

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"NEOPLASIAS.- TUMORES MALIGNOS DE LA CAVIDAD ORAL"

TESIS

PRESENTADA POR

TULIO SALVADOR ARRIAGA E.

COMO PREVIO ACTO PARA OBTENER EL TITULO DE

DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL

MAYO DE 1966



San Salvador, El Salvador, Centro América.

7
6/6. 99434
A 7752
7966
F.O
G. 3

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10126142

18243

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. Fabio Castillo Figueroa.

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Mario Flores Macall

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANO:

Dr. Ricardo Acevedo

SECRETARIO:

Dra. María Lidia de Linck

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

JURADOS

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

Dr. Julio Eduardo Méndez

" Mario Amaya Díaz

" Miguel A. Barrios

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

Dr. Francisco Zaldaña E.

" Gilma Esther Rodas

" Blanca C. Gutiérrez de Henríquez

EXAMEN PUBLICO DE DOCTORAMIENTO

Dr. Julio César Morales

" Juan Urrutia Luna

" Ladislao Remberto Monterrosa

San Salvador, 16 de Marzo de 1966.-

Señor Decano de la
Facultad de Odontología,
Dr. Ricardo Acevedo,
P R E S E N T E.-

Señor Decano:

Los infrascritos Miembros del Jurado de Tesis presentada - por el Bachiller TULIO SALVADOR ARRIAGA, constituídos a las once horas del día dieciséis de marzo de mil novecientos sesenta y seis, en el Decanato de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, después de haber estudiado separadamente el trabajo presentado con el título de "NEOPLASIAS. TUMORES MALIGNOS EN LA CAVIDAD ORAL", - y discutido conjuntamente; resuelven aprobarla por llenar todos los - requisitos necesarios para ser aceptada.-

Dr. Julio César Morales,
Presidente.

Dr. Juan Urrutia Luna,
Primer Vocal.-

Dr. Ladislao Remberto Monterrosa,
Segundo Vocal.-

D E D I C A T O R I A S.

Dedico esta Tesis y el Acto Público de mi Doctoramiento:
Al Supremo Hacedor.-

A mis Padres:

Antonio Arriaga J. y
Fidelina E. de Arriaga
Amor y gratitud eternos.-

A mis Hermanas:

María América y
Jacqueline

A mi Tía:

Profesora Ofelia Enamorado M.

A la República de El Salvador:

Cuya hospitalidad llevaré grabada siempre.

A la República de Honduras:

Tierra natal donde ejerceré mi profesión.

A mis Profesores y Amigos.-

I N D I C E

- 1) Introducción
- 2) Generalidades sobre Neoplasias
- 3) Tumores malignos y benignos comunes en la región oral y el resto del organismo
- 4) Tumores Malignos y Benignos de los Maxilares
- 5) Quistes Dentígenos
- 6) Afecciones Paradentarias
- 7) Tumores Malignos y Benignos del piso de la boca, lengua y bóveda palatina
- 8) Tumores benignos y malignos de las glándulas salivales
- 9) Conclusiones y recomendaciones
- 10) Bibliografía

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

La presente Tesis no es un trabajo de investigación, sino una - recopilación de datos de varios textos de autores que se han dedicado con empeño al estudio de la Patología.

Será necesario que el estudiante en su práctica diaria y el O - dontólogo en su experiencia conozcan este tipo de afecciones llamadas "Neoplasias", que si bien es cierto que muchas de ellas son benignas no por ello quiera decir que no puedan transformarse en malignas.

Tengamos presente siempre el examen clínico que es el que nos - dará los signos y síntomas, el examen de Anatomía Patológica, el cual nos confirmará acertadamente el tipo de afección que adolece el paciente; el examen de Rayos X, sin el cual muchas afecciones no serían des- cubiertas sin su ayuda. Todo esto es de gran importancia en la Patología ya que nos dará un diagnóstico efectivo y un tratamiento favorable.

Agradezco a todas las personas que en una u otra forma han co- laborado a la elaboración de esta tesis.-

NEOPLASIAS.- TUMORES MALIGNOS DE LA CAVIDAD ORAL.

Generalidades sobre Neoplasias.- Una neoplasia podemos definir que es: una masa o conjunto de células anormalmente dispuestas y que tienden a crecer, persistir y degenerar. Una neoplasia es una neoformación autónoma de los tejidos.

Caracteres Generales de tumores malignos y benignos.-

<u>Caracteres</u>	<u>Benignos</u>	<u>Malignos</u>
Modo de crecimiento	Centrípeto	Centrífugo
Encapsulación	existe	no existe
Rapidez de crecimiento	lenta	rápida
Invasión de los basos	no existe	existe
Metástasis	no existen	existen
Destrucción tisular	insignificante	considerable
Efecto general sobre el huesped	insignificante	considerable
Grado de Anaplasia	células diferenciadas	células indiferenciadas
	a) Crecimiento lento	a) Crecimiento rápido
	b) Tienen cápsula	b) No tienen cápsula
	c) no dan metástasis	c) Dan metástasis
	d) Estroma rico	d) Estroma no siempre en relación con el crecimiento; a veces muy escaso; debido a esto fácilmente sangran
	e) Rara vez presentan fenómenos necróticos	e) Fenómenos necróticos frecuentes
	f) Comprime estructuras vecinas pero sin invasión	f) Comprime e invade estructuras vecinas
	l) Células más o menos del mismo tipo, sin pérdida de la orientación celular y de la polaridad nuclear	l) Pérdida de la orientación celular y de la polaridad nuclear

- | | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 2) Relación nucleoproteoplasmática conservadora | 2) Pérdida de la relación nucleoproteoplasmática |
| 3) Mitosis raras | 3) Mitosis frecuentes |
| | 4) Pleomorfismo celular, monstruosidades celulares - y hiperchromacia nuclear |
| | 5) En los sarcomas - hay pseudovasos |

TUMORES MALIGNOS Y BENIGNOS COMUNES EN REGION ORAL Y EL RESTO DEL ORGANISMO.

	<u>Malignos</u>	<u>Benignos</u>
	Medular	Exostosis
	Telangiectásico	Osteomas
1) Serie Osteogénica	Esclerosante	
	Periostico	
	Fibrosarcoma	
	Condrosarcoma	
2) Serie Condroma	Mixosarcoma	Condromas
3) Tumores de Células Gigantes	Benigno-Maligno	Tumor de Células gigantes
4) Serie Angioma	Angioendotelioma	Angioma cavernoso
	Endotelioma difuso	Angioma Plexoforme
	Mielocitoma	
5) Serie Mieloma	Eritrolelastoma	
	Linfocitoma	
6) Sarcoma de Celulas Reticuladas		
7) Liposarcoma		

TUMORES MALIGNOS Y BENIGNOS DE LOS MAXILARES

El presente grupo corresponde también al cuadro anteriormente descrito de los tumores epiteliales y los procedentes del tejido conjuntivo.

Entre los tumores epiteliales malignos tenemos, (1) el carcinoma que histológicamente podemos considerar 3 variedades que son:

1) Carcinoma de células basales. 2) Carcinoma Epidermoide. 3) Adenocarcinoma.

Los carcinomas tienen su punto de iniciación en las mucosas, luego cubren a los maxilares, mucosas del seno; bóveda palatina, úvula, -suelo de la boca, carrillo y encías; o piel de la cara y los labios.

Existe en la cavidad oral una serie de factores predisponentes al desarrollo de esta afección; en especial las denominadas "lesiones Pre cancerosas" sobre las que se desarrollan éstas neoplasias; el factor -traumático, aunque no comprobado puede alcanzar su mayor exponente en lesiones producidas por bordes dentarios, tabaco, restos radiculares, -aparatos protésicos.- Las placas de leucoplasia (Hiperqueratinización de la mucosa bucal; con zona blanco-amarillentas circunscritas) degeneran en una proporción del 15%; incluso bocas libres de caries dentarias y sin otras lesiones pueden ser asientos de carcinomas; dichos tumores de una gran infiltración, de gravedad marcada y malignidad den metástasis; infarto ganglionar y se generalizan en tiempo variable. El diagnóstico diferencial estará dado por la biopsia, el examen radiográfico-determinará una zona roentgenolúcida infiltrante.- El tratamiento será el quirúrgico, aunque siempre se esperan resultados desfavorables.

2) EPITELIOMAS.- Tumor que también adquiere malignidad; puede ser confundido con una Sinusitis; pero hay un Signo Clínico que lo diferencia, sucede que en el tumor la secreción purulenta es poca luego el hueso -es rechazado, se infiltra en la bóveda palatina y abarca varias regiones; llega a la órbita y produce el exoftalmos; luego toma el seno frontal; invade tegumentos y los ulcera.- Siempre será indispensable los -rayos X y la biopsia para su diagnóstico; el tratamiento será el quirúrgico.

3) PAPILOMAS.- Tumores benignos, de relativa frecuencia en la cavidad -bucal; se presentan en la lengua, bóveda palatina, úvula y carrillos y laringe.- Se presentan en dos aspectos: Sésiles y Pediculados.- Estos -tumores no sangran, son indoloros, no dan ganglios, su única molestia -

es el volumen que llegan a alcanzar; ejem. de ello tenemos que el papiloma del carrillo situado sobre la línea de oclusión son dañados en el acto masticatorio. Se cuentan casos de papilomas muy grandes que no molestan en absoluto; algunos autores sostienen que dichos tumores a pesar de ser benignos se pueden transformar en malignos.

Tratamiento.- Debido al peligro de malignidad en potencia hay que extirparlos quirúrgicamente y su intervención consiste en una incisión cuneiforme, para eliminar la base de sustentación del tumor y evitar futuras recidivas.

Tumores Malignos Procedentes del Tejido Conjuntivo.- Tenemos los sarcomas osteogénicos también de gran malignidad. Thoma los clasifica en la siguiente forma:

- 1) Sarcoma osteogénico osteolítico.
- 2) Sarcoma osteogénico osteoblástico.
- 3) Sarcoma osteogénico telangiectásico.

El término osteogénico fué introducido por Eiving; son tumores que se originan en las células óseas embrionarias; son tumores muy graves, su período de evolución es relativamente corto; pues los enfermos con este tipo de patología sucumben al año o dos años de iniciado el proceso.- Según ciertos autores los sarcomas son tumores propios de la juventud, ya que aquí en esta etapa de la vida, el desarrollo óseo se intensifica, en cambio otros autores sostienen que este tumor pertenece a la 5a. y 6a. década.-

Los sarcomas osteogénicos se presentan en todos los huesos; generalmente en el fémur y la tibia y ciertos huesos largos; en cuanto a los maxilares los sarcomas se presentan en ambos; pero son más frecuentes en el maxilar superior.-

Rosseau y otros autores han sacado estadísticas concluyentes en porcentaje al sitio donde estos tumores asientan con mayor frecuencia y se obtuvo el siguiente resultado: 50% reborde alveolar, 25% bóveda palatina, 25% seno maxilar.- A nivel del seno maxilar; el sarcoma crece debajo de la mucosa; casi siempre en la pared interna; invade la cavidad, rechaza el hueso; lo perfora y lo traspasa, luego sale por debajo de la mucosa -

palatina o debajo de la piel; los sarcomas del maxilar superior originados en el espesor del hueso van hacia el seno y hacia el exterior, - cuando el tumor aparece debajo del periostio solamente contrae adherencias con las capas más superficiales del tejido óseo.-

En cuanto a las causas que probablemente originan dicho tumor se han dado varias siendo de las más aceptadas "el factor irritante", como ejem. consecuencia a un traumatismo, é incluso puede darse el caso de un sarcoma a consecuencia de una fractura.-

Estudio Clínico.-

Este tumor es raro que presente signos clínicos precoces que permitan su diagnóstico, es un gran simulador; pues el dolor que presenta puede aparecer como de origen dentario; éste dolor siempre está presente; se extiende hacia los arcos dentarios, el ala de la nariz y el ojo; este dolor se acentúa en las noches y llega a ser de gran intensidad, - muchas veces, al paciente se le extraen las piezas dentarias creyendo que el dolor es de origen dentario; sucede también que muchas veces hay temperaturas marcadas; Eiving sostiene que es debido a intoxicación y no a infección; el aumento de la temperatura es signo característico de la neoplasia.- El tumor continúa evolucionando haciendo un engrosamiento de la cara; el ojo se proyecta fuera de la órbita; la nariz y -- los labios se desvían hacia otros sitios, el dolor siempre persevera.-

Las piezas dentarias se aflojan por destrucción del tejido óseo;- aparece una zona necrosada, roja y maloliente, luego aparece una supuración que sale por los alvéolos y las fosas nasales; se invade el seno maxilar y empieza una hemorragia que es variable; se supone que esta - hemorragia es debida a varios vasos sanguíneos destruídos por el proceso; recuérdese que la extensión del proceso se hace por vía sanguínea; las metástasis son frecuentes, el paciente continúa en estado caquéctico hasta que entra en coma; siempre procuremos efectuar el diagnóstico precoz.-

RAYOS X.

Los tumores malignos de origen conjuntivo se presentan con una irregularidad en los bordes; y se notan manchas claras y oscuras de mo-

derada intensidad; da la impresión de una formación en abanico.-

Tratamiento.-

Resección del hemimaxilar; aún así las probabilidades son escasas; las metástasis se presentan en un tiempo variable.

Tumores Mixtos.-

Son una serie de tumores que contienen tejido epitelial y tejido conjuntivo. Eisenmejer los ha observado en la bóveda palatina y otros autores en el maxilar superior. Dichos tumores presentan dos clases de tejidos: 1) un estroma conjuntivo con zonas mixomatosas y zonas condroides 2) masas irregulares formadas por elementos embrionarios de tejido sarcomatoso.- Estos tumores tienen que ser extirpados quirúrgicamente; pero siempre tomemos en cuenta su recidiva.-

Tumores Benignos procedentes de Tejido Conjuntivo.-

Fibromas.- En los huesos maxilares son tumores relativamente raros; corresponde 3% de las neoplasias existentes; son tumores benignos, pero en algunos casos se ha dado malignidad; se han observado con más frecuencia en el sexo femenino que en masculino.- Se presentan dos aspectos a) Fibromas Centrales, b) Fibromas Periféricos; estos últimos son llamados Epulis.-

Los fibromas en los maxilares nacen a expensas de los ligamentos alveolodentarios o a expensas del tejido conjuntivo del hueso; en el maxilar superior pueden proceder de la fibromucosa del seno; en este hueso no son aparentes hasta después de llenar la cavidad del seno; en la mandíbula hinchan el hueso.- Los fibromas pueden ser confundidos con un odontoma o un adamantinoma.-

Fibromas Centrales.- Este tipo de tumores está sujeto a varios nombres según los autores, ya que según la histología están sujetos a cambios morfológicos. Thoma con Furedi le dan el nombre de Fibroosteomas; en cambio Grimson los conoce con el nombre de osteomas fibrosos; estos tumores están rodeados de una cápsula conjuntiva y por el hueso periférico; solo se exteriorizan cuando vencen la resistencia de la tabla ósea externa; en dichas circunstancias puede infectarse.-

Viéndolos a través de los rayos X se muestra una sombra de bordes

nítidos, semejante a un quiste, pero menos roentgenolúcida.-

Tratamiento. Consiste en extirparlos quirúrgicamente, siempre tengamos presente la biopsia.

Fibromas Periféricos.- Conocidos también con el nombre de Epulis, algunos autores no los clasifican como tumores, sino que como una hiperplasia inflamatoria, aunque por su persistencia, evolución y crecimiento los clasificaremos como tumores.-

Los épulis están constiuídos por tejido fibroso puro; también pueden estar combinados con tejido vascular o bien con otros tejidos.- Los épulis se presentan en cualquier edad, así observamos que los podemos encontrar en la infancia como en la vejez, pues se han reportado casos de individuos de 70 a 80 años con épulis, parece ser que el sexo femenino tiende a padecerlo más que el masculino, así también notamos que durante el embarazo se acentúa más.- Dato importante que hay que tomar en cuenta es que la aparición de dichos tumores aparecen en el lado vestibular, aunque siempre se presentan en las caras palatinas y linguales. Factores predisponentes a la aparición de los épulis son: caries cervicales, tártaro, gingivitis, erupción del tercer molar; aparatos protésicos mal adaptados, la mayor parte de autores sostienen que el factor irritación es el más común de todos en la aparición de dichos épulis.-

Patogenia. Histológicamente hablando, muchos autores dan su punto de vista como se originan dichos tumores; Paloutier sostiene que el factor irritación predomina; él dice lo siguiente: la gingiva sufre del medio externo muchos estímulos; los traumatismos repetidos sobre el epitelio sobre la masticación y roces en la boca la infección de las bolsas gingivales por retención microbiana en ella.-

Diagnóstico Clínico.- Síntomas dolorosos (neuralgias debidas a compresión de filetes nerviosos sobre la tabla ósea); las piezas dentarias se aflojan y se salen de sus alvéolos. A medida que el tiempo avanza el tumor va adquiriendo mayor tamaño y consistencia; presenta en color rojo vinoso, y en veces rosado pálido.- Estos tumores benignos no dan reacciones ganglionares. Su tratamiento es el quirúrgico; habrá que extirpar una región más amplia donde esté colocado el épulis para evitar una recidiva.-

Lipomas.- Otro de los tumores benignos del tejido conjuntivo, este tumor está formado por células adiposas, presenta una forma lobulada, en veces arracimadas.- En la cavidad oral y en los maxilares estos tumores son raros; se han reportado casos esporádicos a nivel de la fosa canina y en piso de la órbita. Tratamiento.- Es el quirúrgico.-

Mixomas.- También es un tumor benigno procedente del tejido conjuntivo.- Los mixomas son muy semejantes a los pólipos mucosos; invaden la cavidad del seno maxilar; se presentan varios mixomas en la cavidad oral -- frecuentemente. Tratamiento.-Es el quirúrgico.-

Condromas.- Este tumor benigno del tejido conjuntivo si es más frecuente en los maxilares; se presenta debajo del periostio; éstas afecciones -- pueden adquirir un tamaño muy grande.- Los condromas son asiento de diversas lesiones segresivas, suceden muchas veces fenómenos de reblandecimiento que simulan una transformación mucosa que conducen finalmente a la aparición de quistes.- Cuando suceden en los maxilares aparece dolor dentario; pero el síntoma principal es la tumefacción que aparece -- en dicha región.-

Tratamiento.- Es también quirúrgico.-

Tumores de Células Gigantes.- Son neoplasias raras, que se presentan en los maxilares como los anteriores que hemos visto podemos dividirlos: - a) Tumores Centrales b) Tumores Periféricos.-

Tumores Centrales de Células Gigantes.-

Comunes en ambos maxilares; crecen casi siempre hacia la tabla externa; produce la consiguiente desaparición del Surco Vestibular.

Los que asientan en el maxilar inferior, su sitio de preferencia -- es la región mentoniana; el mentón se deforma.

El color de la gingiva es ligeramente rojo vinoso; un autor notó -- un importante detalle en un caso que reportó y es el sig.: el festón -- gingival no se mantiene adherido al cuello de los dientes.

Estos tumores no presentan cápsula propia sino que se presentan en el hueso en contacto con la superficie del hueso.

Estas neoplasias se simulan con quistes, las piezas dentarias se -- ven movibles y desviadas. Respecto a su etiología podemos decir que el

factor traumático es punto culminante de el tumor a células gigantes; - son originarios en la 2a. y 3a. década de la vida.-

Rayos X.- Como dijimos anteriormente la radiografía nos hace simular un quiste común; el borde óseo no es uniforme y la imagen radiográfica presenta numerosas líneas. Siempre recordemos que en todo tipo de neoplasia la radiografía es un complemento de biopsia.-

Anatomía Patológica.- Presenta un contenido blando, granulomatoso; la cavidad ósea y el tumor sangran abundantemente; será necesario enuclearlos completamente ya que la recidiva es muy frecuente; unos autores relacionan este tipo de tumor con el metabolismo del calcio; se relata el caso de una paciente que la biopsia le indicó un tumor de células gigantes; al examen clínico dicha paciente mostraba una variante en el calcio y un adenoma de la glándula Paratiroidea; una vez eliminado el adenoma, desapareció y curó espontáneamente el tumor de células gigantes.-

Tratamiento.- Será quirúrgico con la completa enucleación del tumor.

Tumores Periféricos de Células Gigantes.-

Constituyen cierto tipo de tumores que semejan epulis; pero su diferencia estriba en el estudio anatomopatológico.- Estos tumores asientan en el maxilar superior e inferior, y en las superficies bucal y lingual; éstos fibromas periféricos en general son vestibulares.- Etiología Su origen puede ser la irritación causada por cuerpos extraños ejem.: - la raíz de una pieza temporaria, un trozo de tártaro, un borde cortante, etc.-

Osteomas.-

Como su nombre lo indica, son tumores formados de tejido óseo; asientan preferentemente en la cara externa del maxilar superior, en el ángulo de la mandíbula, en el seno maxilar; en el piso de la órbita.

Cuando se presentan en la bóveda palatina reciben el nombre de Torus Palatinus y en el maxilar inferior Torus Mandibularis.- Adquieren estos tumores benignos dos nombres clásicos: Exostosis (fuera del hueso) Enostosis (dentro del hueso); crecen ambos en forma lenta y adoptan diversos tamaños; son neoplasias indoloras; interrumpen la fonación y la masticación; dada su benignidad no presentan problemas excepto cuando -

se encuentran colocados en regiones como la órbita, conductos óseos etc. pueden darnos problemas.

Tratamiento.- Estos tumores también deben de ser extirpados quirúrgicamente.- En cuanto a los Torus (Palatinus y Mandibularis) nos pueden dar problemas con las prótesis.- Su extirpación quirúrgica es más dificultosa en el maxilar superior.

Rayos X.- Notamos una calcificación difusa, generalizada; se encuentra por lo común en el seno maxilar y nos produce expansión cortical; nótese una masa roentgenopaca; como dijimos puede presentar expansión cortical; pero no perforación; ni señal de osteoclasia.

O D O N T O M A S.-

Podemos decir que este tipo de tumores están formados por tejidos dentarios calcificados en diferente sentido y proporciones.- Este tipo de neoplasias presentan muchas particularidades; entre ellas la disposición y orden de los tejidos calcificados.-

Son neoplasias benignas.- La palabra Odontoma fué usada por Broca para designar este tipo de tumores; en cambio otros autores no comparten este término ya que ellos llaman como: Tumores de dientes múltiples, odontomas-odontoplásticos; adamantinoma sólido dentificado, etc. etc.

Haremos dos grandes divisiones de los odontomas: a) Sólidos, b) Quísticos.-

Los primeros los podemos también subdividir y así tenemos: a) Odontomas Compuestos Complejos, b) Odontomas Compuestos Combinados, c) Odontomas Compuestos Geminados, d) Odontoma Compuesto Gestante e) Odontoma Compuesto Dilatado.

Odontomas Compuestos Complejos.- Dichos tumores provienen de un desarrollo patológico del germen dentario; contienen dentina; esmalte y cemento y están rodeados de una superficie conjuntivo-epitelial. Su sitio de alojamiento son las regiones del tercer molar inferior, aunque se han observado casos en la región de bicúspides superiores.

Odontomas Compuestos Combinados.- Estos se presentan por una aglomeración de dientes en la más diversa forma y disposición; su número es bastante variable, detallé notoric es que dicha aglomeración de dientes, se encuentra encerrado en una cápsula fibrosa que lo separa del hueso, lo cual permite enuclearlos más fácilmente.-

Ciertos autores mencionan casos de haber encontrado muchos dientes en varios odontomas; se han reportado casos hasta de 150 dientes en un solo tumor.-

Odontomas Compuestos Geminados.- Proceden indudablemente de la germinación dentaria; éstas neoplasias pueden encontrarse solitarias; y en ambos maxilares; y retienen una o dos dientes.-

Odontoma Compuesto Gestante.- Conocido en patología oral como Dens in dente ó sea diente dentro de otro diente.-

Odontoma Compuesto Dilatado.- Tienen la forma de un diente que ha aumentado de volumen; dicho aumento se presenta en la corona o en la raíz y da origen a una variedad un tipo distinto de tumor; son los odontomas radicales según la clasificación de Broca.-

Los segundos o sean el grupo de odontomas quísticos; no admite subdivisión; dado que este tipo de neoplasia es raro; característica importante es que está constituido por una bolsa conjuntivo-epitelial, semejante a la de los quistes odontogénicos.-

Edad.- Es una afección de la juventud; los localizamos mediante el examen roentgenológico o por que nos dan trastornos.-

Sexo.- Parece ser que este tipo de tumores el predominio es el sexo femenino.

Etiología.- Como en casi todos los tipos de tumores de éste tipo; el traumatismo y la infección son factores que nos explican la etiología de éstos tumores.-

Asiento.- Aparecen preferentemente en la región del tercer molar inferior y la región del canino y bicúspide superior.-

Anatomía Patológica.- Los odontomas están constituidos por tejidos dentarios calcificados; los odontomas compuestos combinados son el producto resultante de la reunión de un número variable de dientes; los cuales tienen una histología diferente, pero comparable al órgano dentario normal, con esmalte cubriendo la corona, su cuello anatómico bien diferenciado y la raíz cubierta de cemento.-

Evolución.- Dichos tumores pueden pasar inadvertidos durante mucho tiempo pues no dan ninguna sintomatología; ni se manifiestan en la mayor parte de los casos; son encontrados cuando se toma un examen radiológico con distintos fines, ejem. buscando otro tipo de patología.-

Quando estas neoplasias permanecen durante mucho tiempo; están expues-

pequeñas infecciones hasta necrosis de los maxilares.-

A la palpación se nota la dureza; el tumor se exterioriza y el examen clínico da muestras del aumento de volumen; detalle importantísimo que es para el odontólogo y que puede diagnosticar un odontoma es la persistencia de piezas temporarias y la ausencia de 1 ó 2 piezas permanentes.-

Rayos X.- En casi todos los tipos de odontomas los rayos X nos dan muestras semejantes.-

Los odontomas quísticos aparecen como un quiste conteniendo en su parte interior una sombra, con todos los detalles radiológicos de los tejidos dentarios.- Los odontomas compuestos complejos nos muestran manchas radiográficas de la misma intensidad de los tejidos dentarios calificados, sin zonas claras en su interior.-

Los odontomas compuestos combinados.- Los rayos X nos muestran dientes dentro de la neoplasia en desordenada disposición; con zonas claras entre cada una de ellas.- Casi siempre se encuentran dientes retenidos en la vecindad del odontoma.-

Los odontomas compuestos geminados dan la existencia de dientes fusionado Diagnóstico.- Los datos clínicos; y más que nada el examen roentgenográfico nos sirven para informes de diagnóstico; no existe ningún proceso parecido en los maxilares como los odontomas; pues la presencia de los dentículos comprueban lo dicho.- En tumores pequeños basta con la radiografía intraoral; pero nos da siempre mejor resultado la radiografía extraoral.- Tratamiento.- Consiste siempre en efectuar la cirugía; pueden ser intervenidos bajo anestesia local y también con anestesia general.-

Siempre es necesario vigilar la cavidad ósea y extirpar toda la membrana que lo cubre.- Operados correctamente no presentan ninguna recidiva aunque siempre es necesario el control radiográfico correctamente y periódico que de cuando en cuando se pueden dejar olvidados algunos dientes en el tumor.-

Ahora pasaremos a estudiar otro tipo de neoplasia llamada Adamantinoma que si bien es cierto que se opina que es benigno; se vuelve maligno localmente.-

A D A M A N T I N O M A .-

Este tumor llamado también ameloblastoma; es un tumor epitelial - de crecimiento lento; localmente es maligno; que en su estructura semeja un órgano del esmalte en desarrollo, pero que no forma esmalte; pero éste término ahora ya no se usa; porque un odontoma no es un neoplasma; sino que una malformación odontológica de origen congénito o inflamatorio.- En cuanto a su terminología 1) Adamantinoma 2) Ameloblastoma; estos dos términos también pueden criticarse porque el primero sugiere - en que el adamantinoma contiene esmalte, lo cual no es así, segundo) - que surge de los ameloblastos lo cual también es erróneo.-

Origen.-

Contamos con un acuerdo general en el aspecto de que un adamantinoma se deriva de células epiteliales y que dichas células deben haberse derivado del ectodermo embrionario.- Suelen decir que el tumor se origina 1) de la lámina dental o remanentes de ellas. 2) del órgano del esmalte o remanentes de él podrían estar situados en el periodonto o en las paredes de quistes paradentarios o dentígeros, incluso aún en la esponja del hueso. 3) Las células basales de la mucosa bucal.-

Otros opinan que ciertos trastornos genéticos pueden originar un adamantinoma a partir de remanentes de la lámina dental; de gérmenes que normalmente formarían órganos de esmalte; otra teoría es que los restos epiteliales de Malassez encontrados normalmente en el periodonto; pueden también aparecer en los espacios medulares de los maxilares.-

Puede suceder que existan casos que estén también aislados, según investigaciones de adamantinomas situados en el lóbulo anterior de la hipófisis; haciendo un recuerdo apreciamos, que así como la lámina dental surge como un crecimiento del ectodermo embrionario, y deja restos epiteliales alrededor de sus derivados especiales, así también el Saco de Ratschow surge como un crecimiento del mismo epitelio bucal y deja sus restos epiteliales alrededor de sus derivados las partes epiteliales de la hipófisis; no es difícil comprender por lo tanto porque estos dos grupos de restos epiteliales podrían originar tumores de estructura similar.-

Existen dos tipos de Adamantinomas: 1) Monoquísticos 2) Poli-quísticos; estos dos contienen cavidades separadas por tabiques fibrosos; los monoquísticos son tumores sólidos; estos presentan anchas bandas de epitelio que se anastomosan libremente y separados libremente por un estroma de tejido conjuntivo.-

Consideraciones Clínicas.- En la mandíbula los sitios mas afectados son región molar y bicúspide; la rama y la sínfisis del mentón.- En el maxilar superior la tuberosidad del maxilar tomado con inclusión de paredes anterolaterales; cuando afecte la línea media el tumor puede abarcar las fosas nasales.- Será necesario notar que los tejidos blandos no suelen estar complicados; excepto por recidiva después de efectuar el curetaje; esto fácilmente diferencia el adamantinoma de un carcinoma u otro tumor maligno; ya que éstos si afectan todos los órganos; el adamantinoma es un tumor, como dijimos anteriormente, de crecimiento lento, y en datos estadísticos encontramos pacientes que dicen tenerlos desde hace muchos años.-

La gingiva tiene un color normal; el tumor aumenta de tamaño; el hueso se adelgaza y el tumor se protruye; a menudo se siente elástico a la palpación; todas las piezas dentarias se aflojan debido al adelgazamiento del hueso en especial en la zona de los ápices.-

Si aparece el tumor en la boca, el tumor puede ulcerarse, y si se perfora una cavidad quística observamos que segrega un líquido parduzco.- Cuando el tumor invade el seno es probable que alcance un tamaño considerable; el dolor no existe, a menos que el tumor descansa sobre un nervio.- Las diferencias entre tumores adamantinomas (benignos y malignos) es muy difícil hacerla en cuanto a malignidad se refiere; pero todos son considerados malignos localmente por la cantidad de tejido que destruyen, tienen la desventaja para el paciente que vuelven a recidivar; las metástasis de los ganglios cervicales son raros.-

Adamantinomas Vistos a Través de los Rayos X.-

Es probable que el aspecto radiográfico de un adamantinoma sea la destrucción ósea que presenta; divididas por trabéculas en numerosas cavidades de varios tamaños; los bordes son bien definidos y pueden --

mostrar un aspecto festoneado; recordemos que un adamantinoma monoquístico puede simular un quiste odontógeno y un adamantinoma poliquístico nos puede dar una confusión con un carcinoma metastásico (de mucha malignidad) nunca dejemos de insistir en que los Rayos X en este tipo de diagnóstico se acompañen con la biopsia.-

Una nueva formación ósea no existe; y éste es el punto de diagnóstico util cuando se considera la posibilidad de una displasia fibrosa; donde puede haber una cierta cantidad de esclerosis de bordes óseos.-

Tratamiento.- Indudablemente será el quirúrgico; como es un tumor que abarca una gran extensión los pacientes sufren moralmente los defectos de estética.-

QUISTES DENTÍGEROS.

Hablaremos sobre este capítulo ya que es de suma importancia que se conozca; así es que lo incluiremos en el grupo de las neoplasias.-

Los quistes dentígeros están constituidos por una bolsa conjuntivo-epitelial; en cuyo interior se encuentra retenida la corona de un diente.- Ciertos autores los conocen de distintas maneras: quistes foliculares; quistes embrionarios etc.-

No confundamos nunca un quiste dentígero con un odontoma que ya hemos estudiado anteriormente, el primero es el que se desarrolla y evoluciona en dientes que quedan retenidos en los maxilares y presentan la característica bolsa alrededor de la corona de los dientes; en cambio los segundos presentan uno o varios dientes dentro del saco quístico, o un órgano dentario ubicado en la pared de la bolsa.-

Varios autores explican ciertas teorías que intervienen en el mecanismo de la formación de la bolsa quística, he aquí algunas: Broca -- opina que el origen de los quistes dentígeros radica en el folículo dentario.- Este mismo autor señala tres períodos en el proceso de la odontogénesis; a cada uno de estos tres períodos corresponden tres especies distintos de quistes dentígeros.

a) Período Embrioplástico.- Presenta formaciones histológicas blandas, no diferenciadas; aquí puede actuar cualquier factor, que apareciendo sobre el folículo en formación, hace desviar el proceso normal, hacia-

formaciones tumorales.-

El bulbo sufre un proceso de atrofia, debido al crecimiento expansivo del líquido quístico; entonces queda establecida la tumoración; - la cual no presenta tejidos dentarios de ninguna clase.- La frecuencia de este tipo de quiste es rara; generalmente tal patología se presta a investigaciones científicas.-

b) Período Odontoplástico.- En este período, ya comenzado la histodiferenciación y el destino de las células del órgano del esmalte; de la papila dentaria con su función definida con sus células que son los odontoblastos, el factor cualquiera que llamamos anteriormente y que actúa rápidamente dará como resultado, una bolsa con tejidos dentarios; - aún no presenta forma anatómica en su interior.-

c) Período Coronario.- Una vez formada la corona del diente; aún sin raíz rodeado por el saco dentario que resulta de la histodiferenciación del mesénquima, entonces el mecanismo de la formación de la neoplasia, da origen al quiste (caracterizado por bolsa conjuntiva).-

Teoría de Malassez.- El opina que los restos epiteliales paradentarios - juegan un papel importante en la formación de éstas neoplasias.- Estas células, se supone se despiertan por un factor irritativo; luego se hipertrofian y se asocian; esta asociación origina una cavidad que aumenta de volumen y da lugar al quiste.-

Malassez no comparte la teoría de Broca que den a los quistes un origen folicular; sobre todo cuando el diente portador ya tiene su raíz formada.- Bercher opina que la pieza dentaria se encuentra colocada en relación a la cavidad quística; en la misma situación que una pieza normal con respecto a la gingiva y de la misma manera que el saco dentario, se transforma en ligamento, toma la encía al cuello del diente que ha penetrado en él.- Esta teoría no es exacta.- Otros autores opinan que: todo diente incluido es un quiste dentífero en potencia.-

Los quistes dentarios no se dejan nunca penetrar por un diente; estos se expanden; desgastan las raíces de los dientes; y el tejido óseo a cuyas expensas crece; cuando se encuentra con la corona de un diente; lo empuja y desvía.-

Otra teoría es la de Leriche y Cotté. Es bastante aceptable ya que dicen que se trata de procesos de inclusión embrionaria; cuyo origen -- puede ser el folículo dentario.- En resumidas cuentas. la teoría más -- seria y aceptable es la siguiente: los quistes dentígeros se deben a -- trastornos en la erupción dentaria que actúan sobre el saco dentario; este órgano no sigue las leyes de involución del germen dentario, no se reabsorbe sino que, irritado, como resultado del trabajo de erupción, - produce un líquido entre saco y corona de la pieza dentaria.-

Anatomía Patológica.- Como ya dijimos anteriormente los quistes dentígeros están formados por una bolsa conjuntivo-epitelial; dichos quistes presentan en el interior de su bolsa la corona de una pieza dentaria normal o de un diente supernumerario.- El color del contenido de -- estos quistes son: amarillo y en otros casos color lechoso.- Se pueden - encontrar cristales de colesterol; el líquido quístico contiene seroalbúmina; seroglobulina, agua y células en varias formas y dirección.-

Sitios de alojamiento.- Se presentan en ambos maxilares; pero más frecuentemente en la mandíbula; como sabemos que las piezas más comúnmente retenidas son: terceras molares y caninos en ambas arcadas, ya sabemos -- que son las regiones más afectadas con estos procesos.-

Se han reportado casos de sitios no comunes donde también aparecen -- estos quistes y son: suelo de la órbita; arco sigomático; pómulo y apófisis coronoides.-

Con relación a la frecuencia de los quistes mencionaremos que los -- diversos autores dan sus teorías; pero diremos que los quistes dentígeros son generalmente únicos en el mismo paciente.-

Edad de Aparición.- Son afecciones de la niñez y de la adolescencia aunque se han presentado casos en personas de 50 a 60 años.- Sexo.- Existe en los análisis un mayor número entre hombres que entre las mujeres la -- frecuencia de estos quistes.-

Raza.- No se puede decir nada a este respecto, se ha encontrado un predominio en la raza blanca.-

Marcha Clínica y su Evolución.-

Con relación a esto diremos que los quistes dentígeros presentan un

primer período que es dentro del maxilar y otra cuando se exterioriza; su evolución es lenta; no da síntomas dolorosos y pueden pasar inadvertidos durante años.- Dichos tumores hacen su evolución; en el maxilar superior hacia la tabla externa, en la región del canino se efectúa hacia el palatino; en el maxilar inferior, los quistes aparecen hacia las dos tablas (externa e interna) en la región de la tercera molar el quiste se expande; rechaza la tabla externa; por debajo del masetero; é incluso puede llegar al cóndilo y la apófisis coronoides.- En cuanto al tamaño de los quistes dentígeros varían pueden ser: desde el tamaño de un haba hasta el tamaño de una nuez o un huevo de gallina.-

Relación de los Quistes Dentígeros con Dientes Vecinos.-

El crecimiento de los quistes dentígeros se manifiestan sobre los dientes vecinos al proceso, produciendo desviaciones; los dientes se abren en forma de abanico; muchas veces las piezas dentarias aparecen con mortificaciones pulpares; además los quistes suelen infectarse en algunas ocasiones; se sostiene que los quistes pequeños se infectan más que los grandes.-

Sintomatología.- Por lo general este tipo de afecciones no presentan ninguna sintomatología; en ciertas veces se perciben fenómenos dolorosos que adquieren la misma intensidad que la producida por los dientes retenidos.-

Otras veces la desviación de los dientes en abanico llama la atención a los familiares o al mismo paciente; neuralgias o cefaleas, pueden presentarse; otra característica importante y que llama la atención del paciente es la deformación de los rasgos faciales; la bóveda palatina se puede estar descendida, incluso hay exoftalmos; así como también trastornos en fonación y deglución; cuando el proceso se infecta los dolores se acentúan; el estado general está decaído; hay fiebre, disnea, halitosis, en resumidas cuentas un proceso agudo.-

La supuración se hace presente por las fístulas de número variable que se instalan intra y extraoralmente; viene un pus fétido y nauseabundo; introduciendo una sonda podemos apreciar el tejido blando de la bolsa quística y vemos la dureza del diente retenido.-

Diagnóstico.-

Nota importante es que el diente que origina el proceso siempre falta en la arcada; puede encontrarse la persistencia de la pieza temporal; si los dientes en la arcada están completos; entonces el quiste es originado por una pieza supernumeraria.- Otro diagnóstico que puede apreciar el profesional es la deformación de los rasgos faciales y el examen roentgenológico.-

Recordemos siempre que los rayos X son siempre indispensables en el diagnóstico del proceso; en especial para observar la colocación del diente retenido y la relación del proceso con los tejidos vecinos; la radiografía nos muestra exactamente los contornos del quiste y la presencia del diente con su corona retenida dentro de la bolsa; la cual siempre está rodeada por la condensación ósea característica.- Para los quistes grandes de los maxilares siempre será necesario la radiografía extraoral; la función exploradora nos revelará la presencia del líquido que aclarará el diagnóstico; será necesario siempre usar la sustancia que nos dará el contraste.-

Tratamiento.- El tratamiento de los quistes dentígeros debe ser el quirúrgico; o sea la extirpación de la bolsa quística y la extracción de la pieza retenida.-

Thoma relata el caso de un quiste presente en un primer molar inferior; fué enucleado el quiste y conservado el molar en erupción normalmente.- Sucede también muchas veces que es necesario dejar el diente retenido ya que su extracción, puede ocasionar una fractura del maxilar.-

AFECCIONES PARADENTARIAS

Quistes Paradentarios.- Son tumores inflamatorios de evolución crónica; están formados por una membrana conjuntivo epitelial conteniendo líquido o semilíquido, son originados por una pieza dentaria de caries de 4o. grado o de consecuencia de un traumatismo. Este tipo de afecciones quísticas no podemos decir en forma absoluta que son tumores, pero según su marcha y evolución los consideramos como tales.

Varios autores los han denominado de diversas maneras; así tenemos:
a) Uniloculares b) Epiteliales Uniloculares c) Alvéolo-dentario d) Periosticos e) Odontopáticos f) Radiculares g) Radículo-Dentarios h) Apen-

diculares i) Apicales, granuloma quístico.

Etiopatogenia.- Podemos decir que el mecanismo por el cual se originan éstas afecciones es el siguiente: Después que sucede un traumatismo en una pieza dentaria, se aprecia una destrucción en la superficie del cemento hipertrofiado; como consecuencia de ésta hipertrofia se presentan en diversos sitios; focos de inflamación aguda, destructiva; que terminan por ser reemplazadas por una neoformación, que actúa como separadora de las destrucciones producidas por el ataque agudo. - Entre dichos estímulos capaces de provocar dichos fenómenos de tal naturaleza tenemos: 1) Bacterias, que conservan su actividad por muchos años 2) Cuerpos extraños de toda clase 3) Masas formadas por tejido necrótico y que requieren un largo tiempo para su desaparición. Bien; entonces tendremos en el periodonto la misma cronocidad que se observa en el tejido conjuntivo así: 1) Proliferación de elementos preexistentes 2) Infiltración 3) Neoformación de vasos.

En los fenómenos de neoformación, su característica importante - corresponde a procesos de multiplicación celular; es por eso que haciendo un estudio histológico se observan todas las formas anormales y normales de multiplicación celular; luego vienen la dilatación vascular y los nuevos capilares que con la emigración de los leucocitos, constituyen los fenómenos activos; los elementos constitutivos se modifican esencialmente en su forma y estructura, rejuvenecen y aumentan; adquieren mayor actividad funcional, tienen movimientos vivaces y gran tendencia a reproducirse.

El tejido de granulación lo han comparado a un tejido embrionario; aunque no todos los patólogos están de acuerdo, y muchos afirman que - las células que forman el tejido poseen una completa especificidad; sin embargo, a ésto se puede responder; que las células del tejido inflamatorio joven no han alcanzado ciertamente su definitiva diferenciación, que tiene lugar solamente cuando el tejido conjuntivo de granulación, se ha transformado en tejido fibroso. En nuestro caso; ocurre que el - tejido de granulación está siempre expuesto a una constante irritación producida en el ápice, lo cual no sería difícil explicar las graves al

teraciones que se producen dentro de los granulomas.

Con relación al tejido epitelial aceptamos la de Malassez que son: En el periodonto: a) Grupo Gingival (restos de la lámina epitelial) b) Grupo Mediano (del epitelio del órgano del esmalte) c) Grupo Profundo (de la vaina epitelial de Hertwig). Indudablemente que éstos restos - han quedado resagados, como procesos viejos y que por la influencia de ciertos estímulos han vuelto entrar en actividad.

Formación de la Cavidad Quística

Mencionaremos distintas teorías de varios autores, entre ellas: a) degeneración grasosa del tejido de granulación b) degeneración grasosa del tejido de granulación y su aislamiento por el epitelio. La mayoría de autores opinan que las células epiteliales próximos a la cavidad, - más alejadas del medio nutricional, sufren la degeneración grasosa para - incorporarse definitivamente al contenido quístico.

Sitios de Alojamiento. Se presentan en ambos maxilares; según diversidad de autores opinan que se presentan más en el maxilar superior. Respecto a esto diremos porque se encuentran más quistes en el maxilar superior.

- 1) Sabemos que el número de raíces implantadas en el maxilar superior es mayor que las del maxilar inferior; por lo tanto tendremos mayor - número de quistes en el maxilar superior.
- 2) La inmunidad relativa de caries dentarias en los incisivos y caninos inferiores hacen que el número de quistes sea menor en el maxilar inferior.
- 3) El Seno Maxilar y las fosas nasales son cavidades propicias para la invasión de procesos infecciosos; esto es lógico suponer que se presenten quistes grandes; y siempre con mayor frecuencia en el maxilar superior.
- 4) Los terceros molares inferiores que están retenidos o que no existen, o que son extraídos prematuramente resta al maxilar inferior la presencia de éste tipo de afecciones.

Ya hemos dicho que los quistes paradentarios se originan a expensas de las caries dentarias de 4o. grado, en los ápices de los dientes

permanentes; ésta teoría es muy aceptable y absoluta; ahora bien, es raro encontrar un quiste en una pieza temporaria, casos reportados hay muy pocos y nosotros explicaremos más o menos aunque se debe la ausencia de ésta patología en piezas temporarias:

- a) La actividad destructora del germen permanente y su saco dentario, son capaces de desgastar el cemento y la dentina de las piezas temporarias; reabsorbe y destruye los restos paradentarios de los temporarios sin permitirles proliferar.
- b) Las infecciones transmitidas por los conductos radiculares de los dientes temporarios no dan el tipo de irritación crónica y lenta que se requiere para que se origine un quiste paradentario ya que sus conductos radiculares son los suficientemente anchos y permeables, cuando sucede un tipo de caries de 40. grado en las piezas temporarias; hay infección del periápice; como el proceso es rápido, se destruyen los restos de Malassez en lugar de hacerlos proliferar.

Edad.- Este tipo de quiste se presentan en cualquier edad; la edad; generalmente oscila entre personas de 20 años a 50 años.

Sexo.- En éste tipo de afecciones no existe predominio sobre que sexo presenta más, pero hay tendencias de que el sexo femenino las padece más.

Anatomía Patológica.-

Un quiste paradentario está constituido por una bolsa, conjuntivo epitelial que contiene un líquido; el tipo de ésta bolsa varía ej: en quistes jóvenes que son de tamaño variable, están constituidos por una bolsa pequeña y una bolsa conjuntivo-epitelial; éste tipo de bolsa quística tiene en su parte más vecina a la cavidad un epitelio, y por fuera una capa de tejido de granulación, recubierto todo por una cápsula. El tamaño del tejido de granulación y de la cápsula varían con la edad del quiste.

El contenido del quiste es un líquido semejante al plasma sanguíneo; en el cual se encuentran elementos celulares, detritus y espículas de colesterol. El color es puro y límpido, de amarillo citrino; en

otros casos el contenido es tan espeso como de color cremoso.

Evolución Clínica

Como se trata de un proceso crónico, su marcha es lenta; en un lapso muchas veces largo. En los primeros estadios el quiste alcanza el tamaño de una arveja; tal es así que puede venirse prendido en el ápice - en el momento de la extracción; otras veces logra desprenderse del diente en ciertos traumatismos y queda en el fondo del alvéolo; si no se destruye por los procesos normales de reparación como sucede en muchos casos; sigue su curso de evolución y con el tiempo adopta las características de los quistes mayores (Paradentarios).

Sucede en muchos casos que estos tipos de quistes pasan desapercibidos; pero a veces la pieza dentaria donde se encuentren presenta una ligera sensación dolorosa a la percusión; otro detalle importante es - que el diente aparece como con tendencia a introducirse en el alvéolo.

La encía adquiere cierta tonalidad, la mucosa gingival toma un color rojo vinoso.

Este tipo de quistes nos muestran dos períodos: a) Intramaxilar b) Extramaxilar.

El Intramaxilar empieza con un período desapercibido, indoloro; - puede prolongarse durante un tiempo variable; si dicho quiste no es removido quirúrgicamente continúa creciendo hasta alcanzar grandes proporciones.

El Extramaxilar. Sucede aquí, que el tejido óseo de la tabla externa, en ambos maxilares, es deformado por el aumento del tumor. Continúa avanzando el tumor; se adelgaza la tabla externa y el tumor se hace de grandes proporciones. Detalle notorio; es que cuando está adelgazada - la tabla externa; al poner el dedo a la palpación se nota una compresión y aumento de volumen; una vez retirado el dedo de ésta región la tabla externa recupera su forma. Si el tumor continúa su marcha, la tabla externa se debilita cada vez más; la deformación facial se acentúa; incluso desvía la nariz y hace perder los surcos anatómicos de la cara.

Invasión Órganos vecinos por los quistes Paradentarios.

En los dos maxilares; la invasión, por el hecho de las distintas

relaciones anatómicas varía y se modifica. Veremos por los distintos grupos de piezas dentarias como se efectúa esta invasión. En el maxilar superior.-

a) Región de Incisivo Central y Lateral.

Los quistes aparecidos en esta región hacen su desarrollo hacia vestibular; invade en un tiempo no lejano, las fosas nasales; al haber supuración por el piso de las fosas nasales puede confundirse con un proceso de sinusitis u otra afección nasal; en muy pocas veces éstos procesos quísticos se desarrollan hacia la bóveda palatina.

b) Región Canina.- Aquí, los quistes invaden el vestíbulo y las fosas nasales cuando el quiste alcanza un desarrollo considerable afecta el Seno Maxilar.

c) Región Bicúspides.- Los bicúspides superiores presentan en la mayoría de los casos dos raíces (Vestibular y Palatina); los quistes de la raíz vestibular llegan a afectar el Seno Maxilar; y los de la raíz palatina afectan la bóveda palatina y las fosas nasales.

d) Región Molar.- Cuando los quistes afectan las raíces vestibulares invaden el Seno Maxilar; los quistes de la raíz palatina invaden las fosas nasales, bóveda palatina; en casos de tercera molar los quistes llegan a afectar la tuberosidad maxilar, crece en la fosa y respeta la arteria maxilar interna y ciertos nervios, la intervención quirúrgica se vuelve entonces seria y complicada.

a) Incisivos.- Como son piezas dentarias que presentan relativa inmunidad a la Caries dentaria, no presentan un gran número de quistes. Dichas afecciones encontradas en la región de incisivos evolucionan y desarrollan hacia el vestíbulo.

Los tumores quísticos aparecidos en la región incisiva, no obstante, no sufren de caries dentaria con mucha frecuencia; pero si hay frecuentes traumatismos incisales que también con el tiempo forman -- quistes.

b) Región Canina.- La marcha y evolución de los quistes en esta región se efectúa hacia el vestíbulo.

c) Región Bicúspide.- Los quistes en esta región se desarrollan también hacia el vestíbulo.

d) Región Molar.- Hacia vestibular; como en esta región se encuentran encerrados en dos gruesas líneas de refuerzo que son: la línea oblicua externa y la línea oblicua interna, la exteriorización del quiste es - más tardía, generalmente los quistes en el maxilar inferior no se tiran hacia lingual; en la región de la tercera molar; los quistes pueden abarcar el ángulo de la mandíbula y la rama ascendente; existe el caso que muchos quistes se lanzan en varias direcciones a la vez; a veces desde la región molar se extiende hacia la región canina.

Relación Quistes Paradentarios y el Seno Maxilar.-

Es importante establecer dichas relaciones; así supongamos que - este proceso quístico se inicie a nivel de la raíz palatina del primer molar superior; el tumor adquiere cronicidad; en una invasión del quiste del Seno Maxilar al primer molar el proceso atravesará en el orden siguiente: Seno Maxilar conservando toda su integridad, tejido óseo del maxilar membrana quística y el ápice dentario; el quiste se encuentra avanzando; adelgaza el espesor del piso sinusal; el tumor se invagina hacia el interior del seno y presenta la forma de una cúpula; luego - continúa avanzando por la presión que se efectúa en el seno, el tabique óseo completamente adelgazado termina por desaparecer; se forman - unos orificios, se unen, luego se forma una brecha que pone en contacto la mucosa sinusal y la membrana quística; cuando este tipo de neoplasia ha llegado a su más alto grado de avance, la luz del seno se - hace cada vez menor y desaparece; entonces el quiste ocupa el lugar - donde existía el Seno Maxilar; la mucosa sinusal puede detener hasta - cierto punto el avance del quiste; en tales casos el tumor hace crecimiento intrasinusal.

El piso de la órbita es lo suficientemente duro como para no darle paso al quiste; ante esto el proceso se desvía hacia la tabla externa o hacia las fosas nasales.

Haciendo un estudio más a conciencia; podemos observar que es mucho mayor el número de senos enfermos por quistes infectados de lo que en realidad parece; porque se da el caso que muchas sinusitis evolucionan sin ningún síntoma; entonces quedamos en que hay dos tipos de quiste

tes paradentarios que se comportan de dos maneras con relación al seno y son; a) Quiste Puro b) Quiste Infectado. El quiste puro, puede en su evolución destruir el piso del seno, rechazar la mucosa sinusal o incluso hacerla desaparecer, pero un detalle importante y es que no contrae con el seno más que relaciones por contigüidad. El quiste infectado; por el mismo proceso de supuración, puede destruir la mucosa sinusal, y verter su contenido en el seno completamente dando por lo tanto sinusitis maxilares.

Relación Quistes Paradentarios y la Bóveda Palatina

Esta relación de los quistes paradentarios con la bóveda palatina existe frecuentemente; los quistes más desarrollados en la bóveda palatina son los provenientes de los incisivos; en especial los de los laterales; se supone que esta pieza dentaria por su disposición anatómica y su raíz produce las mayores complicaciones en la bóveda. En casos de quistes grandes las invasiones pueden abarcar hasta las fosas nasales; en resumidas cuentas dichas tumoraciones pueden afectar otros órganos vecinos además de la bóveda palatina; detalle curioso e interesante que se ha observado es que un quiste que ha afectado la tabla vestibular y la tabla palatina, colocando un dedo sobre el lado vestibular y el otro dedo sobre el palatino, se siente la sensación de un ruido perceptible dando la impresión que es una "ola marina".

Relación Quística y las Fosas Nasaes

Como dijimos anteriormente el proceso quístico puede afectar las fosas nasales ya sea por la bóveda o por el Seno Maxilar; en el examen roentgenológico se puede apreciar la invasión del tumor en las fosas nasales; si se infecta el quiste el proceso se vuelve supurativo; se destruye la tabla ósea y la mucosa pituitaria y el contenido se vuela en las fosas nasales.

Maxilar Inferior.- Como sabemos es un hueso compacto que presenta sus dos tablas la externa y la interna; detalle preciso e importante es que dichas neoplasias solo rechazan la tabla externa, respetando la interna. Para el estudio de los quistes en la mandíbula, dividiremos ésta en tres porciones: 1) anterior, 2) media 3) posterior.

Porción Anterior. El quiste rechaza la tabla externa y la sensación de "ola" que se aprecia no es tan marcada como en el maxilar superior; - luego el tumor se exterioriza y se aprecia la fluctuación. Porción Media.- Rechaza también la tabla externa, pero este rechazo es más lento Porción Posterior.- Muchos de éstos procesos efectúan su crecimiento - hacia el vestíbulo; ensanchan la tabla externa y cuando la destruyen - se introducen debajo del periostio del maxilar y del músculo masetero; estos quistes pueden ascender por la rama ascendente e incluso existen unos quistes que abarcan el cóndilo y la apófisis coronoides.

Relación de los Quistes con los Dientes Vecinos

Estando un proceso quístico situado sobre una pieza cualquiera - de las arcadas, al evolucionar comprime lenta y gradualmente las piezas vecinas causándoles desviaciones a los dientes contiguos; los dientes se abren en forma de abanico alejando sus ápices y acercando sus coronas; sucede también que el proceso quístico cuando no logra desviar los dientes; debido a la presión que ejerce sobre los órganos - dentarios produce sobre el cemento y la dentina lagunas de tamaño variable conocidas con el nombre de rarefacciones; también cuando el proceso está a la altura del ápice puede llegarse a la mortificación de - la pulpa.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de este tipo de neoplasia en su primer período es prácticamente imposible; observamos apenas una escasa sintomatología: ligero dolor a la percusión del diente afectado por el quiste; cambio de coloración en las vecindades del ápice.

Como en la mayoría de afecciones orales, únicamente la radiografía es la que nos muestra con detalles precisos el contorno de un quiste, aún en su primer período. En una pieza dentaria con una caries de 4o. grado o una pieza con mortificación pulpar encontramos sobre su ápice una extensión circular de contornos nítidos, rodeado de una zona de mayor densidad de tejido óseo.

La inspección nos enseña la tumoración característica; sensaciones clínicas de crepitación (sensación de ola fluctuaciones; como vi-

mos antes; todo esto depende de la mayor o menor conservación de la tabla externa y del grado de presión del contenido.

En los tumores sean sólidos o líquidos para su diagnóstico será -también necesario recurrir a la punción exploradora; que consiste en lo siguiente: Previa esterilización del tejido gingival y una ligera anestesia con novocaina, introducimos una jeringa de vidrio con una aguja gruesa, la cual cae si el contenido quístico es líquido en una cavidad; aspiramos dicho contenido y notamos su color transparente, con sus respectivas espículas de colesterol; en caso de que se trate de un proceso sólido, la jeringa no retirará nada, excepto sangre o unas células tumorales; éstas células vistas al microscopio nos identificarán el tipo de tumor.

En casos de neoplasias pequeñas bastan las radiografías intraorales; en casos de neoplasias grandes será indispensable el examen radiográfico extraoral; ya que ésta nos informa el detalle y la extensión -del proceso tumoral. En muchas ocasiones se han empleado ciertas sustancias que son radiopacas y que introducidas en el interior del quiste nos da mayor precisión y detalle en la radiografía; entre éstas -sustancias tenemos el Lipiodol se usan también dichas sustancias con -el objeto de hacer limitaciones entre la imagen del Seno Maxilar y la imagen del proceso quístico.

Haciendo un Cuadro Sinóptico de los Quistes
de la Cavidad Oral tenemos:

- A) De tejidos Odontogénicos
 - 1.- Quiste Periodontal
 - a) Tipo Radicular o del Apice
 - b) Tipo Lateral
 - c) Tipo Residual
 - 2.- Quistes Dentífero
 - 3.- Quiste Primordial
- B) Que no se derivan o forman del epitelio Dental
 - a) Quiste del Paladar medio o de la línea media
 - b) Quiste del Canal Incisivo (agujero Palatino Anterior).
 - c) Quiste Glóbulomaxilar
 - d) Quiste Nasolabial
 - e) Quiste Dermoide
- C) Quistes que no proceden ni de los tejidos epitelia-
les, ni de los tejidos del diente.
 - a) Quiste Hemorrágico (del hueso)
- D) Quistes Neoplásicos (Neoplasias de origen dentario)
 - a) Ameloblastoma o Adamantinoma
- E) Quistes de Retención (mucoseles)
 - a) Quistes mucoso
 - b) Ránula

TUMORES MALIGNOS Y BENIGNOS DEL PISO DE LA BOCA, LENGUA Y BOVEDA
PALATINA

El piso de la boca es asiento de neoplasias frecuentemente, así tenemos:

Epitelioma del Piso de la Boca.- El piso de la boca es invadido muchas veces por el epitelioma de la lengua, que en dicha región es muy común observarlo. Se presenta esta neoplasia en persona adultas y ancianas; más acentuado en el hombre que en la mujer.

Síntomas.- Si la neoplasia nace en la mucosa comienza por una ulceración; si nace en la glándula empieza por un núcleo indurado situado bajo la mucosa e independiente de esta. El aspecto de el tumor es así: Base indurada; bordes rojos; duros, tumefactos, irregulares y sangran facilmente, también se escapa un líquido amarillento de olor fétido y nauseabundo; el tumor avanza rápidamente, alcanza la gingiva, el periostio y el maxilar inferior, interesa el frenillo y los bordes de la lengua; los ganglios submaxilares y submentonianos quedan invadidos.

Existen trastornos en la fonación y masticación; los dolores se hacen fuertes y lancinantes, se irradian hasta el oído.

Luego sobrevive la caquetsia; y a continuación estado de coma y como la neoplasia es de una evolución rápida sobreviene luego la muerte.

Tratamiento.- La irregularidad y la extensión de la neoplasia hacen que los cirujanos no se decidan a efectuar radicalmente la intervención ya que sería una laceración inevitable de muchos tejidos. Se aconseja la irradiación. Prógnostico. Es desfavorable.

Mucoceles.- Neoplasias benignas, aparecen además del piso de la boca en los labios y el carrillo y resultan de la obstrucción de un conducto glandular. Se presentan de un color azulado y pueden confundirse con un hemangioma; es movable y se localiza debajo de la mucosa. Tratamiento.- Es quirúrgico; pero si no se efectúan correctamente vuelve a reaparecer; pero no se conocen casos de malignidad.

Ránulas.- Son pequeñas afecciones que se localizan debajo de la

lengua o sea en el piso de la boca, adquieren un tamaño mayor que los mucocelos. Es una neoplasia indolora; pero sucede que puede levantar la lengua e interfiere con la fonación. Las ránulas pueden perforarse cuando se traumatizan, escurriendo un líquido mucoso que se acumula de nuevo cuando sana la lesión.

Careacteres Clínicos.- A la palpación nótase tensa y fluctuante; pero se deprime a la presión. Pocas veces causa una tumefacción externa; es indolora y rara vez se infecta.

Tratamiento.- Es el quirúrgico.-

Quistes del Conducto de Warthon.-

Además que presentan dolor y también inflamación

Además que presentan dolor y también inflamación se desarrollan más rápido que las ránulas.

Tratamiento.- Es el quirúrgico.-

TUMORES DE LA LENGUA.- TUMORES MALIGNOS.-

1) CARCINOMA.-

Se hace presente esta neoplasia maligna preferentemente en el dorso de la lengua; aunque su complicación se extiende hasta la piel de los labios y la cara; se desarrolla como resultado de invasión de células epiteliales malignas a través de la capa bucal intacta hacia los tejidos subcutáneos y submucosos.- En el carcinoma de la lengua puede considerarse el tabaco como factor etiológico; regiones de leucoplasia suelen preceder al carcinoma, la leucoplasia no es nada más que una placa indolora y dura de color blanco-azulado; dichas placas pueden sufrir degeneración maligna. Casi todos los carcinomas encontrados en la lengua van acompañados de procesos sifilíticos.

Anatomía Patológica.- Esta neoplasia presenta dos aspectos: 1) Superficial 2) Intersticial.

El primero nace a expensas de las células que revisten el punto culminante de las papilas linguales; el tumor es vegetante y papilomatoso; pero las células atípicas se vuelven invasoras y se forman una placa endurecida más o menos extensa en superficie.

El segundo comienza en los surcos entre las papilas y prolifera en la profundidad creando núcleos endurecidos. En las dos variedades

El tumor llega a ulcerarse; invaden los vasos y sangran fácilmente. La propagación de esta neoplasia se efectúa por vía linfática; las adenopatías son frecuentes entre ellos: región carotídea submentoniana y submaxilar.

Sintomatología.- Una vez la zona ulcerada se hace presente y sea cual fuere la forma del principio, la neoplasia puede evolucionar en dos formas: a) Vegetante. b) Corrosiva.- En el primer tipo el órgano aumenta de volumen y se llena de huecos anfractuados, de donde emergen mamelones duros y ulcerados; cierto autor relata el caso de un paciente que era tanto el volumen que había alcanzado la lengua que le salía entre ambas arcadas.

En el segundo tipo, la úlcera se extiende en superficie y en profundidad, con bordes duros, el órgano se retrae y se pega contra el suelo de la boca. En resumidas cuentas tenemos: dolores que aparecen durante la masticación, lengua hipertrofiada; los dolores se acentúan durante la noche y se irradia hasta el oído. Los movimientos de masticación y deglución son muy difíciles; la lengua se vuelve una superficie pegajosa; no puede hablar el paciente, ya que las palabras no se pueden articular; la afección evoluciona en un año y medio; el enfermo llega al período de caquexia y muere.

Diagnóstico.- La edad del sujeto, la induración y los dolores del oído, así como las adenopatías permiten hacer el diagnóstico.

Tratamiento.- Es único y radical. Es el quirúrgico.

2) SARCOMAS.- Estas neoplasias son raras a nivel de la lengua. Se presenta en personas jóvenes antes de la tercera década, se presenta más que todo en el sexo masculino, correspondiendo su etiología a las irritaciones y en especial al abuso del tabaco.

Sitios de Alojamiento.- Es común observar los sarcomas en el dorso de la lengua, en su cara inferior, Son tumores en forma redonda, varía desde el tamaño de una habichuela hasta alcanzar grandes dimensiones; tales que pueden invadir la cavidad bucal. Es un tipo de neoplasia firme, a veces blanda; puede ser intersticial, sésil y también pediculado. Sucede a veces que la mucosa está tan rechazada que sale el tumor en forma de hongo.

Sintomatología.- Molestias en la deglución y masticación revelan la presencia de la neoplasia que comienza; poco a poco la neoplasia alcanza caracteres microscópicos y llega a provocar síntomas funcionales; el tumor evoluciona en una forma rápida. Los autores opinan que no se producen dolores y el infarto ganglionar también es raro.

Diagnóstico.- Solo la biopsia nos hace salir de dudas, ya que puede ser confundido con varios tipos de inflamaciones crónicas entre ellas: sífilis, tuberculosis o también con diversos tumores entre ellos: quistes, epitelomas, y tumores mixtos.

El elemento principal del diagnóstico es el crecimiento rápido del tumor; será necesario contemplar las ulceraciones y el reblandecimiento.

Pronóstico.- Es desfavorable; pues casi siempre tiende a recidivar.

Tratamiento.- Es quirúrgico y radical.

3) LINFADENOMAS.-

Neoplasias formadas por tejido adenoideo que contiene linfocitos; llegan a ocupar todo el suelo de la boca. Estos tumores se sitúan en la base de la lengua y dan lugar a trastornos funcionales, sobre todo molestias en la deglución y masticación.

Tratamiento.- Es quirúrgico y también radical debido a que casi siempre recidivan.

4) Tumores Mixtos.- Como todo tumor mixto siempre permanece en duda su malignidad y benignidad; entre ellos tenemos: Fibrolipomas y Condromas. Su tratamiento será el quirúrgico.

Tumores Benignos de la Lengua.-

1) Miomas.- Son tumores musculares benignos, que además de observarse en la lengua se observan en los labios y en el paladar blando. Son neoplasias firmes y sucede a veces que no están encapsulados; entre uno de los síntomas más frecuentes está el abultamiento doloroso en la lengua, carrillos y labios. El tratamiento quirúrgico es el de elección previa biopsia; si el tumor se remueve completamente es difícil que vuelva a recidivar.

2) Nevos Pigmentarios.- Son neoplasias epiteliales benignas que se presentan en la cavidad bucal, la lengua, y la gíngiva, presentan una

gama de colores, pueden variar desde el azul pálido hasta el negro; - éstas neoplasias contienen melanina.

Pueden ser plànos y de base sumamente amplia. Pueden confundirse con un hemangioma o las áreas normales pigmentarias de habitantes de - ciertos climas. Dicha neoplasia puede presentar transformación maligna debido a irritación crónica.

Entre los signos de transformación maligna tenemos: evolución rá

vida del proceso; ~~obsour~~ crecimiento y sangrado al menor traumatismo.

Los nevos aunque son benignos pueden preceder al melonoma que si es un tumor maligno; y da matástasis temprano entre ellas: Hígado Pulmonar. Los nevos son radio-resistentes.

Bóveda Palatina. Tumores Malignos.-

1) Carcinoma de la bóveda.- Este tipo de neoplasia se presenta en una forma intesticial y profunda; son tumores que presentan una rápida evolución y tienden a invadir rápidamente las criptas amigdalinas y la - faringe. Comienza dicha neoplasia como una zona redondeada; consistente, abarca a la vez la mucosa y todos sus planos profundos llegando a provocar trastornos nasales y defectos en la masticación y deglución; el tumor continúa avanzando, se ulcera, como es de evolución rápida - produce trastornos funcionales, sobrevienen fuertes dolores y el paciente se vuelve caquéctico.

Tratamiento.- Es quirúrgico y hay que intervenir mientras la neoplasia no se haya extendido; en caso contrario es muy difícil la intervención quirúrgica.

Pronóstico.- Desfavorable.

2) Sarcomas del Velo del Paladar

Neoplasias frecuentes en el paladar blando y en el paladar duro; generalmente se presentan combinados con tejidos fibrosos, mucosos y cartilaginosos. Presentan células redondeadas y fusiformes; la superficie es de consistencia variable. Presentan además trastornos funcionales como cualquiera otra neoplasia maligna, influyen en la fonación, masticación, deglución; suceden también trastornos respiratorios, y - sofocación. Edad Suelen presentarse en cualquier edad.

Evolución.- Aunque generalmente se presenta lenta, sucede a veces rápida y de forma invasora y se extiende rápido a regiones próximas.

Tratamiento.- Mediante previa biopsia se impone la extirpación quirúrgica.

Neoplasias Benignas.-

1) Tumores Mixtos.- Se les han llamado adenomas e hipertrofia glandulares. Son tumores que la mayoría de veces se presentan encapsulados lo que facilita su intervención quirúrgica; el volumen de la neoplasia llega a alcanzar el tamaño de una naranja, su forma es redondeada, superficie lisa o rugosa. Su estructura comprende masas epiteliales y un estroma de tejido conjuntivo.

La evolución de esta neoplasia es lenta. Según su volumen pueden causar trastornos funcionales.

Pronóstico.- Es benigno y favorable.

2) Fibromas.- Se han observado pequeños fibromas en la bóveda y en el velo del paladar; son raros. Cierta autor opina que ciertas tumefacciones causadas por irritaciones debidas a dientes incluidos etc. daban lugar a la formación de fibromas.

3) Lipomas.- Tumores benignos de evolución rápida, alcanzan gran crecimiento. Son blandos, fluctuantes, presentan un color amarillento; están encapsulados. Tamaño. Varían notablemente; se han encontrado tamaños grandes que pueden bajar hasta la base de la lengua.

Tratamiento.- Es fácil de extirpar; que no se olvide la biopsia.

Pronóstico.- Es favorable.

4) Papilomas.- Neoplasias benignas que se presentan a manera de evoluciones múltiples; a veces pediculadas que asemejan la forma de una mariposa; se hayan presentes en el velo del paladar, pilares y en la úvula; además son neoplasias silenciosas, coincidiendo con inflamaciones difusas de la garganta, algunas veces suceden como consecuencias de agentes irritantes entre ellos: tabaco y alcohol; a medida que avanzan hay trastornos en la deglución, hay tos seca y espasmos laringofaríngeos.

Tratamiento.- Es quirúrgico; siempre mediante previa biopsia.

5) Angiomas.- Son neoplasias de coloración rojo-oscuro de pequeño volumen y que se pueden reducir parcialmente; se pueden extender hasta las amígdalas y la faringe.

Tratamiento.- Es la extirpación quirúrgica.

6) Quistes de la línea Media.-

Es una neoplasia formada de hueso que se forma en la hendidura media del paladar por restos embrionarios. Se han presentado quistes de la línea media alveolares. Los quistes de la línea media y los del canal incisivo se diferencian en cuanto a su localización, ya que aquellos se localizan más atrás en el paladar; sucede a veces que los rayos X nos desorientan; pero la inyección en la neoplasia de un material radioopaco delinearé el quiste.

Anatomía Patológica.-

Estos quistes invaden la cavidad nasal y están formados por un saco de tejido conjuntivo, cubierto por un epitelio estratificado, además presentan cristales de colesterol y células.

Tratamiento.- Es quirúrgico.-

Pronóstico.- Favorable.

7) Quistes del Canal Incisivo (Nasopalatinos)

Neoplasias presentes en el centro del hueso, sucede que a veces se forman neoplasias de tejido blando en la papila palatina.

Los quistes de la papila palatina se diferencia de una neoplasia ósea mediante el examen roentgenológico. Establezcamos también la diferencia entre un quiste de éste tipo y el agujero palatino, el quiste tiende a avanzar hacia arriba y produce alteración de los tejidos y en las piezas dentarias, en cambio el agujero palatino anterior por muy grande que sea no causa lo anteriormente expuesto.

Anatomía Patológica.- Dichas neoplasias contienen una membrana gruesa de tejido conjuntivo; poseen además diversos tipos de epitelios que varían desde el estratificado hasta el de transición o al cilíndrico ciliado. Sucede en muchos casos que hay una intensa infiltración inflamatoria debido a la infección secundaria de la cavidad oral.

Tratamiento.- Es el quirúrgico.-

Pronóstico.- Es favorable.

TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Antes de iniciar este capítulo haré un breve recordatorio de la ubicación de este tipo de glándulas.

Glándula Parótida.- Es una glándula par, serosa, sobrepuesta al músculo masetero; se extiende hacia arriba hasta el conducto auditivo y hacia abajo hasta el borde inferior de la mandíbula.

Glándula Submaxilar.- Es una glándula mixta, encontrada en el espacio submaxilar. Se extiende hacia abajo hasta el músculo digástrico; por su parte superior hasta la mitad del cuerpo del maxilar inferior y por su parte posterior hasta el ángulo de la mandíbula.

Glándula Sublingual.- Es glándula mucosa, que se encuentra en el espacio sublingual, por encima del músculo milohioideo y en una línea paralela al trayecto del conducto de Wharton.

Glándulas Salivales Menores.- Se encuentran esparcidas en la membrana mucosa de la boca y son simplemente grupos de ácinos mucosos fijos a pequeños conductos que terminan en la cavidad bucal.

Neoplasias de las Glándulas Salivales

Existen dos neoplasias que afectan dichas glándulas que son: Tumor Mixto y el Mucoepidermoide cuyos inicios son benignos y que presentan alteraciones malignas comprobadas. Entre los tumores benignos de las glándulas salivales tenemos:

- 1) Adenoma Salival.- Suele afectar a la glándula parótida, generalmente es bien encapsulado y de crecimiento lento, es firme e indoloro y efectuando un poco de presión notamos que el tumor se mueve de un sitio a otro y luego regresa a su ubicación normal; es una característica importante este detalle ya que la mayoría de los tumores malignos no se pueden mover de un sitio a otro; siempre será la biopsia un examen concluyente para el diagnóstico. Su tratamiento es el quirúrgico.
- 2) Tumor de Warthing.- Puede aparecer en cualquier parte de la glándula parótida, o bien en la rama ascendente de la mandíbula o por debajo del lóbulo de la oreja.

Dicha neoplasia es frecuente en el sexo masculino entre los 50 y 60 años. Para su diagnóstico no nos olvidemos de la biopsia. Su tratamiento es el quirúrgico.-

3) Tumores Mixtos.- Este tipo de neoplasia siempre ha sido un problema de duda aún para los patólogos; no se sabe con certeza si son benignos o son malignos, lo que si, es que tienden a recidivar con mucha frecuencia y resultan mucho más graves que la lesión primaria porque se han abierto vías de invasión; unos autores opinan que estos tumores mixtos pueden sufrir metaplasia después de su intervención quirúrgica y he allí que recurren en la forma de neoplasia maligna y es por eso también que muchos autores prefieren la extirpación quirúrgica total o sea resección radical de la glándula, del nervio facial, tegumentos y de los tejidos que contienen ganglios dentro del área infectada. Estos tumores son duros; están formados por tejido epitelial y conectivo; son encapsulados y son fácilmente movibles.

Los tumores mixtos se presentan con mayor frecuencia en la glándula parótida; en el ángulo de la mandíbula; o por debajo del lóbulo de la oreja; éstas neoplasias no son frecuentes en los otros tipos de glándulas. El tratamiento de éstos tumores es siempre quirúrgico; éstas neoplasias no responden a la irradiación.

4) Neurilemoma.- Suele no afectar a las glándulas salivales, pero hablaremos de ésta neoplasia ya que afecta al nervio facial; y se encuentra con mucha semejanza a los tumores mixtos; su diferenciación es difícil. Tumor benigno, de crecimiento lento, encapsulado y movibles.

El neurilemoma se encuentra firmemente unido a la vaina del nervio; y aun cuando el tumor no tiene efecto especial en la función nerviosa su extirpación generalmente provoca daño o sección del nervio en el punto de fijación. Los neurilemomas no responden a la radiación.

Tumores Malignos.-

1) Mucoepidermoides.- Dichas neoplasias pueden crecer lentamente o son de evolución rápida. Aparecen en cualquiera de las glándulas salivales; a la palpación se sienten duros y firmes; éstas neoplasias pueden presentar cavidades en los sitios donde ha habido necrosis, de hiperplasia glandular con formación de nuevos conductos; o bien de constricción ocasionada al llenarse un conducto por tejido neoplásico.

El tratamiento será el quirúrgico, previo la biopsia; la irradiación puede ser beneficiosa para controlar las metástasis o como -

tratamiento conservador, pero no se considera curativa.

2) Carcinoma Epidermoide.- Neoplasia de mucha malignidad; se origina del revestimiento epitelial de las glándulas salivales y sus conductos.

Estos tumores se originan dentro de los conductos aunque la invasión del tejido glandular vecino es temprana; las metástasis se presentan tempranas. Su tratamiento es también el quirúrgico; previa biopsia.

La mayoría de cirujanos opinan que se impone la necesidad de la disección radical del cuello.

3) Adenocarcinoma.-

Son tumores que crecen con una rapidez marcada; se presentan en cualquier glándula salival; los síntomas que presentan son: tumores duros, de crecimiento acelerado.

El tratamiento suele ser radical en cuanto a la cirugía; la irradiación es eficaz en ciertos casos; debe tomarse muy en cuenta el estado general del paciente y su perspectiva de vida; así como el tamaño, grado y localización de la lesión; tomemos muy en cuenta la biopsia.

Existe una afección que haré mención de ella que aunque no sea neoplasia resulta favorable conocerla; es el llamado:

4) Quiste Branquial.- Se presenta como una anomalía embriológica, que se origina del epitelio incluido entre los arcos branquiales al tiempo en que se funden; generalmente se manifiesta como un aumento de volumen en la cara lateral del cuello, o en el piso de la boca; se ha observado dentro de las glándulas salivales o en sitios vecinos; se tiene que establecer una diferencia entre el quiste branquial y una neoplasia en esta región; el quiste es firme, pero más blando que cualquier neoplasia. Durante su existencia puede presentar dolor a la palpación y entonces es tenso y firme.

Su tratamiento será el quirúrgico y mediante previa biopsia.-

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- I) Siempre que encontremos un crecimiento anormal o una lesión sospechosa tipo irritante que no ha cedido al tratamiento usual, tomar la biopsia para ser sometido a Anatomía Patológica.
- II) Cuando estemos delante de un paciente con una pequeña ulceración, recurramos inmediatamente a consulta, ya que es favorable tratar la lesión incipiente, y no en estado avanzado.
- III) Además de la biopsia, siempre será necesario una buena historia clínica por parte del paciente para lograr un mejor diagnóstico.
- IV) Evitar factores predisponentes a cualquier tipo de neoplasia ejem: excesivo calor producido por sol, factores y elementos que producen irritaciones: cigarrillo y pipas.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1) Pathology..... Anderson U. A. D.
- 2) Cátedra Medicina Interna 1963... Dárdano, Guillermo Dr.
- 3) Cátedra de Medicina Operatoria
1960..... De Sojo, Francisco Dr.
- 4) Tratado de Estomatología.- Enfer-
medades quirúrgicas de la boca -
y maxilares..... Gaillard y Nogué
- 5) Tratado de Cirugía Bucal..... Kruger Gustav O.
- 6) Manual Merck
- 7) Cátedra de Patología General ..
1960..... Masferrer, Roberto Dr.
- 8) Cátedra de Cirugía Oral 1962.... Morales, Julio César Dr.
- 9) Cátedra de Radiología y Fisiote-
rapia 1961..... Pinel, Mauricio Dr.
- 10) Tratado de Patología General y -
Anatomía Patológica..... Ribbert Hamperr
- 11) Cirugía Bucal..... Ries Centeno G.A.
- 12) Cátedra de Patología Oral 1960.. Romero Hernández, Ernesto Dr.
- 13) Revisión Completa de la Odontolo-
gía..... Trapozzano V. R.