

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA

ENTIDADES PATOLOGICA BENIGNAS DE
CAVIDAD ORAL

TRABAJO RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T E

ABNER ESCOBEDO ESCOBEDO

SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

1993'

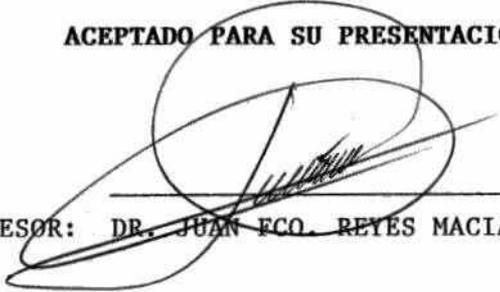
EX-LIBRIS
BIBLIOTECA
BIO-MEDICA



CANCELADO

No. Adq.	
Fecha	2/21
Notación	95
	1/1993

ACEPTADO PARA SU PRESENTACION



ASESOR: DR. JUAN ECO. REYES MACIAS.

AGRADECIMIENTOS

A " DIOS "

A MI FAMILIA

A MIS PROFESORES

A MI NOVIA

A MIS AMIGOS

DEDICADA EN ESPECIAL A MI MADRE YA FALLECIDA.

INTRODUCCION

En el presente trabajo recepcional se revisa de manera general -- las entidades patológicas benígnas de mucosa oral más frecuente, así mismo se lleva a cabo un análisis comparativo a partir de un estudio retrospectivo descriptivo observacional de los pacientes que acudieron a la consulta de los servicios de C. Maxilofacial del I.M.S.S. y del Hospital Central " Dr. Ignacio Morones Prieto " en un período --- comprendido de 1987 a 1992.

Lo anterior es con el fin de incrementarse el conocimiento que se tiene de ellas ó se aclaren dudas sobre las mismas.

ENTIDADES PATOLOGICAS

BENIGNAS DE

CAVIDAD ORAL

INDICE

Estudios estadístico sobre entidades patológicas benignas de cavidad oral Pp. 1 a 5

Resultado sobre el estudio estadístico realizado en San Luis Potosí, S.L.P. distribución por sexo, edad, y localización en cavidad oral- de: mucocele, g. piogeno, fibroma, papiloma, hemangioma, granuloma - central de células gigantes, adenoma pleomorfo, nevo y ameloblasto ma. Pp. 7 a 15

Resumen de las características más importantes de las entidades pa- tologicas obtenidas de las estadística. Pp. 18 a 26

Definición de neoplasia y tumor. Pp. 16

Descripción detallada de las características de:

Mucocele Pp. 28 a 30

Granuloma piogeno Pp. 31 a 32

Fibroma Pp. 36 a 38

Papiloma Pp. 33 a 35

Hemangioma Pp. 39 a 41

Granuloma central	Pp. 42 a 46
Adenoma Pleomorfico	Pp. 47 a 49
Nevo	Pp. 50 a 51
Ameloblastoma	Pp. 52 a 58

Conclusiones.

Bibliografías.

**ESTUDIO ESTADISTICO SOBRE LA FRECUENCIA
CON QUE SE PRESENTAN ENTIDADES PATOLOGICAS
BENIGNAS EN CAVIDAD ORAL.**

Con el objeto de obtener datos estadísticos acerca de la frecuencia con que se presentan entidades patológicas benignas en cavidad oral y obtener las que se presentan con mayor frecuencia en un grupo poblacional de la Ciudad de San Luis Potosí, se realizó este estudio retrospectivo.

Además de los datos de este estudio se compararon con otro estudio similar realizado por el Dr. José Luis Molina Moguel en el C.H. de Patología del ISSSTE en México, D.F. en 1982.

MATERIALES Y METODOS

Se tomaron 202 expedientes para su revisión de pacientes que acudieron a consulta en cirugía maxilofacial en el período de 1987 a 1992 en el Hospital Central " Dr. Ignacio Morones Prieto " y Clínica del Seguro Social " Dr. Francisco Padrón Puyu " en San Luis Potosí, S.L.P.

De los 202 expedientes tomados para su revisión se excluyeron los expedientes que presentaban lesiones de tipo bacteriano, viral y fúngal y sólo se revisaron 116 expedientes con diagnóstico histopatológico.

De los 116 expedientes que se revisaron los datos que se tomaron en cuenta son: edad, sexo, diagnóstico histopatológico y la localización de la patología en cavidad oral.

Además se tomo el estudio realizado por el Dr. Molina Moguel para hacer una comparación de los datos obtenidos y establecer una correlación de la información del Dr. Molina Moguel analizó un total de -- 281 casos de patología de cavidad oral en estos casos revisados ----- incluyeron lesiones malignas y benignas de cavidad oral, pero sólo se tomo la estadística correspondiente a lesiones benignas de cavidad -- oral.

Los datos que se tomaron para su comparación son: distribución -- por sexo de la patología benigna de cavidad oral localización más -- frecuente y las entidades patológicas benignas que se presentaron -- con mayor frecuencia.

DATOS Y RESULTADOS

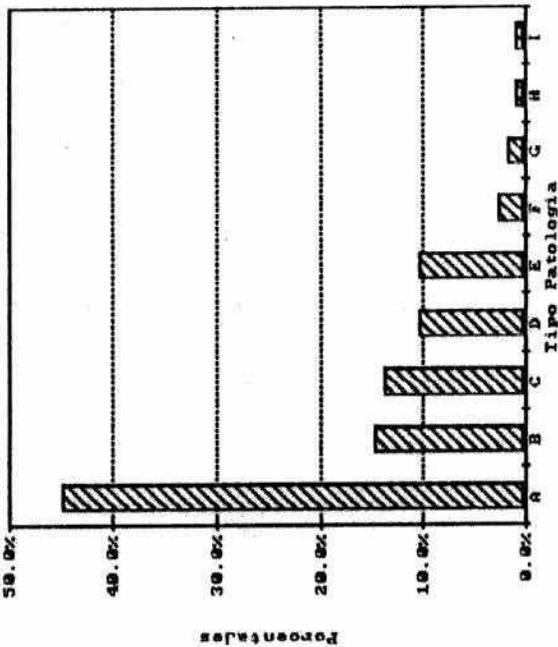
Estudio S.L.P

Estudio Dr. Molina Moguel

Tipo de patologia	no.casos	%	Tipo de patologia	no.casos	%
Mucocele	52	44.8	Lesion inflamatoria	62	10
G. piogeno	17	14.6	Fibroma	60	9.8
Papiloma	16	13.7	Papiloma	52	8.5
Fibroma	12	10.3	Fibrosis	43	7
Hemangioma	12	10.3	Adenoma pleomorfico	43	7
Granuloma de cel. gig.	3	2.5	Mucocele	34	5.6
Adenoma pleomorfico	2	1.7	G. piogeno	19	3.2
Nevo	1	.8			
Ameloblastoma	1	.8			
Total	116	100%	Total	313	51.1%

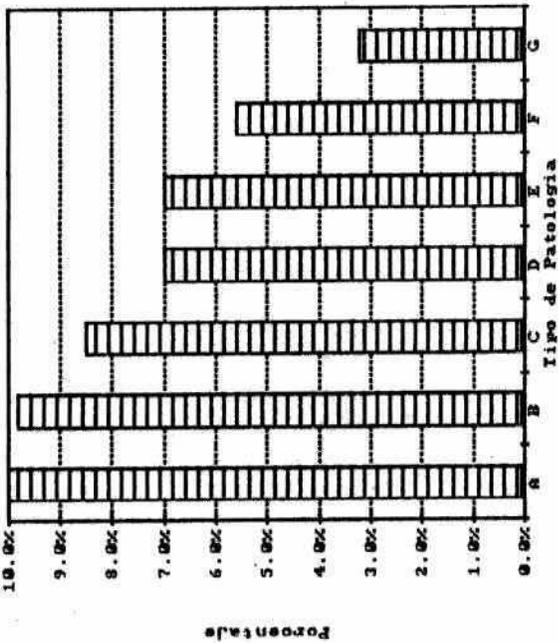
NOTA: Del total de 620 casos se tomaron las siete patologias benignas mas frecuentes.

ESTUDIO S.L.P.



- a) Mucocele
- b) g. piogeno
- c) Papiloma
- d) Fibroma
- e) Hemangioma
- f) Granuloma central de cel. gig.
- g) Adenoma pleomorfico
- h) Nevo
- i) Ameloblastoma

ESTUDIO DR. MOLINA MOQUEL



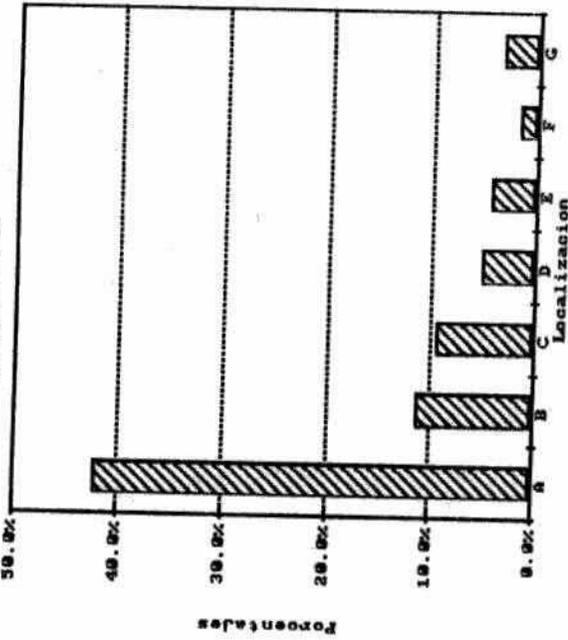
- a) Lesión inflamatoria
- b) Fibroma
- c) Papiloma
- d) Fibrosis
- e) Adenoma pleomorfico
- f) Mucocele
- g) G. piogeno

LOCALIZACION MAS FRECUENTE DE PATOLOGIA

BENIGNA EN CAVIDAD ORAL

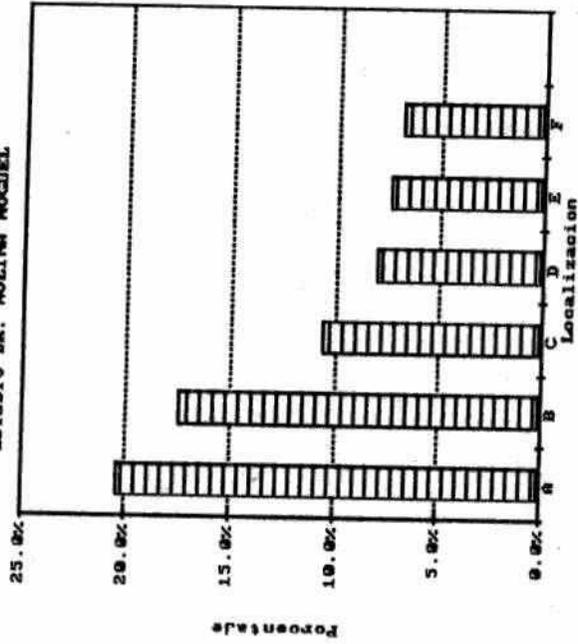
Estidio S.L.P		Estudio Dr. Molina Moguel	
Localización	no.casos	Localización	no.casos
	%		%
Labio	49	Mucosa oral	63
Lengua	13	Lengua	54
Vestibulo	11	Encia	33
Piso de boca	6	Paladar	25
Paladar	5	Parotida	23
Encia	2	Labio y G.S.M.	21
Otro sitio	4	Total	313
Total	116		100%

ESTUDIO S. L. F.



- a) Labio
- b) Lengua
- c) Vestibulo
- d) Piso de boca
- e) Paladar
- f) Encia
- g) Otro sitio

ESTUDIO DR. MOLINA MOCHEL



- a) Mucosa oral
- b) Lengua
- c) Encia
- d) Paladar
- e) Parotida
- f) Labio y G.S.M.

**DISTRIBUCION POR SEXO DE
PATOLOGIA BENIGNA DE CAVIDAD
ORAL**

Estudio S.L.P.

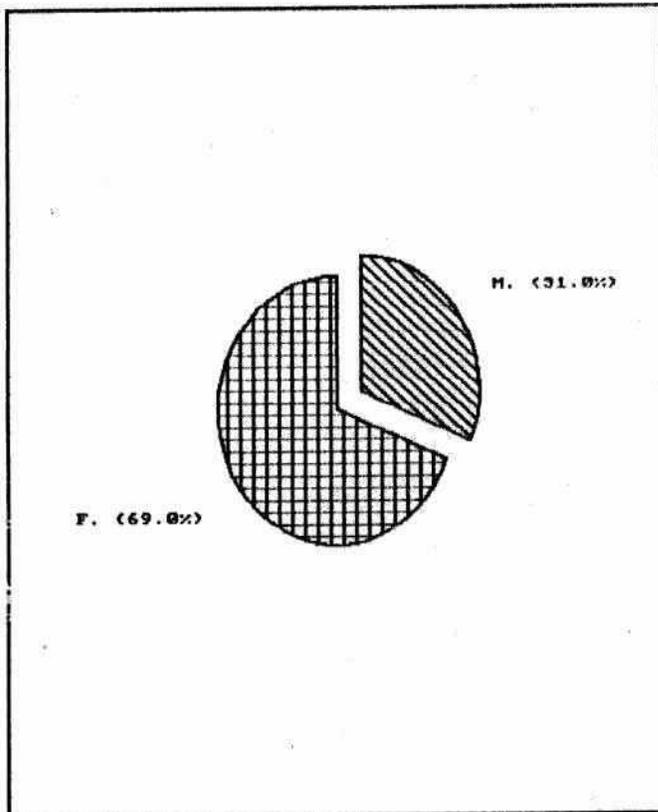
Sexo	no.casos	%
Masculino	36	31
Femenino	80	68.9
Total	116	100%

Estudio Dr. Molina Moguel

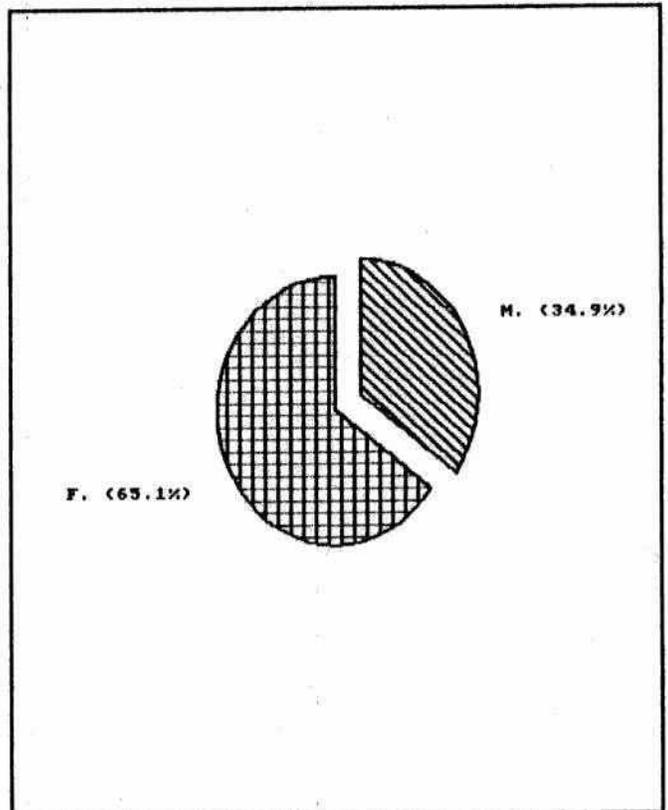
Sexo	no.casos	%
Masculino	109	34.9
Femenino	203	65.1
Total	313	100%

GRAFICAS

ESTUDIOS S.L.P.



ESTUDIOS DR. MOLINA MOGUEL



RESULTADOS

Los Datos que a continuación se presentaran sólo corresponden al estudio realizado en San Luis Potosí en el Hospital Central " Dr. --- Ignacio Morones Prieto " y Clínica del Seguro Social " Dr. Francisco- Padrón Puyu " .

Los datos que se presentarn corresponden al orden y frecuencia -- con que se presentaron las entidades patologicas benignas en cavidad- oral así también como su distribución por sexo, edad y la localiza- ción más frecuente de la entidad patologica benigna.

MUCOCELE

De los 116 casos 52 correspondieron a esta lesion.

-- Distribución por sexo.

Sexo	no.casos	%
Masculino	16	30.7
Femenino	36	69.2

Total	52	100%

-- Distribución por edad.

Años	no.casos	%
0 a 19	35	69.2
20 a 39	12	23
40 o mas	4	7.6

Total	52	100%

-- Localizacion mas frecuente.

Sitio	no.casos	%
Labio inf.	45	86.5
Piso de boca	5	9.6
Lengua	1	1.9
Glandula sublingual	1	1.9

Total	116	100%

GRANULOMA PIOGENO.

De 116 lesiones 17 casos correspondieron a granuloma piogeno.

-- Distribucion por sexo.

Sexo	no. casos	%
M	5	29.4%
F	12	70.5

Total	17	100%

-- Distribución por edad.

Edad	no. casos	%
0 a 19;	5	29.4
20 a 39;	6	35.2
40 o mas:	6	35.2

Total	17	100%

-- Localizaciones mas frecuentes.

Sitio	no. casos	%
Vestibulo inf.	8	47
labio	4	23.5
Vestibulo sup.	1	5.8
Dorso lingual.	1	5.8
Paladar	1	5.8
Encia	1	5.8
Extraoral	1	5.8

Total.	17	100%

PAPILOMA

De 116 casos revisados 16 casos correspondieron a este tipo de lesion.

-- Distribución por sexo.

Sexo	no.casos	%
M	5	31.2
F	11	68.7

Total	17	100%

-- Distribución por edad.

Edad	no.casos	%
0 a 19:	4	25
20 a 39:	4	25
40 o mas:	8	50

Total	16	100%

-- Localización mas frecuente.

Sitio	no.casos	%
Lengua	9	56.2
Encía	2	12.5
Paladar	2	12.5
Vestibulo	1	6.2
Mucosa de carrillo.	1	6.2
Labio inf.	1	6.2

Total	16	100%

FIBROMA

De 116 casos analizados 12 correspondieron a fibroma.

--Distribución por sexo.

Sexo	no.casos	%
M	3	27.2
F	9	81.8

Total	12	100%

-- Distribución por edades.

Edad	no.casos	%
0 a 19	0	0
20 a 39	5	41.6
40 o mas	7	58.3

Total	12	100%

-- Localizaciones mas frecuentes.

Sitio	no.casos	%
Mucosa oral	9	81.8
Labio	3	27.2

Total	12	100%

HEMANGIOMA

De 116 casos revisados 12 casos fueron hemangiomas.

-- Distribución por sexo.

Sexo	no.casos	%
M	5	41.6
F	7	58.3

Total	12	100%

-- Distribución por edad.

Edad	no.casos	%
0 a 19	6	50
20 a 39	5	41.6
40 o mas	1	8.3

Total	12	100%

-- Localización mas frecuente.

Sitio	no.casos	%
Labio	4	33.3
Lengua	4	33.3
Submaxilar	1	8.3
Region molar	1	8.3
Region mentoniana	1	8.3
Region supraciliar	1	8.3

Total	12	100%

GRANULOMA DE CELULAS GIGANTES

De los 116 casos revisados 3 casos correspondieron a esta lesión.

-- Distribución por sexo.

Sexo	no.casos	%
M	2	66.6
F	1	33.3

Total	3	100%

-- Distribución por edad.

Edad	no.casos	%
0 a 19	2	66.6
20 a 39	0	0
40 o mas	1	33.3

Total	3	100%

-- Localizaciones mas frecuentes.

Sitio	no.casos	%
Vest. ant-sup.	1	33.3
Edentulo ant-inf.	1	33.3
Region nasogenianan	1	33.3

Total	3	100%

ADENOMA PLEOMORFICO.

De 116 casos analizados 2 casos correspondieron a este tipo de lesion.

-- Distribución por sexo.

Sexo	no.casos	%
M	0	0
F	2	100

Total	2	100%

-- Distribución por edad.

Edad	no.casos	%
0 a 19	0	0
20 a 39	1	50
40 o mas	1	50

Total	2	100%

-- Localización mas frecuente.

Sitio	no.casos	%
Paladar	2	100

Total	2	100%

NEVO

De los 116 casos revisados 1 correspondio a esta lesion.

-- Distribución por sexo.

Sexo	no.casos	%
M	0	0
F	1	100

Total	1	100%

-- Distribución por edad.

Edad	no.casos	%
0 a 19	1	100
20 a 39	0	0
40 o mas	0	0

Total	1	100%

-- Localización mas frecuente.

Sitio	no.casos	%
Paladar	1	100

Total	1	100%

AMELOBLASTOMA

De 116 casos revisados 1 correspondio a este tipo de lesion.

-- Distribución por sexo.

Sexo	no.casos	%
M	0	0
F	1	100

Total	1	100%

-- Distribución por edad.

Edad	no.casos	%
0 a 19	0	0
20 a 39	0	0
40 o mas	1	100

Total	1	100%

-- Localización mas frecuente.

Sitio	no.casos	%
Rama mand.	1	100

Total	1	100%

DEFINICIONES

TUMOR: Por definición un tumor es simplemente un abultamiento de tejido; en sentido estricto, la palabra no implica un proceso neoplásico.

NEOPLASIA: Es un proceso biológico que en ocasiones se puede diferenciar claramente de otros procesos o reacciones tisulares, aunque no hay definición precisa de neoplasia, sin excepción, con frecuencia se le considera como un crecimiento nuevo de tejido independiente - no coordinado , el cual potencialmente es capaz de proliferar sin --- limitaciones y no retrocede una vez que desaparece el estímulo que produjo la lesión .

Las lesiones que a continuación se describen se denominan entidades patológicas ya que no todas entran en la clasificación de tumores y/o neoplasias, esto es con el afán de evitar confusiones acerca de las descripciones que se harán de estas.

A continuación se hará un resumen de las lesiones que se obtuvieron en el estudio estadístico, señalando sus características más importantes en lo que se refiere a hallazgos clínicos, causa más comunes o etiología, tratamiento más conveniente y la importancia clínica que puede tener cada una de estas entidades patológicas benignas.

Posteriormente se hará una descripción detallada de cada una de estas patologías.

MUCOCELE

GRANULOMA PIÓGENO

FIBROMA

PAPILOMA

HEMANGIOMA

GRANULOMA DE CELULAS GIGANTES

(CENTRAL Y PERIFÉRICO)

ENTIDAD PATOLOGICA	CARACTERISTICAS CLINICAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	IMPORTANCIA CLINICA
MUCOCELE	<p>Nódulo azulado(cuando es profundo el color de la mucosa es normal) por lo general cubierto por epitelio;puede ser un poco doloroso y se vincula con una reacción inflamatoria aguda; se observa con mayor frecuencia en el labio inferior y la mucosa bucal; raro en labio superior; se presenta con mayor frecuencia en adolescentes y niños.</p>	<p>Ruptura traumática del conducto excretor de glándulas salivales.</p>	<p>Extirpación.</p>	<p>Se observa recurrente cuando no se extirpan las glándulas salivales tributarias o hay ruptura de los conductos contiguos.</p>

ENTIDAD PATOLOGICA	CARACTERISTICAS CLINICAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	IMPORTANCIA CLINICA
GRANULOMA PIOGENO	Tumefacción asintomática color rojo, compuesta por tejido de granulación; se observa con mayor frecuencia en la encía y se origina del ligamento periodontal puede ulcerarse de modo secundario frecuentemente.	Traumatismo o irritación crónica. Los cambios hormonales alteran el tamaño.	Extirpación	Permanece por tiempo indefinido existe recurrencia aunque la extirpación sea completa y el tamaño disminuye cuando se elimina la causa pues del embarazo.

FIBROMA	Aparece como masa pediculada o sesil, de color similar al tejido que la rodea, raras veces causa erosión del hueso que lo rodea.	Puede ser la causa de alteración de la duración del ciclo menstrual. Raras veces causa erosión del hueso que lo rodea.	Extirpación	De tamaño considerable; puede alterar la función masticatoria.
		Irritación crónica.		

ENTIDAD PATOLOGICA CARACTERISTICAS CLINICAS ETIOLOGIA TRATAMIENTO IMPORTANCIA CLINICA

PAPILOMA

Lesiones indoloras, exofíticas, granulares, con forma de coliflor que muestran predilección por la lengua, piso de boca - paladar, úvula, labios - pilares de las fauces, -- por lo regular es única de textura suave, color blanco o similar a los tejidos que la rodean; es usual en adultos y jóvenes.

Papilomavirus.

Extirpación

No posee potencial maligno, la recurrencia es poco usual.

ENTIDAD PATOLOGICA	CARACTERISTICAS CLINICAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	IMPORTANCIA CLINICA
HEMANGIOMA	Lesión rojo azulada que torna blanca al comprimirla, es difícil de determinar su extensión, - por lo general, afecta a piel, labios, lengua y mucosa oral, se presenta con mas frecuencia en piel, menos en mucosas - y muy poco en los huesos.	Algunas son neoplasias congénitas benignas -- otros se deben a morfo-genesis vascular anormal.	Las lesiones congénitas involucionan sin Tx. las malformaciones vasculares re-quierer Tx. Qx. tico.	En ciertos casos es iarente o crece de manera gradual. Una complicación es la hemorragia. Representa un problema este-tico.

ENTIDAD PATOLOGICA	CARACTERISTICAS CLINICAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	IMPORTANCIA CLINICA
GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES.	Lesión ósea radiográficamente área radiolúcida bien definida puede ser multilocular y con menor frecuencia unilocular. Se presenta en ambos maxilares, en niños y adultos jóvenes.	Se postula se debe a reparación a hemorragia intra-osea.	Extirpación - curetaje - agresivo. - Extracción de dientes afectados.	Puede presentar comportamiento agresivo, baja tasa de recurrencia, asintomática; es poco común.

ENTIDAD PATOLOGICA	CARACTERISTICAS CLINICAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	CARACTERISTICAS CLINICAS
GRANULOMA PERIFE-	Tumefacción roja asinto-	Traumatis-	Extirpación.	Sin tratamiento perma-
RICO DE CELULAS	mática de color rojo, -	mo o irri-		nece indefinido.
GIGANTES	compuesta por tejido de	tación.cro-		Es una lesión reactiva.
	granulación y células -	nica.		
	multinucleadas gigantes			
	se presenta sobre todo en			
	adultos, en el área ante-			
	rior de los dientes;cuan-			
	do ocurre en area edéntula			
	produce una imagen clara -			
	en forma de copa; es poco			
	frecuente.			

ENTIDAD PATOLOGICA	CARACTERISTICAS CLINICAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO	IMPORTANCIA CLINICA
ADENOMA PLEOMORFICO (TUMOR MIXTO BENIGNO DE GLANDULAS	Lesión indolora, no presenta sensibilidad ala presión, de crecimiento lento. En paladar en raras ocasiones produce ulceración y es móvil excepto cuando aparece en paladar duro.	Modelos animales sugieren el origen ala capacidad regenerativa de las celulas acinicas.	Enucleación quirúrgica.	En etapas iniciales es imposible distinguirlo de tumores malignos de glandulas salivales y puede ser difícil diferenciarlo de nodulos linfaticos del triangulo submaxiliar.

ENTIDAD PATOLOGICA CARACTERISTICAS CLINICAS ETIOLOGIA TRATAMIENTO IMPORTANCIA CLINICA

NEVO

Pigmentaciones elevadas - Desconocida Extirpación Permanece por tiempo cuando es intrabucal pero por acumula- de todos los indefinido. con frecuencia no es pig- ción de ce- nevos para mentada; 15% de las per- lulas nevo- evitar el me- sonas la presenta en piel sas. lanoma. no es frecuente dentro de boca, los nevos azules se observan en el paladar; no pueden diferenciarse clinicamente las variadas clases microscópicas.

ENTIDAD PATOLOGICA	EDAD	LOCALIZACION	RADIOGRAFIA	OTRAS CARACTERISTICAS
AMELOBLASTOMA	Cuarta y quinta década de la vida.	Predilección por área molar de la mandíbula.	Radilucido por lo general bien circunscrito; - puede ser uni o multiocular.	Puede originarse en la pared de un quiste dentígero en algunas ocasiones es agredido pocas veces provoca metastasis (si las hay por lo general en pulmón) la tasa de recurrencia es baja en el tipo unicístico; suele ser asintomático y poco frecuente.

Acontinuación se hará una descripción detallada de las entida---
des patológicas benignas resultantes del estudio estadístico:

MUCOCELE

GRANULOMA PIOGENO

FIBROMA

PAPILOMA

GRANULOMA DE CELULAS GIGANTES

(CENTRAL Y PERIFERICO)

ADENOMA PLEOMORFICO

NEVO

AMELOBLASTOMA

De esta manera el objetivo del presente trabajo es el estable---
cer un conocimiento más claro de cada una de estas entidades pato---
lógicas benignas de cavidad oral.

MUCOCELE (FENOMENO DE EXTRAVASACION MUCOSA)

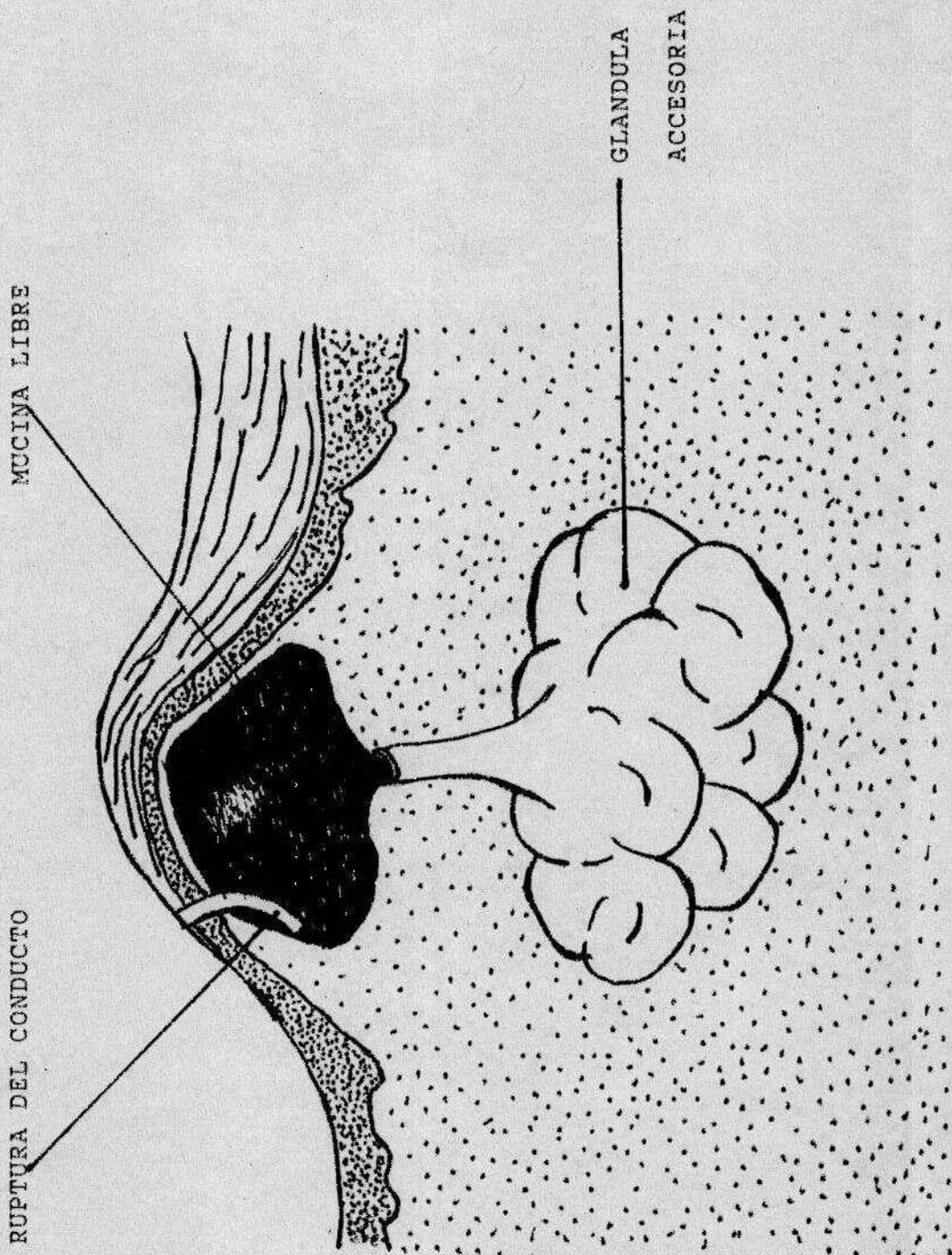
CARACTERISTICAS CLINICAS: Es dolorosa de superficie lisa, si es superficial se observa traslucida o de tono azulado, cuando es profunda se aprecia como una tumoración difusa y no existe cambio en la coloración de la mucosa. El tamaño varía de pocos milímetros a varios centímetros de diametro.

LOCALIZACION: Ocurre con mayor frecuencia en el labio inferior, de la línea media en la porción de la mucosa del labio, a menudo entre la línea media y la comisura labial. También puede presentarse en mucosa bucal, superficie ventral de la lengua, piso de la boca y región retromolar.

EDAD: Afecta con mayor frecuencia niños y adolescentes; cerca del 50% de las lesiones ocurren antes de los 21 años de edad y más del 25% entre 11 y 20 años.

ETIOLOGIA: Esta entidad patológica guarda relación con el traumatismo mecánico de los conductos de las glándulas salivales accesorias que produce sección o rotura del mismo lo que causa derrame ó extravasación de moco al estroma del tejido conectivo circundante.

MUCOCELE (FENOMENO DE EXTRAVASACION MUCOSA)



PATOGENIA: La extravasación de moco produce, de manera secundaria reacción inflamatoria en el tejido conectivo, migración de neutrófilos y gran cantidad de macrófagos hacia esta zona. Después produce tejido de granulación, el cual forma una barrera al rededor de la mucina derramada, y le confiere la apariencia de pseudoquistes.

Las glándulas salivales accesorias adyacentes sufren inflamación secundaria a la retención de moco.

Cuando la lesión persiste, aparecen alteraciones permanentes en el parénquima glandular, lo que causa disminución o ausencia de la actividad secretoria de la glándula afectada.

HISTOPATOLOGIA: Presenta por lo general una cavidad circunscrita que contiene mucina. El epitelio que lo cubre se adelgaza y separa de la mucina por una delgada pared de tejido de granulación comprimido. La mucina esta rodeada por tejido de granulación y fibroso y comprimido con infiltración de gran número de neutrófilos, macrófagos, linfocitos y en ocasiones linfocitos. Esta inflamación se extiende hacia el estroma pero disminuye a medida de que se aleja de la mucina.

El parénquima de las glándulas salivales adyacentes en especial - de aquellas relacionadas con el conducto seccionado tiene altera----- ciones del conducto y degeneración acínica; también puede observarse en las lesiones crónicas o recurrentes, combinación de fibrosis in--- tersticial e infiltrado inflamatorio.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Este fenómeno presenta, de manera típica el antecedente clínico de traumatismo seguido de rápido desarrollo de una lesión translúcida azulada en labio inferior. Cuando no existen - estos antecedentes, el diagnóstico diferencial considerará otras --- lesiones como: tumores de glándulas, malformaciones vasculares, vári- ces y tumores de tejidos blandos, como neurofibromas y lipomas. Si el mucocele se localiza en la mucosa alveolar, debe sospecharse de un -- quiste de erupción gingival.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: Extirpación quirúrgica de la lesión ya- que la aspiración del contenido líquido por lo general proporciona -- beneficios a corto plazo aunque puede utilizarse como método diagnós- tico.

Es necesario extirpar las glándulas salivales accesorias adyacen- tes a la lesión para prevenir la recurrencia de la misma.

GRANULOMA PIOGENO

CARACTERISTICAS CLINICAS: El término granuloma piógeno es erróneo ya que la lesión no produce pus con el nombre lo sugiere, sin embargo es un tumor de glanulación como lo indica el término granuloma.

Son de color rojo y en ocasiones puede ulcerarse debido a un ---- traumatismo; en estos casos es posible observar una membrana fibrosa de color amarillo que cubre la úlcera. Puede ser pediculados o tener una base amplia, su tamaño varía de pocos milímetros a varios centímetros.

LOCALIZACION: Se localiza a menudo en la encía y se considera la causa más probable la presencia de cálculo o material exógeno en surco gingival. Las alteraciones hormonales de la pubertad y el embarazo puede modificar la reacción gingival respectiva ante las agresiones y por lo tanto en estos casos pueden observarse lesiones múltiples en la encía o hiperplasia gingival generalizada.

Es posible encontrarlos también en labio inferior, mucosa vestibular y lengua.

EDAD: Ocurre con mayor frecuencia en mujeres que en varones y se puede presentar a cualquier edad.

ETIOLOGIA: Esta lesión corresponde a una reacción de proliferación excesiva del tejido conectivo como reacción a un estímulo o agresión conocida.

PATOGENIA: Después del traumatismo o irritación se produce una proliferación excesiva de tejido ante el estímulo, después de su evolución se presenta como una masa roja formada por tejido hiperplásico de granulación que abunda en capilares.

HISTOPATOLOGIA: Las lesiones están constituidas por masas lobuladas de tejido hiperplásico de granulación. Algunas cicatrices sugieren que en determinados pacientes se produce maduración del fenómeno de reparación del tejido conectivo, además cantidades variables de células características de inflamación crónica. Puede observarse la presencia de neutrofilos en la zona superficial de los granulomas piógenos ulcerados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Se debe considerar otras lesiones que ocurren en la mucosa gingival, como el granuloma periférico de célula gigantes y el fibroma periférico, aunque este es de color más claro. La biopsia establece cualquier diagnóstico definitivo.

TRATAMIENTO: Extirpar la lesión incluyendo el tejido conectivo que la origina y cualquier causa local. En ocasiones hay recurrencia si no se extirpa completamente y se elimina factores locales.

PAPILOMA

CARACTERISTICAS CLINICAS: Las lesiones miden menos de 10 cm. y se presentan como alteraciones superficiales exofiticas granulares o en forma de clorifor, suelen ser unicas, aunque en ocasiones se detectan lesiones multiples, y por lo general asintomaticas.

LOCALIZACION: Se localiza en región cutanea de labios o en cualquier sitio de la mucosa intrabucal, con predilección por paladar ---duro, blando y úvula. En estos sitios se localiza al rededor del 33% de las lesiones y de ellos el paladar blando es el que se afecta con mayor frecuencia. En la lengua se localiza la cuarta parte de las lesiones y en los labios cerca del 15%.

ETIOLOGIA: Es probable que el agente causal de los papilomas sea un miembro de la familia papovavirus denominado papilomavirus humano, subtipos 2, 4, 6, 10, 11.

PATOGENIA: La fase de infección celular se inicia al unirse el --virus a la membrana plasmática para luego penetrar al citoplasma ----mediante pinocitosis o fusión con dicha membrana. Luego el virus es --liberado en el citoplasma y pierde su cubierta, después de lo cual --se replica.

HISTOPATOLOGIA: La lesión corresponde a un crecimiento exagerado del componente epitelial de células escamosas normales. Se encuentran prolongaciones del epitelio superficial con un estroma de tejido ---- conectivo bien vascularizado. Cerca del 80% de los casos presenta --- ramificaciones secundarias y terciarias cubiertas por ortoqueratina, paraqueratina o ambas. El patrón histológico puede simular el de ---- verrugas cutáneas. En ocasiones se observa collocitosis de las célu-- las epiteliales superficiales y se ve un secuencia distinta de madura-- ción desde las capas basales hacia las más superficiales. Además pue-- de descubrirse cantidades variables de células inflamatorias en la -- lámina propia y la submucosa.

Muchos papilomas escamosos bucales, en especial aquellos que ---- afectan el paladar blando y las regiones posteriores de la cavidad -- oral presentan un grado variable de atípicidad celular que aparece no --- tener importancia. Ya que es probable que sea una manifestación del - rápido recambio celular.

DIFERENCIAL: Cuando el papiloma escamoso bucal es --- único, debe diferenciarse en Xantoma verrugiforme, el disqueratoma -- verrugoso y el condiloma acuminado.

El xantoma verrugiforme a veces simula un papiloma escamoso ----- aunque el primero presenta predilección por la encía y proceso alveo-- lar.

El disqueratoma verrugoso o enfermedad de Darier localizada también puede confundirse con papiloma escamoso, pero tiene mayor tendencia a presentar lesiones múltiples. El condiloma es de mayor tamaño y tiene una base mas amplia que el papiloma.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: la extirpación quirúrgica de la lesión ya sea por cirugía o ablación con laser. La recurrencia es poco frecuente, excepto en las lesiones que afectan laringe.

FIBROMA PERIFERICO

CARACTERISTICAS CLINICAS: Aparece como una masa pediculada o ----
sesil, de color similar al tejido conectivo que la rodea, que en ----
algunas ocasiones se ulcera en la cúspide y raras veces causa erosión
del hueso alveolar subyacente.

LOCALIZACION: Se localiza en encía puede derivar del tejido conec-
tivo de la submucosa o del ligamento periodontal. Afecta con mayor --
frecuencia encía anterior a molares permanentes.

EDAD: Se presenta en cualquier edad aunque tiene predilección por
los adultos jóvenes.

ETIOLOGIA: Algunas lesiones corresponden a un granuloma piógeno -
maduro en el que el tejido de granulación se remplazo por colágena.

PATOGENIA: Es una hiperplasia focal, también se denomina cicatriz
hiperplásica. Se forma por grandes cantidades de colágena, poco vascu-
larizada y presenta infiltrado leve o moderado de células inflamato--
rias crónicas.

Constituye la contraparte gingival del fibroma traumático que ---
ocurre en otras mucosas.

HISTOPATOLOGIA: En el exámen microscopico se describen varios -- subtipos que son sólo de interes académico ya que el tratamiento de -- las variantes es igual.

a). **FIBROMA PERIFERICO OSIFICANTE:** Es una tumoración gingival en la cual se observan islas de calcificación, que se presumen corresponden a hueso. También se encuentran células inflamatorias crónicas que rodean la periferia del daño y con frecuencia hay ulceración superficial.

b). **FIBROMA PERIFERICO ODONTOGENO:** Es una masa gingival compuesta por tejido conectivo fibroso bien vascularizado. La característica -- que lo distingue es la presencia de abundantes bandas de epitelio --- odontógeno en toda la extensión del tejido conectivo. Por lo general la lesión no es ulcera.

c). **FIBROMA DE CELULAS GIGANTES:** Es una hiperplasia fibrosa focal en la que los fibroblastos, mucho de ellos multinucleados asumen una forma estrellada. Este tipo de fibroblastos pueden encontrarse en --- lesiones hiperplásicas fibrosas focales de la mucosa bucal y en ---- ocasiones en la piel.

DIAGNOSTICO DIFERENCIA: Por lo regular desde el punto de vista -- clínico, estas lesiones no se confunden con ninguna otra. Sin embargo en algunos casos se confunden con granuloma piogeno y raras veces con granuloma periferico de células gigantes cuando estas no presentan un componente vascular importante.

TRATAMIENTO: Extirpación local que incluye el ligamento perio----
dental cuando está comprometido. Asimismo debe eliminarse cualquier--
factor etiológico identificable como cálculos u otros tipo de materia
extraña. La recurrencia aparece en forma ocasional.

HEMANGIOMA

CARACTERISTICAS CLINICAS: El hemangioma presenta variaciones ---- cromáticas desde rojo hasta azul, según el grado de congestión y su - profundidad en el tejido, palidece al comprimirla y puede ser plana, - nodular o abombada.

LOCALIZACION: Se localizan con mayor frecuencia en labios, lengua y mucosa vestibular, aunque pueda presentarse en los huesos donde son más frecuentes las malformaciones vasculares que los hemangiomas.

EDAD: Ocurre por lo general en el período perinatal pero no es -- evidente sino hasta la infancia. Puede tener una base de crecimiento - rápido, seguida de varios años de un período de involución.

ETIOLOGIA: Es congénito, siendo una anomalía de desarrollo es --- decir una proliferación anormal de tejidos y estructuras masivas de - esa parte siguiendo un curso benigno.

HISTOPATOLOGIA: Los hemangiomas congénitos se clasifican en capi- lares y cavernosos, según el tamaño de los espacios vasculares delimi- tados por endotelio sin musculatura, aunque no hay diferencia clíni- ca importante entre ambos.

El hemangioma común está compuesto de muchos capilares pequeños-revestidos por una sola capa de células endoteliales soportadas por un estroma de tejido conectivo de densidad variable.

Guarda una considerable semejanza con el tejido de granulación --joven y casi idéntico en algunos casos de granuloma piógeno. Algunos-casos más bien muestran una notable proliferación de células edotelliales. Por lo general se cree que esta lesión es una etapa inmadura de un hemangioma capilar que a su vez se desarrollara en un hemangioma simple o recurrira.

La forma cavernosa del hemangioma está compuesta de grandes senos sanguíneos dilatados con paredes delgadas; cada uno muestra un revestimiento edotelial. Los espacios sinuisidades habitualmente estan ---llenos de sangre, aunque en ocasiones se presenta una mezcla con vasos linfáticos.

DIGNOSTICO DIFERENCIAL: En el exámen clínico se debe diferenciar de otras lesiones que ocurren en la mucosa gingival, como el granuloma periferico, aunque este es de color más claro. La biopsias esta---blece el diagnóstico definitivo.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: Se ha encontrado que muchos hemangiomas congénitos sufren una regresión espontánea a una edad relativamente temprana. Los casos que no se muestran dicha remisión o los que ----surgen en las personas ancianas, se han tratado de varias maneras ---incluyendo.

- a). CIRUGIA.
- b). RADIOTERAPIA.
- c). AGENTE ESCLEROSANTES (MORMATO O PSYLATO DE SODIO)
- d). NIEVE DE DIOXIDO DE CARBONO.
- e). CRIOTERAPIA.
- f). COMPRESION.

El pronóstico del hemangioma es excelente ya que no presenta ----
transformación maligna o recurre después de su extirpación o destruc--
ción adecuada.

GRANULOMA DE CELULAS GIGANTES (CENTRAL)

CARACTERISTICAS CLINICAS: Amenudo provoca una expansión o tumora-
ción indolora de la mandíbula y aunque las placas corticales se adel-
gazan, algunas veces se perforan y causan una extensión del tumor a -
los tejidos blandos.

Radiograficamente se manifiesta como una lesión ósea radiolúcida-
multiocular o con menos frecuencia, unocular con bordes bien delinea-
dos y por lo regular festoneados.

En algunos casos, los bordes estan menos definidos, a menudo se -
desplaza las raíces de los dientes y a veces se observa resorción de-
la misma.

LOZALIZACION: Se localiza casi en forma exclusiva en los maxila--
res, pero se conocen unos cuantos casos en los que afecta los huesos-
faciales. Las lesiones ocurren casi siempre en la mandíbula y tienden
a comprometer las regiones a los molares, pero en ocasiones se extien-
den más allá de la línea media. Pocas veces afecta las regiones poste-
riores de la mandíbula entre las que se incluyen la rama y el cóndilo
mandibular.

EDAD Y SEXO: Predomina en niños y adulto jóvenes ya que se --
presenta antesde los 30 años. Afecta más a mujeres que hombres en una
proporción de 2:1.

ETIOLOGIA: Se postula que representa una respuesta de reparación-hemorragia o inflamación intraósea. Otros opinan que es una lesión -- relacionada con el tumor de células gigantes de los huesos largos, -- considerando como un tumor verdadero. También se considera que corresponde a una anomalía de crecimiento relacionada con el quiste óseo --- aneurismático.

HISTOPATOLOGIA: Consiste en una proliferación de fibroblastos --- fusiformes contenidos en un estroma con cantidades variables de colágena. Además se observan numerosos vasos pequeños y con frecuencia -- presenta macrófagos cargados de hemosiderina, además eritrocitos ex--travasados. En el estroma de tejido conectivo se encuentran células - gigantes multinucleadas, dispersas o en acumulos alrededor de los --- vasos. No hay cantidades importantes de células inflamatorias y cuando las hay son de naturaleza secundaria. También puede aparecer focos de osteoide dispersos en el extremo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Debido a que las radiografías se mani---fiestan con una lesión solitaria, multiocular radiolúcida puede con--fundirse con ameloblastoma, odontoma mixoide, queratoquiste odontogé--nico y quiste óseo aneurismático. También debe considerarse en el --- diagnóstico diferencial lesiones quísticas de los maxilares, ya que - el granuloma central de células gigantes puede ser unocular.

Las características microscópicas son casi idénticas a las de la lesión de células gigantes relacionada con hiperparatiroidismo. Puede diferenciarse de esta lesión mediante pruebas bioquímicas, ya que el aumento es la fosfatasa alcalina y la disminución del fosfato sérico indican hiperparatiroidismo y en el granuloma central de células gigantes estos valores son normales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: Cirugía y curetaje agresivo del tumor - Este último, seguido de extirpación de los bordes del mismo, mejora el pronóstico y disminuye la tasa de recurrencia. En algunos casos, puede ser necesario un tratamiento prequirúrgico de endodoncia o extracción de los dientes afectados.

GRANULOMA DE CELULAS GIGANTES (PERIFERICO)

CARACTERISTICAS CLINICAS: El exámen aparece como una masa de ---- color rojo azulado de base amplia; pero la ulceración secundaria al - traumatismo puede producir zonas amarillas en la lesión debido a la - formación de un coagulo de fibrina que cubre la úlcera. La mayor parte de las lesiones mide cerca de un cm. de diámetro. En ocasiones el - redorde adéntulo puede observarse una mancha radiolúcida superficial - en forma de copa.

LOCALIZACION: Se localiza de manera exclusiva en la encía a menudo en la zona intermedia entre los primeros molares permanentes y los incisivos.

EDAD: Ocurre a cualquier edad y son más frecuentes en mujeres que en hombres.

ETIOLOGIA: Es una reacción hiperplásica, poco frecuente a la agresión de los tejidos gingivales.

PATOGENIA: Es una de las hiperplasias reactivas que se encuentran con mayor frecuencias en las membranas mucosas bucales; corresponden a una reacción excesiva de los tejidos. Las características que lo -- distingue de las otras lesiones es la presencia de células multinu--- cleadas gigantes cuya función se desconoce.

HISTOPATOLOGIA: El elemento básico es el tejido hiperplásico de granulación, pero también se encuentra abundantes células multinucleadas gigantes dispersas en el tejido de granulación.

En ocasiones es posible observar islas de hueso metaplásico en las lesiones, pero este hallazgo no tiene importancia clínica. Además puede encontrarse cantidades variables de células características de inflamación crónica y neutrófilos en la base de las úlceras.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: La lesión es indistinguible del granuloma piógeno, aunque en el granuloma de células gigantes, es más probable encontrar resorción ósea, por lo que la biopsia establece el diagnóstico definitivo. Al exámen microscopico, es idéntico al granuloma central de células gigantes derivado del tejido medular de la mandíbula y maxilar, pero las características clínicas los diferencia de manera adecuada.

TRATAMIENTO: Está indicada la excisión quirúrgica de la lesión y la eliminación de los irritantes locales.

La recurrencia es poco frecuente.

ADENOMA FLEOMORFICO (TUMOR MIXTO DE GLANDULAS SALIVALES)

CARACTERISTICAS CLINICAS: Por lo general es móvil, excepto ---- cuando se presenta en paladar duro, de consistencia firme, indoloro y en la mayor parte de los casos no produce ulceración de la mucosa que lo recubre. Cuando se origina la glándula parótida es indoloro, no -- presenta sensibilidad a la presión, su crecimiento es lento, y por lo regular se localiza por debajo de la oreja en la parte posterior de - la mandíbula. En algunos casos la extensión posterior de la rama mandibular atravieza el tumor y si esto persiste en tiempo prolongado -- puede provocar atrofia del hueso por presión.

Varían de tamaño de unos cuantos milímetros a varios centímetros- y a veces alcanzan porciones gigantes en las glándulas salivales ---- principales, en especial la parótida. El tumor es lobulado y posee un pseudocapsula de tejido conectivo de grosor variable que por lo general, es incompleta. En los sitios en donde la capsula no está comple- ta, el tejido neoplasico está en contacto directo con el tejido sali- val adyacente.

LOCALIZACION: El sitio más frecuente es el paladar duro en segun- do lugar el labio superior y mucosa bucal. En estos casos, en espe---- cial en los del paladar no tiene capsula definida; en las glándula -- submaxilar se presenta como masas discretas. Otro sitio en que se pre- senta es la glándula parótida.

EDAD Y SEXO: Ocurren a cualquier edad, afectan más a mujeres que a hombres, se presentan con mayor frecuencia entre los 10 y 20 años de edad y corresponden al 50% de los tumores de glándulas salivales accesorias.

ETIOLOGIA: Existen varias teorías a cerca de su origen se cree -- que provienen del desarrollo de células epiteliales y mioepiteliales por estímulos carcinogénicos. También se cree que está en relación con la capacidad regenerativa de las células acinicas que pueden ---- originar los tumores.

HISTOPATOLOGIA: Al rededor de un 30% de los tumores presentan una porción igual de células epiteliales y mesenquimatosas. El componente epitelial se organiza en patrones diversos que incluyen los que forman glándulas tubulos, cintas y laminas solidas.

En ocasiones es posible encontrar alteraciones epiteliales meta--plasicas de los elementos escamosos, oncositos o cebasceos.

Además se encuentran mezclas estromicas de tejido mixoidal con---drode, hialino y raras veces adiposa u óseo que hacen más complejo el cuadro histologico.

Además las células mioepiteliales complican los patrones histolo--gicos observados en los tumores mixtos benignos . El componente mio--epitelial es de dos tipos morfologicos: células plasmacitoides y ----fusifórmes. Con frecuencia las células plasmacitoides forman agrega--dos y las fusiformes se agrupan paralelas.

La apariencia histológica de los tumores mixtos en muchos casos -
simula el adenoma monomórfico y en otros ocurre un patrón como el del
carcinoma adenoquístico.

Para evaluar la posibilidad de transformación maligna deben consi-
derarse algunas características como: Presencia de necrosis focal ---
invación mitosis atípica y hialinización.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: El tratamiento de elección es la extirpa-
ción quirúrgica. No se recomienda la enucleación de los tumores mixto
de la parótida por el riesgo de recurrencia. La extirpación se compli-
ca por la presencia del nervio no dado el tratamiento más adecuado --
es la paridectomia superficial de preservación del nervio facial en -
los tumores localizados en la glándula submaxilar en tratamiento de -
elección es la resección.

Con frecuencia las lesiones del paladar y encía afectan el perios
tío o el hueso por lo que su extirpación es difícil.

La posibilidad de transformación maligna es mayor cuando los pa---
cientes recibieron radioterapia en esta zona.

NEVO

CARACTERISTICAS CLINICAS: Los nevos intrabucuales se presentan como papulas elevadas, en ocasiones pigmentadas azules o negrusco cafeoso aunque en cavidad oral son menos frecuentes y se presentan con más frecuencia los nevos no pigmentados.

LOCALIZACION: Por lo general se localizan en el paladar duro y con menos frecuencia en las mucosa bucal, labial o gingival, el proceso alveolar o los labios.

EDAD: Se presentan a cualquier edad.

ETIOLOGIA: Su origen no se conoce bien pero se cree que derivan de células pigmentarias que migran de la cresta neural a los epitelios y dermis o también que se desarrollan a partir de melanocitos alterados .

PATOGENIA: Son agrupaciones de células nevosas muy similares a los melanocitos con excepción de la carencia de dendritas y de la tendencia a agruparse.

HISTOPATOLOGIA: Se describen varios tipos histológicos cuya clasificación depende de su localización. Cuando se presenta en la unión

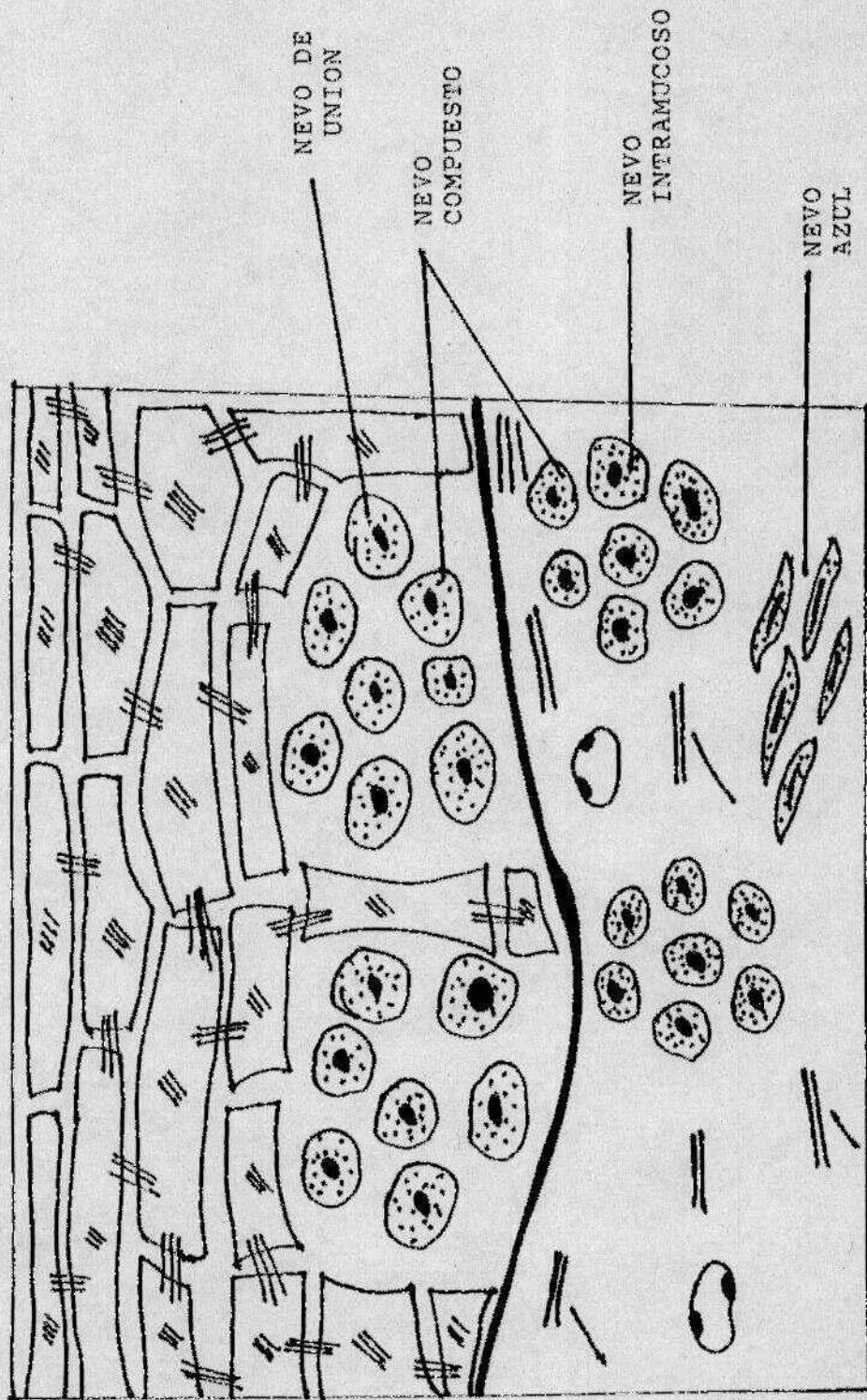


DIAGRAMA QUE MUESTRA LAS DIFERENTES LOCALIZACIONES DE LOS TIPOS DE CELULAS NEVOSAS EN LOS DIFERENTES TIPOS DE NEVOS.

epitelial-tejido conectivo se denominan nevos de unión, en la dermis son nevos intradérmicos; en la submucosa se conocen como nevos intramucosos y cuando se presentan en combinación de zonas se les denominan nevos compuestos.

Otro tipo de nevo en el cual se encuentra células en forma de ---huso localizadas en la profundidad del tejido conectivo se denomina ---nevo azul.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: El diagnóstico diferencial incluyen manchas melanóticas, tatuajes por amalgama y melanoma aunque deben considerarse también lesiones vasculares como hematomas, varices y hemangiomas, de las cuales las dos últimas pueden excluirse por medio de ---diascopia o con presión ya que la sangre está contenida en el sistema vascular.

TRATAMIENTO: Deben extirparse todos los nevos bucales debido a ---a la poca frecuencia con la que se presentan, a la incapacidad clínica de valorar los cambios de la unión y porque es posible confundir---los con melanomas iniciales. Puede indicarse biopsia excisional, ya ---que el tamaño por lo general es menor de un centímetro.

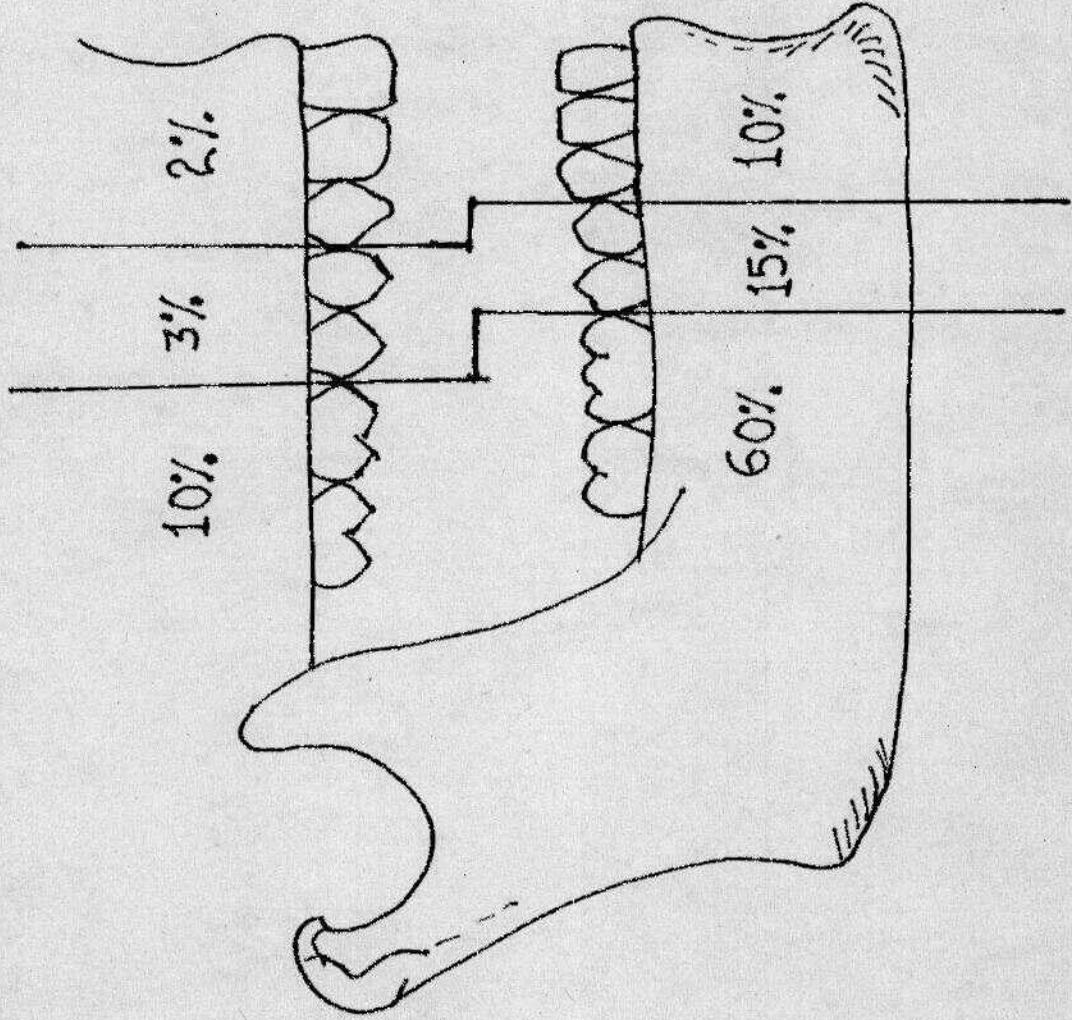
AMELOBLASTOMA

CARACTERISTICAS CLINICAS: Las lesiones periféricas de modo habitual no invaden el hueso subyacente y recurren con poca frecuencia. Suelen ser asintomáticos y se descubren durante examen radiográfico - de rutina o por expansión asintomática de la mandíbula; en ocasiones el signo inicial es la movilidad o la maloclusión dental. Desde el punto de vista radiográfico se manifiesta como un proceso osteolítico que se localiza en las regiones dentales de los maxilares y pueden ser unilocular o multilocular. Los bordes radiográficos están bien definidos y escleróticos por el crecimiento lento del tumor en los casos en que se presenta proliferación del tumor, pueden observarse bordes radiográficos mal definidos (esta variante afecta con mayor frecuencia las caras anteriores de los maxilares). También el pausado crecimiento del tumor ocasiona movilidad de las raíces relacionadas con el tumor, pero en este fenómeno es muy poco frecuente.

LOCALIZACION: Se localizan en cualquier región de la mandíbula o el maxilar, pero afecta con mayor frecuencia la zona molar de la rama de la mandíbula y la región molar del maxilar superior.

En pocas ocasiones se encuentran extraóseos en la encía y cuando ocurre se presenta entre los 40 y 60 años y sigue una evolución benigna no agresiva.

FRECUENCIA APROXIMADA
DE LOCALIZACION DEL
AMELOBLASTOMA EN MAXI-
LAR SUPERIOR Y MAXILAR
INFERIOR.



EDAD: Aparece a cualquier edad desde la niñez hasta la vida adulta y predomina en la cuarta y quinta década de la vida. La edad promedio de 35 a 45 años. En los niños es muy poco frecuente, por lo general uniuquisticos y se manifiesta como quistes odontogenos. No hay diferencias en la distribución por sexos.

ETIOLOGIA: Se cree que se deriva del epitelio que se relaciona con la formación de los dientes; Las probables fuentes epiteliales incluyen en el organo del esmalte, restos odontogenicos (restos epiteliales malases, restos de serres) epitelio reducido del esmalte y la capsula epitelial de los quistes odontogenicos, en especial del quiste dentigero.

PATOGENIA: Se desconocen los factores desencadenantes o los estímulos necesarios para que se produzca la transformación neoplasica de estas estructuras epiteliales.

HISTOPATOLOGIA: En los ameloblastomas se describe un gran número de patrones histológicos y otros muestran varios. En todos los subtipos se observan polarización de las células al rededor de los nidos proliferantes, similares a los del organo del esmalte, y cuyo centro de las células pierden su organización y simulan el retículo estrellado de este organo. Otras características habituales es la gemación de las células tumorales desde los focos neoplasicos que recuerda dientes embrionarios.

El subtipo histológico más frecuente es el folicular que se forma por islas tumorales que semejan el folículo dental normal. La degeneración quística central de las islas foliculares determinan la formación de un subtipo denominado ameloblastoma quístico.

En ocasiones, las células neoplásicas forman una red epitelial; - en este caso se denomina AMELOBLASTOMA PLESIÓRMO y cuando las porciones centrales del tumor son escamoides o elongadas se utilizan los -- adjetivos acantomatoso y fusiforme. Algunos tumores presentan un patrón microscópico similar al del carcinoma cutáneo de células basales por lo que se denominan AMELOBLASTOMA DE CÉLULAS BASALES.

Si las células centrales del tumor poseen granulaciones citoplasmáticas abundantes se le designa AMELOBLASTOMA DE CÉLULAS GRANULARES. Un estudio sugiere que este tipo de ameloblastomas es más agresivo y puede tener una mayor tasa de recurrencia que los anteriores, pero no hay evidencia que apoye esta afirmación.

También es posible encontrar células claras y células que corresponden a células fantasmas queratinizadas, pero su significado no es claro. La separación de los ameloblastomas en los subtipos descritos solo tiene utilidad académica ya que no aparece existir correlación - entre la conducta clínica y los patrones histológicos.

Los ameloblastomas se subdividen en dos subtipos: microscópico---
biológicos:

a). Solido o multiquístico.

b). Uniquístico.

Esta subdivisión se justifica por que las lesiones defieren en su tratamiento y pronostico.

El ameloblastoma solido o multiquístico puede mostrar cualquiera de los patrones histologicos analizados, y es más agresivo, requiere tratamiento más extenso y su tasa de recurrencia es mayor que el --- uniquístico si se trata con curetaje.

La lesión tiene un espacio quístico único y presenta crecimiento intraluminal o de las paredes, puede corresponder a un ameloblastoma unicocular o a un quiste odontogeno con transformación ameloblastica de la cubierta epitelial. El ameloblastoma plesiforme uniquístico es una variante histológica de este subtipo en la que la pared del quiste -- muestra una red epitelial de proliferación ameloblastica.

El ameloblastoma uniquístico se presenta en individuos jovenes -- (En la segunda o en la tercera década de la vida) y se localiza en la zona molar de mandíbula; su tasa de recurrencia es menor del 10% - de los casos cuando se utiliza curetaje como tratamiento y casi siempre, el diagnóstico se establece después de la enucleación, ya desde el punto de vista clínico parece un quiste odontogenico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIA: Si se considera la edad, localización y las características radiográficas, el diagnóstico diferencial puede limitarse a entidades en las tres categorías de la enfermedad mandibular; tumores odontogenicos, quistes y lesiones benignas no odontogena. Entre los tumores odontogenos deben considerarse en primer lugar el tumor odontogeno epitelial calcificante variedad radiolúcida, y los mixomas odontogenos; también puede incluirse el quiste dentigero y el queratoquiste odontogenico. En individuos jovenes algunas lesiones -- similares al ameloblastoma, desde el punto de vista radiografico, incluyen lesiones no odontogenicas como el granuloma central de células gigantes, el fibroma osificante, el hemangioma central y en ocasiones las histiocitosis idiopatica .

Desde el punto de vista microscopico, algunos ameloblastomas en especial el uniuquistico plexiforme y el multiquístico pueden confundirse con quistes odontogenos con hiperplasia de la cubierta, pero el ameloblastoma, presenta células basales pálidas y escasas células inflamatorias. En ocasiones los ameloblastomas de los maxilares son menos diferenciados y deben distinguirse de los adenocarcinomas y carcinomas de células escamosas que se originan en el seno maxilar.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: No hay un tratamiento único para el --- ameloblastoma, cada caso debe analizarse por separado. La primera --- consideración es si la lesión es solida-multiquística, uniquística o extraósea. Los tumores solidos multiquisticos requieren extirpación - quirurgica por que se utiliza curetaje, la tasa de recurrencia es del 50 a 90%. En las lesiones uniquisticas, en especial son pequeñas, no es recomendable sólo la enucleación y no se debe exagerar el trata--- miento; los ameloblastomas periféricos también debe tratarse en forma conservadora. La radio terapia tiene utilidad limitada ya que se ---- piensa que son tumores radioresistentes; sin embargo, hay evidencias- que indica que niveles de 4500 de radiación pueden ser terapéuticos.

No obstante, hasta que se conozca mejor la radiosensibilidad del tumor, la radiación debe utilizarse en casos excepcionales en los que la cirugía debe utilizarse es muy destructiva, de modo principal en - lesiones maxilares. En muy pocas ocasiones se encuentran ameloblasto- mas malignos; por definición, las lesiones malignas producen metasta- sis a los ganglios linfáticos u órganos distantes y la extensión a -- zonas contiguas no se califica como maligna.

Las lesiones malignas se dividen en dos subtipos:

- a). Ameloblastoma maligno, en el que las lesiones primarias y ---
metastásicas son bien diferenciadas.

- b). Carcinoma ameloblastico en el que las metastasis son mal ----
diferenciadas.

Se postula que el carcinoma ameloblástico incluyen todos los amelo-
blastomas, tantos los primarios como los recurrentes, que tienen sig-
nificados recurrentes e histológicos de malignidad. Las metastasis de
células tumorales. Las metástasis a los ganglios linfáticos siguen en
frecuencia a los pulmonares y es menos habitual que se localizen en -
cráneo, hígado, bazo, riñón y piel.

CONCLUSIONES

Del estudio que se realizó en San Luis Potosí en el Hospital ---- Central " Dr. Ignacio Morones Prieto " y la Clínica del IMSS " Dr. -- Francisco Padrón Puyu ", se obtuvieron las nueve lesiones que se ---- presentaron con mayor frecuencia y son:

MUCOCELE

GRANULOMA PIOGENO

FIBROMA

PAPILOMA

GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES

ADENOMA PLEOMORFICO

NEVO

AMELOBLASTOMA

Estas entidades patológicas benignas de cavidad oral sólo repre-- sentan la patología presente en estas instituciones de salud pública, pero podría tomarse como referencia para esclarecer duda acerca de -- diagnósticos de patologías benignas de cavidad oral.

Posteriormente el análisis que se hizo de las características --- más importantes de cada una de estas entidades, para que halla queda-- do un conocimiento más claro de estas.

De esta manera el objeto que tenia desde un inicio este trabajo -
recepional de proporcionar un punto de referencia de lo que podría -
ser la presencia de entidades patologicas benignas de cavidad oral en
la Ciudad de San Luis Potosí y el conocimiento claro y preciso de ---
cada una de ellas sólo quedará completo si en el consultorio estoma-
tológico se obtiene con el paciente el éxito en el diagnóstico de la-
patología que le aqueja.

BIBLIOGRAFIAS

Pp. de 1 a 5.

Revista Practica Ododntologica.

Vol. 5 N°. 9 Octubre 1984

pp. 22-28

Estudio Realizado Analizado Expediente de Hospital Central " Dr. ---
Ignacio Morones Prieto " y Clínica del IMSS " Dr. Francisco Padrón --
Puyu ".

Pp. de 7 a 15.

Información Obtenida del estudio realizado en la revisión de expedien
tes del Hospital Central " Dr. Ignacio Morones Prieto " y Clínica del
IMSS " Dr. Francisco Padrón Puyu ".

Pp. 16 y 41

Tratado de Patología bucal

Aur. Williams G. Shafer.

Cuarta Edición 1988 México, D.F.

pp. 86 y 157.

Pp. 18 a 58

Patología Bucal

Aut. Joseph A. Regezi J. Sciubba.

Primera Ed. México, 1991

pp. 30, 41, 55, 57, 45, 88, 89, 130 a 140, 193 a 195, 177 a 180, 353-