

CAPÍTULO V

INTRODUCCIÓN A LAS NEOPLASIAS.

Las neoplasias, etimológicamente, “neoformaciones” o “crecimientos descontrolados”, son hoy un capítulo prioritario de investigación y atención por cuanto una de sus formas, el cáncer, supone una de las patologías mas frecuentes y letales, al menos en los países desarrollados.

Hoy se reconoce un origen multicausal en el cáncer (agentes físicos, químicos, biológicos, así como predisposiciones genéticas), responsables de la transformación celular neoplásica al nivel de su información genética.

NEOPLASIA

Este término está compuesto por un prefijo NEO, que significa nuevo y por un sufijo PLASIA, que significa desarrollo, por lo tanto, NEOPLASIA significa nuevo desarrollo de tejido. Cualquier tejido del organismo que pueda dividirse, es posible que genere una neoplasia, la cual es una respuesta hística a distintos estímulos.

NEOPLASIA según Willis

- Masa anormal de tejido.
- Crecimiento excesivo e incordinado respecto al tejido normal.
- El crecimiento continúa aún después de interrumpir el estímulo que indujo el cambio.
- Compite con células y tejidos normales respecto a sus necesidades metabólicas.

Desde el punto de vista clínico, la neoplasia puede aparecer como tumefacción. Según las características celulares, este crecimiento se denomina benigno o maligno.

Clasificación de las neoplasias

Existen múltiples formas de clasificar las neoplasias, nombraremos algunas que desde el punto de vista de su comportamiento, constitución histopatológica, localización y evolución, brindan una idea global sobre el cuadro clínico y comportamiento esperado en un momento dado, lo que nos permitirá establecer un pronóstico probable.

1. Según el criterio biológico o por su letalidad

- **Benignas.-** Son neoplasias de crecimiento lento, generalmente encapsuladas cuya estructura histológica es similar a la de los tejidos que la rodean, no invaden a los tejidos vecinos, no producen metástasis y pueden ser extirpadas quirúrgicamente con curación del paciente portador.
- **Malignas.-** (Se llaman en su conjunto cánceres). Son neoplasias que crecen rápidamente, por lo general no son encapsuladas, su estructura histológica es diferente a la de los tejidos que la rodean, invaden a los tejidos vecinos y producen metástasis, pueden ocasionar la muerte del sujeto.

El criterio biológico (letalidad) se basa en benignos y malignos y éstos, a su vez, cambian de nombre según se originen en tejido epitelial o conjuntivo.

TABLA N° 2

DIFERENCIAS ENTRE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS

ASPECTOS	BENIGNAS	MALIGNAS
BIOLÓGICOS	Crecimiento lento, no tiene efectos generales sobre el huésped. No es autónoma, rara vez es mortal. Puede detener su crecimiento.	Crecimiento rápido, amplio. Causan efectos generales sobre el huésped. Autónomas. Por lo general mortales.
MORFOLÓGICOS.	Localizadas. Encapsuladas. No invaden. Comprimen los tejidos. Trastornos de carácter mecánicos. No hay destrucción de los tejidos. Necrosis y hemorragias poco frecuentes. No hay metástasis. Pueden detener su crecimiento. Crecen por expansión. No recidivan una vez extirpados completamente	Difusas. Invasoras. Sin cápsula. Infiltrantes. Siempre dan metástasis. Destruyen los tejidos. Necrosis y hemorragias frecuentes. Trastornos metabólicos. Tendencia a recidivar.
ESTRUCTURALES.	Núcleos uniformes. Cromatina normal. Relación núcleo-citoplasma normal. Buena orientación celular. Núcleos ligeramente basófilos. Mitosis normales. Imágenes celulares parecidas al tejido normal.	Pleomorfismo celular. Cromatina aumentada. Hiperchromatismo nuclear. Alteración de la relación núcleo-citoplasma. Mitosis anormales. Alteración de la polaridad celular. Células multinucleares. Indiferenciación celular. El nuevo tejido es cada vez menos parecido al original.

2. Sistema T.N.M.

Con el fin de unificar criterios respecto a las etapas de la enfermedad, se creó en 1968 la clasificación TNM.

T : (Tumor). Indica la extensión local del tumor

N : (Nódulo ganglionar). Indica la presencia o no de adenopatías regionales involucradas.

M : (Metástasis). Indica la presencia o no de las metástasis a distancia.

Clasificación y etapas. (Tomado de American Joint Committee for Cancer Staging and End Result Reporting, 1988).

T : Tumor primario

N : Nódulo linfático regional

M : Metástasis a distancia

TX : Tumor primario no determinado

TIS : Carcinoma *in situ*

TO : Sin evidencia de tumor primario

T1 : Diámetro menor o igual a 2 cm.

T2 : Diámetro mayor de 2 cm. y menor de 4 cm.

T3 : Diámetro mayor de 4 cm.

T4 : Diámetro mayor de 4 cm. con invasión profunda y a otras estructuras vecinas.

NO : Ausencia de nódulo ganglionar

N1 : Adenopatía única, homolateral, igual o menor de 3 cm.

N2 : Adenopatía única, homolateral.

N2a : Adenopatía homolateral única igual a 6 cm.

N2b : Adenopatías múltiples, homolaterales, igual o mayores de 6 cm.

N2c : Adenopatías múltiples, contralaterales y bilaterales
menores de 6 cm.

N3 : Adenopatías mayores de 6 cm.

NX : Adenopatías que no se pueden determinar.

MO : Sin metástasis a distancia.

M1 : Metástasis a distancia.

Grupos de etapas

Etapa 0 : TIS, NO, MO

Etapa I : T1, NO, MO

Etapa II : T2, NO, MO

Etapa III : T3, NO, MO

Etapa IV : T1 o T2 o T3, NI, MO

Cualquier T1, N2 o N3, MO

Cualquier T

Cualquier N, M.

3. Según el criterio anatómico

Se refiere al sitio topográfico donde se encuentra ubicada la neoplasia, su utilidad más frecuente es con fines estadísticos.

Ejemplo :

- Carcinoma gástrico
- Carcinoma uterino
- Carcinoma de paladar
- Carcinoma de lengua
- Carcinoma de mama
- Carcinoma de labio.

CONSTITUCION HISTOPATOLÓGICA DE LAS NEOPLASIAS.

- **Parénquima** : es el elemento básico fundamental, representado por las células en proliferación y se dice que a mayor malignidad, mayor será el parénquima. Del parénquima deriva la conducta biológica de la neoplasia. Todas éstas células tienen caracteres comunes, pero hay una amplia gama de trastornos de la morfología y la función.
- **Estroma**: está representado por el tejido de sostén, y vasos nutricios, por lo tanto viene a ser el almacén que sostiene el parénquima. Constituido por células no neoplásicas, derivado del huésped y formado por tejido conectivo, vasos sanguíneos y tal vez linfáticos, es imprescindible para el crecimiento del tumor. Algunos tumores son clasificados según la riqueza del estroma, así el carcinoma con un gran desarrollo de estroma, recibe el calificativo de **escirro**. Si por el contrario tiene pobreza del estroma, se le califica como **medular** (blando).

NOMENCLATURA DE LAS NEOPLASIAS.

Para designar las neoplasias del origen epitelial y del tejido conjuntivo bien sean benignas o malignas, se realiza de la siguiente manera:

- **Epiteliales Benignas**: dado que las neoplasias benignas suelen consistir en células que guardan íntima semejanza con la célula y el tejido de origen, ésta regla es fácilmente aplicable y satisfactoria para una gran mayoría de ellas. Estas se realizan de la siguiente manera:

Se toma como referencia, un **PREFIJO**: que corresponde al tejido de origen y un **SUFIJO**: representado por el término OMA, que significa TUMOR. Por ejemplo: si deriva del epitelio papilar: **Papiloma**, epitelio glandular: **Adenoma**. Algunas excepciones son, como por ejemplo: neoplasia derivada del epitelio pigmentario: **nevus**, crecimiento epitelial en la luz de un conducto: **Pólipo**.

- **Conjuntivas Benignas:** tienen el mismo procedimiento, se designan agregando el PREFIJO del tejido de origen y el SUFIJO OMA. Ejemplo : Neoplasia que nace en tejido fibroso se llama **fibroma**, del hueso: **osteoma**, del tejido adiposo: **lipoma**, del tejido cartilaginoso: **condroma**, músculo: **mioma**. Músculo liso **leiomioma**; estriado **rabdomioma**; **hemangioma** : vasos sanguíneos etc. En este grupo hay nombres específicos suficientes, para la gran cantidad de tejidos mesenquimáticos, que lo hacen más sencillo.
- **Epiteliales Malignas:** se designan agregándole un prefijo y un sufijo. El prefijo está representado por el término CARCINOMA y el sufijo por el tipo de células de donde se origine la neoplasia; si deriva de las células del estrato basal, se llama **Carcinoma Basocelular**, del estrato espinoso: **Carcinoma Espinocelular**. Si la neoplasia se origina del epitelio pigmentario recibe el nombre de **Melanocarcinoma**.
- **Conjuntivos Malignos:** siguen en esencia la regla aplicada anteriormente, en este caso el prefijo está determinado por el tejido de origen y el sufijo es el término SARCOMA. Así tenemos: neoplasia que nace tejido fibroso es: **fibrosarcoma**, originada del tejido cartilaginoso: **condrosarcoma**, del tejido adiposo: **liposarcoma**, músculo liso: **leiomiosarcoma** vasos sanguíneos: **hemangiosarcoma**. etc.

La nomenclatura es importante porque representa el lenguaje por el cual los médicos comunican la importancia clínica específica de una neoplasia determinada.

EFECTOS DE UNA NEOPLASIA

- **Directos.** Son aquellos producidos sobre la constitución estructural de los órganos o tejidos normales, originando alteraciones en sus relaciones anatómicas, la destrucción del tejido donde se orienta la neoplasia con formación de úlceras que predisponen a la hemorragia y a las infecciones secundarias o provocando

compresión o atrofia de las estructuras vecinas. En otros términos son los efectos que provoca la neoplasia en el sitio o en los órganos y tejidos sobre los que crece e invade.

- **Indirectos.** Están representados por los efectos generales o sistémicos como las anemias, fiebres, leucocitosis, anorexia y malestar general. El efecto indirecto más temible de las neoplasias malignas, lo representa **las metástasis.**

Los Carcinomas y Sarcomas. (Neoplasias Malignas).

Estos pueden producir la muerte por:

- Alteración mecánica de alguna función vital.
- Hemorragia.
- Infecciones.
- Caquexia, estado de desnutrición avanzada en el individuo.
- Metástasis

Metástasis : es la formación de focos neoplásicos secundarios a partir de una neoplasia primaria por propagación de células malignas a cualquier región del cuerpo, es decir, la siembra de células tumorales malignas a distancia y la metástasis son características de las neoplasias malignas. Estos focos secundarios, también se le denominan satélites, los cuales tienen las mismas características morfológicas, químicas y funcionales que las primarias, pero no siempre siguen el mismo curso del tumor primario.

Estas células pueden llegar a los órganos o tejidos a través de las siguientes vías:

1. **VIA LINFÁTICA.** Es la invasión de los ganglios linfáticos que drenan en el sitio de la neoplasia primaria y de éstos pasan a los vasos linfáticos regionales y luego invaden a los tejidos, es la vía que caracteriza a los carcinomas para la propagación de sus células; la diseminación hematógena por regla general se verifica después.

2. **VIA SANGUINEA.** Es la vía que toman las células malignas para llegar a los tejidos y es la que caracteriza comúnmente los sarcomas para producir metástasis temprana.
3. **VIA DIRECTA.** Es cuando el tumor se rompe en cavidades normales del cuerpo como por ejemplo: En la cavidad pleural peritoneal, etc.
4. **POR DESEMINACION IATROGENICA.** Se puede producir, por ejemplo cuando se realiza una biopsia por punción en donde se siembran células malignas en el trayecto de la aguja, o también en cualquier procedimiento realizado por el profesional sobre la neoplasia, que provoca su diseminación.

La metástasis se ubican con mayor frecuencia en los siguientes órganos:

- **Ganglios** : por la relación estrecha que tienen con el epitelio donde se presentan la gran mayoría de las neoplasias malignas (carcinomas).
- **Pulmones** : por su gran vascularización, es uno de los tejidos donde se pueden alojar con gran facilidad células neoplásicas.
- **Hígado.**
- **Aparato Gastrointestinal.**

Para que se produzca la metástasis deben ocurrir los siguientes fenómenos:

1. **Separación** : de las células de la masa primaria.
2. **Penetración** : de las células a los tejidos por diferentes vías.
3. **Diseminación y Localización:** hacia un nuevo tejido.
4. **Fijación y Adaptación:** al nuevo ambiente
5. **Proliferación y crecimiento:** del foco secundario (satélite) sin limitaciones.

Este proceso incluye varios pasos:

- **Invasión de la circulación:** después de invadir el tejido intersticial, las células malignas penetran en las vías linfáticas o vasculares.

- **Salida de la circulación:** las células tumorales quedan atrapadas en capilares donde se adhieren a las células endoteliales, extravasándose las células tumorales por mecanismos similares a los responsables de la invasión local del tumor (infiltración progresiva).
- **Crecimiento local:** las células tumorales extravasadas comienzan a crecer en respuesta a los factores de crecimiento y señales autocrinas del huésped. En este crecimiento necesitan un aporte vascular, por lo que muchos tumores secretan factores de crecimiento vascular para desarrollar nuevos vasos sanguíneos. Este proceso se denomina angiogénesis.

Otros términos

- **Tumor:** es un aumento de volumen a veces producido, entre otras cosas, por edema o hemorragia dentro de un tejido (definición estricta). En el lenguaje médico una neoplasia casi siempre se refiere como tumor. Actualmente este término sólo se aplica a masas neoplásicas que pueden causar aumento de volumen sobre o dentro del cuerpo.
- **Hamartoma:** es una neoplasia benigna peculiar, localizada, que crece de forma fortuita en los sitios normales de origen de los tejidos.
- **Coristoma:** es una neoplasia benigna que consiste en el crecimiento de un tejido en un sitio que no es su lugar de origen.
- **Cáncer:** término generalmente empleado como sinónimo de tumor maligno.
- **Oncología:** rama de la ciencia que se encarga del estudio de los tumores.

TABLA N° 3.

CLASIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS SEGÚN EL TEJIDO DE ORIGEN Y COMPORTAMIENTO.

Epitelio:

Histogénesis	Benigno	Maligno

Escamoso	Papiloma	Carcinoma escamoso

Células basales de piel y anexos	Papiloma	Basalioma o carcinoma basocelular

Transición	Papiloma	Carcinoma de epitelio de transición

Superficial y glandular	Adenoma, cistadenoma	Carcinoma, adenocarcinoma

Mesénquima:

Histogénesis	Benigno	Maligno
<hr/>		
Fibroblastos	Fibroma, mixoma	Fibrosarcoma, mixosarcoma
<hr/>		
Histiocitos fibrosos	Dermatofibroma, histiocitoma benigno	Dermatofibrosarcoma, histiocitoma fibroso maligno
<hr/>		
Adipocitos	Lipoma	Liposarcoma
<hr/>		
Condrocitos, condroblastos	Condroma, encondroma, condroblastoma	Condrosarcoma
<hr/>		
Osteocitos, osteoblastos	Osteoma osteoide, osteoblastoma	Osteosarcoma
<hr/>		
Endotelio	Angioma o hemangioma	Angiosarcoma, hemangioendotelioma maligno

Pericitos	Tumor glómico, hemangiopericitoma	Hemangiopericitoma maligno
<hr/>		
Células meníngeas	Meningioma	Meningioma maligno
<hr/>		
Músculo liso	Leiomioma	Leiomiosarcoma

Músculo estriado	Rabdomioma	Rabdomiosarcoma
<hr/>		
Mesotelio	Mesotelioma benigno	Mesotelioma maligno
<hr/>		
Sinovial	Tumor de células gigantes	Sarcoma sinovial

Tejido Linfoide:

Histogénesis	Benigno	Maligno
<hr/>		
Linfocitos	-	Linfoma no-Hodgkin, leucemia linfoide, enfermedad de Hodgkin

Células plasmáticas	-	Plasmocitoma, mieloma
Médula hematopoyética	-	Leucemia

Sistema Nervioso:

Histogénesis	Benigno	Maligno
Células de Schwann	Neurinoma, neurofibroma	Neurofibrosarcoma
Glía	Glioma (astrocitoma, oligodendroglioma, ependimoma)	Glioblastoma multiforme
Neuronas	Ganglioneuroma	Neuroblastoma, meduloblastoma
Neuroectodermo	Nevus	Melanoma maligno

Placenta:

Histogénesis	Benigno	Maligno
Trofoblasto	Mola hidatidiforme	Coriocarcinoma

Células Germinales:

Histogénesis	Benigno	Maligno
<hr/>		
Testículo	Teratoma benigno	Seminoma, carcinoma embrionario, coriocarcinoma, teratoma inmaduro o maligno
<hr/>		
Ovario	Teratoma benigno, quiste dermoide	Disgerminoma, teratoma maligno, teratocarcinoma

Tumores mixtos:

Histogénesis	Benigno	Maligno
<hr/>		
Glándulas salivares	Adenoma pleomórfico	Tumor mixto maligno
<hr/>		
Mama	Fibroadenoma	Cistosarcoma filodes maligno

(Tomada de Argüelles, S.) (1).

NEOPLASIAS BENIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL MAS FRECUENTES QUE AFECTAN LOS TEJIDOS OROFACIALES.

INTRODUCCION.

El Odontólogo debe estar suficientemente calificado para detectar o diagnosticar las neoplasias benignas o malignas de la cavidad bucal, debido sobre todo a la misma naturaleza de su ocupación, ya que necesariamente debe mirar, palpar y trabajar sobre y dentro de los diversos tejidos y estructuras de la boca. Esta práctica constante con la boca de cada enfermo, le permite una acumulación de conocimientos, experiencia y habilidad lo que le facilita el diagnóstico de las neoplasias de la cavidad bucal.

He aquí, algunas ventajas que le permite al Odontólogo, realizar un diagnóstico adecuado de las neoplasias de la cavidad bucal:

1. Atención Temprana de las Neoplasias por parte del paciente.

El enfermo con una neoplasia (tumoración) de la boca puede notar su presencia en las primeras fases de su desarrollo. La presencia del crecimiento hace que el paciente vea, sienta y se interese, ya que puede interferir en las funciones bucales.

Este conocimiento temprano de la lesión por parte del enfermo, proporciona al Odontólogo datos importantes, con relación al tiempo de existencia de la neoplasia, su crecimiento, su evolución, etc.; información que puede constituir una gran ayuda para establecer un diagnóstico clínico.

2. Visualización de la Neoplasia.

El Odontólogo puede examinar en forma fácil y completa todos los tejidos y repliegues de la boca. Debido a la posibilidad de observación directa, ninguna lesión que afecta

los tejidos orales debe escapar de la exploración. Esto determina de forma rápida y exacta la localización específica de la neoplasia, su tamaño, forma, superficie, color y extensión. Esta información es muchas veces la clave para establecer la naturaleza de la neoplasia.

3. Palpación Digital.

Una ventaja característica del diagnóstico de las neoplasias de la boca, es la facilidad con que muchas de ellas pueden palparse digitalmente, se puede determinar su consistencia, si es blando, sólido, semisólido, obteniendo datos que pueden contribuir al diagnóstico, así como también la movilidad de la masa neoplásica.

4. Facilidad de Realización de Biopsias.

La ventaja más favorable e informativa del Odontólogo en el diagnóstico de las neoplasias en la boca, es la facilidad con que pueden obtener muestras del tejido para realizar un estudio histopatológico, ya que la biopsia proporciona los datos necesarios para llegar a un diagnóstico definitivo. La obtención de una muestra del tejido es una técnica muy sencilla: el dolor se controla bien con la anestesia local, la comodidad queda asegurada por ser el abordaje directo y fácil, la ansiedad disminuye por la brevedad de la intervención y las dificultades post-operatorias son mínimas.

En la gran mayoría de los casos, la biopsia es una técnica que puede realizarse en el consultorio y casi nunca necesita hospitalización, muchos enfermos son capaces de seguir su ritmo diario con pocas molestias o dificultades inmediatamente después de la intervención.

Así pues, el Odontólogo puede y debe desempeñar un importante papel en el diagnóstico precoz de las neoplasias benignas y sobre todo de las malignas (cáncer), incluso en sus estados más tempranos, este diagnóstico asegurará un pronóstico mucho más favorable.

En la clasificación de las neoplasias más frecuentes de origen epitelial de los tejidos orofaciales se buscan los siguientes objetivos:

- Facilitar una mejor comprensión de las neoplasias.

- Resaltar las diferentes características de cada una de ellas.
- Simplificar el diagnóstico.

De allí que una clasificación eficaz debe ser:

- Simple
- Lógica
- Práctica
- Fácilmente recordada.

Realizaremos la clasificación de la neoplasias tratando de aplicar y mantener ese orden.

LESIONES BENIGNAS NO ODONTOGENAS MAS FRECUENTES DE LOS TEJIDOS OROFACIALES.

ORIGEN EPITELIAL.

- Papiloma
- Papilomatosis múltiple (papilomatosis florida)
- Verruga vulgar
- Nevo celular
- Pólipo
- Mucoccele, ránula: pseudo quistes de retención.

ORIGEN CONJUNTIVO.

- Fibroma
- Lipoma
- Osteoma
- Hemangioma: capilar y cavernoso
- Linfangioma
- Mixoma

PAPILOMA.

Es una neoplasia benigna de origen epitelial que se origina del epitelio escamoso superficial y es muy frecuente en boca y puede localizarse en cualquier sitio de ella, siendo más frecuente en:

- Mucosa labial.
- Lengua.
- Paladar blando.
- Alrededor de la úvula.
- Encía.

Se presenta por igual en ambos sexos y en personas de todas las edades y por lo general son masas únicas o solitarias.

CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS:

Es una masa aislada, única, que hace prominencia en la mucosa, de superficie irregular, verrugosa, de color gris o blanco grisáceo cuyo conjunto le da un aspecto muy similar a un “coliflor”. Es de consistencia semisólida, bien limitado, indoloro salvo cuando llega a ulcerarse a causa de traumatismos masticatorios, son de crecimiento lento, presentan una base de implantación **pediculada**, es decir, estrecha lo que permite practicar una biopsia por EXCISION (su extirpación total).

Las causas que facilitan su aparición son de orden traumático o irritativo de la mucosa como por ejemplo:

- Prótesis mal adaptadas.
- Mordeduras constantes.
- Obturaciones emergentes.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

se caracteriza porque en el epitelio se observa una hiperplasia epitelial, con prolongaciones o crecimiento papilares largos, delgados que se extienden por la superficie de la mucosa y le dan el típico aspecto de dedos de guantes, en otras ocasiones el epitelio se engrosa, ensanchándose y da lugar a una acantosis que puede cubrir o tapizar parcialmente el conjuntivo, el epitelio es escamoso estratificado el cual puede acompañarse de una paraqueratosis u ortoqueratosis que indican el trauma al cual está sometida la mucosa.

El patrón microscópico del papiloma es de tipo papilar.

El tejido conjuntivo es escaso de aspecto fibroso, el cual puede presentar una ligera reacción inflamatoria crónica y pocos vasos sanguíneos dilatados.

TRATAMIENTO :

se recomienda su extirpación total. (biopsia por excisión).

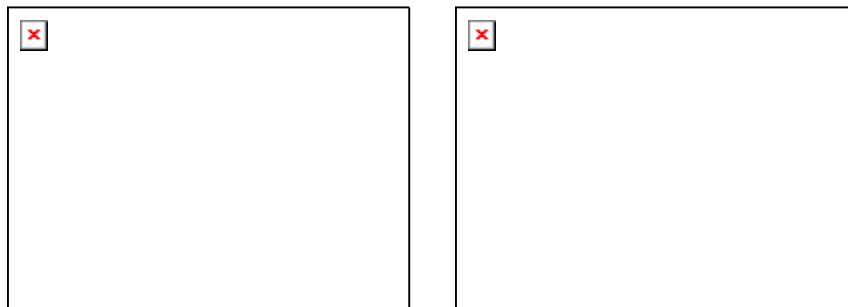


FIGURA 21. PAPILOMA: CORTE TRANSVERSAL Y LONGITUDINAL

PAPILOMATOSIS MULTIPLE:

es poco frecuente en boca y afecta mayormente el sexo femenino, generalmente después de los 30 años, su aparición o desarrollo se relaciona con traumatismos crónicos como por ejemplo:

- Prótesis mal adaptadas
- Hábitos tabáquicos (fumar con la candela hacia adentro).

Se localiza con mayor frecuencia a nivel del paladar duro y encía adherente. Los tejidos adyacentes son normales.

CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS:

presenta un aspecto de placa extensa poco prominente de consistencia sólida, fibrosa y superficie ramificada, tiene un color grisáceo y bordes bien delimitados, se parece al carcinoma verrugoso, presenta una base de implantación **sésil**, amplia, extensa, por lo cual se indica una biopsia por incisión.

En algunos casos los crecimientos papilares son exofíticos, pronunciados, verrugosos, ásperos que llaman la atención del profesional dándosele nombre de **Papilomatosis florida**.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

está constituida por numerosos o múltiples papilomas pequeños (micropapilomas) muy similares al papiloma común. El epitelio (PARENQUIMA), presenta un aspecto ramificado irregular acompañado de hiperplasia epitelial o acantosis con ortoqueratosis o paraqueratosis.

El tejido conjuntivo es fibroso, el cual presenta un infiltrado inflamatorio linfohistoplasmocitario a nivel sub-epitelial y vasos sanguíneos dilatados acompañados de extravasaciones sanguíneas (hemorragias) y en ocasiones la papilomatosis puede presentar disqueratosis benignas, de allí que algunos la consideran como una lesión premaligna.

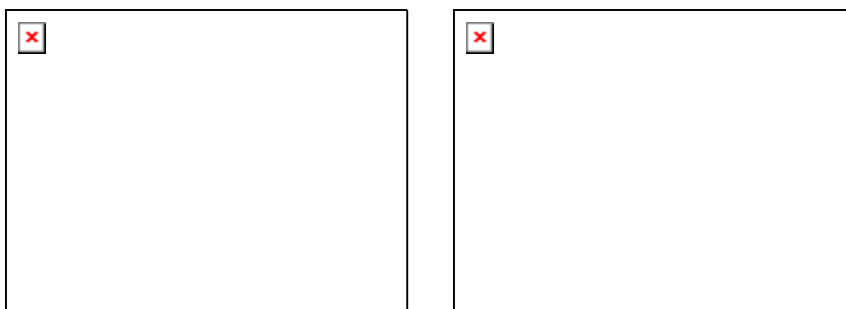


FIGURA 22. PAPILOMATOSIS MÚLTIPLE.

VERRUGA VULGAR:

Es una lesión vegetante, papilomatoide y verrugosa, bien localizada, similar al papiloma, pero de menor volumen y de corta duración y es también conocida con el nombre de “cadillo o mezquino”. Se localiza fundamentalmente en la piel de los dedos de las manos, es raro en boca, pero cuando aparece, es casi siempre a nivel de la piel del mentón, en los labios y en el paladar, sobre todo en niños asociada al hábito de chuparse el dedo. Pueden ser únicas o múltiples, planas o vegetantes, sésiles o pediculadas.

TAMAÑO :

de 1 -10 mm. hasta 2 cms.

ETIOLOGIA.

No se conoce bien, pero se le atribuye un origen viral y se nombra como responsable al virus del grupo PAPOVA, que se transmite de un sitio a otro, es autoinoculable, pero no se ha comprobado la transmisión entre dos personas.

CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS:

presenta una superficie irregular a veces agrietada, de color grisáceo, pardusco o marrón, tiene tendencia a sangrar y su consistencia puede ser sólida, áspera, debido a que en su constitución hay una gran cantidad de queratina. Cuando sobresale la verruga en forma de pico se debe a cornificaciones excesivas que se conocen como **cuernos cutáneos** y generalmente son múltiples.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

se caracterizan por presentar prolongaciones irregulares epiteliales, desordenadas, que se dirigen a varias direcciones y que le dan un aspecto bulboso, además tienen la característica de presentar hiperqueratosis y suelen tener una base pediculada (forma más común) o sésil cuando son planas.

En el tejido conjuntivo se encuentran vasos sanguíneos congestionados, infiltrado de tipo inflamatorio crónico y en ocasiones perlas córneas (disqueratosis benigna).

El epitelio es escamoso estratificado y a estos crecimientos epiteliales desordenados se les denomina **Hiperplasia Pseudoepiteliomatosa**.

TRATAMIENTO :

pueden desaparecer espontáneamente, son autolimitantes, también se las elimina con bisturí frío o tijera y se cauteriza para evitar recidivas. Se debe extirpar totalmente. Deben evitarse tratamientos que dejen cicatrices. Se pueden utilizar agentes queratolíticos.

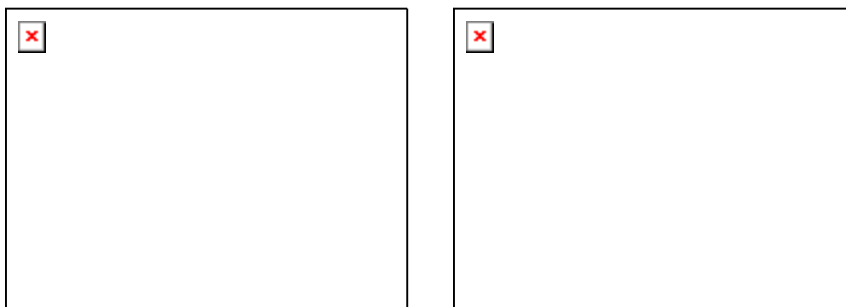


FIGURA 23. VERRUGA VULGAR

NEVUS O LUNARES

NEOPLASIA PIGMENTARIA.

NEVUS CELULAR - NEVUS - LUNAR.

Es una malformación cutánea o mucosa de origen congénito que contiene un pigmento que es la melanina, que proviene de los melanoblastos, el cual le da la coloración, considerándose como una lesión pigmentada. Como es de origen congénito, pueden aparecer en el momento del nacimiento, pero generalmente aparecen en la infancia, siendo más evidentes en la etapa adulta. Los nevus aparecen entre el primero y segundo año después del nacimiento y continúan haciéndolo durante las dos primeras décadas de la vida.

CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS.

Es una malformación única o múltiple, muy común en piel y raro en la mucosa bucal.

LOCALIZACIÓN.

En la piel se pueden observar esparcidos por todo el cuerpo, localizados principalmente al nivel de la cara, mentón, labio superior, frente, mejillas, cuello y por el tronco.

En la mucosa bucal (poco frecuente) se pueden observar en el paladar, la mucosa vestibular, la encía y los labios. Generalmente se presentan como un nódulo sésil en forma de placa o cúpula, con pigmentación azul o negra que no blanquea ante la presión digital. Su tamaño es limitado y el crecimiento se torna estático.

En la piel se presenta como una lesión aplanada o ligeramente elevada, cuando su crecimiento es voluminoso hace prominencia, presentando ciertas irregularidades en su superficie, que le dan un aspecto verrugoso, pueden o no presentar pelos, pueden ser únicos o múltiples.

- **Forma** : ovalada o redondeada, poco extensos y bien localizados.
- **Superficie** : lisa o ligeramente irregular.
- **Color** : negros, azul oscuro, parduscos, rojos o rosados, la coloración depende de la cantidad de melanina que presente.
- **Crecimiento** : lento, indoloro, excepto cuando se ulcera su superficie.
- **Base** : pediculada. La biopsia indicada es por excisión.

El nevus (lunar) se considera como una lesión premaligna, por su claro potencial de malignizarse sobre todo cuando se localiza en áreas que están sometidas a roces continuos o a una irritación constante, ejemplo a nivel de la cara, o bien porque muchos de ellos presentan disqueratosis benignas.

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS:

se caracteriza por presentar numerosos elementos celulares denominadas **células névicas** cuya procedencia no está clara, pero, se cree que tienen un origen NEUROECTODERMAL, las cuales presentan las siguientes características: grandes, voluminosas, de forma ovoide, con núcleos pequeños, con citoplasma abundante y

pálido, el cual contiene cantidades considerables de gránulos de melanina que se observan de color pardusco con la técnica de la hematoxilina-eosina.

Las células névicas se ubican en el tejido formando láminas, cordones, islotes o masas celulares.

El epitelio en los nevus presenta alteración en su arquitectura normal, está desorganizado, irregular, atrófico y frecuentemente se observa disqueratosis benignas,

Desde el punto de vista microscópico, podemos distinguir tres tipos de nevus, de acuerdo al sitio que ocupan las células névicas en el tejido.

a) NEVUS DE UNION: (Lentigo).

Es denominado también nevus basal o limítrofe, las células névicas se ubican a nivel de la membrana basal, presentando un aspecto de empalizada entre las células basales, lo que le confiere una coloración pardusca que se transmite a la piel; este tipo de nevus posee un potencial de malignización mucho mayor que los otros (un 80% de este tipo pueden transformarse en melanomas). Es uno de los mas frecuentes.



FIGURA 24. NEVUS DE UNION

b) NEVUS INTRADERMICO:

este se caracteriza porque las células névicas se ubican en el interior del tejido conjuntivo, sin relación alguna con el epitelio. Las células están separadas del estrato basal por una línea o zona pálida, desprovista de elementos celulares.

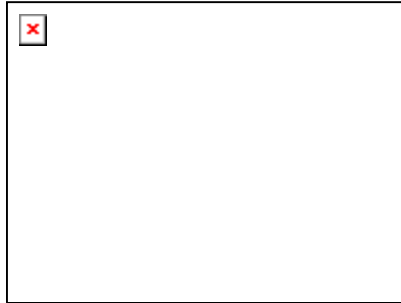


FIGURA 25. NEVUS INTRADERMICO

c) NEVUS COMPUESTO O COMPLEJO:

en este caso, las células névicas están situadas tanto en la membrana basal como en el tejido conjuntivo. Desde el punto de vista macroscópico se hace bastante difícil distinguir los tipos de nevus.

Los nevus que están sometidos a roces y a traumas continuos se recomienda extirpación, previniendo el riesgo de malignización.



FIGURA 26. NEVUS COMPUESTO

d) NEVUS DISPLASICO:

se define por la combinación de un patrón de crecimiento anormal y de anomalías citológicas de los melanocitos (atipia nuclear melanocítica). Estas áreas de displasia en general, se acompañan de un infiltrado inflamatorio subyacente. Muchos de éstos son precursores o se asocian con melanomas malignos.

ADENOMA : (Pleomórfico, Tumor Mixto Glandular).

Es una neoplasia benigna que deriva del epitelio secretor glandular, a partir de una multiplicación de células epiteliales inmaduras, de tal manera que está compuesto por conductos epiteliales secretores. Es el tumor mas frecuente de las glándulas salivares.

LOCALIZACION : en cualquier conducto glandular, observándose con mayor frecuencia en GLANDULA PAROTIDA, SUBLINGUAL, PALADAR Y LABIOS.

TAMAÑO :

presenta un crecimiento que es inicialmente lento, y luego puede alcanzar un volumen de 2.5 cm de diámetro aproximadamente.

CONSISTENCIA :

blanda, gomosa, depresible, movable. Se ubica en la parte más superficial de los tejidos, y presenta un crecimiento indoloro, a veces el paciente siente una sensación de presión en los tejidos vecinos y en ocasiones su tamaño es lo suficientemente grande como para interferir en las funciones bucales.

SUPERFICIE :

lisa, la piel que lo rodea es normal y se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino entre los 40 y 60 años.

FORMA :

redondeada u ovalada, de base amplia, la biopsia recomendada es por punción y debe realizarla un cirujano competente.

TRATAMIENTO :

es quirúrgico radical, ya que tiene tendencia a recidivar. Cuando se ubica en la parótida se realiza una parotidectomía conservadora.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

presenta una gran variedad de imágenes histológicas, constituido por epitelio y conductos glandulares secretores y gran cantidad de células epiteliales en donde distinguimos dos tipos:

1. **Células Epiteliales Basales.** Pequeñas, se tiñen intensamente con la coloración de hematoxilina - eosina y se encuentran en mayor proporción.
2. **Células Superficiales.** Grandes, claras, las cuales pueden contener una sustancia como el glucógeno y son muy escasas.

Las células epiteliales se orientan o adoptan un aspecto de láminas túbulos, islotes o grupos compactos densos.

El tejido conjuntivo o estroma es muy variable de manera que podemos encontrar conjuntivo hialino, mixomatoso, reticular, óseo, cartilaginoso, adiposo o fibroso. Este tejido conjuntivo de cualquier variedad es muy escaso y forma pequeñas tramas o redes que rodean grupos celulares.

Este crecimiento neoplásico se rodea de una cápsula de tejido fibroso denso y en la periferia de la cápsula suelen observarse reacciones inflamatorias y vasos sanguíneos dilatados.

Se cree que tenga tendencia a malignizarse cuando las células epiteliales infiltran la cápsula. En algunos cortes se observan partes de un epitelio queratinizado que corresponde a la piel. Según el tamaño del **adenoma** se hace biopsia por incisión o por punción.

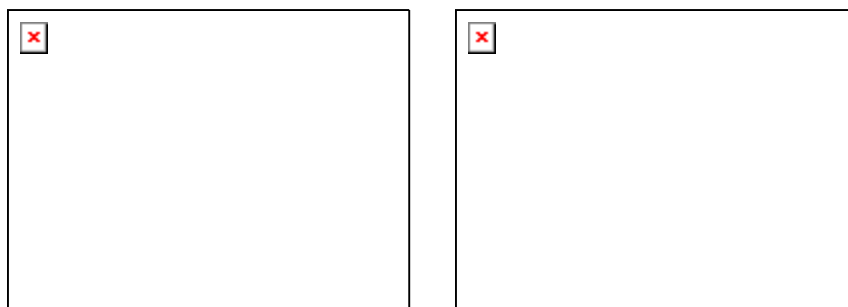


FIGURA 27. ADENOMA PLEOMORFICO

POLIPOS :

son proliferaciones o abultamientos localizados, de mediano tamaño, que aparecen o asientan en la luz de un conducto o en cavidades preformadas, de allí que se localizan con mayor frecuencia en las mucosas respiratorias superiores, mucosa nasal, senos paranasales, en la mucosa intestinal, laringea y uterina.

CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS:

suelen tener un color rojizo pálido, consistencia blanda, forma redondeada, móviles, superficie lisa, sangran con facilidad a la exploración por ser muy vascularizados. Son lesiones que pueden tener una base sésil o pediculada, dependiendo del tamaño. La biopsia es por excisión, es decir debe extirparse toda la lesión.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

van a depender del sitio donde aparezca, el epitelio es parecido al del sitio donde se encuentra y generalmente es de tipo monoestratificado con tendencia a ser atrófico, presentando abundante tejido conjuntivo y dentro de éste se pueden observar vasos sanguíneos y abundantes glándulas hipertrofiadas. El patrón microscópico del pólipo es fibrovascular.

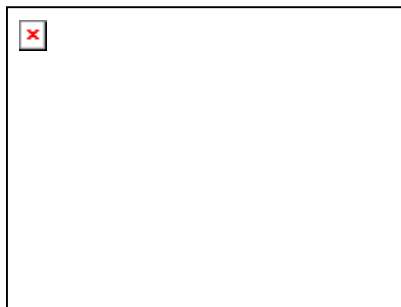


FIGURA 28. PÓLIPO

MUCOCELE : (Quiste de Retención Superficial).

Se presenta como consecuencia de una extravasación o derrame de líquido **mucoso** hacia la submucosa o mucosa que afecta a los conductos excretores de las glándulas

salivales accesorias, localizándose en el 80% de los casos en labio inferior, siendo más frecuente en varones.

CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS:

ORIGEN : traumático, probablemente por un efecto mecánico que lesiona el conducto salivar glandular secundario, en donde el moco se vierte hacia la mucosa o submucosa a consecuencia de una lesión o rotura parcial del conducto glandular.

TAMAÑO : muy pequeños, hacen eminencia en la mucosa, aproximadamente de 1 cm. de diámetro y con frecuencia son únicos.

CONSISTENCIA : blanda, depresible y tienden a romperse con facilidad.

CRECIMIENTO : lento

SUPERFICIE : lisa y brillante.

COLOR : azulado transparente o a veces rosado.

BASE : pediculada indicándose una biopsia por excisión.

LOCALIZACION : labio inferior, superficie ventral de la lengua, y región retromolar.

Este quiste puede romperse por acción de traumas masticatorios o bien por mordeduras.

PRONOSTICO : excelente.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS.

Está representado por una cavidad delimitada o rodeada por tejido de granulación, muy vascularizado, luego, tejido conjuntivo normal y el epitelio de la mucosa. La cavidad presenta un contenido hialino-eosinófilo de color rosado que constituye el moco, donde pueden observarse algunos macrófagos que fagocitan material extraño y a veces tapizando la cavidad se observa un epitelio **pseudoestratificado simple**, con signos de inflamación, cuando son de larga duración.

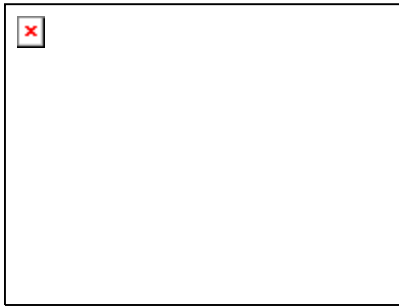


FIGURA 29. MUCOCELE

RANULA :

constituye una acumulación de líquido mucoseroso, que a veces forma un verdadero quiste, se produce como consecuencia de una obstrucción parcial o total del conducto secretor de la glándula salival submaxilar y sublingual. Generalmente esta obstrucción es provocada por la presencia de un cálculo salival (SIALOLITIASIS) o bien por una sustancia blanda.

CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS:

LOCALIZACION : a nivel de la parte anterior del piso de la boca entre el primer y segundo premolar, a lo largo de la línea milohioidea interna.

CRECIMIENTO : lento, superficial, indoloro, de mediano tamaño, aproximadamente de 1 a 3 cm. de diámetro, crece en sentido longitudinal, siguiendo la anatomía del piso de la boca, y puede interferir en las funciones masticatorias, deglutorias y fonéticas, siendo más frecuente en mujeres.

CONSISTENCIA : blanda, fluctuante.

ASPECTO : tenso, tumefacto, de superficie lisa.

BASE : pediculada.

TRATAMIENTO : quirúrgico mediante la extirpación completa, (biopsia por excisión).

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

es similar al mucocele, presenta una cavidad que es más grande con un contenido **MUCOSEROSO** de aspecto pegajoso, viscoso, eosinófilo, está tapizada por un epitelio en muchos casos bien organizado y una reacción inflamatoria crónica en el conjuntivo.

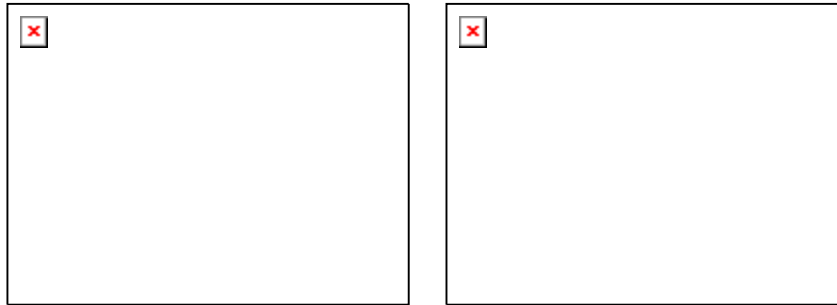


FIGURA 30. RÁNULAS

NEOPLASIAS BENIGNAS DE ORIGEN CONJUNTIVO.

Se originan del tejido conjuntivo mesenquimático, son menos frecuentes, que las epiteliales y la mayoría son de origen central.

Hay dificultad para diagnosticarlas desde el punto de vista clínico o macroscópico, ya que no presentan detalles que permitan realizar un diagnóstico preciso, exacto. Puesto que su crecimiento modifica profundamente las estructuras anatómicas donde se localizan, esto trae como consecuencia una confusión entre la neoplasia y el tejido normal.

El método de diagnóstico más utilizado y el que nos puede dar diagnóstico preciso es el RADIOGRAFICO complementado con la biopsia.

La característica básica es que la gran mayoría no tratan de formar una cápsula que las limita, de allí también la posibilidad de poder extenderse fácilmente y generalmente su crecimiento es por EXPANSION.

La neoplasia patrón característica es el **Fibroma**, siendo la neoplasia más representativa.

LOS TIPOS DE NEOPLASIAS MAS COMUNES SON:

- FIBROMA
- OSTEOMA.
- LIPOMA
- HEMANGIOMA: capilar y cavernoso
- LINFANGIOMA.
- MIXOMA.

FIBROMA.

Es la neoplasia benigna más frecuente en la cavidad oral, se presenta en personas, de todas las edades y con igual frecuencia de ambos sexos.

Se origina por la producción exagerada de tejido conjuntivo de tipo fibroso, se puede localizar en cualquier parte del cuerpo. A nivel de la cavidad oral se localiza en la mucosa interna del carrillo, comisura labial, línea media del paladar, encía; los de la cavidad oral son pequeños, pero hay fibromas que pueden llegar a pesar de 2 a 3 kilos como los fibromas uterinos o leiomiomas.

CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS:

poseen forma redondeada, ovalada o elíptica, tienen un color rosado o pálido, de superficie lisa, de consistencia semisólida o firme y de base pediculada. Crecimiento lento, indoloro, no sangra. Para su eliminación se realiza biopsia por excisión quirúrgica.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

predomina el tejido conjuntivo el cual posee abundantes fibras colágenas que se disponen en forma de haces, además podemos observar fibroblastos y fibrocitos. (Los fibroblastos son células alargadas que se tiñen intensamente de morado), y vasos sanguíneos dilatados todos éstos dentro del tejido conjuntivo.

El epitelio puede presentar cambios de hiperplasia o de una ligera acantosis, pero lo más frecuente es que el epitelio sea de tipo atrófico.

La aparición de estos fibromas se relacionan con traumatismos crónicos. Cuando son muy antiguos, las fibras colágenas dan lugar a la formación de un tejido hialino que lleva a una mineralización, de allí que se observan áreas mineralizadas y esto es debido a que los fibroblastos se transforman en osteoblastos, los cuales van a formar trabéculas óseas, en este caso se denomina fibroma osteoblástico u osificado.

El tratamiento para el fibroma es de tipo quirúrgico. El pronóstico es excelente.

.

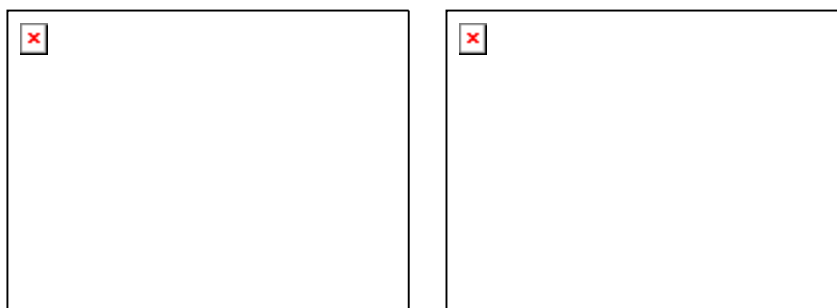


Figura 31. Fibromas.

OSTEOMA :

es una neoplasia que se produce por un crecimiento óseo al nivel de la parte central del hueso, crece muy lentamente, es indoloro y puede llegar a levantar la cortical del hueso.

Se origina por una proliferación de hueso compacto o esponjoso, es un crecimiento que hace prominencia en la superficie ósea, de forma redondeada, de consistencia

dura, de carácter expansivo, la mucosa que lo rodea es normal, se encuentra bien localizado, presenta bordes regulares, definidos y uniformes. La localización más frecuente es a nivel del maxilar inferior, sobre todo en la parte interna de la rama ascendente del maxilar inferior. Estos aparecen con mayor frecuencia entre la segunda y quinta décadas de la vida, aunque pueden afectar individuos de cualquier edad. Tienen predominancia en hombres. Por lo general esta neoplasia es solitaria y radiológicamente presenta una imagen radiopaca y algunas veces radiolúcida en el centro por la acción osteolítica.

ETIOLOGIA :

se desconoce, aunque se postulan como causas diversos factores como: traumatismos, infecciones, anomalías de crecimiento etc.

TORUS :

son excrecencias óseas lobuladas de consistencia dura que no se consideran neoplasias verdaderas y en este caso crecen a expensas de la periférica del hueso, es decir del periostio. (exostosis).

Existe el mandibular y el palatino, el palatino crece en la línea media del paladar, puede tener forma ovoide, redondeada o elíptica, de consistencia dura y tamaño variable, por lo general son asintomáticos y muchas veces es un hallazgo casual en el examen clínico.

El torus mandibular se localiza en la parte interna o lingual del maxilar inferior, generalmente entre las zonas del primero y segundo premolar y de 80 a un 90 % de los casos es bilateral, cuando es muy grande, puede producir problemas para la fonación, deglución y masticación.

Son importantes cuando se van a realizar tratamientos en la adaptación de prótesis totales o parciales, por lo que se deben eliminar quirúrgicamente.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

están formados por tejidos óseo, en donde se puede ver hueso compacto en la periferia y esponjoso en el centro. Dentro del hueso se observan pequeñas cavidades

vacías, que se denominan osteoplastos, que es el sitio donde normalmente se alojan los osteocitos y además se observan laminillas óseas o trabéculas de hueso esponjoso con gran cantidad de espacios medulares.



FIGURA 32. OSTEOMA

LIPOMA :

es una neoplasia derivada del tejido adiposo adulto, que se localiza fundamentalmente en el piso de la boca, lengua y mucosa interna de la mejilla. Poco frecuente, es una masa asintomática cubierta por una mucosa normal.

Debe diferenciarse de otras lesiones benignas del mesénquina como: fibromas, neurofibromas, mucocelos, adenomas.

Biopsia por excisión. Al extirparlo muestra ausencia de recidiva, pronóstico excelente.

MACROSCOPICAMENTE :

es de color amarillento, son bien encapsulados, de consistencia blanda y de base pediculada.

MICROSCOPICAMENTE :

está formado por células adiposas maduras, que se caracterizan por tener un citoplasma claro y un núcleo excéntrico rechazado hacia la periferia (con coloración

de hematoxilina-eosina), las células adiposas están rodeadas por una cápsula de tejido conjuntivo fibroso.



FIGURA 33. LIPOMA

HEMANGIOMA :

término que deriva del prefijo HEMA (sangre), ANGIO (vaso) y OMA (tumor) para designar una neoplasia de los vasos sanguíneos.

EL HEMANGIOMA es una neoplasia benigna de los vasos sanguíneos de pequeño calibre, formado en su mayor proporción por células endoteliales. Son de origen congénito en su gran mayoría, presentándose en el momento de nacer o poco tiempo después. Se observa a menudo en niños y adolescentes, aunque puede presentarse en todas las edades, su localización más frecuente en boca suele ser lengua y a nivel de los labios.

Basándose en su tamaño y en su aspecto microscópico se consideran dos tipos:

HEMANGIOMA CAPILAR: es el más frecuente y está representado por una placa de tamaño pequeño ligeramente elevada, es bien delimitado.

COLOR : rojo intenso o rosado.

CONSISTENCIA : blanda y suave a la palpación, a veces al comprimir la neoplasia puede borrarse su contenido sanguíneo, tornándose pálido.

Al retirar la presión puede verse como la sangre llega a través de la neoplasia, este dato ya es sugestivo del hemangioma y lo diferencia de las otras lesiones de aspecto parecido.

LOCALIZACION : es frecuente en la piel de la cara

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

el hemangioma capilar, está constituido por numerosos capilares pequeños, limitados por endotelio, llenos de sangre los cuales se observan como una gran cantidad de puntos de color rojizo, distribuidos por todo el conjuntivo, el cual es de aspecto fibroso denso.

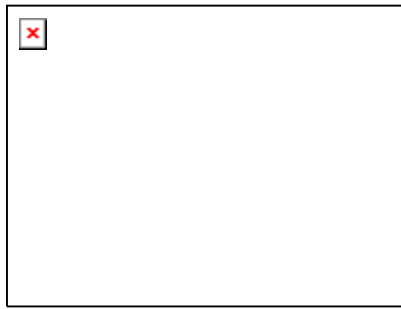


FIGURA 34. HEMANGIOMA CAPILAR.

HEMANGIOMA CAVERNOSO:

es casi siempre de origen congénito.

LOCALIZACION : en la lengua y en la mucosa bucal.

TAMAÑO : presenta un diámetro que puede variar desde dos o más centímetros (es de tamaño mayor que el hemangioma capilar).

FORMA : es una masa prominente grande redondeada, abombada o nodular.

COLOR : rojo o azul claro. Según el grado de congestión y su profundidad en el tejido.

CONSISTENCIA : es de consistencia blanda o semi-sólida de bordes no muy definidos, confundiéndose a veces con los tejidos normales vecinos.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

EL hemangioma cavernoso, está formado por gran cantidad de vasos sanguíneos, grandes, dilatados, deformados, con paredes muy delgadas que favorecen que a la mínima presión, se rompen con facilidad.

Estos vasos se observan llenos de sangre en su gran mayoría y otros vacíos, formándose pequeñas cavernas, de allí el nombre que se le da al hemangioma, en ocasiones además de sangre, estos vasos contienen líquido linfático.

En los hemangiomas está **contraindicada la biopsia por incisión**, por la hemorragia que podría presentarse.

TRATAMIENTO : depende del tamaño, localización y de lo accesible que sea la neoplasia, cuando es pequeño y no presenta problemas estéticos o funcionales, se indica la intervención.

Los métodos más utilizados consisten en la intervención quirúrgica tomando las precauciones del caso, entre éstas está la electrocauterización. También pueden utilizarse sustancias esclerosantes y la crioterapia.

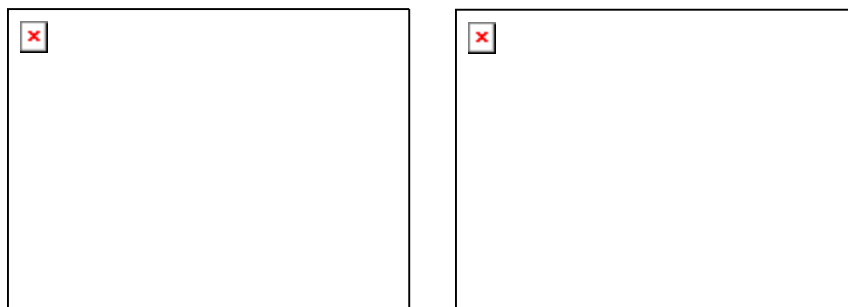


FIGURA 35. HEMANGIOMA CAVERNOSO

LINFANGIOMA.

Es una neoplasia benigna constituida en su mayor proporción por vasos linfáticos y es poco frecuente.

Se emplea la misma regla o nomenclatura de neoplasias benignas derivadas del tejido conjuntivo.

En la mayoría de los casos ya existe en el momento de nacer o poco tiempo después, de allí su origen congénito.

LOCALIZACIÓN : es más frecuente en la cavidad bucal, en la mucosa de las mejillas, lengua y labio.

FORMA : son tumoraciones vesiculares, nodulares, indoloras, cubierta por una mucosa delgada.

CONSISTENCIA : es una lesión difusa, dura y fibrosa de límites poco definidos.

COLOR : se presenta de color azul pálido, rosados o rojos y no cambian de color al presionarlos, pueden ser del mismo color y ligeramente más brillantes de la mucosa que los rodea.

TAMAÑO : presentan tamaño variable y en ocasiones ligeramente elevados. Su crecimiento es lento y tienden a estabilizarse.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

está constituido por numerosos vasos linfáticos, agrandados, dilatados, con una pared vascular muy delgada, de células endoteliales. Estas se encuentran llenas de linfa (rosada) o parcialmente vacías y forman especies de cavidades, con una luz amplia.

Cuando los vasos linfáticos contienen sangre y linfa en proporciones similares, se denominan HEMANGIOLINFANGIOMA. A veces los vasos linfáticos forman numerosas ramificaciones, que sugieren cavernas de luz amplia.

TRATAMIENTO : extirpación quirúrgica ya que estas lesiones no responden a las sustancias esclerosantes. (Biopsia por excisión).

PRONOSTICO : bueno. Puede recidivar.

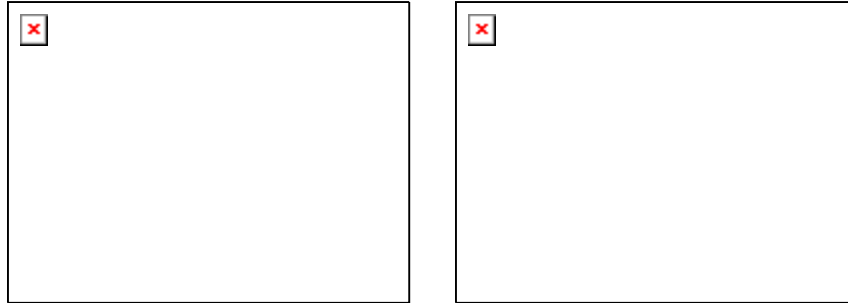


FIGURA 36. LINFANGIOMA

MIXOMA :

es una neoplasia benigna de origen central a partir del conjuntivo embrionario o mixomatoso y es una neoplasia muy rara en la cavidad bucal, que se presenta como una masa asintomática de crecimiento lento. Puede ocurrir a cualquier edad.

CONSISTENCIA : blanda.

FORMA : ovalada o redondeada, parecida a un fibroma.

LOCALIZACION : se puede localizar en cualquier lugar de la mucosa bucal, pero la región con mayor preferencia es el paladar. Es una lesión que no está bien encapsulada y puede infiltrar a los tejidos vecinos.

Está indicada la extirpación quirúrgica radical, ya que tienen tendencia a recidivar.

PRONOSTICO : bueno.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

se observan gran cantidad de células de aspecto estrellado con prolongaciones alargadas fibrilares, que se entrecruzan o anastomosan entre sí y a veces se presentan en forma de agujas.

Estas células estrelladas o fusiformes las constituyen los fibroblastos embrionarios que representan el parénquima de la lesión.

Se evidencia un tejido conjuntivo fibroso y mucoide laxo o mixoidal que constituye el estroma.

Es necesario aclarar la presencia del **MIXOMA ODONTOGENICO**: que constituye una neoplasia benigna de origen central, característica de los maxilares y se forma a partir de los tejidos mesenquimatosos de un germen dental.

Es de crecimiento lento y de carácter expansivo, y puede provocar el desplazamiento de las piezas dentarias.

Su diagnóstico se realiza mediante datos radiológicos, en la radiografía, presenta un aspecto de cavidades radiolúcidas de pequeño tamaño, algo redondeadas, agrupadas, dándole un aspecto de panal de abejas o bien puede presentar una imagen multilocular. Se localiza con igual frecuencia en ambos maxilares.

Desde el punto de vista microscópico es similar al mixoma anteriormente descrito.



FIGURA 37. MIXOMA.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Argüelles,S.Torreblanca, A. y Rubio R.** (2000). Concepto, nomenclatura y caracteres generales de las neoplasias. Disponible en: [http:// www.Lafacu.com/apuntes/medicina/neoplasias/default.htm](http://www.Lafacu.com/apuntes/medicina/neoplasias/default.htm).
2. **Calzadilla ,R.**(1999) Lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal. Disponible en: [http:// perso.wanadoo.es/casuscell/rodcalz.htm](http://perso.wanadoo.es/casuscell/rodcalz.htm).
3. **Carzoglio, J,Pérez, M. y Rossini, P.**(1993). Histopatología de las lesiones estomatológicas más frecuentes. En : Ceccotti. Clínica Estomatológica, SIDA, cáncer y otras afecciones.(PP.387-432). Buenos Aires. Argentina : Panamericana.
4. **Guía sobre oncología y neoplasias.** (2000). Disponible en: <http://www.geocítica.com/cape-cañaverallab/4685/oncol/html>.
5. **Giunta ,J.** (1991). Patología Bucal.(3ª ed.). México : Interamericana.
6. **Hupp,J. Williams,T y Vellerand, W.** (1999). Vademecum clínico odontológico. México : Interamericana.
7. **Lymphangioma**(2000).Disponible en:<http://www.usc.edu/hsc/dental/opath/cards/lymphangioma.html>.
8. **Mc Carthy, P y Shklar, G.**(1985). Enfermedades de la mucosa bucal. Argentina: El Ateneo.
9. **Shafer W. y Levy B.**(1986).Tratado de Patología Bucal.(4ª ed.) México: Interamericana.