología.—En su período inicial, el tumor es maligno localmente y, por lo tanto, debe distinguirse del odontoma maduro, que es la fase final del tumor odontógeno calcificante.

Examen radiográfico.—Generalmente la radiografía muestra áreas translúcidas formadas por la proliferación del tejido blando. El tumor puede mostrar empotramiento, en cuyo caso hay menor riesgo de recidiva después de la operación que cuando es del tipo ostolítico infiltrante. El componente calcificado puede aparecer en forma de estructuras no diferenciadas o como dientes rudimentarios.

ODONTOMA

Considerados como entidades distintas, estos tumores no son lesiones estáticas. Son el producto final de un interesante proceso patológico. En estos tumores hay un efecto inductivo de un tejido sobre otro que tiene papel importante en su patogenia. El tumor en su primera fase formativa, es el odontoblastoma compuesto de células neoplásticas epiteliales y mesenquimales que se encuentran en el proceso de diferenciarse en células capaces de producir sustancias calcificadas: esmalte, dentina y cemento. Estos tejidos se distribuyen de manera anormal. Hasta que termina el crecimiento de las células tumorales y sólo hay sustancia calcificada, el tejido blando, cuya actividad ha cesado, queda como una cápsula fibrosa alrededor de la masa del tumor. La fase final recibe el nombre de odontoma.

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

Clasificación:

1) Odontoma germinado, que contiene dos o más dientes más o menos bien formados y soldados.

2) Odontoma compuesto, que contiene gran número de dientes más o menos rudimentarios.

3) Odontoma complejo, cuyas estructuras calcificadas no tienen semejanza con la disposición anatómica del tejido dental.

4) Odontoma dilatado, muy raro, en el cual la parte de la raíz de un diente muestran notable agrandamiento.

5) Odontoma quístico, en el cual el odontoma, que comunmente está encapsulado por tejidos fibrosos, está contenido en un quiste o en la pared del quiste.

Sintomatología.— Los odontomas se producen en cualquier parte de las dentaduras superior e inferior. Por regla general, la única indicación clínica es la ausencia de uno o más dientes. Suelen impedir la erupción normal o el alineamiento de los dientes vecinos. Son de carácter benigno, y aunque se forman cuando el paciente es joven es corriente que pasen desapercibidos durante años. A veces producen dilatación del hueso y asimetría de la cara. Esto ocurre especialmente en los odontomas quísticos, que crecen de manera semejante a la de los quistes comunes.

Los odontomas como los dientes normales, tienden a hacer erupción. Quizá este proceso no se hace activo hasta que los dientes vacinos son extraídos y el paciente usa placa dental. Cuando el odontoma está parcialmente en erupción puede ser atacado por la caries, la cual progresa hasta que el tejido blando se infecta. En tales casos con frecuencia hay neuralgia dental.

El odontoma compuesto está constituido por gran número de dientes, a veces hasta varios cientos. Se halla rodeado por una membrana fibrosa que lo separa del hueso o está contenido en la pared de un quiste folicular. Los dientes pueden estar formados parcial o completamente.

El odontoma complejo generalmente forma una masa calcificada dura, de tamaño variable, desde el tamaño de un chícharo pequeño al de una mandarina grande. En esta masa pueden estar contenidos diversos componentes que semejan dientes, pero la parte principal está formado por estructura de diente no organizada.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

El odontoma quístico, como el quiste folícular, aumenta lentamente de tamaño, y cuando es muy grande causa expansión del hueso. Contiene líquido, como todos los quistes odontógenos, y puede transformarse en ameloblastoodontoma. El odontoma puede encontrarse en la pared del quiste o puede penetrar en la cavidad del quiste, llenandola parcialmente.

El odontoma dilatado es mucho menos común que los otros tipos que he descrito.

Examen radiográfico.— Es muy importante sobre todo si el tumor está profundamente situado en el hueso y proporciona información respecto de la forma del tumor y su relación con los tejidos vecinos. El temprano descubrimiento y la extirpación inmediata evitan alteraciones en la oclusión. Ayuda a diferenciar entre varios tipos de odontomas. En el odontoma quístico puede ser difícil determinar si las estructuras dentales calcificadas están en la pared del quiste o si llenan toda la cavidad. El odontoma quístico se diferencia del quiste dentígero en que contiene muchos dientes mal formados.

SARCOMA AMELOBLASTICO Y SARCOMA ODONTOAMMELOBLASTICO

Esta es la forma maligna de los tumores odontógenos mixtos, en que el componente mesenquimal ha sufrido alteraciones sarcomatosas. En la mayor parte de los casos no se deposita tejido calcificado.

Patogenia.— El tumor es semejante en derivación al fibroma ameloblástico; el componente epitelial se desarrolla exactamente como el fibroma ameloblástico, mientras las células mesenquimales conservan su aspecto embrionario y desarrollan caracteres malignos.

Sintomatología.— El tumor está caracterizado por infiltración local y destrucción del tejido vecino, y metásfasis en otras partes del esqueleto.

TUMORES DE ORIGEN OSTEOGENO

Los tumores osteógenos de los maxilares, como los del resto del esqueleto, se derivan de ltejido osteógeno; esto es, de las células, que cuando están completamente diferenciadas se llaman osteóblastos, y de las antecesoras de éstas. Los tumores benignos

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

de crecimiento lento generalmente están constituidos por células que muestran el mismo estado de desarrollo. Así resultan el mixoma, el condroma y el osteoma puros. Por lo tanto, los tumores osteógenos pueden estar formados por células fusiformes, condroblastos y osteoblastos. Estos tumores no producen necesariamente hueso; pueden formar tejido mixomatoso, colágeno, osteoide o cartílago. En los tumores de crecimiento rápido vemos a la vez todos los períodos de transformación de las células de tejido conectivo en células de hueso, cada uno con su característica estructura intercelular. Así, el sarcoma osteógeno contiene áreas de fibrosarcoma, mixosarcoma o condrosarcoma, y si las células han progresado hasta el estado osteoblástico contiene osteoide o hueso.

Describiré los siguientes tumores:

EXOSTOSIS Y ENOSTOSIS

Lasexostosis son crecimientos del hueso localizados y circunscritos, mientras que las enostosis se originan en la superficie interior del hueso y se extienden a la médula o hueso esponjoso de los maxilares. Se habla de hiperostosis cuando se ha agrandado todo el hueso o una parte considerable de él. Puede agrandarse la tuberosidad del maxilar superior. Cuando está afectado todo el hueso seguramente hay un factor orgánico. La hiperostosis local puede ser o no bilateral; con frecuencia se debe a inflamación o traumatismo.

El fibroosteoma y la displasia fibrosa, con frecuencia se han diagnosticado como hiperostosis que agranda parte del alvéolo o todo él y separa las tablas óseas.

Sintomatología.— Las exostosis son muy comunes; ocurren con frecuencia en la inserción de los músculos y tendones o en la unión de dos huesos, como en las apófisis palatinas del maxilar superior, por la continuación del crecimiento del hueso. Pueden ser puntiagudas ,tuberosas, nodulares o globulares, en la línea media del paladar y en la superficie lingual en la región de los premolares de la mandíbula. La primera se llama toro palatino y la segunda toro mandibular.

Las exostosis múltiples se ven en la apófisis alveolar, especialmente del maxilar superior. Puede haber gran número de ellas. Forman pequeñas protuberancias de color pálido debido al adelga

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

zamiento de la mucosa que las cubre. Tienden a la recidiva después de resecadas.

Las enostosis son crecimientos localizados de hueso denso que se presentan dentro del hueso esponjoso. Con frecuencia difícil distinguirlas del osteoma endostal. La enostosis se funde imperceptiblemente con el hueso esponjoso vecino; el osteoma suele estar delimitado por una cápsula de tejido conectivo que se ve como una línea obscura y lo separa del hueso esponjoso. La esclerosis del hueso y el hueso cicatrizal pueden producir estas alteraciones.

Examen radiográfico.— En la radiografía, las exostosis producen áreas claras debidas a la rioopacidad de los nódulos. En las enostosis se produce un área, de forma irregular, del hueso denso en el hueso esponjoso.

TORO MANDIBULAR

Sintomatología.— Se presenta en la superficie interna de la región premolar frente al agujero mentoniano. Forma protuberancias redondas en ambos lados de la mandíbula. Generalmente son múltiples y con frecuencia se unen y forman un anaquel horizontal que se extiende hasta la línea media. Cuando son grandes estorban el movimiento libre de la lengua. No tienen importancia patológica, porque su crecimiento es extremadamente lento.

Examen Radiográfico. Con frecuencia la película dental no puede colocarse junto a la cara interna del maxilar cuando el toro es grande. El sobrehueso es muy radioopaco, y tanto en las radiografías extrabucales como en las intrabucales causa una sombra que puede borrar el detalle de los dientes vecinos. El tumor se hace visible claramente en la película oclusal.

TORO PALATINO

Patogenia.— Es causado por crecimiento continuado de las apófisis palatinas, del que resulta la formación de labios de la apófisis y penetración de ésta en la bóveda, que por expansión se vuelve lobular.

Clínicamente se presenta en los adultos de uno u otro sexo. Es característico del toro verdadero el comienzo insidioso, que data de la edad de dieciocho años o menos. Se desarrolla tan lenta y gradualmente que en muchos casos el individuo no repara en

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

él aun después de haber alcanzado proporciones apreciables. y al descubrirlo accidentalmente se alarma en extremo, creyendo que aquel bulto se ha formado de la noche a la mañana. Otros se dan cuenta de su existencia cuando vamos a construir una dentadura, o si el toro alcanza dimensiones muy grandes.

Es una neoformación ósea benigna y no tiene gran significación patológica. Acaso en la forma lobulada altera un poco la pronunciación. A veces hay úlceras, y la impactación del alimento entre el toro y al alvéolo puede causar osteomielitis infecciosa y secuestración de uno de los componentes óseos, quizá con formación de fístula.

Clínicamente se encuentran las siguientes variedades:

a) El toro plano es una prominencia plana y lisa, ligeramente convexa, simétricamente distribuida a ambos lados de la línea media y que destruye la forma arqueada de la bóveda palatina. Tiene base acha y no es pedunculado y puede clasificarse como hiperostosis de las apófisis palatinas. Esta cubierto por una mucosa pálida y delgada, y por su dureza causa dificultad para retener una dentadura completa.

b) El toro nodular presenta pequeñas protuberancias o exostosis óseas, de ordinario bilaterales. Cuando están íntimamente unidas forman un abultamiento único; pero puede haber surcos indicando su origen múltiples. A veces progresa hasta la forma lobular.

c) El toro, fusiforme, que también se llama cresta palatina, produce una cresta en la línea media. Un surco suele indicar su doble derivación. Varía en longitud y a veces se extiende desde la papila palatina al extremo del paladar duro.

d) El toro lobular es una excresencia tumoral que alcanza extraordinaria extensión y abultamiento a causa de la expansión continua. Con frecuencia llena todo de manera que llega a estar en contacto con la apófisis alveolar lateralmente.

Examen radiográfico.— Los toros generalmente son muy radioopacos y con frecuencia producen sombras densas que oscurecen el cuadro dental en la radiografía. Pueden verse en las exposiciones extarbucales del lado de la cara, en que aparecen como sombras densas sobre los dientes y el seno maxilar. Con frecuencia son completamente densos. Otras veces se ve hueso esponjoso en el centro.

Biblioteca de Odontología
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

OSTEOMA

Un osteoma puede estar hecho de hueso compacto, llamado osteoma duro, o tener hueso esponjoso en el centro, llamado osteoma esponjoso. Se distinguen el osteoma periférico y central. Este se llama osteoma endostal y no se diferencia fácilmente de un cementoma o de la enostosis.

Patogenia.— Nace en cualquier parte del maxilar superior o inferior, del hueso preformado, del periostio, de células de cartílago retenidas del condroesqueleto embrionario. El crecimiento es progresivo pero lento, y muchos creen que es de origen traumático, pero no inflamatorio. Su crecimiento cesa con la terminación del desarrollo del esqueleto.

Sintomatología.— Es un tumor osificado y circunscrito, duro que a veces llega a ser muy grande. El esqueleto craneal es un lugar común dentro de la boca, dificulta la masticación, respiración y deglución. Hay osteomas que nacen de una base ancha y forman una gran masa tumoral con protuberancias redondeadas. En otros casos, el tumor está adherido al hueso cortical por medio de un pedículo. El asiento más común del osteoma es la superficie externa del maxilar inferior, en la región del agujero mentoniano o en el ángulo de la rama en las superficies interna y externa y en el borde inferior de la mandíbula. Cuando nacen en el paladar se distinguen del toro palatino por su ubicación lateral y por tener un sitio único de origen. En la apófisis alveolar deben diferenciarse del fibroma duro, más común, por el examen radiográfico.

El osteoma del antro es mucho menos común que el del seno frontal. Si se hacen grandes pueden desprenderse y volverse osteomas muertos.

Los osteomas intraóseos endostales se presentan en ambos maxilares; pero son mucho más raros que los tumores externos.

Examen radiográfico.— Nos da información del modo de inserción al hueso y muestra la estructura general del tumor: compacta o esponjosa. El osteoma esponjoso no es tan radioopaco como el duro, y muestra trabeculación. El duro tiene superficie lisa y es radioopaco, extremadamente si es eburneo, y no da señales de osteólisis en el hueso sobre el cual crece.

El osteoma endostal o central muestra una estructura más radioopaca que el hueso que lo rodea. Generalmente tiene un con

Biblioteca de Odontología U.M.S.N.H. Facultad de Odontología

torno definido y está rodeado por una línea que indica encapsulación. Aspecto de estar separado del hueso esponjoso. Nunca perfora y no hay formación perióstica de hueso.

Si el seno maxilar contiene un osteoma es posible, comparando las vistas frontal y lateral o viendo radiografías estereocópicas, averiguar la parte de la pared del antro de la cual se origina. Esto es importante para diferenciar los osteomas que se desarrollan en la región etmoidal.

CONDROMA

El condroma de los maxilares es un tumor muy raro. Se presenta como excresencia de la superficie ósea o como un tumor central. El primero se llama econdroma; el segundo encondroma.

Patogenia.— La mayor parte de los condromas son de origen embrionario y se forman del cartílago retenido del condroesqueleto fetal, particularmente en los huesos de formación cartilaginosa preósea.

En el cartílago del maxilar inferior es probable que queden restos en la parte anterior, ya en donde se forma el hueso alrededor del cartílago de Meckel, ya en la sínfisis donde el cartílago accesorio de la sínfisis participa en la formación del hueso mentoniano. La apófisis coronoides y el cóndilo también se forman de estructuras independientes precartilaginosas y ocasionalmente engendran condromas u osteocondromas.

En la maxila quedan restos de cartílago fetal del mamelón alveolomalar y del cartílago paraseptal. De tales restos se forman condromas del maxilar superior.

Los tumores cartilaginosos se presentan a veces en un órgano o tejido en que falta normalmente el cartílago, como las amígdalas, riñones, tiroides, lengua y glándulas mamarias.

Sintomatología.— Se forma generalmente en edad temprana y de ordinario nace de la superficie del hueso. Puede alcanzar un tamaño enorme y desfigura la cara hasta hacer al sujeto irreconocible. La línea que divide al condroma benigno y al condrosarcoma no está bien definida.

Se han visto condromas intrabucales en el paladar y en la apófisis alveolar.

En la mandíbula los condromas se forman de la parte ante

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

rior y sobresalen entre los labios; pero pueden nacer en otras partes.

El osteocondroma de la cabeza del cóndilo agranda verticalmente un lado de la cara por alargamiento de la rama, y con frecuencia dificulta el movimiento del maxilar, la apertura de la boca y la oclusión de los dientes.

Los condromas del maxilar superior pueden ser lobulados, como resultado del crecimiento periférico expansivo de centros múltiples. Destruyen por presión pero son benignos y de crecimiento lento.

Examen radiográfico.— Generalmente es radiolúcido; pero cuando es grande oculta las marcas normales de la región donde crece. Es circunscrito y muestra un margen definido. Si parte del tumor está calcificado, presenta aspecto punteado. La ausencia de formaciones perióstica indica el carácter benigno de la lesión. Puede invadir el hueso subyacente.

CONDROSARCOMA

Como ya dije, no hay una línea clara que divida el condroma del condrosarcoma; pero es sabido que el condroma tiende a hacerse cada vez más maligno después de la intervención quirúrgica.

Patogenia.— La forma maligna de condroblastoma puede desarrollarse de los restos rudimentarios descritos como condroma, o el cartílago puede desarrollarse por metaplasia, pues no hay diferencia fundamental entre las células cartilaginosas jóvenes y los osteoblastos. Esto se comprueba en la neoplasia maligna, en que frecuentemente se encuentra cartílago con otros tejidos. La frecuencia de células cartilaginosas en el sarcoma osteógeno es prueba de ello.

Sintomatología.— El lugar más común del condrosarcoma es el maxilar superior, donde forma un tumor de crecimiento rápido que invade e lseno maxilar y la nariz, a menos que nazca en estas regiones. La invasión de la orbita causa exoftalmía y la deformación es notable. Puede producir erosión en la base del cráneo. Por su carácter invasor debe ser extirpado por completo aun cuando el examen de la biopsia no muestre claramente su malignidad.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

MIXOMA OSTEOGENO

Es un tumor central que puede perforar el hueso y formar en la boca una tumefacción visible. La mayoría de los mixomas de los maxilares son de tipo odontógeno. Es difícil distinguir entre los dos tipos. Desde el punto de vista clínico podemos considerar como signos del tipo osteógeno su presencia en un lugar alejado de la parte maxilar que soporta los dientes, así como su conducta más maligna; este tumor se parece al que encontramos en otras partes del esqueleto.

Sintomatología.— Es más común en la segunda y tercera décadas que en edades ulteriores. Se presenta tanto en el maxilar superior como en el inferior. Forma una masa tumoral blanda que dilata el hueso y con frecuencia causa destrucción completa de la lámina cortical; los dientes se hacen a veces dolorosos.

Radiográficamente el tumor muestra a veces una trabeculación de aspecto de panal. En otros casos se puede ver una área grande de destrucción que semeja un quiste odontógeno. En el mixoma puro en cualquiera de los maxilares, es más probable que se presente el aspecto de panal, o puede haber indicios de trabeculación por lo menos.

FIBROMA CENTRAL

Patogenia.— Puede formarse de la parte mesenquimal del germen del diente. Pero es muy raro, tal vez por su tendencia a formar estructuras óseas y a transformarse en fibroosteoma antes de que sea reconocido.

Sintomatolcgía.— No se reconoce fácilmente porque no da síntomas; es más común en la mandíbula que en la maxila, donde puede formarse en el seno maxilar.

Examen radiográfico.— Es una lesión radiolúcida de margen bien definido y no trabeculada. Por lo demás, no tiene aspecto característico y puede tomarse por un quiste.

FIBROSARCOMA CENTRAL

Se forma en el hueso y debe distinguirse del fibrosarcoma periférico que afecta al hueso por invasión gradual. En los casos avansados puede ser difícil reconocer si un fibrosarcoma es de origen periférico o central.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

Patogenia. Como el fibrona central benigno, el fibrosarcoma central puede formarse de inclusiones de células embrionarias mesenquimales del germen dentario o de células del tejido conectivo que rodea los nervios y los vasos contenidos en el maxilar. Los fibrosarcomas de origen odontógeno se clasifican como fibrosarcomas odontógenos; los que contienen epitelio ameloblástico, llamados sarcomas ameloblásticos, y los derivados del tejido nervioso como fibrosarcomas neurógenos.

Sintomatología.— El tumor es invasor y destructor; crece en los canales nerviosos, invade la cavidad nasal y el seno maxilar, produciendo exoftalmos, e invade los tejidos blandos. Las metástasis glandulares son raras. Debido a su situación central, el fibrosarcoma no se reconoce tempranamente. El enfermo nota aflojamiento o dolor de los dientes y nos va a visitar, y la mayoría de las veces extraemos las piezas sin reconocer el tumor, que no da síntomas clínicos. Cuando se toman radiografías, con frecuencia la lesión se interpreta como infección. La extracción de las piezas puede hacer que el tumor se desarrolle más rápidamente; entonces crece fuera del alvéolo, perfora el hueso y produce una masa visible. No es rara la fractura patológica.

Examen radográfico.— La acción osteolítica del tumor produce un área translúcida con margen indistinto, que denota el carácter de infiltración. El fibrosarcoma central puede atravesar la lámina cortical, como ocurre especialmente en los casos con fractura patológica; pero no hay señales de actividad perióstica como en el sarcoma osteógeno. La destrucción de las paredes del seno maxilar diferencia este tumor de las lesiones benignas del antro, pero no del carcinoma.

FIBROOSTEOMA

Es un tumor benigno que se origina en el hueso esponjoso. El tumor, debido a su gran variabilidad en la proporción entre el tejido fibroso y el óseo y a los variables grados de calcificación que se encuentran, ha sido descrito con otras denominaciones: fibroma osificante ,osteofibroma, osteoma fibroso, mientras que otros prefieren el nombre de osteítis fibrosa, osteodistrofia localizada y displasia fibrosa monostótica para las lesiones que, en su opinión, no son de naturaleza neoplástica.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

ERRATAS MAS NOTABLES EN ESTA TESIS:

Pág. 7 línea 11, DICE: "...su examen microscópico;"
DEBE DECIR: "...su examen macroscópico;"

Pág. 8 línea 28, DICE: "...del tejido que se desea incisionar."
DEBE DECIR: "...del tejido que se desea estudiar."

Pág. 20 línea 35 DICE: "...quístico o poliquitico. En los tumores gra
DEBE DECIR: "...quístico o poliquístico. En los tumores gr

Pág. 26 línea 20 DICE: "...SARCOMA ODONTOAMMELOBLASTICO"
DEBE DECIR: "...SARCOMA ODONTOAMELOBLASTICO"

Pág. 28 línea 12 DICE: "...áreas claras debidas a la rioopacidad"
DEBE DECIR: "...áreas claras debidas a la radioopacidad"

Pág. 29 línea 8 DICE: "...altera un poco la prorenunciación"
DEBE DECIR: "...altera un poco la pronunciación"

Pág. 36 línea 19 DICE: "...En el maxilar superior, se observa una mas
DEBE DECIR: "...En la mandíbula, varía mucho, Se puede obs

Pág. 37 línea 9 DICE: "...osteómixofibrosarcoma, fibromixocodrosarco
DEBE DECIR: "...osteómixofibrosarcoma, fibromixocondrosarc

Pág. 43 línea 4 DICE: "...los cilindros se deposita bajo la direcció
de Schawanna,"
DEBE DECIR: "...los cilindros y se deposita bajo la direcc
das de Schwann,"

Pág, 48 línea 9 DICE: "...Causa osteólisis; generalmente resulta una
DEBE DECIR: "...El tumor surge en el hueso sin dar ningún

Pág. 53 línea 7 DICE: "...se reproducen después de la extracción ext
DEBE DECIR: "...se reproducen después de la extirpación y"

Pág. 56 línea 10 DICE: "...se aflojan, y se extraen,"
DEBE DECIR: "...se aflojan, y si se extraen,"

Pág. 60 línea 37 DICE: "...cubierta por la casoara de vacío"
DEBE DECIR: "...cubierta por la cámara de vacío"

Pág. 61 línea 14 DICE: "...la impactación del aliento"
DEBE DECIR: "...la impactación del alimento"

Pág. 62 línea 37 DICE: "...Factos extrínsecos.-"
DEBE DECIR: "...Factores extrínsecos.-"

Pág. 64 línea 26 DICE: "...rado 3. ...
DEBE DECIR: "...Grado 3... Grado 4 (tipo de crecimiento m
ma en el cual la diferenciación varía de 2
0%, y la no diferenciación de 75 al ciento

Pág. 68 línea 15 DICE: "...El carcinoma puede tener el aspecto de una
sada por próte-"
DEBE DECIR: "...La carcinomatosis de toda la mucosa de la

Pág. 72 línea 37 DICE: "...debe hacer una radiografía"
DEBE DECIR: "...debe hacerse una radiografía"

Pág. 73 línea 33 DICE: "...una formación lobulada sénil de consistenc

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

El fibroosteoma se forma por la froliferación neoplástica de tejido conectivo que da origen a la formación de estructuras óseas. Es un tumor de crecimento lento, transforma el hueso esponjoso, dilata el hueso y causa deformación facial. Generalmente está encapsulado y puede extirparse entero.

Patogenia.— El tumor puede crecer en una o dos formas. Los elementos celulares pueden extenderse a los espacios medulares vecinos con reabsorción gradual de las trábeculas óseas antí güas. Esto produce una lesión de contorno indefinido. En otros casos, el tumor se encapsula y dilata periféricamente. Se deposita hueso cortical en el exterior de la cápsula, lo que da a la lesión un margen quístico en la radiografía. En casos avanzados el hueso se agranda por reabsorción de la superficie interna en la lámina cortical y aposición pirióstica en el exterior.

Clasificación.— Como las células de los tumores osteógenos pueden alcanzar varios grados de diferenciación y producir una variedad de sustancias intercelulares que se calcifican parcial o totalmente, pueden producirse diversos tipos de fibroosteoma. Histológicamente no tiene mucho valor práctico porque todos los tipos tienen un curso clínico semejante.

Radiográficamente podemos denominarlo fibroma osificante cuando el tejido es muy celular, por lo tanto, radiolúcido; osteoma fibroosteoide si predominan el osteoide y las trábeculas de hueso mal calcificadas, y el osteofibroma si el tejido óseo es abundante y bien calcificado.

Sintomatología.— Los caracteres clínicos del fibroma osificante y del fibroosteoma son muy característicos. Los tumores se presentan en el maxilar inferior y en el superior. Es más común en las personas que se encuentran en la segunda y tercera décadas de la vida; pero puede acaecer ulteriormente. Se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Rara vez se ve la forma incipiente del tumor debido a la ausencia del síntoma. Generalmente se descubre cuando la neoformación produce alteraciones en la oclusión de los dientes o deformidad facial. Por lo tanto, es difícil precisar la duración del tumor; los pacientes dicen que es de uno a treinta años.

En el maxilar superior puede invadir el seno maxilar y causar dilatación de la fosa canina y del paladar. El ojo puede ser empujado hacia ariba, causando diplopia; en otros casos la enfermedad

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

se limita a la tuberosidad del maxilar. En la mandíbula, la lesión puede presentarse en la apófisis alveolar o en la parte principal del hueso.

Generalmente el pronóstico es favorable; no se han observado casos que tengan alteraciones sarcomatosas. El crecimiento es lento, no hay invasión de los ganglios linfáticos y la salud general del paciente es buena. El tumor, si está circunscrito, puede ser quitado completamente, y, por lo tanto, no tiende a reproducirse. En esto difiere de la displasia fibrosa, que no puede suprimirse quirúrgicamente, por regla general la deformidad se produce de modo gradual.

Examen radiológico.— El cuadro radiográfico depende ante todo, de la localización de la lesión, y en segundo lugar, de la cantidad de tejido osteoide y del grado de calcificación.

En el maxilar superior, seobserva una masa densa que llena el seno maxilar y que con frecuencia se extiende hasta las paredes. En la vista lateral, la densidad aumentada da un aspecto radioopaco, particularmente si el seno está afectado y agrandado.

En el maxilar superior, se observa una masa densa que llena circunscrita de densidad disminuida que puede tener un margen osteítico o puede ser de carácter quístico. En los casos extensos la lámina cortical está dilatada con abultamiento convexo y adelgazamiento del borde inferior del maxilar, produciendo fractura patológica.

La radioopacidad depende de la cantidad de osteoide y de la calcificación del tejido tumoral que sustituye al hueso antigüo. En el tipo para el que se han aconsejado el término de fibroma osificante el tumor es radiolúcido en su mayor parte. Puede haber islas de mayor densidad debidas a un depósito focal de osteoide parcialmente calcificado. La sustitución por tejido fibroso osificante da un aspecto granular irregular. Si se forma hueso maduro resultan áreas de gran densidad circulares o dentadas. Esta forma perióstica del tumor se ve en personas maduras. Presenta un aspecto muy radioopaco y algunas veces da el cuadro de un osteoma.

SARCOMA OSTEOGENO

Es todo tumor sarcomatoso derivado de los antecedentes de células que, cuando están normalmente diferenciadas, se conocen

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

como osteoblastos. Debido a la rapidez del crecimiento podemos ver en un mismo tumor todas las etapas de desarrollo de las células mesenquimales osteógenas con producción de sus respectivas sustancias intercelulares, fibroblastos con colágeno y tejido mixomatoso, condroblastos y cartílago, y osteoblastos que depositan osteoide o hueso.

Se incluyen como sarcomas osteógenos las siguientes variedades de tumores malignos del hueso: osteosarcoma, condrosarcoma, mixocondrosarcoma, ostéomixofibrosarcoma, fibromixocodrosarcoma, mixosarcoma, etcétera, pero no se aconseja el uso de estos términos celulares porque se refieren a la descripción microscópica, causan confusión y no sirven para separar las entidades clínicas. Por ejemplo: el sarcoma de células redondas puede ser endotelioma o mieloma; la expresión sarcoma de células fusiformes es aún más vaga, porque se encuentran células fusiformes en la mayor parte de los tumores óseos y forman el estroma en los tumores benignos de células gigantes, que reciben la denominación de sarcoma de células gigantes.

Patogenia.— La frecuencia del traumatismo tiene un papel importate en la enfermedad.

Sintomatología.— Es una enfermedad rara. Es más común en la segunda década de la vida, cuando el desarrollo del hueso es intenso. Se produce por lo general en muchachos vigorosos y adultos jóvenes; se ha encontrado en niños pequeños y ocasionalmente se presenta en la vejez.

Por regla general, el sarcoma osteógeno es solitario que en este respecto contrasta con tumores no osteógenos que se presentan en el hueso, como el mieloma, que son múltiples y forman metásfasis tempranamente. El tumor aparece en los maxilares; pero en estos no es tan común como en los huesos largos y en la pelvis.

La historia clínica con frecuencia asocia el traumatismo con la aparición del tumor, pero tal observación no tiene gran fundamento, puesto que el traumatismo pudo haber ocurrido después de iniciada la enfermedad. Un sarcoma que ya existe se traumatiza con frecuencia, sobre todo en la boca, lo que lleva a un desarrollo más rápido y al descubrimiento del tumor.

El dolor generalmente es un síntoma temprano, pero no coincide con el principio del tumor; el dolor es indefinido y no es característico, notándose más por la noche. Puede ser causado por

Biblioteca de Odontología U.M.S.N.H. Facultad de Odontología

la tensión del periostio sobre el tumor en crecimiento o por presión directa sobre troncos nerviosos. El dolor en los dientes, dolor y parestesia en la cara y una sensación de presión en el maxilar son comunes. Si el tumor se extiende con rapidez por el conducto dentario inferior se siente dolor muy agudo y se aflojan los dientes. Por desgracia tales síntomas suelen ser mal interpretados por nosotros. Muchas veces, en vez de consultar con un experto que le haga un examen radiográfico él paciente busca alivio en la extracción de los dientes y en la medicación. Así se pierde un tiempo valioso y el pronóstico es más grave.

Sarcoma Osteógeno osteolítico.— En este tipo hay gran destrucción del hueso y sustitución por tejido tumoral, compuesto de células que no han alcanzado su madurez de desarrollo. Por lo tanto, las sustancias intercelulares producidas son: cartílago, tejido mixomatoso o tejido fibroso, o todos combinados. Sin embargo, en el tipo osteolítico la osteogénesis no falta por completo y puede encontrarse hueso de nueva formación en diferentes lugares del neoplasma. Este tipo de tumor es más común en los adultos, en los cuales el poder regenerador del hueso es más débil que en el individuo joven.

Sarcoma osteógeno osteoblástico.— Aquí hay abundante producción de hueso. Pueden formarse masas de hueso nuevo y sólo hay pequeñas áreas de tejido celular con caracteres de enfermedad maligna. Estos tumores son más comunes en los niños y adolescentes que en los adultos. Puede haber formaciones periósticas a manera de bastones, espículas o laminillas que se extienden perpendicularmente hacia la periferia del tumor. Esto produce en la radiografía el efecto que se llama rayos del sol o de abanico, que no es patognomónico del sarcoma osteógeno. También en otros tumores se forman osteofitos aciculares perpendicularmente al hueso, y aun a veces se les encuentra en ligeras infecciones crónicas del hueso, sobre todo en la sífilis.

Sarcoma osteógeno telangiectásico.— La vascularización de los sarcomas osteógenos varía mucho. Se desarrollan con mucha rapidez, destruyen pronto el hueso, predisponen a la fractura, perforan rápidamente el periostio y se ramifican a través del músculo y de los tejidos blandos.

El sarcoma osteógeno del maxilar altera el contorno de la cara en virtud del crecimiento del tumor; la piel se pone tensa, pero

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

no es invadida, como en el carcinoma. La temperatura de la piel sobre el tumor puede ser más alta que en otras partes del cuerpo y se hacen visibles las venas dilatadas. Esto da un aspecto característico, una señal de peligro. En la boca, la apófisis alveloar aparece distendida, la encía está rojiza y los dientes pueden estar separados o desviados a un lado por el neoplasma maligno en constante crecimiento. En el maxilar superior el antro es invadido. Puede haber sensación de replección en ese lado y un abultamiento que se extiende en el cielo de la boca; si hay exudación por la nariz, con frecuencia se cree al principio que se trata de sinusitis maxilar. En el maxilar superior la órbita y el cigoma pueden afectarse. Hay veces que dificultan el masticar, deglutir y respirar, y el traumatismo por la masticación, extracción de dientes o incisiones acelera el crecimiento.

La rapidez de crecimiento de estos tumores varía gradualmente. En la boca, los tumores osteoblásticos bien desarrollados y bien localizados, con la mucosa que los cubre no afectada, generalmente crecen con lentitud y no son muy malignos.

El estado general del paciente no decae hasta el período avanzado de la enfermeadd. Las metástasis de los pulmones son casi clásicas; los ganglios linfáticos rara vez están afectados, y las metástasis de los huesos son raras. En todos los casos de sarcoma osteógeno, aunque la lesión en el hueso es muy pequeña, los pulmones deben radiografiarse. En las etapas terminales hay anemia grave con tez como de yeso. Si el tumor se ulcera o se infecta, las condicones se agravan y el paciente decae rápidamente. Por regla general, la muerte ocurre a los dos años.

Examen radiográfico.— Ayuda bastante en el diagnóstico temprano del sarcoma osteógeno. Además, debe confirmarse el diagnóstico por medio de una biopsia. A la radiografía depende de gran parte del carácter de reacción del hueso, del tejido que sustituye al hueso y de las formaciones perióstica. Los rasgos generales son: ausencia de un contorno definido del tumor; formaciones de hueso perióstico, que dan el aspecto de rayos solares que se extienden hacia afuera y se desvanecen, y la aparición de labios en el perióstio por el hueso en forma de cuña que se genera en la parte externa de la lámina cortical.

En los comienzos, el sarcoma osteógeno central ensancha el hueso; pero el aspecto radiográfico muesrta la estructura anormal

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

del hueso esponjoso. Hay áreas de nueva formación; de modo que las áreas translúcidas no osificadas dan aspecto moteado. No hay demarcación definida entre el hueso normal y el hueso enfermo. Con frecuencia, tales lesiones se diagnostican equivocadamente como una ligera osteomielitis osificante. En los casos avanzados de sarcoma osteógeno el hueso se dilata considerablemente y al fin es invadida la periferia. La naturaleza del tumor se define entonces con mayor claridad, ya se destruya la lámina cortical (tipo osteolítico) o se cambie por tejido de nueva formación (tipo osteoblástico).

El tipo osteoblástico de sarcoma osteógeno da un cuadro más definido para el diagnóstico.

TUMORES CENTRALES DE ORIGEN NO ODONTOGENO Y NO OSTEOGENO

Se forman de las células de la médula y de los vasos sanguíneos y nervios que se encuentran en los maxilares por vía hematógena, causando metástasis. Por lo tanto, estos tumores están en el hueso, pero no son de hueso. Se presentan los siguientes tipos:

TUMOR CENTRAL DE CELULAS GIGANTES Y GRANULOMA DE REPARACION DE CELULAS GIGANTES

Los tumores de células gigantes son considerados por algunos autores como neoformaciones de reabsorción; más recientemente, otros lo ven como granulomas de reparación mientras otros los clasifican como verdaderos neoplasmas.

Aunque no se ha dicho la última palabra sobre estas lesiones, en la actualidad existe la tendencia a distinguir entre un granuloma de reparación de células gigantes y un verdadero tumor benigno de células gigantes. Además es necesario excluir otros procesos patológicos tales como el fibroma osteógeno, condroblastoma, displasia fibrosa y los osteoclastomas que se encuentran en el hiperparatiroidismo. Estas lesiones pueden presentar en el examen microscópico muchos osteoclastas de células gigantes de cuerpos extraños que sean la causa del diagnóstico equivocado.

Patogenia.— Es una neoformación neoplástica o inflamatoria y se clasifica como granuloma de reparación de células gigantes o como tumor benigno de células gigantes del maxilar.

Sintomatología.— Las principales características clínicas que

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

deben considerarse son la extensión local en el hueso no afectado, repetición y metástasis. Dichas características denotan tendencia neoplástica.

Este tumor suele formarse, de preferencia, en partes óseas de origen cartilaginoso. En los maxilares es en áreas donde es probable que hayan quedado restos del condroesqueleto embrionario. En la mandíbula, la sínfisis y las regiones premolares son los sitios comunes; el hueso se dilata y forma un abultamiento que primero borra el surco labial y después causa notable deformación de la barba.

Por causa de los dientes permanentes que no han hecho erupción, la radiografía no siempre da una imagen satisfactoria, y la dilatación del hueso y el aflojamiento y caída prematuros de los dientes temporales pueden ser considrados los síntomas principales.

La inflamación y deformidad de los maxilares suelen ser un hallazgo común; pero en algunos casos la lesión asintomática sólo se descubre en el examen radiográfico ordinario. La repetición después de la extirpación incompleta es una ocurrencia común. Hay muchas otras carecterísticas clínicas que relacionan este tumor con los neoplasmas verdaderos, y hasta con las malignidades francas.

El diagnóstico de tumor de células gigantes necesita el estudio minucioso de todos los hechos conocidos clínicos y anatomopatológicos. Debe recordarse que las influencias degeneradoras o la reproducción después de la operación puede hacer que el tejido se parezca microscópicamente al sarcoma. Las metástasis y la muerte en relación con un tumor de células gigantes pueden ser debidas a error en el diagnóstico del tumor primario o las metástasis.

Examen radiográfico. Se emplea en primer término para estudiar el aspecto de las lesiones; pero también debe utilizarse para invesigar alteraciones del esqueleto que denoten si el tumor del maxilar no es una lesión solitaria, sino debida a la osteítis por hiperparatiroidismo.

El granuloma de reparación de células gigantes suele ser una lesión de dimensiones moderadas, asociada con dientes que no han hecho erupción o con la reabsorción de dientes temporales. Frecuentemente hay múltiples áreas osteolíticas que denotan desarrollo focal.

Biblioteca de Odontología U.M.S.N.H. Facultad de Odontología

En cambio, el tumor de células gigantes acarrea extensa destrucción.

El tumor solitario de células gigantes afecta áreas concretas. El aspecto radiográfico no es uniforme. En el maxilar superior con frecuencia causa múltiples focos osteolíticos irregulares con un margen que indica su carácter infiltrante. En la mandíbula generalmente forma un área quística bien limitada de contorno irregular, que puede ser lobulada y toscamente trabeculada. Los tabiques, que se extienden desde la circunferencia hacia el centro no son visibles si la radiografía tiene mucha exposición. Los dientes pueden estar desplazados y con frecuencia muestran reabsorción apical. El diagnóstico radiográfico no siempre es definitivo, y en muchos casos conviene aplazar el juicio hasta conocer el examen de una biopsia.

TUMORES NEUROGENOS

Estos tumores se forman del tejido nervioso y son muy raros.

FIBROMA Y FIBROSARCOMA NEUROGENOS

Patogenia.— Pueden formarse del tejido perineural; pero en algunos casos estos tumores muestran una estructura celular más específica que identifica su tejido de origen. Pueden llamarse también fibroma y fibrosarcoma neurógenos.

Clínica y radiograficamente, estos tumores, cuando se asientan en hueso, son de carácter osteolítico. Dilatan el hueso y a veces perforan la lámina cortical y distienden el periostio. Generalmente no producen síntomas nerviosos. A la radiografía se puede observar un área que se extiende desde el conducto dentario inferior.

El cuadro radiográfico característico muestra relación con el conducto dentario inferior o una dilatación de sus paredes. El contorno del hueso cortical está interrumpido en el punto de entrada o de salida.

En los tumores malignos hay una dilatación semejante; pero el contorno del área muestra señales de encapsulación. Hay gran destrucción del hueso. En el maxilar superior el seno maxilar está afectado y sus paredes se destruyen gradualmente.

Biblioteca de Odontología U.M.S.N.H. Facultad de Odontología

SCHWANNOMA (neurinoma).

Patogenia..— Es llamado fibroma perineural o neurinoma, se cree que está compuesto de una red de cilindros citoplásmicos cubiertos de colágeno endoneural que forma la vaina de los cilindros se deposita bajo la dirección de las células de Schawann, que se multiplican por división longitudinal amitótica de los núcleos, seguida de hendimiento de los cilindros, de lo que resulta la disposición de las células en empalizada.

Sintomatología.—Es un tumor solitario benigno que puede estar adherido a la vaina de un nervio, pero que no contiene fibras nerviosas.

También se presentan schwannomas malignos.

NEUROMA DE AMPUTACION

Patogenia.—Se denomina así al ensanchamiento del extremo de un tronco nervioso por lesionar o cortado en virtud del proceso de regeneración de los cilindroejes.

Sintomatología.—Es un tumor que se forma en el extremo de un tronco nervioso por lesionar o cortar el nervio. Se presenta después de la resección de la mandíbula cuando se corta el nervio, y después de fractura de maxilar si los fragmentos cicatrizan en posición desplazada, de manera que el conducto dentario del fragmento posterior desemboca en el tejido blando en lugar de estar en contacto con el hueso esponjoso, ya que no con el conducto dentario inferior del fragmento anterior. El neuroma de amputación, puede presentarse después de avulsión del nervio por neuralgia.

Los pacientes sienten dolor por presión o por usar dentaduras artificiales si están en contacto con el tumor. La parestesia, adormecimiento con sensación dolorosa en la parte inervada por el nervio cortado, es una característica principal.

Examen radiográfico.—Puede mostrar un área osteolítica a no ser que el neuroma se forme entre el hueso y el tejido blando que lo rodea.

ANGIOMA CENTRAL

Patogenia.—En el hueso se encuentran dos tipos de angiomas. Uno, la forma periférica, se origina de los vasos del periostio e invade la superficie exterior del hueso, causando reabsor-

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

ción de la lámina cortical y del hueso esponjoso. El otro tipo, la forma central, tiene su origen en la médula o en el hueso esponjoso o a expensas de un vaso sanguíneo o de sus ramas. Además, parece que algunos tumores invaden el hueso difusamente, mientras que otros están encapsulados.

Sintomatología.—No presenta caracteres clínicos cuando es pequeño; se produce en cualquier edad. Como el angioma central de cualquier hueso del esqueleto, crece muy lentamente y es de carácter benigno. Raramente son de desarrollo rápido. El dolor con frecuencia es un síntoma, puede ser de carácter pulsátil. El contorno de la cara cambia gradualmente cuando el tumor dilata el hueso. Este es generalmente el tiempo en que un traumatismo provoca los síntomas.

La dificultad de reconocer un angioma central es lamentable por el gran peligro que entraña el tumor para toda intervención quirúrgica. Una incisión o la extracción de un diente puede causar una hemorragia que resulta muy difícil de cohibir.

La excisión del tipo encapsulado ofrece poca dificultad; pero la extirpación de la forma difusa es un problema importante de la cirugía.

Examen radiológico.—La radiografía de los huesos cilíndricos muestra áreas multiloculadas que dilatan el hueso hasta el espesor de un papel, como lo hacen los tumores de células gigantes. Pero se ve una red fibrilar fina dentro de las cavidades quísticas. Esta apariencia se llama efecto de pompas de jabón.

TUMOR DE EWING

También se denomina mieloma endotelial. Es una entidad bien definida de neoplasma no osteógeno y es muy raro.

Patogenia.—El traumatismo tiene papel importante en la historia del tumor pero no es probable que sea un papel etiológico. Generalmente no está relacionado con el principio de la lesión. El tumor tiende a producir metástasis en otros huesos y algunos observadores creen que es una enfermedad múltiple, como lo son otras formas de mieloma. El tumor puede ser de origen solitario y de origen múltiple.

Sintomatología.—Se presenta tempranamente en la vida (entre los 4 y 25 años de edad), y muy raramente en pacientes de más de 40 años de edad. La frecuencia por la edad se acerca a la

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

del sarcoma osteógeno, pero no en la del mieloma múltiple, que se presenta más tarde en la vida. Los huesos más comunmente afectados son la tibia, peroné, húmero y fémur, en orden de mayor a menor frecuencia. El cráneo, maxilar superior, mandíbula, clavículas, costillas, vértebras, cintura escapular, pelvis y los pequeños huesos de los pies no son raramente asiento del tumor. En el maxilar superior, el seno maxilar es propenso; en la mandíbula, la rama horizontal.

Al principio no hay síntomas, y el tumor se desarrolla lentamente, después el enfermo siente dolor facial intermitente, de carácter neurálgico, lancinante o con calambres; a veces se produce parestesia labial. En la mayor parte de los casos esto trae al paciente al consultorio. La parte extraósea del tumor se agranda mucho, desfigura al paciente y dificulta el movimiento del maxilar; la parte afectada está más caliente que la del otro lado; pero la piel no está enrojecida. Generalmente hay notable reacción orgánica con temperaturas de 32.2° a 40 C.° y ligera albuminuria en la sangre. En muchos casos hay anemia secundaria con o sin leucocitosis; la fase terminal está acompañada por enflaquecimiento progresivo.

Examen radiográfico.—En las primeras etapas del tumor la radiografía es a veces difícil de interpretar. Muestra algo de alteración difusa del hueso; la lámina cortical está dilatada y con frecuencia dividida en capas como las de una cebolla. También hay aumento en la densidad de la cortical ensanchada, signo el más característico de que ha sido infiltrado por el tumor. Esto y el desplazamiento periférico de la lámina cortical son los caracteres que diferencían este tumor del sarcoma osteógeno, en el cual el contorno del hueso viejo generalmente se ve dentro del tumor. El aspecto del maxilar inferior de vista lateral puede ser el de una osteomielitis osificante de grado bajo. En la vista periférica se hacen visibles los osteófitos. La localización favorita parece ser el ángulo de la mandíbula y además deben examinarse cuidadosamente los otros huesos en busca de metástasis, que tienen aspecto semejante al tumor primario.

MIELOMA MULTIPLE (PLASMOCITOMA)

Los neoplasmas formados de los elementos celulares de la médula ósea caen bajo la denominación de mieloma múltiple, pues

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

la enfermedad produce extensa alteración de todo el esqueleto. Sin embargo, ciertas lesiones tienden a presentarse como lesiones únicas.

Patogenia.—Poco se sabe de la etiología de esta enfermedad. Se dice que los tumores se originan de cualquiera de las células específicas de la médula ósea; es decir: de los mielocitos, linfocitos y eritrocitos mononucleares (eritroblastos, hemohistocitos, etc.). La mayoría de los tumores están formados por células redondas u ovaladas con núcleo excéntrico que semejan plasmocitos y a veces contienen dos o tres núcleos. Los mielomas se clasifican en plasmocitoma, eritrocitoma, mielocitoma y linfocitoma. Es difícil decir si la enfermedad principia en una lesión local y causa tempranas metástasis múltiples o si comienza a la vez en varios huesos. En la mandíbula, la región del ángulo es un sitio de predilección. Los tumores son múltiples porque coexisten varios en diversos huesos y también porque aparecen más de uno en un mismo hueso.

Sintomatología.—Es una enfermedad de la cuarta a la séptima décadas de la vida. Ni los antecedentes ni el examen físico en los comienzos de la enfermedad tienen nada de característico, y raras veces se descubre el mal antes de que se altere todo el esqueleto.

El tumor es de cualquier tamaño y generalmente es doloroso a la palpación. La distribución es una indicación de importancia para el diagnóstico. Las costillas, el esternón, las clavículas y el espinazo están dañados en el noventa por ciento de los enfermos. Las lesiones se ven como módulos, desde el tamaño de un chícharo hasta el de una naranja, y están bien circunscritas. Más adelante se hacen difusas y se extienden a un área grande. No hay formación de huesos; sólo hay destrucción. El mal suele manifestarse en el cráneo y la mandíbula; en el maxilar superior raras veces.

El dolor no es muy notable al principio; pero pronto se hace el síntoma más saliente; en general se describe como reumatoide, errático e intermitente. Algunos pacientes tienen dolores neuríticos que se agravan con el movimiento y la presión.

A veces se producen alteraciones pulmonares con enfisema o intensa nefritis y retención de hidrógeno no proteínico con presión sanguínea baja. La enfermedad sigue un curso fatal; el pro-

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

medio de duración de la vida es de dos años; ocasionalmente es de cinco años o más. En la etapa avanzada sobreviene una peculiar caquexia. La destrucción de la médula ósea produce anemia secundaria. Las metástasis del hígado y del bazo no son raras.

Examen radiográfico.—Es el mejor medio para el diagnóstico del mieloma múltiple. El rasgo de importancia es la multicidad de las lesiones que se encuentran en todo el esqueleto. Las áreas tumorales del hueso tienen forma redondeada; cuando son muy pequeñas producen aspecto moteado. Esto se ve generalmente en las costillas y en los huesos del pubis. Con frecuencia la mandíbula está afectada por lesiones típicas, generalmente múltiples, del tamaño de un chícharo o de una almendra, que se unen y forman grandes áreas radiolúcidas de contorno irregular y margen osteoporoso, manifiesta señal de infiltración.

El defecto está formado por osteolisis completa y sustitución por tejido tumoral que es radiolúcido. Las áreas pueden ser únicas o múltiples, y con frecuencia presentan un borde definido que indica perforación de la lámina cortical. Si la mandíbula está afectada, por lo general hay invasión del antro maxilar, dando una apariencia opaca.

La radiografía de cráneo es de gran valor diagnóstico. No hay aumento en el ancho de las tablas; el cráneo muestra áreas obscuras múltiples, no tan grandes como en el carcinoma metastásico ni tan punteadas como en los casos avanzados de la sífilis. En general, puede decirse que falta completamente la actividad osteoblástica alrededor de las áreas de reabsorción de hueso en cualquier parte del esqueleto.

El diagnóstico diferencial suele ser difícil. El carcinoma metastático generalmente no produce tantas áreas osteolíticas como el mieloma múltiple. El tumor de Ewing se presenta en pacientes más jóvenes y puede ser tomado por osteítis fibrosa generalizada. Como ayuda en estos casos hay que apoyarse en el examen clínico. En el mieloma múltiple la química sanguínea es normal.

TUMORES MIXTOS CENTRALES DEL TIPO DE GLANDULA SALIVAL

Pueden presentarse tumores mixtos en cualquier parte del cuerpo; pero la región de las glándulas salivales en la cara es un sitio favorito.

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

Patogenia.—Se considera como derivado de islotes celulares pertenecientes a dos tipos de tejido embrionario: epitelio y mesénquima.

Los tumores intraóseos pueden extenderse hasta el maxilar desde un tumor adyacente de la parótida, o pueden tener su origen en el epitelio odontógeno, que tiene potencialidad glandular. La parte mesenquimal del tumor deriva de los cartílagos embrionarios.

Sintomatología.—Causa osteólisis; generalmente resulta una Después se produce abultamiento de la cara o del carrillo en virtud de la expansión del hueso. Se ha mencionado dolor neurálgico, quemante o punzante, debido a la presión sobre un nervio o a la invasión de un nervio por el tumor. Los tumores del antro maxilar pueden producir exoftalmos y alteraciones ópticas. Los tumores del paladar y de la faringe causan dolor irradiado al oído o a los dientes, con sensación de plenitud o hinchazón de la garganta.

Se presenta principalmente en adultos jóvenes; pero a causa de su lento desarrollo intraóseo puede no ser descubierto durante muchos años.

Examen radiográfico.—Forma una lesión quística de contorno irregular. Desde la periferia se extienden tabiques toscos hasta corta distancia dentro del área, y éstos son de forma irregular y se ensanchan irregularmente, en vez de adelgazarse en punta. Pueden encontrarse trabéculas semejantes calcificadas en el centro. Son en parte estructuras de tejido conectivo calcificado que se forma en el tumor.

ADENOMA CENTRAL

Se forma generalmente en la mucosa bucal; pero como los restos epiteliales celulares en los maxilares pueden diferenciarse en epitelio glandular en vez de hacerlo en epitelio del órgano del esmalte, es posible la producción de un adenoma intraóseo. El adenoma es muy raro en forma pura.

Sintomatología.—Causa osteolisis; generalmente resulta una lesión quística que puede dilatarse y perforar el hueso.

Radiográficamente observamos áreas invadidas por el tumor osteolítico. Un contorno claro denota condición benigna; un contorno difuso indica malignidad local.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

CARCINOMA CENTRAL EPIDERMOIDE DE LOS MAXILARES

No es muy común. El carcinoma primario no se presenta en otros huesos, pero en los maxilares se origina en islotes celulares residuales del órgano del esmalte y de la vaina de Hertwig, en epitelio enclavado en el sitio de las fisuras faciales y en el revestimiento de los quistes.

Sintomatología.—Generalmente no se descubre hasta que el hueso está extensamente destruido. El hueso se dilata y causa el agrandamiento de la parte afectada, de modo que los dientes se desvían en protusión y quedan espaciados a medida que son empujados hacia afuera por la masa del tumor. Se aflojan porque el tumor destruye el hueso alveolar. El tumor generalmente se descubre cuando la masa se proyecta dentro de la boca, de manera que se hace difícil diferenciarlo de un carcinoma periférico que ha destruido el maxilar por invasión. Con frecuencia la piel está perforada por una úlcera, que tiende a agrandarse y muestra depresiones características en forma de cráter.

Síntomas de dolor de carácter neurálgico y parestesia pueden producirse antes de que la presencia del cáncer se haga evidente. En otros casos, los dientes afectados están doloridos, y por esta razón en la mayoría de los cánceres de los maxilares los dientes se extraen sin conocer el verdadero mal. Si sale adherido al diente, o se ve en el alveolo después de la extracción, debe hacerse un estudio microscópico. Los ganglios linfáticos no están tan comunmente afectados en el carcinoma central como en otros tipos, y con frecuencia las metástasis tardan mucho tiempo en aparecer, lo cual es un carácter del grado bajo de malignidad.

Examen radiográfico.—Es de gran importancia, pues los síntomas que aparecen al principio de la enfermedad no son característicos. Puede suceder que tampoco los signos radiográficos sean típicos; pero toda observación insólita puede servir como advertencia e indicar la necesidad de hacer una exploración quirúrgica, que tal vez de resultados.

TUMORES METASTATICOS

Los tumores metastáticos de los maxilares son relativamente raros. Esto puede ser debido a que las metástasis se presentan tardíamente en la enfermedad maligna y a que raras veces se radio-

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

grafía todo el esqueleto. De ahí que las metástasis de los maxilares, de ordinario, sólo se reconocen si producen abultamiento u otros síntomas que mueven al paciente a buscar alivio, y el cirujano de la boca tiene entonces la oportunidad de dirigir la búsqueda del tumor primario. Y debe recordarse que ocasionalmente se ven varios tumores malignos.

Patogenia.—El transporte de las células del tumor puede efectuarse por los canales linfáticos. Este es probablemente el caso del labio cuando produce metástasis en el maxilar inferior. Generalmente, la vía de extensión es la corriente sanguínea. Las células del tumor entran en el hueso por la arteria nutricia y llegan al hueso esponjoso. Aquí se desarrollan lesiones secundarias, que se difunden en los espacios medulares o forman grandes nódulos que destruyen el hueso. La actividad osteolítica produce notables alteraciones macroscópicas. Con frecuencia el neoplasma encuentra puntos de salida en los agujeros naturales, pero también puede perforar la lámina cortical del hueso e invadir el tejido perióstico y los tejidos blandos de la cara.

Clínicamente los tumores secundarios de los huesos generalmente producen dolores de carácter reumatoide; pero causan otras manifestaciones neurológicas, como dolor irradiado o adormecimiento del tejido inervado por tal o cual nervio; esto es especialmente cierto en los maxilares. Los dolores se agravan progresivamente y puede haber fracturas en los huesos muy dañados. La respuesta orgánica varía grandemente; al fin sobreviene la anemia secundaria, el paciente pierde peso. Se forman metástasis en diversos órganos, que coexisten en las metástasis óseas. Con frecuencia las lesiones metastáticas del hueso producen síntomas antes de que se descubra el tumor primario; en tales casos es importante diferenciar el carcinoma metastático del carcinoma primario que se origina de los islotes epiteliales en el maxilar o que lo invade desde las estructuras vecinas.

TUMORES DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL

Casi todas las variedades histológicas de tumores que se encuentran en otras partes del cuerpo se presentan en la boca. Se forman de la mucosa bucal y de otras estructuras embrionarias y maduras que componen los tejidos blandos de la boca y que ro-

Biblioteca de Odontología U.M.S.N.H. Facultad de Odontología

dean esta cavidad. Entre ellos se incluirán las hipertrofias. Estos tumores se clasifican según su criterio histológico. Esto permite la descripción de cada variedad de tumores benignos de crecimiento lento y de tumores malignos de crecimiento rápido bajo una epígrafe, es decir, que pueden incluirse etapas de transición, y es posible la clasificación por grados, según la rapidez del crecimiento. Mientras que en el neoplasma de crecimiento lento se reconocen fácilmente las células típicas, porque han tenido tiempo de diferenciarse bien, las formas malignas suelen dar considerable dificultad para el diagnóstico, porque por lo general son de tipo embrionario y no maduran suficientemente antes de dividirse de nuevo, de modo que no alcanzan su morfosis completa y no producen sustancias intercelulares. Por esta razón suelen agruparse los tumores malignos bajo el nombre de sarcoma, aunque es evidente que las denominaciones sarcoma de células redondas y sarcoma de células fusiformes no corresponden a una realidad histológica y deben descartarse, porque indican falta de conocimiento exacto. Sin embargo, el tipo de células generalmente puede reconocerse en las partes del tumor donde hay células mejor diferenciadas por su crecimiento más lento, o cuando su naturaleza está indicada por la tendencia a la disposición o función que se ven en el tejido normal.

HIPERPLASIAS
(EPULIS GRANULOMATOSO Y EPULIS FISURADO)

Algunos de los tumores más comunes en la boca no son verdaderos neoplasmas, sino hiperplasias localizadas de la encía o de la mucosa. Generalmente su verdadera naturaleza es fácil de reconocer; pero se ven tumores malignos que tienen la apariencia general de hiperplasia; y si el tejido es extirpado incompletamente, sin examen histopatológico, el tumor recurrente puede ser indominable cuando se identifica, ya por la extensa infiltración del tejido subyacente, ya por haber causado metástasis en los ganglios linfáticos regionales. En otros casos, una hiperplasia de larga duración puede perder su carácter inflamatorio por desaparición de células inflamatorias y aumento de fibras de colágeno, y entonces no puede diferenciarse fácilmente de un fibroma.

Patogenia.—La irritación mecánica es la causa más común de estas reacciones. Con frecuencia la encía está sujeta a repetidas

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

lesiones por los bordes agudos de un diente cariado, las rebabas de una obturación o cálculos subgingivales, por no referir el traumatismo causado por dentaduras que no ajustan bien. El tejido de granulación que crece de la herida de una extracción a causa de una punta de hueso o de un pequeño secuestro, con frecuencia conduce a la apariencia de un tumor central maligno que sale del alvéolo. Hay otra hiperplasia que suele atribuirse a las dentaduras de mala construcción, cuando en realidad la atrofia del hueso alveolar es la causa de que la prótesis ajuste mal.

La hiperplasia es causada por la cámara de succión o cámara de vacío de una dentadura. Las hiperplasias bucal y lingual son causadas por morderse el carrillo durante la masticación o por introducir la mucosa en un espacio desdentado, haciendo succión. La hiperplasia aparece más especialmente si los dientes de cada lado del espacio están cariados o contienen obturaciones rugosas.

Sintomatología.—Hay diversas hiperplasias típicas de la boca, que aparecen en sitios particulares y tienen formas diferentes, y por ello se describen bajo nombres especiales.

Epulis granulomatoso.—Puede formarse de la herida de una extracción; al principio es una masa muy delicada de tejido de granulación rojo o amarillo. Después, cuando cubre completamente de epitelio, cambia de aspecto y se convierte en pólipo pedunculado con superficie rosada. Estos tumores tienden a reproducirse después de su extirpación, a menos que se elimine la causa, que puede ser una punta ósea o un fragmento de diente fracturado.

También puede formarse en una apófisis desdentada, especialmente si se usa una placa dental sobre una punta rugosa de hueso o si hay un fragmento de diente retenido debajo de la encía. Generalmente se convierte en un pequeño tumor globular pedunculado, que puede estar algo aplastado por la presión de la dentadura.

Hiperplasia gingival.—En la encía, la hiperplasia toma la forma de pequeñas masas esféricas de tejido cubierto de epitelio. Pueden llegar a tener el tamaño de un chícharo o de un frijol, y generalmente se extienden desde una papila interdental. A veces llenan el espacio creado por dientes cariados o se extienden desde la papila en la cara externa o interna de los dientes. Los tumores con frecuencia están pedunculados; por lo general, son blandos y de color rojo, debido a su gran vascularidad. Su superficie está

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

cubierta por una capa de epitelio que se lesiona fácilmente y ocasiona hemorragia considerable. El tumor se hace más firme con la edad y los caracteres inflamatorios desaparecen gradualmente. Entonces el epitelio de la superficie semeja epitelio normal y el estroma es menos vascular. Se hace firme y no sangra tan fácilmente como el épulis granulomatoso cuando se lesiona. A veces se reproducen después de la extracción extirpación y crecen hasta alcanzar gran tamaño.

Hiperplasia areolar.—Se produce tanto en el maxilar superior como en el inferior. En las bocas desdentadas puede presentarse en forma múltiple o como épulis fisurado, con pliegues bífidos de tejido, y entonces la placa ajusta en el surco. En el fondo del surco puede haber ulceración. Estas hiperplasias comienzan a veces en una llaga; después se extienden y cubren completamente la periferia exterior de la dentadura, y con frecuencia se forman varios pliegues. Siendo su desarrollo lento y de existencia larga, generalmente no tiene carácter inflamatorio muy marcado y no están sujetas a lesiones y hemorragias como las lesiones antes descritas.

Hiperplasia palatina.—Es una forma de hiperplasia causada por la cámara de succión de la dentadura. Puede ser sésil y consistir en una masa lobulada de tejido rojizo o puede estar compuesto de nódulos múltiples.

TUMORES DEL EMBARAZO

Patogenia.—La gingivitis del embarazo se presenta en algunas mujeres embarazadas aproximadamente al segundo mes de gestación. Es una hiperplasia gingival, que en casos extremos ocasiona tumores pedunculados que se forman de las papilas gingivales. Estos tumores se deben a la estimulación del crecimiento por la actividad hormonal asociada con el embarazo. La gingivitis del embarazo no se debe a un factor etiológico único, sino que la causa inmediata parece ser la mengua en la utilización de estrógenos o una modificación del metabolismo de los estrógenos.

Sintomatología.—Son cuerpos esféricos de color rojo intenso o rojo azulado, generalmente adheridos por un pedículo a la papila gingival. Comunmente hay varios, y pueden crecer hasta cubrir los dientes completamente. Se presentan tanto en el lado lingual como vestibular y sangran con facilidad. Es probable que

Biblioteca de Odontología U.M.S.N.H. Facultad de Odontología

estos tumores se reproduzcan después de la extirpación, aunque se cautericen; pero a veces desaparecen espontáneamente después del parto.

TUMOR PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES (EPULIS DE CELULAS GIGANTES)

El tumor periérico de células gigantes es el homólogo de la forma central descrito anteriormente, y en la actualidad se le conoce con el nombre de granuloma de reparación de células gigantes. Ambas formas aparecen en el hiperparatiroidismo, y es importante que los tumores solitarios de células gigantes, que recaen en el esqueleto normal, sean diferenciados del tipo múltiple.

Patogenia.—El origen neoplástico de este tumor es puesto en duda por muchos escritores. Algunos creen que sea, como la forma central, un tejido vascular de reabsorción relacionado con la eliminación de los restos de las extravasaciones, y ciertamente la hemosiderina se encuentra abundantemente en todos los cortes de tales tumores.

Sintomatología.—Suele formarse en la encía alveolar, y por eso se llama épulis de células gigantes. Puede ser sésil o pedunculado y se encuentra más frecuentemente en la parte externa que en la cara lingual del alvéolo. Las tumefacciones son de color rojo o purpúreo y algunas veces están ulceradas si se lesionan durante la masticación.

El tumor es indoloro y de consistencia firme, pero muy vascular. El color no se altera con la presión; pero la hemorragia no es rara si la lesión recibe un traumatismo. El tumor crece rápidamente y puede causar reabsorción del hueso por presión en el alvéolo. Con frecuencia penetra en las raíces de los dientes, las cuales son separadas por efecto de la presión que ejerce el tejido en crecimiento.

Generalmente el hueso no está afectado. Si bien el tumor puede reproducirse, si se extirpa completamente no forma metástasis, aunque se presentan formas malignas.

FIBROMA

Es un tumor típicamente benigno, frecuentemente en la boca.

Patogenia.—Generalmente se forma de las capas profundas de la mucosa o del periostio de los maxilares y aún puede formar-

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

se de la membrana periodontal. Semeja la etapa terminal de una hiperplasia inflamatoria.

Sintomatología.—Es un tumor bien definido; puede ser sésil o pedunculado, de consistencia blanda o firme. Por lo tanto, se distinguen fibromas blandos y duros. Los primeros son de color rojizo y los segundos están cubiertos por un epitelio pálido y liso. El tumor crece muy lentamente y por lo general tiene duración de varios años. En algunos casos se queda tan pequeño como un chícharo; pero en otros se desarrolla hasta alcanzar un tamaño muy grande.

El fibroma pedunculado, que forma una masa esférica lisa o nodular y que nace de la papila gingival, puede tener síntomas de inflamación. Otros lugares en que recae el tumor son el carrillo, especialmente el área de unión de la parte mandibular y la maxilar, el paladar y el labio.

Los fibromas no causan incomodidad; pero pueden dificultar el habla o la masticación. Los fibromas están expuestos a constante irritación y entonces se ulceran. Se cree que esto acelera el crecimiento del tumor y la invasión del tejido subyacente, transformando el tumor benigno en fibrosarcoma.

FIBROSARCOMA

Es un tumor raro. En la forma periférica se produce en la parte del maxilar cubierta por la piel. En la cavidad bucal nace del periostio alveolar o de la membrana periodontal.

Patogenia.—Se forma de la capa externa del periostio o de la parte cervical de la membrana periodontal. Si se desarrolla rápidamente, las células no tienen tiempo de madurar y no forman fibras de colágeno. En los tipos de crecimiento lento pueden producirse fibras de fibroglia; el tumor no contiene células osteógenas, y si contiene hueso se debe a la reacción del periostio.

Sintomatología.—El fibroma subcutáneo que se forma en los maxilares se presenta generalmente en los niños. Se forma en la barba y más frecuentemente en el ángulo del maxilar. En algunos casos el hueso está invadido, ocasionando un extenso defecto osteolítico.

El fibroma puede formarse también de la parte externa de la cápsula de la articulación mandibular. Los tipos intrabucales de fibrosarcoma se ven más frecuentemente en pacientes de más edad.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

El tumor intrabucal forma lesiones ulceradas irregulares, generalmente en la apófisis alveolar, que crecen con rapidez. Se desarrolla con una base ancha, está firmemente adherido y es de consistencia tensa, elástica y dura. Es de color rojo o rojo azulado, y sangra con abundancia por los traumatismos. A medida que se dilata toma forma lobulosa, y adquiere tal desarrollo que la lengua es empujada a un lado o el paladar está completamente lleno de la masa del tumor, el tumor generalmente está cubierto de úlceras. Si los dientes son invadidos sufren cambios de posición y se aflojan, y se extraen, el tumor crece más rápidamente.

El seno maxilar causa dilatación de las paredes óseas si está afectado por fibrosarcoma. Después el tumor rompe hacia la nariz y los tejidos blandos de la cara. Puede producirse exoftalmos, así como asimetría facial por abultamiento bajo la piel intacta. Los dolores vagos y la neuralgia dental son a veces síntomas tempranos, especialmente si el tumor causa presión. La parestesia del labio no es rara, y acaso el paciente nota pesadez en la cara.

El fibrosarcoma de crecimiento lento suele ser encapsulado; pero el muy maligno puede invadir el hueso en tal grado que no es posible distinguirlo del tipo central. El pronóstico es desfavorable si el tumor ha progresado notablemente, pues entonces hay peligro de reproducción local y de metástasis. Es importante hacer un examen general en el caso de tumor maligno; debe sacarse una radiografía de tórax. El resultado final es decaimiento de la salud, pérdida de peso, fiebre, dolor de cabeza, caquexia maligna y demacración.

Examen radiográfico.— El tumor periférico, a menos que sea muy grande, da poco más resistencia radiográfica que el tejido normal. A pesar de todo, es reconocible si la exposición se hace correctamente. En ocasiones se ven espículas de hueso metablástico que brotan del hueso y penetran en el tumor. En los tumores muy malignos hay síntomas de osteolisis y considerable invasión del hueso.

ANGIOMA

Es un tumor compuesto de vasos sanguíneos o de vasos linfáticos. Existen las siguientes variedades:

Nevo vascular.

Patogenia.—El nevo vascular o nevo materno se encuentra en

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

la vecindad de las fisuras embrionarias (hemangioma fisural), y por eso se cree que es debido a desplazamientos congénitos. Los nevos congénitos con frecuencia son hereditarios. Todavía no se ha determinado claramente su derivación celular.

Sintomatología.—Es bastante frecuente en la piel de los labios y en el carrillo. La forma plana del nevo vascular es plana o sólo ligeramente elevada y de forma difusa irregular. Se llama nevus flammeus por su color rojo brillante, debido a que la sangre corre con bastante rapidez a través del tumor. Otra forma, el nevo hipertrófico, es un nevo vascular más celular. El crecimiento prolífico de las células endoteliales puede borrar la luz de los vasos sanguíneos. Como es menos vascular, el color es azul pálido gris; es menos comprensible que el tipo vascular. Ambos tipos se observan frecuentemente al nacimiento o poco después, y entonces son muy pequeños; pero pueden alcanzar tamaño considerable en poco tiempo.

El nevo venoso tiene color púrpura obscuro y está cubierto de piel nodular áspera. A veces afecta grandes partes de la cara, pero nunca cruza la línea media. No es un verdadero hemangioma, sino una telangiectasia que contiene cantidades variables de pigmento.

HEMANGIOMA

Es un tumor frecuente que se presenta en cualquier parte de la boca, especialmente en la lengua.

Etiología.—Se forma de rudimentos endoteliales o del endotelio de los vasos sanguíneos. Se forman nuevos vasos en forma de capilares o espacios cavernosos, y de ahí la división en hemangiomas capilares y cavernosos.

Sintomatología.—Puede ser congénito o de formación ulterior. Los congénitos alcanzan a veces un tamaño considerable. Al nacimiento suelen ser pequeños y con frecuencia no se notan hasta que se abultan o cuando se lesionan, y entonces se presenta una hemorragia. Con el tiempo, algunos llegan a formar un tumor grande, que se reconoce fácilmente por el color y la pulsación. Se presenta en la forma múltiple. La expulsión de la sangre por la presión y la inmediata vuelta de la sangre cuando la presión cesa constituyen un signo diagnóstico. El color varía de rojo claro a púrpura intenso. En el labio y en el carrillo, el hemangioma forma a veces una pequeña vesícula lisa morada que aumenta gradualmente

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

de tamaño. En la lengua causa a menudo una formación globular; en otros casos el tumor se forma en el tejido profundo del labio, del carrillo o de la lengua. En el paladar blando, el hemangioma puede alcanzar un tamaño considerable. Al principio sólo produce una ligera alteración azulada del color de la piel; su carácter invasor lo hace sustituir el tejido de la parótida y su curso clínico maligno contribuye a la gravedad de esta afección. En el examen microscópico no parece ser maligno. Los hemangiomas son tumores benignos, si bien alguno que otro invade el hueso subyacente. La extensión en el tejido blando y en el hueso se produce a lo largo de los vasos sanguíneos que pasan del tumor al lecho en que se asienta.

El hemangioendotelioma crece por infiltración del tejido que lo rodea, y no sólo tiene propiedades distintivas locales, sino que también forma metástasis cuando existe durante mucho tiempo o cuando es constantemente irritado. No se reconoce con facilidad, pues no tiene la apariencia de un tumor vascular. Sin embargo, se desarrolla con lentitud y las metástasis tardan en aparecer.

Examen radiográfico.—En los tumores de tejido blando no sirve el método radiográfico; pero si el hemangioma se forma en el borde alveolar de los maxilares probablemente se hallará osteólisis, señal de invasión del hueso. El angioma central de los maxilares da un aspecto radiográfico característico. Si hay flebolitos, aparecen como cuerpos radioopacos pequeños, redondos y bien definidos.

LINFANGIOMA

Se forma del endotelio derivado de los vasos linfáticos.

Patogenia.—Se forma de las células endoteliales que revisten los vasos linfáticos, en forma semejante a los hemangiomas. Los espacios endoteliales, en vez de contener sangre están llenos de líquido seroso.

Sintomatología.—Se presenta principalmente en la lengua, pero también se le ve en los labios y en el paladar. El de la lengua suele ser de origen congénito. Puede ser pequeño y circunscrito. En otros casos causa notable agrandamiento de la lengua y llega a producir en ella una superficie nodular cubierta de vesículas diseminadas de color gris rosado. La macroglasia de los niños suele ser causada por el linfangioma.

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y MUCOSAS

Los tumores de las glándulas salivales y mucosas afectan principalmente las glándulas salivales mayores; pero pueden formarse de las glándulas mucosas del paladar, el labio o la mucosa bucal. También pueden encontrarse como tumores centrales en los maxilares.

Patogenia.—La abundancia de tejido glandular en la submucosa del carrillo y en la mucosa del paladar es la causa de predilección intrabucal de este tumor.

Las glándulas salivales menores, que forman tumores intrabucales, son de gran interés para el cirujano de la boca. Los lugares más comunes en que se asientan son el paladar duro y el paladar blando; pero también pueden afectarse la mucosa bucal y el labio, aunque con menor frecuencia.

El paladar duro y el paladar blando son los lugares favoritos. El tumor puede ocupar el centro de la bóveda; pero cuando se hace un examen cuidadoso se encuentra que tiene un pedículo por el que se adhiere a un lado. En la mayoría de los casos el tumor nace en el lado debajo de la mucosa palatina alveolar, y puede formar una masa nodular sésil o distintiva.

El tamaño varía desde el de una almendra hasta el de un huevo de paloma. Algunos están encapsulados y pueden extirparse fácilmente; otros están situados profundamente e invaden extensamente la submucosa y hasta penetran en el foramen palatino anterior, o desde el paladar duro hasta el paladar blando. Raras veces hay dolor; los pacientes pueden tener un tumor mixto durante varios meses sin advertirlo. La mucosa que los cubre puede tener apariencia normal; generalmente es un poco pálida, y a la palpación el tumor puede ser firme y de consistencia semejante al caucho, o fluctuante. Esto suele llevar al diagnóstico de absceso palatino y a hacer una incsión para drenaje, y entonces se descubre que no hay pus. En otros casos se forma una pequeña úlcera en la mucosa adelgazada, y la irritación de los alimentos duros causa incomodidad. Esta incomodidad suele ser el primer síntoma que advierte el paciente.

Por regla general, si la lesión es benigna no invade el hueso. Pero en muchos casos se forma una profunda depresión en el hueso alveolar debido a la reabsorción causada por el tumor en ex-

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

pansión. Frecuentemente hay invasión de la cápsula y tendencia a extenderse al paladar blando.

Los tumores palatinos muestran gran variedad en su constitución histológica. En todas las variedades hay tumores benignos, semimalignos y malignos. Los tumores malignos infiltran el hueso e invaden la nariz o el antro.

El paladar blando suele ser también asiento de un tumor mixto.

La mucosa bucal es la que se afecta con menor frecuencia, aunque en este lugar puede formarse el tumor de las glándulas mucosas de la boca.

El labio puede dar también origen a los tumores mixtos. Aunque se forman mucoceles más frecuentemente de las glándulas labiales en el labio inferior, los tumores mixtos son más comunes en el superior.

PAPILOMA

Los papilomas son tumores epiteliales que se presentan ya sea como excresencias blandas de la superficie de la mucosa o como verrugas duras cornificadas en áreas de epitelio ectodérmico afectado por queratosis progresiva. Se presentan como lesiones únicas o múltiples. Cuando una área grande está cubierta por lesiones únicas múltiples, son en realidad hiperplasias la designamos con el nombre de papilomatosis.

Patogenia.—Muchos papilomas, únicos o múltiples, son en realidad hiperplasias inflamatorias causadas por irritación crónica. Otras lesiones son tumores verdaderos. Distinguimos papilomas blandos y papilomas duros. El blando es la proliferación de epitelio escamoso. Generalmente es pedunculado, y como forma pliegues, cada uno de los cuales se engruesa y se convierte en un lóbulo, resulta un conjunto en forma de coliflor; los papilomas duros en la cavidad bucal se presentan en áreas de leucoplasia avanzada. Se producen por amontonamiento progresivo de epitelio queratinizado.

Sintomatología.—Como los papilomas son lesiones potencialmente malignas, debe hacerse un examen muy cuidadoso.

La hiperplasia papilar inflamatoria se ve más comunmente en el paladar, particularmente en la parte cubierta por la cáscara de vacío de una dentadura artificial. En algunos casos es una lesión

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

papilomatosa grande y pedunculada que se introduce en una depresión de la mucosa cuando se usa dentadura; pero cuando ésta se quita se ve el tumor adherido a la membrana del paladar por un pequeño pedículo. En otras partes de la boca se forman lesiones hiperplásicas con pliegues que algunas veces tienen caracteres papilomatosos; pero su verdadera naturaleza se reconoce fácilmente, aunque también son causados por irritación de una dentadura mal ajustada. En otros casos todo el paladar puede estar cubierto por múltiples papilas agrandadas difusas, que pueden verse mejor cuando se limpia la boca de secresiones y se aplica una corriente de aire en la superficie; esto hace que se separen. Si el paciente se abstiene de usar la dentadura para alivar la presión, las papilas se hacen más prominentes porque la impactación del aliento tiende a aumentar la inflamación. En la estomatitis nicotínica se ven con frecuencia formaciones seudopapilares en el paladar de los pacientes que no usan dentaduras o en las partes no protegidas por una dentadura. Esto se debe a la formación de pequeños quistes en los conductos secretorios de las glándulas mucosas del paladar, y generalmente están asociados con hiperqueratosis.

Los papilomas verdaderos no siempre se diferencían fácilmente de las lesiones inflamatorias. El papiloma es una lesión neoplástica.

El papiloma blando es generalmente pedunculado; pero no son raros los papilomas adheridos a una base ancha. Otros son fofos y se adaptan a las condiciones del espacio durante la masticación, y por regla general, no causan molestias.

El papiloma duro forma una proyección cornificada o una aglomeración de pliegues, fofos en forma de coliflor. Su tamaño varía desde el de un chícharo al de una avellana. Se presentan en el paladar blando y la uvula, en la mucosa del carrillo cerca de la comisura, en los labios y la lengua. Los pacientes con frecuencia se quejan de un área dolorida en la parte posterior a un lado de la lengua. Aquí las papilas foliares forman proyecciones que pueden ser confundidas por los que no están familiarizados con la anatomía de la lengua, con papilomas o cáncer, especialmente si están inflamadas a causa de irritación o infección. El papiloma duro es un obstáculo que incomoda al paciente, sobre todo si es múltiple. Esto ocurre en los papilomas blandos pedunculados que

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

han sufrido hiperqueratosis y en las verrugas que se forman en área de leucoplasia. Los papilomas duros no deben tomarse como verrugas comunes de la piel que son de naturaleza infecciosa.

Los papilomás múltiples se presentan también en el paladar. Son prolongaciones pequeñas, firmes, redondas y sésiles, que generalmente se asientan en la cámara de vacío de una dentadura. Son hiperplasias epiteliales con señales de inflamación crónica.

Pronóstico.— Las opiniones varían con relación a la malignidad. Algunos creen que el tumor es enteramente benigno, aunque muestra tendencia a reproducirse después de su extirpación.

CARCINOMA DE LA BOCA

El carcinoma es una de las causas más importantes de la muerte.

En la cavidad oral el carcinoma se presenta como lesión primaria. El carcinoma puede invadir el hueso desde los sitios primarios de la mucosa: desde la lengua, la nariz y el seno maxilar. En casos raros se presenta entre los huesos como tumor primario o como formación metastásica.

Patogenia.— La literatura que trata de la investigación del cáncer es voluminosa. Algunos investigadores buscan un factor etiológico. Otros dedican principalmente sus esfuerzos a dominar la enfermedad. No es posible incluir ni siquiera extractos de los artículos más importantes. Los factores de significación respecto de la etiología del carcinoma son como sigue:

Factores intrínsecos.— Se cree que hay factores intrínsecos que predisponen al cáncer. Ciertos individuos son susceptibles y otros inmunes.

Existen pruebas considerables de que ciertos individuos con resistencia al cáncer no desarrollan fácilmente el carcinoma aun en presencia de factores extrínsecos; en los animales resistentes una herida sólo produce una cicatriz; pero en los animales susceptibles los tumores del pecho resultan fácilmente de una lesión. Por lo tanto, la inmunidad existe, pero su naturaleza no es clara todavía. Cuando sepamos detener el crecimiento y conozcamos los factores que influyen en la diferenciación podremos empezar a dominar la enfermedad.

Factos extrínsecos.— La producción de carcinoma experimental depende de factores exógenos, tales como irritación mecánica

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

química y térmica. La irritación crónica también está comunmente asociada con la enfermedad maligna en el hombre. Existe la creencia general de que la enfermedad maligna es precedida por alguna lesión precancerosa. Algunos llegan a decir que "sin inflamación previa el cáncer no existe". En la boca son muy comunes las lesiones causads por irirtación crónica. Como ejemplo, basta mencionar el efecto del exceso de fumar. Además, hay el efecto de factores profesionales, como ocurre en los limpiadores de chimeneas, trabajadores de la parafina y los que están expuestos a los rayos ultravioleta o a los rayos X.

La leucoplasia, hiperqueratosis sifilítica y queratosis sénil deben ser consideradas como lesiones precancerosas, especialmente si hay disqueratosis en el espécimen. Dichas lesiones presentan figuras de mitosis en la capa de células espinosas, y algunas veces tienen aspecto normal. Si además hay invasión del tejido subyacente debe hacerse el diagnóstico franco de malignidad.

La hipertrofia de la encía, los papilomas blando y duro, y otros tumores benignos suelen agruparse como lesiones precancerosas. Sin embargo, debemos hacer notar que estas lesiones se ven casi todos los días mientras que la transformación maligna se observa muy raramente, o casi nunca. La inflamación crónica puede predisponer el tejido al crecimiento continuo; pero hay una diferencia enorme entre la proliferación inflamatoria del epitelio y el crecimiento desenfrenado y heterogéneo del cáncer. Debemos tener presente que hay una diferencia entre un cáncer inicial asociado con irritación crónica y una lesión grande irritada por un diente de bordes desgarrados.

En resumen, en el problema de la patogenia podemos considerar los siguientes puntos:

1. El carcinoma puede presentarse en bocas bien cuidadas, sin estar relacionado con inflamación crónica.
2. El carcinoma puede presentarse sin estar precedido de lesiones precancerosas.
3. Cuando se presenta en el tejido afectado por inflamación crónica puede desarrollarse allí porque la irritación crónica predispone a la localización. Pero es muy difícil diferenciar clínicamente una lesión inflamatoria crónica pequeña de un cáncer inci piente.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

4. Aunque se acepte la opinión de que todas las lesiones inflamatorias crónicas son precancerosas, debemos extirparlas tan pronto como sea posible, con criterio profiláctico, por inocente que parezca la lesión, sobre todo si el paciente ha alcanzado la edad del cáncer. La extirpación debe extenderse hasta el tejido no afectado con un margen de seguridad, y debe seguir inmediatamente un tratamiento de coagulación. Todos los ejemplares extirpados deben enviarse al histopatólogo para su diagnóstico.

Clasificación.— Los caracteres histológicos sirven para clasificar el carcinoma. La diferenciación histopatológica es de gran importancia, porque sirve para separar grupos de esta enfermedad que muestra variaciones en el curso clínico y en el pronóstico. Podemos distinguir: 1) carcinoma de células basales de la piel y mucosa bucal; 2) carcinoma de células escamosas; 3) carcinoma de células cilíndricas; 4) carcinoma de células de transición; 5) adenocarcinoma, y 6) melanoma maligno.

Además el grado de diferenciación celular en cada grupo sirve para graduar el cáncer individual con objeto de indicar su rapidez de crecimieto, probabilidades de reproducción y peligro de metástasis. La siguiente clasificación es la de Broders:

Grado 1 (tipo de crecimiento lento). "La diferenciación varía desde casi ciento por ciento al 75 por ciento, y la no diferenciación del cero al 25 por ciento".

Grado 2. "Un carcinoma en el cual la diferenciación varía del 75 al 60 por ciento y la no diferenciación del 25 al 50 por ciento".

rado 3. "Carcinoma en el cual la diferenciación varía del 50 al 25 por ciento".

La alta diferenciación está indicada por la tendencia a la especialización y a la realización de la función normal. Un carcinoma epidermoide altamente diferenciado produce queratina, y en los tumores de grado 2 y 1 generalmente encontramos numerosas perlas queratinizadas. Un carcinoma de células basales muy diferenciado produce células normales de la membrana basal del epitelio ectodérmico. Un adenocarcinoma tiende a formar voluminosas estructuras que producen moco y sustancia coloide. La diferenciación baja está indicada por la presencia de células de tipo embrionario y muchas figuras de mitosis.

En general puede decirse que los grados 1 y 2 con cánceres de crecimiento lento que se desarrollan hasta formar tumores volu-

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

minosos. No forman metástasis tempranamente, y el pronóstico es favorable. El tratamiento más efectivo es la extirpación. Los grados 3 y 4 son cánceres de desarrollo rápido que con frecuencia se funden peligrosamente cuando se tratan por los rayos X. Forman pronto metástasis, cualquiera que sea el tratamiento, y pueden reproducirse en la vecindad de la lesión prmaria o a distancia, por diseminación linfática a los glangios regionales o por transplantación sanguínea a los órganos mayores.

CARCINOMA DE LAS CELULAS BASALES DE LA PIEL

Tiene su mayor frecuencia en la piel, especialmente en la de la cara. Es mucho menos maligno que las otras formas de cáncer.

Patogenia.— Se forma exclusivamente de las células basales, de la capa de Malpigio, de la matriz del pelo, de las glándulas sebáceas y sudoríparas y de las células basales epidérmicas. Las figuras de mitosis son muy raras, excepto en las formas de crecimiento más rápido. Ciertos tumores forman largas fibrillas que recuerdan la formación del tallo del pelo; éstos se llaman carcinomas de matriz pilosa. Otros son de tipo adenoide y reproducen glándulas dérmicas; éstos con frecuencia, son múltiples y se forman en el cuero cabelludo. Sus conductos se dilatan y forman quistes o se desarrollan en adenocarcinoma de poca malignidad.

Sintomatología.— Es un tumor que no sólo varía histológicamente del carcinoma epidermoide, sino que forma una variedad clínica distinta. Es un tumor relativamente benigno, que crece con lentitud en dirección periférica y por eso se llama úlcera roedora. Los sitios más comunes son el carrillo, la nariz, el parpado y la oreja. El labio superior es con frecuencia afectado; pero la ocurrencia en el labio inferior es rara. Ocasionalmente el carcinoma de células basales se forma en el borde de un carcinoma epidermoide del labio. El carcinoma de células basales, aunque de poca malignidad, está hecho de células relativamente poco diferenciadas, que responden bien a la irradiación. Raras veces forma metástasis en los ganglios linfáticos; pero puede infiltrar al hueso y destruir la nariz. También invade el seno maxilar y la mandíbula.

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

Es el cáncer bucal más común. También se conoce como car-

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

cinoma epidermoide, pues el epitelio bucal es de origen ectodérmico.

Sintomatología.— Se presenta principalmente en los siguientes sitios: labios, carrillo, encía alveolar, paladar, lengua y suelo de la boca.

Carcinoma del labio.— El carcinoma es más frecuente en el labio inferior que en el superior y más común en los hombres, en la proporción de nueve a uno. La enfermedad ocurre principalmente en pacientes de cuarenta a sesenta años de edad; pero se ve alguno que otro caso en la tercera década. En las comisuras es casi dos veces más difícil de dominar que en otras partes de los labios.

La queratosis sénil y la llamada quemadura del fumador son, con frecuencia, alteraciones que anuncian la enfermedad. La lesión forma una capa córnea engrosada, adherente, de color gris o amarillo pardusco, situada en la parte de transisión del labio, generalmente cerca del borde cutáneo. La lesión puede estar bien delineada, y aun elevada en forma de verruga, o puede no tener un límite definido. Cuando la lesión forma eminencia o cuando los tejidos subyacentes se han endurecido, el carcinoma de células basales se ha empezado a formar.

Las lesiones papilar y verrugosas son muy frecuentes; estas últimas, principalmente, en las áreas de leucoplasia. Las lesiones verrugosas son elevadas y crecen lentamente, pero al fin invaden el tejido subyacente. El carcinoma papilomatoso blando (carcinoma fungoso) es una forma rara en el labio.

Las lesiones ulcerosas se desarrollan de pequeños nódulos en el borde cutáneo y partes de transición del labio. El tejido canceroso pronto invade la submucosa y forma ulceraciones superficiales. Estas producen una exudación clara que forma costras, las cuales, dejan expuesta una superficie sangrante. La úlcera puede extenderse en anchura y en profundidad. Forma un cráter de margen céreo con pequeñas excresencias, como verrugas, alrededor.

En el carcinoma avanzado el labio engruesa mucho y se inmoviliza. Con frecuencia hay reacción inflamatoria. El paciente come con gran dificultad y siente dolor cuando mueve el labio. El detrito necrosado que se junta en la úlcera causa olor desagradable.

Los grados muy malignos (grado 4) son casi desconocidos. Los casos más comunes son los grados 1 y 2; crecen lentamente y forman tumores voluminosos, que quedan localizados hasta durante

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

un año, mientras que el grado 3 causa metástasis tempranas en los glangios linfáticos submaxilares y submentonianos y también en los ganglios cervicales. La mandíbula puede invadirse por extensión directa o por metástasis.

Carcinoma de la mucosa bucal.— La mucosa bucal es, con frecuencia, asiento de lesiones producidas por traumatismo de origen dental. También es un sitio común de leucoplasia. De superficies pequeñas de aspecto inocente puede desarrollarse el cáncer en forma de pequeño nódulo de la submucosa, hecho de cordones de tejido canceroso. Este nódulo se palpa colocando un dedo dentro de la boca y el otro en la superficie externa del carrillo. Más tarde puede formarse una lesión exofítica. Cuando el nódulo es más grande, su superficie se destruye y se forma una úlcera en forma de cráter, como en el carcinoma epidermoide de grado 3. En casos de leucoplasia se forman canceres papilares en forma de verrugas. En otros casos se forman lesiones planas de nódulos múltiples ligeramente elevados, semitranslúcidos, o una fisura muy profunda.

El tumor puede ser de moderada malignidad, pero con frecuencia es de grado 3 y de crecimiento rápido, y cuando se quita forma una nueva lesión secundaria más atras. Hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales y a veces son invadidas las glándulas salivales submaxilares.

Carcinoma de la encía alveolar.— Este es un tipo clínico importante, porque el maxilar es frecuentemente invadido. En este sitio son comunes las lesiones inflamatorias por falta de aseo o por irritación dental, lesiones que probablemente no se transforman en carcinoma; pero el carcinoma puede formarse ocasionalmente en tejido inflamatorio lo mismo que en normal. Con frecuencia los que no están familiarizados con los signos de malignidad sólo ven una hipertrofia inocente y tratan el cáncer con nitrato de plata o extirpación incompleta, lo que invariablemente causa la reproducción y aceleración en el crecimiento. Los dientes, que se han aflojado por destrucción del hueso alveolar invadido por el cáncer, son extraídos por nosotros, y sólo al ver que la herida no cicartiza y la mucosa afectada forma un tumor velumino so ulcerado se piensa en el carcinoma y se aconseja la biopsia. Así se pierde un tiempo precioso, y cuando por fin, se establece el

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

diagnóstico quizá ha pasado el mejor tiempo para el tratamiento afortunado.

El carcinoma de la encía puede formar una úlcera de margen levantado, indurado, con muchos nódulos. En otros casos forma un tumor voluminoso que lentamente forma una gran masa ondulante; si ésta se encuentra en el lado lingual del maxilar inferior empuja la lengua a un lado. Cuando se presenta en el lado externo de los maxilares produce deformación facial. Estos cánceres son generalmente de grados 1 y 2 y tardan en formar metástasis. Tanto en el maxilar con dientes como en el desdentado el carcinoma puede tener el aspecto de una hiperplasia causada por prótesis, como se ve con frecuencia en la encía areolar. Puede no haber ulceración, y por eso raras veces se piensa en la malignidad. A menudo se ve cornificación de la superficie de la lesión. El carcinoma puede tener el aspecto de una hiperplasia causada por prótetoda la mucosa de la apófisis alveolar es rara.

En el carcinoma de la encía los ganglios linfáticos no se invaden tan tempranamente como en el cáncer del labio, carrillo y lengua; pero con mucha frecuencia si se ha usado la terapéutica por irradiación, el maxilar se afecta con mucha frecuencia por necrosis por irradiación. No es rara la fractura patológica.

Carcinoma del paladar.— El carcinoma de células escamosas se presenta con frecuencia en el paladar duro, en el paladar blando y en la úvula. Es raro que estos sitios sean afectados por expansión secundaria. El tumor generalmente forma una úlcera que puede perforar el paladar o formar una lesión nodular que a menudo está indurada.

El examen radiográfico puede revelar que el alvéolo y el paladar están invadidos y que hay extensa destrucción de hueso. Los tumores grandes de tipo infiltrante pueden invadir el seno maxilar. El cáncer del antro puede nfiltrar la apófisis alveolar de la maxila y causa expansión y abultamiento del maxilar. Con frecuencia es difícil averiguar el origen, y en los casos muy avanzados el tumor forma una masa grande que invade el hueso, cavidad del antro, celdillas etmoidales y nariz. Los dientes se aflojan y causan dolor de tipo neurálgico.

Carcinoma del suelo de la boca.— El cáncer puede empezar como una pequeña área queratinizada, que después se destruye y forma una úlcera. De esta úlcera, el tumor se extiende pronto al

Biblioteca de Odontología U.M.S.N.H. Facultad de Odontología

tejido subyacente; se disemina rápidamente en el tejido areolar de la submucosa, las glándulas mucosas sublinguales y los músculos. En otros casos el cáncer se presenta en forma papilomatosa. Puede causar extensa invasión, y el cáncer del suelo de la boca no es muy diferente del carcinoma de la base de la lengua.

La carúncula salival es un sitio favorito para la formación del carcinoma de células escamosas. Primero causa un agrandamiento y después induración al afectarse el tejido que está debajo. Las glándulas sublinguales pueden estar invadidas. Debe recurrirse al examen radiográfico para eliminar la presencia de un cálculo salival, que algunas veces causa un agrandamiento semejante de la carúncula.

Carcinoma de la lengua.— Es uno de los cánceres más malignos. Es más frecuente en los hombres y la relación etiológica del tabaco y la sífilis es importante. Deben inspirar sospechas las siguientes afecciones: glositis crónica con hipertrofia y fisuras, leucoplasia (especialmente si hay formaciones papilares), lengua atrófica (síndrome de Plummer—Vinson), papilomas blandos de varios tipos y úlceras crónicas de larga duración.

El carcinoma de la lengua puede ser una masa fungosa o una lesión infiltrane que se ulcera. Se forma comunmente en los lados de la lengua; es poco frecuente en la punta y el dorso. El tipo más común de la lesión se forma en áreas de leucoplasia que contengan formaciones papilomatosas o grietas. Se le reconoce por la induración nodular. En otros casos está asociadocon ulceraciones de la superficie. Puede haber marcada atrofia de las papilas en presencia de sífilis; esta combinación, de pronóstico extremadamen te grave, ocurre aproximadamente en el 21 por ciento de los cánceres de la lengua. El tipo fulminante papilar forma un tumor abul tado. La lesión invasora puede infiltrar el suelo de la boca, lo que se traduce en fijación de la lengua.

Hay otros tipos de carcinoma de la lengua, más o menos ocultos que raras veces se descubren tempranamente porque no dan síntomas. Estas lesiones se encuentran situadas muy atrás de la lengua, en sus porciones faríngeas, o casi completamente sepultadas en la sustancia de la parte posterior o base de la superficie ventral. En tales casos faltan los signos externos o son casi insignificantes, aunque la masa del tumor sea grande y de invasión profunda.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

Los síntomas son más notables en el carcinoma de la lengua que en otros cánceres del tejido bucal. El paciente experimenta cierta dificultad en comer y hablar, debido a la presencia del tumor en el músculo y a la presión sobre los nervios motores y aun sobre los sensitivos. El dolor es uno de los primeros síntomas y se irradia al oído, especialmente cuando el tumor está en la parte posterior de la lengua, en virtud de la anastomosis del nervio glosofaringeo (rama timpánica) con el plexo timpánico. Más tarde hay dolor en la lengua misma. El dolor puede aliviarse cortando la raíz sensitiva del ganglio de Gasser y las ramas del plexo cervical. Algunos autores recomiendan la inyección de alcohol para la eliminación del dolor de la región del trigémino. Esto no elimina el dolor de la deglución, que se ve con frecuencia en el carcinoma de la lengua; pero en muchos casos alivia al paciente de manera que no necesita morfina y puede masticar su alimento sin mucho sufrimiento.

La sospecha de un cáncer lingual oculto puede basarse en los siguientes signos:

1. Si el paciente saca la lengua muy afuera, la desvía hacia el lado de la lesión (debido a obstrucción por el tumor y parálisis incompleta del nervio motor).

2. Se ven pequeños hoyuelos, surcos, aplanamiento y otras pruebas de retracción de la mucosa.

3. A veces se descubre un pequeño defecto en la pronunciación.

4. La inspección revela una diminuta úlcera en el punto más superficial de un cáncer infiltrante.

5. La palpación hecha en forma adecuada casi siempre revela un área de induración.

6. En los casos avanzados, las hemorragias son frecuentes y se producen ulceraciones superficiales con exudado fétido.

El examen radiográfico puede mostrar invasión del maxilar inferior. La infiltración del hueso, su destrucción y sustitución por el tumor se ven claramente en la radiografía. Los ganglios linfáticos se afectan tempranamente. Son mucho más grandes que en el carcinoma del labio. Con frecuencia la invasión linfática ocurre en ambos lados, aunque la lesión sea de un sólo lado de la lengua. Esto sucede porque el sistema linfático de la lengua es muy extenso. Los ganglios submaxilares, submentonianos y cervi-

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

cales pueden estar afectados; pero el agrandamiento de estos ganglios no siempre se debe a la invasión del tumor; puede ser derivado de la inflamación.

La enfermedad es de curso más rápido que el del carcinoma del labio y termina en un año o año y medio. La caquexia, sofocación y neumonía son causas comunes de la muerte.

Carcinoma del seno maxilar.— Esta es una forma clínica común de la enfermedad. En algunos casos el tumor está localizado en el antro; pero no todos son primarios en este sitio. El seno maxilar se invade tempranamente en el carcinoma de la parte alveolar del maxilar superior, y también a consecuencia de lesiones primarias en las celdillas etmoidales y en la nariz.

El carcinoma del seno maxilar suele causar exudación purulenta mezclada con sangre. Los signos y síntomas que hacen sospechar el carcinoma del seno maxilar son: exudación, obstrucción nasal, exoftalmos y diplopia. Algunas veces, el paciente no busca tratamiento hasta que aparecen síntomas de presión o de dolor. En ocasiones el dolor es muy intenso y requiere inyección de alcohol o avulsión del nervio; en otros casos se produce anestesia o parestesia de la cara. En los casos avanzados, las paredes óseas se dilatan y finalmente se destruyen, y el tumor forma entonces un abultamiento en la región malar. Finalmente hay ulceración.

Cuando es invadida la parte bucal del maxilar superior hay abultamiento de la apófisis alveolar y del paladar. Los dientes se aflojan y la mucosa puede ulcerarse. Después que se ha extraído un diente es fácil introducir una tienta en el antro; el tumor puede desarrollarse muy rápidamente en la herida de la extracción. Las metástasis no son frecuentes, porque estos tumores suelen conducir pronto al desenlace funesto. Cuando los ganglios linfáticos se afectan, son los de la cadena cervial profunda. Se han citado metástasis a los pulmones, organos abdominales y esqueleto. Es rara la curación del carcinoma avanzado del antro.

Es difícil diagnosticar en su comienzo el carcinoma de seno maxilar. Aun el examen radiográfico puede ser engañoso, porque semeja un empiema crónico. Si se sospecha la existencia de una enfermedad maligna se recomienda la biopsia.

Metástasis de los ganglios linfáticos. Ocurren cuando las células del tumor penetran en los espacios linfáticos y pasan por los ganglios linfáticos a los ganglios regionales. Las células cancerosas

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

crecen en los senos linfáticos. Al principio se perciben pequeños nódulos separados. Generalmente se invaden primero los ganglios más cercanos; pero a veces queda indemne el grupo inmediato y es invadido el siguiente. El tejido linfático es destruido gradualmente y la cápsula es quebrantada; entonces los nódulos se unen y se hacen adherentes al tejido vecino. El examen de la región en que puede formarse una metástasis del carcinoma es de gran importancia. Los tumores no diferenciados forman metástasis más fácil y con mayor rapidez que los tumores altamente diferenciados. La región donde radica la lesión primaria también es de gran importancia. Las metástasis procedentes del maxilar superior se forman con tanta facilidad como las que dimanan de tumores de la mandíbula, carrillo, labio y lengua. De ordinario sólo se afectan los ganglios de un lado; pero en los casos de cáncer de labio y lengua el mal repercute en ambos lados. Los ganglios más cercanos están situados en las fosas submentoniana y submaxilar; de éstos, la enfermedad se extiende a la cadena cervical y de ahí a la clavícula y axila. Al principio, tal vez sólo se encuentre un ganglio con metástasis, que adquiere considerable tamaño; más tarde, el tumor se ensancha y forma una masa adherene, muy dura, que gradualmente se reblandece, y cuando se infecta se destruye, formando una úlcera necrosada con un cráter profundo que despren de olor fétido. Finalmente, por vía sanguínea se producen metástasis en lor órganos abdominales y los pulmones. La caquexia y neumonía son las causas más comunes de la muerte.

Examen radiográfico.— El hueso subyacente de los maxilares puede o no ser invadido. Los tumores de grado 1 y 2 no es muy probable que causen invasión temprana.

En otros casos de tumores bien diferenciados se encuentran extensas erosiones del hueso. Los dientes pueden estar rodeados por el tumor, que puede invadir la membrana periodontal desde las encías. Los dientes se aflojan y con frecuencia se desplazan; en otros casos de baja diferenciación, grados 3 y 4, el tumor avanza a los linfáticos y en las venas, penetra en el sistema de Havers de la lámina cortical, y puede acribillar todo el hueso; con frecuencia hay mucho dolor.

En el caso del maxilar superior debe hacerse una radiografía de los senos, pues es importante determinar si el seno está afectado o no antes de decidir el tipo de tratamiento que ha de usarse.

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

La radiografía puede ser engañosa, porque semeja sinusitis maxilar crónica y con frecuencia es difícil hacer un diagnóstico diferencial. En la enfermedad maligna de larga duración, las paredes del seno están dilatadas o destruidas.

CARCINOMA EMBRIONAL PRIMARIO DE LA MANDIBULA

Los tumores malignos en los pacientes jóvenes, aunque no son frecuentes, no son extremadamente raros.

Patogenia.— Estos neoplasmas probablemente se originan en islotes celulares embrionarios, que pueden ser de origen odontógeno.

Sintomatología.— El tumor produce un abultamiento de crecimiento rápido en la cara y apófisis alveolar, con alteraciones de la dentición, malposición y erupción acelerada.

ADENOMA PERIFERICO

Algunos histopatólogos distinguen entre el adenoma y el tumor mixto de la glándula salival.

Patogenia.— Se forma de estructuras glandulares y, por lo tanto, puede presentarse en el paladar, carrillos, labios y suelo de la boca. Islotes epiteliales embrionarios pueden formar adenomas, así como formar ameloblastomas, pues tienen en potencia propiedades odontógenas y glandulares.

Sintomatología.— Probablemente se ve con más frecuencia en el paladar, duro o blando, que en cualquiera otra parte de la boca. Los adenomas generalmente están bien encapsulados y no son de carácter infiltrante, aunque por la presión pueden causar reabsorción del hueso subyacente. Pero se ven casos localmente malignos.

ADENOCARCINOMA

Los adenocarcinomas forman un grupo definido. Deben distinguirse del adenoma benigno. Los llamados tumores mixtos malignos son, en realidad, adenocarcinomas.

Patogenia.— Puede formar un tumor papilar que invada el tejido subyacente; pero es más frecuente ver una formación lobulada sénil de consistencia firme. Puede formarse en el labio, de las glándulas labiales; en la lengua, de las linguales, y en el paladar, duro o blando, de las glándulas palatinas. También se presenta en las glándulas salivales mayores, especialmente la glándula parótida.

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

Sintomatología.— El paladar, donde el tejido glandular es abundante, es un sitio favorito, si bien aquí los tumores mixtos benignos son más comunes. Por lo general forma un tumor firmemente adherido al hueso subyacente, que puede ser invadido. Su forma puede ser ovalada o redonda, con el diámetro más largo en dirección anteroposterior. La superficie generalmente es lisa; a veces hay lobulación, si bien esto indica probablemente un tumor mixto más que un adenocarcinoma simple. La mucosa es adherente, pálida y lisa y de ordinario no inflamada. Sin embargo, puede haber ulceración, generalmente en el ápice del neoplasma. Estas áreas pequeñas y denudadas o ulceradas pueden ser debidas a necrosis por presión o traumatismo. El tumor es firme a la palpación, pero se encuentra alguno que otro tumor elástico, lo cual lleva a diagnósticos falsos y a tratamiento equivocado, como la aplicación de cataplasmas, contrairritantes y antisépticos.

El adenocarcinoma puede invadir la parte palatina de la apófisis alveolar de la maxila, que es probablemente la razón de que se reproduzca tan fácilmente. En algunos casos son invadidos la nariz y el seno maxilar y se llenan con la masa del tumor, lo cual es fácilmente demostrado en una vista anteroposterior de los senos paranasales. En los casos muy avanzados, el adenocarcinoma se extiende a la órbita. Las metástasis son muy comunes y pueden desarrollarse en los ganglios linfáticos regionales, y por el transporte sanguíneo de las células del tumor, también en los pulmones, pleura y otros órganos.

Examen radográfico.— Las radiografías de tórax demostrarán si están afectados los pulmones, y las vistas laterales y anteroposterior de la cara revelarán el estado del hueso maxilar, senos paranasales, órbita y estructuras vecinas.

NEVO PIGMENTADO

En la piel se presentan melanomas benignos, que generalmente se llaman nevos pigmentados. Se distingue el nevo intradérmico (inactivo) y el nevo de unión (activo), que es potencialmente maligno.

Patogenia.— Es de origen congénito. Se llama marca de nacimiento o lunar. Debe diferenciarse del nevo vascular ya descrito como hemangioma. Puede no hacerse evidente durante varios años, y con frecuencia no aparece hasta que el paciente es adulto.

Biblioteca de Odontología Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

Es causado por la proliferación de todo el aparato terminal de los nervios sensitivos de la piel, especialmente de las células de los crepúsculos de Meissner en la dermis. El grado de pigmentación depende de que las células del nevo o melanoblastos tengan la parte principal en la formación del lunar. El carácter congénito y la frecuente tendencia hereditaria de los nevos pigmentados han dado origen a una interesante teoría sobre su origen filogenético. Se supone que corresponden a los puntos táctiles pigmentados de que está provista la piel de los reptiles, anfibios y peces.

Sintomatología.— Se encuentra muy comunmente en cualquier parte del cuerpo. Crece con lentitud y suele quedar inactivo durante mucho tiempo. Cuando se levanta fuera de la superficie, la irritación puede acelerar el crecimieno y provocar malignidad. La cantidad de pigmento varía de gris a pardo o negro. El lunar puede ser pequeño y plano o levantado sobre la superficie de la piel, y con frecuencia está cubierto de pelo, especialmente si es grande.

El nevo maligno causa pronto metástasis. De hecho, la iniciación clínica de la malignidad se caracteriza por el agrandamiento de los ganglios linfáticos regionales. También se produce metástasis por vía sanguínea en diversos órganos y en los huesos. El pronóstico es grave, pero no irremediable.

MELANOMA

Son tumores compuestos de células que tienen capacidad de formar melanina. Se presentan en la cavidad oral, formandose en el resto del epitelio; son más comunes en la encía, pero pueden formarse en el resto de la mucosa bucal.

El tumor suele formarse de las áreas pigmentadas o de las pequeñas manchas melanóticas.

Patogenia.— El melanoma intrabucal está derivado de los melanoblastos que se encuentran en las áreas pigmentadas y en las partes vecinas no coloreadas dela mucosa humana de laencía, carrillo, paladar, faringe y piso de la lengua. Estas células son más comunes en las razas de color que en la raza blanca, y, por lo tanto, se encuentran con mayor frecuencia en los morenos. Se presentan principalmente en la capa basal del epitelio. El pigmento se produce directamente por las células y se encuentra en forma de gránulos de color pardo en la gran cantidad de citoplasma que ro-

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

dea el núcleo. Los melanomas que se forman de estas células alcanzan tamaño considerable y siempre son malignos.

Sintomatología.— Es muy raro. Los signos son muy característicos. Generalmente, el melanoma forma una lesión plana nodular y papilar de color negro. Algunas veces se ven manchas melanóticas en otras partes de la boca. Crece rápidamente y se extiende al paladar blando, fauces y amígdalas. Infiltra el hueso adyacente y causa metástasis en los ganglios linfáticos regionales y a veces se extiende a las cadenas cervical y axilar. Las metástasis hematógenas a los pulmones y órganos principales ocurren en los primeros tiempos, y es necesario investigar cuidadosamente todos los casos.

Las metástasis se presentan tempranamente en los melanomas malignos, primero por los vasos linfáticos con crecimiento de los ganglios regionales y después por el torrente sanguíneo a los pulmones, el hígado y el cerebro. Las metástasis suelen ser muy extendidas, y en estos casos el pronóstico es muy grave, especialmente si el tumor está muy avanzado.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

III.— IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO

Es indudable que el diagnóstico oportuno de un tumor, llega a tener una importancia vital, ya que un buen diagnóstico y a buen tiempo, nos ahorrará y le ahorrará también al paciente, tratamientos innecesarios, y además, se le salvará la vida en algunas ocasiones.

Comunmente estamos en contacto con este tipo de tumores y muchas veces no nos percatamos de ellos o pasan desapercibidos. De ahí la importancia de saber diagnosticar a buen tiempo el tumor, ya sea benigno o maligno. Debemos tener muy alerta nuestra visión o nuestro ojo clínico en todos los pacientes que pasen a nuestro consultorio sea el tratamiento que fuera; siempre mantenernos muy alertas y sospechar de todo.

Unos de los objetivos principales por los que realicé esta tesis sobre tumores en cavidad oral son los siguientes:

En la actualidad, el Cirujano Dentista de práctica general, se limita a realizar el tratamiento que necesita el paciente, desde una profilaxis hasta tratamientos más complicados; por ese motivo descuida mucho el examen general del paciente y localmente en la boca el estado de las mucosas, de las glándulas salivales, de los maxilares, del paladar, en fin, descuida varios puntos importantes que muchas veces ayudan a un diagnóstico precoz de algún tipo de tumor y evitar así tratamientos innecesarios y consecuencias nefastas en algunas ocasiones.

Esta tesis es una invitación a todos mis compañeros para estudiar y conocer más a fondo los tumores de cualquier tipo ya que es un campo muy extenso para la investigación. Tal vez esta sirva como orientación para todos los que la quieran usar y aprovechar.

Mi principal preocupación, insisto es diagnosticar a buen tiempo un tumor y aquí describo de una manera general las características principales de los tumores más comunes en la cavidad

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.

oral. No menciono tratamiento porque es un campo aparte en el cual me llevaría otro tanto.

Estoy conciente de que a esta tesis le falta aún más; pero como dije anteriormente, describo los aspectos generales de los tumores más comunes que se nos presentan y muchas veces no nos percatamos de ellos, o simplemente pasan desapercibidos.

Además este pequeño trabajo me ayuda bastante a conocer un campo más amplio de la Odontología, por lo que aumenta mi capacidad como Cirujano Dentista y aplicarla adecuadamente en el desarrollo de mi profesión.

Biblioteca Facultad de Odontología U.M.S.N.H.