

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN – Managua**



Tesis para optar al Título de Cirujano Oral Y Maxilo-Facial.

Tema: “Tumores en la cavidad bucal y glándulas salivales de pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Oral y Maxilo-Facial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez comprendido 1 de Enero 2007– al 31 de Diciembre 2011.”

Elaborado por:

Dr. Cristoffer Montenegro Larios

Tutor Metodológico:

**Dr. Yader Gabriel Gonzales.
Cirujano Maxilo-Facial**

Asesor Metodológico:

**Dr. Fernando Ruiz.
Médico Internista.**

Marzo 2012



CONTENIDO

- **Dedicatoria**
- **Agradecimiento**

Introducción

Antecedentes

Justificación

Objetivos

Planteamiento del problema

Marco Teórico

Diseño Metodológico

Operacionalización de variables

Resultados

Discusión de Resultados

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografías

Anexos

- **Ficha recolectora de datos**
- **Cuadros**

Dedicatoria

A Dios Padre por estar a mi lado siempre.

A la Virgen María que siempre me ha cuidado.

A mi madre Erlinda Larios que me dio la vida y su apoyo incondicional.

A mi hijo Mariano Alessandro Montenegro que ha sido el motor de mi vida.

A mis amigos y a todas las personas que han estado conmigo a mi lado dándome su apoyo.

“De mi corazón gracias, a ustedes le dedico mi tesis”

Agradecimiento

Agradezco a Dios por estar a mi lado, toda mi vida y darme fuerza estos 4 años de la especialidad. A mi Virgen y madre te agradezco por enseñarme la luz en mi tiempo de oscuridad; porque sin ti estaría no hubiera llegado hasta el final.

A mi madre que me dio la vida, te agradezco porque siempre me has apoyado sin ningún interés a mi lado siempre en esos peores momentos, a mi hijo por que tu eres lo que más quiero en mi vida y por ti me he superado-

A mis maestros de la especialidad; Dra. Rodríguez, Dra. Narváez, Dr. Morales, Dr. Guerrero y sobre todo a mi maestro, amigo quien fue mi mayor guía Dr. Carcache por llenarme de conocimiento.

A mis compañeros de la especialidad “La vieja escuela” compañeros que aprendí muchos de ellos Dra. Picado Dr. Gonzales, Dr. Jirón, Dr. Escobar, Dr. Maynard.

A mis paciente mil gracias.

Introducción

Las patologías de cavidad bucal y glándulas salivales se han clasificado, y se han modificado al igual que han evolucionado los diferentes medios diagnósticos. La agrupación de estas patologías en benignos y malignos obedece al comportamiento clínico e histológico.

La etiología de las lesiones se atribuyen a diversos factores: hereditarios, hábitos tanto de limpieza, alimenticios y hasta el fumado o bien patologías sistémicas asociadas.

El diagnóstico histopatológico es importante y es la base, para el manejo, pronóstico y tratamiento, los métodos especiales como la histoquímica y el diagnóstico molecular con inmunohistoquímica, marcadores tumorales, hibridación in situ, son de gran ayuda para confirmar diagnóstico.

La OMS presenta una propuesta de clasificación de las patologías de cabeza y cuello, donde se incluyen las lesiones de la cavidad bucal y glándulas salivales. La finalidad de estas clasificaciones ha sido orientar al clínico sobre la evolución y pronóstico y ha llevado a un mejor manejo de los pacientes con estas afecciones.

Es por todo esto que el mi estudio me lleva a la necesidad de formar o dar un inicio de cómo realizar o dar pautas para realizar una guía para el manejo de las distintas entidades patológicas; el cual va a constar desde su historiado clínico adecuado, los medios diagnóstico a utilizar y el procedimiento a seguir ya sea invasivo o no invasivo. El médico de atención primaria debe tener una serie de conocimientos mínimo sobre estas lesiones y enfermedades con manifestaciones en la cavidad oral y glándulas salivales, para saber identificar aquellos pacientes que deberán ser estudiados más a fondo.

En la práctica odontológica, especialmente en la cirugía oral y maxilo-facial es indispensable saber diferenciar los tipos de lesiones en la cavidad bucal desde el punto de vista clínico, el reconocimiento de estas patologías ayuda a realizar un diagnóstico más adecuado, temprano, esto lleva a un tratamiento más eficaz, además ayuda en la orientación ya que el grupo de lesiones malignas representan agresividad y llegan a afectar la calidad de vida del paciente, afectan la salud física, social y mental.

La prevención en relación con las entidades patológicas tiene una importancia trascendental en aquellas lesiones con potencial maligno. Las lesiones tumorales malignas se asocian principalmente con el consumo de tabaco y alcohol. Las medidas preventivas más importantes para el cáncer oral están dirigidas a la lucha contra el consumo de tabaco y el alcoholismo.

Este trabajo de investigación va a convertirse en un punto de referencia para que el odontólogo conozca cuales son los tumores bucales y de glándulas salivales más comunes en nuestra población, reconocer el impacto que tiene en la población tanto en su ámbito psicosocial y calidad de vida, basado en una pronta atención a la entidad patológica; al mismo tiempo que permita comparar la información reflejada en los libros con los resultados obtenidos, el cual nos facilita a obtener un diagnóstico presuntivo y diagnóstico diferenciales; es por ello que se ha medido la frecuencia de tumores encontrados en la cavidad oral y glándulas salivales en pacientes atendidos con estas patologías en uno de los centros hospitalarios más importantes del país como es el Hospital Roberto Calderón, ubicado en la capital del país, donde se sirve la especialidad de Maxilo-facial.

Antecedentes

En Nicaragua los estudios realizados sobre la frecuencia con que se presentan estas lesiones, además de un manejo basado en un protocolo de atención son muy pocos.

Estudios realizados en otros países mencionan que los tumores de la cavidad oral constituyen más del 15% de todas las muertes por cáncer en general.

Según las estimaciones de la OMS existen millones de neoplasias bucales en todo el mundo. Se calcula que más de la mitad del total de casos de neoplasias corresponden al mundo en desarrollo. Un tercio de neoplasias de la cavidad oral pueden ser prevenidas mediante la educación continua a los pacientes, identificación de los factores de riesgo y la detección temprana de estas lesiones, todo esto mejora la sobrevivencia de los pacientes.

Estudios Nacionales como González Rocha José Abraham. Frecuencia de lesiones Benignas y Malignas en la cavidad Oral en pacientes diagnosticados por biopsias en el Hospital César Amador Molina de Matagalpa, en el periodo del primero de Enero de 1999 al 31 de Julio del 2001. Monografía UNAN – LEON 2002. Demuestra que los tumores más frecuente dentro de cavidad oral son los carcinomas epidermoide donde el sitio más afectado es el labio y lo padece el sexo masculino y como factor etológico esta el consumo de tabaco, alcohol y falta de higiene oral.

Palacio Tapia Verónica del Carmen. Frecuencia de Carcinoma Epidermoide de la Cavidad Oral y estructuras anexas en los pacientes atendidos en el departamento de cirugía oral y maxilo facial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Monografía UNAN-LEÓN. 1999.

Donde se estable que el sitio mas frecuente fue el piso de la cavidad oral con 40% de 16 casos publicados, seguido por el seno maxilar con 35% con 12%, donde el sexo masculino fue el más afectado con una proporción de 6:1.

Otros estudios como del Doctor Guillermo Montenegro Reyes. Manejo de los tumores Malignos de los Maxilares en el Hospital Manolo Morales. Monografía UNAN- LEON 1991. Donde determina el manejo de los tumores de los maxilares según su Estadificación. El cual refleja que los tumores en estadio I fueron manejado quirúrgicamente donde equivale el 54%, mientras que los de estadios II fueron manejado quirúrgicamente en 35% y con radioterapia en 25% de los casos reportados.

Pero por el momento no existe un estudio el cual correlacione las frecuencias de los tumores con el manejo a seguir en estos, el cual simplemente hablan por patologías específicas y no en si una guía o protocolo a seguir.

Justificación

Considerando que el Odontólogo, Cirujano Oral y Maxilo-facial en su práctica profesional se encuentra con patologías malignas y benignas de la cavidad bucal y glándulas salivales, según el comportamiento de mi investigación; está pretende establecer pautas para una guía para el manejo adecuado de las patologías en el país; además que sirva de información sobre las neoplasias más frecuente en comparativa con los datos encontrados con lo reportado en la literatura; ya que el Hospital Roberto Calderón es de referencia nacional.

Objetivos

Objetivo General:

- Determinar las características y manejo de tumores de la cavidad bucal y glándulas salivales en pacientes de Cirugía Oral y Maxilo-Facial del Hospital Roberto Calderón de la Ciudad de Managua en el período de Enero del 2007 a del 2011.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los factores asociados al padecimiento.
2. Determinar la clasificación Histopatológica los tipos de tumores de cavidad bucal y glándulas salivales.
3. Identificar comportamiento clínico de los tumores en la cavidad bucal y glándulas salivales.
4. Identificar el abordaje Diagnostico
5. Identificar el abordaje terapéutico según tipo de tumor en la cavidad bucal y glándulas salivales.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es el comportamiento de tumores de la cavidad bucal y glándulas salivales en pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Oral y Maxilo-facial comprendido 1 de Enero 2007 – al 31 Diciembre 2011?

Marco Teórico.

Tumor:

Tumefacción, uno de los principales signos de la inflamación, aumento mórbido de tamaño; actualmente este término se aplica a masas neoplásicas que pueden causar aumento de volumen sobre o dentro del cuerpo. (12,13)

Neoplasias:

Cualquier crecimiento nuevo y anormal, específicamente aquel en el que la multiplicación celular es incontrolada y progresiva, puede ser Benignas o Malignas. Se le considera literalmente como crecimiento nuevo de tejido independiente, no coordinado, el cual potencialmente es capaz de proliferar sin limitaciones y no retrocede, una vez que desaparece el estímulo, este crecimiento compite con células y tejidos normales respecto a sus necesidades metabólicas.

Tumor Benigno:

El que carece de las propiedades de invasión y de metástasis; suele estar rodeado por una cápsula fibrosa, sus células manifiestan además menor grado de anaplasia que las de los tumores Malignos, aunque con algunas excepciones, la mayor parte de los tumores Benignos crecen lenta y uniformemente, pueden entrar en periodos en los que no crecen e incluso pueden llegar a dejar de crecer por factores hormonales, compresión del riego sanguíneo y por factores no determinados. (12,13 ,15)

Tumor Maligno:

El que tiene las propiedades de invasión y de metástasis en un grado mayor de anaplasia; implica que la lesión puede invadir y destruir estructuras adyacentes, propagarse a sitios distantes (Metástasis) y causar la muerte. Las células de estos tumores presentan un amplio margen de diferenciación, desde bien diferenciadas a completamente indiferenciadas; en general cuanto más anaplásico sea el cáncer, tanto más será la mitosis y por lo tanto más rápido será el crecimiento.

En las neoplasias malignas, las células pierden su diferenciación, se extienden más allá de la localización primaria con las características propias de las células del tejido de origen e invaden las estructuras adyacentes. El término invasivo describe a menudo la extensión de las células del tumor a otras localizaciones que se conocen como metástasis o neoplasias secundarias. (12, 13, 15)

Anaplasia:

En sentido estricto anaplasia significa “formarse en sentido retrógrado”. La anaplasia implica desdiferenciación o pérdida de la diferenciación estructural y funcional de las células normales.

Úlcera:

Lesión de la superficie de la piel o las mucosas, causada por pérdida superficial de tejido, en general con inflamación. Una herida con pérdida superficial de tejido debido a traumatismo no es primitivamente una úlcera pero puede ulcerarse si hay infección.

Biopsia:

Procedimiento de investigación clínico que consiste en separar del organismo vivo una porción de un órgano, tejido, células o fluidos corporales, para practicar su análisis y realizar su diagnóstico.

Tipos de Biopsias:

Biopsia excisional: Excisión total de una lesión pequeña, para realizar análisis.

Biopsia incisional: Extirpación de una sección pequeña de una lesión, esto es útil cuando se trata de lesiones de gran tamaño, cuya extirpación deja gran defecto.

Biopsia por aguja fina: La biopsia por punción-aspiración se realiza con una aguja calibre 22 con bisel corto y jeringa de 10-20 ml. Confía en la interpretación citológica por un patólogo experimentado ya que requiere mucha experiencia con este tipo de exámenes, pues la muestra es pequeña y puede ser una zona indemostrativa. (9)

Cavidad Bucal:

La boca, también conocida como cavidad bucal o cavidad oral, es la abertura a través de la cual los animales ingieren sus alimentos. Generalmente está ubicada en la cabeza y constituye la primera parte del sistema digestivo y tubo digestivo.

Se compone de 2 porciones: el vestíbulo y la boca propiamente dicha.

El vestíbulo es el espacio virtual entre los labios y las mejillas hacia afuera, y los dientes y las encías hacia adentro, comunicando con el exterior a través del orificio de la boca.

La boca humana está cubierta por un labio superior e inferior y desempeña funciones importantes en diversas actividades como el lenguaje y en expresiones faciales, como la sonrisa.

El techo de la cavidad oral está formado por el paladar. En el plano posterior de la cavidad oral se comunica con la orofaringe, porción oral de la faringe, que limita por arriba con el paladar blando, por abajo, con la epiglotis y a los lados con los arcos palatogloso.

La región oral comprende dientes, las encías, la lengua, el paladar y la región de las amígdalas palatinas.

La boca es un gran indicador de la salud del individuo. La mucosa, por ejemplo, puede verse más clara, pálida o con manchas blancas, indicador de proliferaciones epiteliales.

El conocimiento de la anatomía normal ayudará a establecer si hay anomalías o lesiones y tal vez indicar la causa y la magnitud de la afección.

En la boca se pueden distinguir tres tipos de mucosa:

- **Simple de revestimiento:** Presenta submucosa.
- **Masticatoria:** Con probable ausencia de submucosa, queratinizada o paraqueratinizada y en contacto directo con el tejido óseo.
- **Especializada:** Se presenta en ciertas regiones de la lengua. Se refiere a la mucosa relacionada a los receptores de gusto

Glándulas Salivales:

Las glándulas salivales se encuentran alrededor de la boca y producen saliva que humedece los alimentos para ayudar en la masticación y la deglución. La saliva contiene proteínas (enzimas) que comienzan el proceso de digestión y también ayuda a la limpieza mecánica de la boca, eliminando las bacterias y partículas de alimentos. Al mantener la boca húmeda, la saliva ayuda a conservar las dentaduras postizas, retenedores u otros aparatos ortopédicos en su lugar.

Existen tres pares de glándulas salivales principales: las dos más grandes son las glándulas parótidas, ubicadas una en cada mejilla sobre el ángulo de la mandíbula, frente a las orejas; las dos glándulas submandibulares se encuentran en la parte posterior de la boca a ambos lados de la mandíbula; las glándulas sublinguales están debajo del piso de la boca. Todas las glándulas salivales vierten su contenido en la boca por medio de conductos que se abren en diferentes lugares de la misma. También se encuentra las glándulas salivales menores que se ubican en toda la submucosa del tracto respiratorio y digestivo superior, desde los labios hasta el arco bronquial y esófago; como son (mucosa oral, paladar, úvula, piso de la boca, lengua posterior, área retromolar, área peritonsilar, faringe, laringe y senos paranasales). (16)

CLASIFICACION DE NEOPLASIAS EN LA CAVIDAD BUCAL Y GLANDULAS SALIVALES.

TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS
<p>Tumores de Tejido Epitelial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Papiloma 2. Acantoma escamoso 3. Queratoacantoma 4. Nevo celular pigmentado 5. Leucoplasia 6. Leucoedema 7. Eritroplaquia 	<p>Tumores de Tejido Epitelial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Carcinoma de células basales 2. Carcinoma escamo celular: <ul style="list-style-type: none"> • Del Labio • Lengua • Del piso de la boca • Mucosa Bucal • De la encía • Del paladar • Del seno maxilar 3. Carcinoma verrucoso 4. Carcinoma adenoide de células escamosas 5. Carcinoma de células fusiformes 6. Linfoepitelioma 7. Melanoma: <ul style="list-style-type: none"> • Melanoma de piel y mucosa • Melanoma de extensión superficial • Melanoma lentigo maligno • Melanoma lentiginoso acral • Melanoma Nodular

<p>➤ Tejido Epitelial glandular</p> <ol style="list-style-type: none">1. Adenoma pleomorfo (tumor mixto)2. Mi epitelioma3. Tumor de Warthin (Cistoadenolinfoma papilífero)4. Adenoma de células basales5. Adenoma Canalicular6. Cistoadenoma7. Oncocitoma8. Papiloma ductal9. Linfadenomas y adenoma sebáceos10. Sialoblastoma	<p>8. Carcinoma in situ.</p> <p>➤ Tejido Epitelial glandular</p> <ol style="list-style-type: none">1. Carcinoma mucoepidermoide2. Adenocarcinoma NOS3. Carcinoma adenoide quístico4. Tumor mixto maligno (Exadenoma pleomorfo)5. Adenocarcinoma de células acinares6. Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado7. Carcinoma epitelial – mioepitelial8. Adenocarcinoma de células basales9. Adenocarcinoma de células clara10. Adenocarcinoma mucinoso11. Carcinoma sebáceo12. Cistoadenocarcinoma papilar13. Carcinoma Oncocítico14. Carcinoma del conducto salival15. Carcinoma escamoso16. Carcinoma de células pequeñas17. Carcinoma indiferenciado18. Adenocarcinoma Sebáceos y linfadenocarcinoma
--	---

Tumores de Tejidos Blandos	Tumores de Tejidos Blandos
<p data-bbox="240 268 561 300">➤ Tumores fibrosos.</p> <ol data-bbox="285 336 805 1485" style="list-style-type: none"><li data-bbox="285 336 805 417">1. Fibroma(termal, vaina del tendón)<li data-bbox="285 449 805 529">2. Fascitis Nodular(incluyendo tipo intravascular y craneal)<li data-bbox="285 561 461 593">3. Queloide<li data-bbox="285 625 529 657">4. Elastofibroma<li data-bbox="285 689 756 742">5. Fascitis y miositis proliferativo<li data-bbox="285 774 578 806">6. Fibromatosis colli<li data-bbox="285 838 643 870">7. Fibromatosis Gingival<li data-bbox="285 902 708 934">8. Fibromatosis infantil digital<li data-bbox="285 966 805 998">9. Hamartoma fibroso de la infancia<li data-bbox="285 1029 618 1061">10. Fibromatosis hialina<li data-bbox="285 1093 708 1232">11. Mielofibroma Mielofibromatosis(solitario, multicéntrica)<li data-bbox="285 1264 805 1344">12. Fibroma aponeurótico calcificante<li data-bbox="285 1376 805 1408">13. Angiofibroma de células gigantes<li data-bbox="285 1440 724 1472">14. Angiofibroma Nasofaríngeo <p data-bbox="240 1587 691 1619">➤ Tumores fibrohistiocíticos:</p> <ol data-bbox="240 1651 691 1832" style="list-style-type: none"><li data-bbox="240 1651 691 1832">1. Histiocitoma fibroso<ol data-bbox="334 1725 691 1832" style="list-style-type: none"><li data-bbox="334 1725 691 1768">a) Histiocitoma cutáneo<li data-bbox="334 1789 691 1832">b) Histiocitoma profundo	<p data-bbox="881 268 1203 300">➤ Tumores fibrosos.</p> <ol data-bbox="927 336 1482 623" style="list-style-type: none"><li data-bbox="927 336 1482 623">1. Fibrosarcoma:<ol data-bbox="976 410 1482 623" style="list-style-type: none"><li data-bbox="976 410 1308 442">a) Fibrosarcoma adulto<li data-bbox="976 474 1482 549">b) Fibrosarcoma congénito o infantil<li data-bbox="976 580 1390 612">c) Fibrosarcoma inflamatorio <p data-bbox="881 1576 1333 1608">➤ Tumores fibrohistiocíticos:</p> <ol data-bbox="881 1640 1357 1885" style="list-style-type: none"><li data-bbox="881 1640 1357 1885">1. Histiocitoma fibroso maligno<ol data-bbox="976 1715 1357 1885" style="list-style-type: none"><li data-bbox="976 1715 1357 1757">a) Esteriforme – pleomorfo<li data-bbox="976 1779 1130 1810">b) Mixoide<li data-bbox="976 1842 1252 1885">c) Células gigantes

<ul style="list-style-type: none">2. Xantogranuloma juvenil3. Reticulohistiocitoma4. Xantoma5. Extranodal (tejidos blandos) mal de Rosai-Dorfman <p>➤ Tumores lipomatosos:</p> <ul style="list-style-type: none">1. Lipoma2. Angiolipoma3. Miolipoma4. Angiomiolipoma5. Hibernoma6. Lipoblastoma o lipoblastomosis7. Lipomatosis8. Lipoma atípico <p>➤ Tumores de músculo liso:</p> <ul style="list-style-type: none">1. Leiomioma2. Angiomioma3. Angiomiofibroblastoma4. Leiomioma epitelióide5. Leiomiomatosis Intravenoso.6. Leiomiomatosis peritoneal diseminada	<p>d) Xantoma toso inflamatorio</p> <p>➤ Tumores lipomatosos:</p> <ul style="list-style-type: none">1. Liposarcoma<ul style="list-style-type: none">a) Liposarcoma bien diferenciadob) Liposarcoma mixóidec) Liposarcoma de células redondas(mixóide pobremente diferenciado)d) Liposarcoma pleomorfoe) Liposarcoma diferenciado <p>➤ Tumores de músculo liso:</p> <ul style="list-style-type: none">1. Leiomiosarcoma2. Leiomiosarcoma epitelióide
---	--

➤ **Tumores de músculo esquelético:**

1. Rabdomioma

- a. Adulto
- b. Genital
- c. Fetal
- d. Intermedio

➤ **Tumores vasculares:**

1. Hiperplasia papilar endotelial

2. Hemangioma

- a. Hemangioma capilar
- b. Hemangioma cavernoso
- c. Hemangioma venoso
- d. Hemangioma
epitelioide(hiperplasia
angiolinfoide, hemangioma
histiocitoide)
- e. Granuloma piógeno
- f. Hemangioma en penachos
adquiridos(angioblastoma)

3. Linfangioma

4. Linfangiomioma,
linfangiomiomatosis

5. Angiomatosis, linfangiomatosis

➤ **Tumores de músculo esquelético:**

1. Rabdomiosarcoma

- a. Rabdomiosarcoma embrionario
- b. Rabdomiosarcoma botrioide
- c. Rabdomiosarcoma alveolar
- d. Rabdomiosarcoma pleomorfo
- e. Rabdomiosarcoma con
diferenciación ganglionica

➤ **Tumores vasculares:**

1. Angiosarcoma, linfangiosarcoma

2. Sarcoma de Kaposi

➤ **Tumores de tejido nervioso:**

1. Schwannoma
2. Neurofibroma
3. Neuroma traumático
4. Tumor de células granulosas
5. Tumor maligno de células granulosas
6. Tumor congénito gingival de células granulosas
7. Tumor neuroectodérmico melanótico de los maxilares
8. Meningioma extracraneal.

➤ **Tumores osteogénicos :**

1. Torus
2. Exostosis
3. Enostosis
4. Osteoma
5. Osteoma osteoide
6. Osteoblastoma benigno
7. Fibroma osificante
8. Fibroma desmoplásico
9. Condroma
10. Granuloma central de células gigantes
11. Tumor de células gigantes

➤ **Tumores de tejido nervioso:**

1. Schwannoma maligno
2. Neuroepitelioma
3. Estesioneuroblastoma

➤ **Tumores osteogénicos:**

1. Osteosarcoma
2. Sarcoma de Ewing
3. Condrosarcoma

TUMORES DE ORIGEN DENTAL.

TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS
<p>Tumores odontogénicos según su origen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumores de origen epitelial <ol style="list-style-type: none"> 1. Ameloblastoma 2. Tumor odontogénico escamoso 3. Tumor odontogénico epitelial calcificante (tumor de Pindborg) 4. Tumor odontogénico adenomatoide • Tumores de origen mesodérmico <ol style="list-style-type: none"> 1. Mixoma y/o mixofibroma (de origen odontogénico cuestionable) 2. Fibroma Odontogénico 3. Fibroma cementante 4. Cementoma: <ol style="list-style-type: none"> a) Cementoma periapical b) Cementoma benigno c) Fibroma cementificante d) Cementoma gigantiforme • Tumores mixtos (Epiteliales y Mesenquimatosos) <ol style="list-style-type: none"> 1. Odontoma: <ol style="list-style-type: none"> a) Odontoma complejo y compuesto b) Odontoma ameloblástico c) Fibroodontoma ameloblástico 	<p>Tumores odontogénicos según su origen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumores de origen epitelial <ol style="list-style-type: none"> 1. Ameloblastoma maligno 2. Carcinoma primario intraóseo 3. Variantes de otros tumores odontogénicos epiteliales. • Tumores de origen mesodérmico <ol style="list-style-type: none"> 1. Carcinoma odontogénico 2. Fibrosarcoma odontógeno • Tumores mixtos (Epiteliales y Mesenquimatosos) <ol style="list-style-type: none"> 1. Fibrosarcoma Ameloblástico. Fibrodentinosarcoma ameloblástico

Tumores de tejido epitelial.

La cavidad oral esta tapizada por una membrana formada por epitelio plano estratificado que sirve de cubierta para los tejidos blandos orales y también de barrera para el paso de factores patógenos externos. Según la localización intraoral concreta, el epitelio plano estratificado puede tener una capa superficial de ortoqueratina, de paraqueratina, o no estar queratinizado. Es esencial conocer detalladamente las características microscópicas normales del epitelio en las diversas localizaciones cuándo se estudia el tejido al microscopio con el fin de detectar la presencia de hallazgos anormales. (8)

Los melanocitos son células que están presentes normalmente entre las células de la capa basal, donde su número varía entre las diversas localizaciones anatómicas, pero no entre individuos con diferentes grados de pigmentación de la piel. Las diferencias en el color de piel parecen relacionarse con la distinta reactividad de los melanocitos, pero no con la cantidad de estos. (8)

Múltiples factores locales y sistémicos pueden afectar al epitelio oral y alterar sus características clínicas y microscópicas normales. Los irritantes físicos locales crónicos, como el humo del tabaco, pueden estimular el epitelio plano no queratinizado, habitualmente fino, para convertirlo en queratinizado y engrosarlo. Como consecuencia del gran número de factores locales y sistémicos que afectan a las mucosas orales, podemos encontrar un amplio espectro de lesiones que van desde lesiones hamartomatosas, reactivas, auto inmunitarias, inflamatorias, infecciosas y neoplasias de origen epitelial. (8)

Las glándulas salivales pertenecen al tejido epitelial, ellas tienen sus características histológicas y diversos factores pueden afectarlos.

➤ **Tumores malignos de tejido epitelial**

Carcinoma epidermoide (Carcinoma escamo celular):

Los cánceres de la boca constituyen el 5% de todos los tumores malignos del organismo. Aproximadamente, el 60% de ellos se diagnostican en estadio avanzado, lo que puede resultar paradójico si se considera que la boca es fácilmente accesible a la inspección y biopsia, presentando por tanto, condiciones óptimas para un tratamiento precoz.

El 90% de los tumores malignos de la boca son carcinomas epidermoides o de células escamosas, siendo una enfermedad predominante del varón (8 - 10:1). En un 10% de los casos, el tumor es multicéntrico.

El carcinoma epidermoide siendo la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal, se puede presentar en cualquier sitio dentro de la boca y ciertos lugares son afectados con más frecuencia que otros.

La supervivencia de pacientes con este proceso maligno ha sido más bien desalentadora durante los últimos decenios. Solo mejoró ligeramente de 45 a casi 50%. Se estima que las tasas de supervivencia para personas de raza negra son significativa y consistentemente menores.

Etiológicamente es un problema complejo, pero que se resuelve mejor mediante la aplicación de técnicas epidemiológicas que utilizan patrones de frecuencia. Generalmente el carcinoma epidermoide en la cavidad bucal aparece en la última década de la vida, sin embargo se ha encontrado en todas las edades, incluso en niños, se sospecha que los factores etiológicos externos más frecuentes en el desarrollo del carcinoma bucal son:

1. Tabaco: este es un factor importante. Algunos estudios revelan que solo el 3% de estos pacientes con dicha afectación nunca habían fumado, en comparación con el 10% de los pacientes de control que no tenían cáncer bucal. Además, el 29% de los sujetos con esta enfermedad eran grandes fumadores, en comparación con solo el 17% del grupo de control. (1)
2. Alcohol: también es un factor importante en el desarrollo del cáncer bucal, en particular en quienes bebían 7 onzas de whisky al día. Solo 12% de los pacientes de control bebían esa cantidad, en tanto que 33% de los varones que cáncer bucal bebían esa cantidad. (1)
3. Sífilis: es importante en los casos de cáncer de labio y de los 2 tercios anteriores de la lengua. Pero no se pudo determinar si era precedido de la glositis sífilítica o del tratamiento con arsénico que recibía la mayoría de los pacientes. (1)
4. Luz solar (en caso labial): solo tiene importancia etiológica menor. Se concluyó que los mismos factores que afectan la piel para producir cáncer afectan de manera idéntica el labio. Esta es la razón más aceptada para presentarse de modo predominante en los varones que trabajan en el exterior y con la piel expuesta, los cuales son afectados por la exposición del labio inferior al sol, mientras que el labio superior está parcialmente protegido. La notable predilección por el sexo masculino también se explica porque generalmente el sexo femenino esta menos expuesto al sol y sus labios también tiene cierta protección con el uso de lápiz labial. (1)
5. Diversos factores que incluyen: calor (en particular el que proviene de la boquilla de la pipa en caso de cáncer labial), traumatismo, sepsis e irritación. (1)

6. Virus: en años recientes ha aumentado la tensión hacia la posibilidad de que haya relación causal entre los virus y las diversas formas de cáncer en los seres humanos. Una gran parte de esto se debe al conocido factor causal que tienen los virus en los cánceres animales, hecho que ha sido reconocido por más de 50 años. Se saben 4 de estos que causan enfermedades en los seres humanos: 1) virus de Epstein-Barr (VEB), 2) citomegalovirus (CMV), 3) virus del herpes simples (VHS), 4) virus varicela zoster (V VZ). (1)

Orden de sitios anatómicos afectados con mayor frecuencia:

- Labio: Desde un punto de vista biológico, los carcinomas del labio inferior deben separarse de los del labio superior. Los carcinomas del labio inferior son muchos más comunes. El carcinoma de los labios explican 25 a 30% de todos los cánceres de la boca. Aparece con mayor frecuencia entre los 50 y los 70 años de edad y la edad promedio es de 62 años, afecta más a los varones en una relación de 9:1 con respecto a las mujeres. (3,7)
- Lengua: constituye el 30% de los carcinomas de la cavidad bucal, y afecta predominantemente el sexo masculino en la edad media de la vida. El 97% de los casos corresponde a carcinoma de células escamosa. La edad de presentación oscila de los 17 a los 95 años, con una media de 60 años. Es más frecuente en el varón con una relación 1.5:1. El dolor local, referido a menudo como dolor de garganta, es una manifestación característica de los carcinomas del tercio posterior de la lengua, los cuales son difíciles de visualizar y tienden a invadir en profundidad la musculatura intrínseca lingual. En la palpación se percibe un área indurada. Los carcinomas de los dos tercios anteriores ofrecen un crecimiento infiltrativo o exofítico, con posibles grados intermedios. El borde lateral del tercio medio es el sitio más frecuente; en general, el 75% de los carcinomas asientan en la porción bucal de la lengua.

El carcinoma epidermoide en la lengua puede desarrollarse en un epitelio aparentemente normal, en focos de leucoplasia o sobre una glositis crónica preexistente. En este último caso hay que recordar la posibilidad de tumores multicéntrico. (3)(7)

- **Seno maxilar:** el carcinoma antral es una enfermedad muy peligrosa. Aunque no se puede determinar la frecuencia real de la enfermedad respecto al carcinoma intrabucal, se le considera más frecuente que cualquier otra forma de cáncer bucal. Se debe señalar que, aunque la mayor parte de carcinoma del área del seno maxilar son del tipo epidermoide, los casos ocasionales de adenomas que se presentan se originan aparentemente a partir de las glándulas que están en la pared del seno. Unos de los aspectos que contribuyen a la naturaleza de esta enfermedad es que con frecuencia avanza sin que el paciente se percate de su presencia. El carcinoma del seno maxilar es más frecuente en varones y aunque es fundamentalmente una enfermedad de los ancianos, se presentan casos esporádicos en adultos jóvenes. Puede causar una tumefacción o convexidad del reborde alveolar maxilar del paladar o del pliegue muco bucal, aflojamiento o elongación de los molares maxilares o inflamación de la cara inferior y lateral al ojo. (1)
- **Paladar:** Los tumores del paladar son raros. La neoplasia afecta principalmente a varones en la séptima década de la vida. La ratio hombres-mujeres es de 2.5:1. Desde un punto de vista pronóstico el tamaño del tumor tiene una mayor influencia que la localización anatómica. Morfológicamente, los tumores adoptan un aspecto ulcerado o verrugoso, a menudo rodeado por áreas de leucoplasia. Se desarrollan en la línea media a cada uno de los lados de ellas cerca de la encía superior. La invasión local de estructuras adyacentes (encía, lengua, mucosa bucal) es un signo de un mal pronóstico. (3)

Histológicamente casi todos los carcinomas bucales de células escamosas son lesiones moderadas o bien diferenciadas. Son evidentes con frecuencia perlas de queratina y queratinización de células individuales. También es típica de la invasión a estructuras subyacentes en la forma de pequeños nidos de células hiper cromáticas. El tratamiento varía según la localización aunque por lo general el tratamiento es el mismo, cirugía, radiación o una combinación de ambas.

Carcinoma Baso celular o de células basales:

El carcinoma baso celular se desarrolla con más frecuencia en las superficies expuestas de la piel, cara cuero cabelludo, en personas de edad media y ancianas. Las personas de piel clara que ha pasado mucha parte de su vida expuesta al sol son víctimas de esta lesión. Probablemente es el tipo de carcinoma más común en el varón.

El carcinoma baso celular prácticamente no muestra tendencia alguna a dar metástasis, pero puede ocasionalmente producir metástasis a ganglios linfáticos o viseras distantes. La cabeza y el cuello son el sitio del tumor primario en 85% de los casos.

Etiología: La relación entre la exposición prolongada a la luz solar y el cáncer de piel ha sido reconocida durante muchos años. El factor específico de la luz solar que causa la carcinogénesis cutánea parece ser la radiación de la luz ultravioleta; no se debe pensar que la radiación ultravioleta es el único factor etiológico importante. En realidad se debe considerar la exposición tanto a agentes carcinogénicos; Además, es posible que la atrofia general asociada con el proceso de envejecimiento predisponga a que se desarrolle el cáncer de piel.

Aspectos clínicos: es más frecuente en la 4ª década de la vida o después pero se ha informado que se presenta en personas más jóvenes, incluso en niños. Es más común en el varón que en la mujer, quizás porque el primero es más expuesto al ambiente externo.

Por lo general el carcinoma baso celular empieza como una pápula pequeña ligeramente elevada; que se ulcera, sana y después vuelve abrirse. Su aparición es prolongada, pero aun presenta periodos de sanar. Finalmente la costra que aparece superficial, desarrolla un borde enrollado y liso, que presenta células tumorales diseminadas en forma lateral y por debajo de la piel. Las lesiones no tratadas continúan agrandándose y se infiltran a los tejidos adyacentes y a los más profundos e incluso llegan a erosionar profundamente el cartílago o el hueso.

El carcinoma baso celular es más frecuente en el tercio medio de la cara, pero puede presentarse en cualquier lugar. Es importante mencionar que este tipo de carcinoma no surge de la mucosa bucal y por tanto nunca se observa en la cavidad bucal a menos que llegue a ese sitio por invasión e infiltración desde la superficie de la piel.

Aspectos histológicos: En general se caracteriza por la aparición de nidos, islas o láminas de células que muestran membrana de células indistintas con grandes núcleos que se tiñen mucho y cantidades variables de mitosis. La célula basal es una célula pluripotencial que puede desarrollarse en varias direcciones y formar pelo, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas o epitelio escamoso y por último queratina. Por esta razón se espera que el carcinoma de células basales o baso celular haga al menos el intento infructuoso para formar estas estructuras.

Tratamiento: Cada lesión debe tratarse por separado cuando se hace la elección del tratamiento. Se obtiene buenos resultados con extirpación quirúrgica o por radiación. Para la obtención de un medio Diagnóstico es la biopsia incisional y radiografías.

➤ **Tumores de tejido epitelial Glandular (Glándulas Salivales)**

Los tumores de las glándulas salivales representan del 1 al 3% de, los tumores del organismo y del 2 al 6.5% de todos los tumores de cabeza y cuello. Su incidencia oscila globalmente entre 0.4 y 13.5 casos por 100, 000 habitantes. (3)

Aparecen a menudo entre los 40-45 años siendo poco frecuente en niños. Existe un ligero predominio en mujeres. La localización más frecuente es la parótida seguida por la submandibular y la sublingual. Los tumores más frecuente son los derivados del parénquima epitelial y con menor frecuencia del tejido mesenquimal que forma la glándula. También pueden encontrarse metástasis de otras localizaciones.

Más del 50% de las neoplasias de las glándulas salivales son benignas y aproximadamente el 80% de estas neoplasias se originan en las glándulas salivales mayores, sobre todo en la parótida. El asiento más frecuente de los tumores de glándulas salivales menores es el paladar.

La frecuencia de lesiones malignas varía según el lugar de presentación, así son malignos de un 20% a un 25% de los tumores de la parótida, de un 35% a un 40% de los de las submandibulares, el 50% de los tumores del paladar y el 90% de los tumores de la glándula sublingual. (3)

El 80% de las tumoraciones parotídeas y el 50% de las submandibulares son benignas, sin embargo, la mayor parte de las que se producen en la sublingual y en las glándulas menores son malignas. Así, cuanto más grande sea la glándula asiento del tumor, más probable es que la lesión sea benigna y las glándulas menores sean propensa a lesiones malignas. (3)

La mayoría de los pacientes con tumores malignos de las glándulas salivales están entre los 60 ó 70 años de edad. Los niños constituyen el 4-5% de todos los pacientes con tumores de salivales.

Los pacientes que han sufrido un cáncer de glándulas salivales tienen un riesgo ocho veces mayor de padecer un segundo tumor primario de mama. Así mismo se ha observado un incremento del cáncer cutáneo tras cáncer salivar, posiblemente debido a la radioterapia empleada para su tratamiento.

Etiológicamente, las neoplasias de las glándulas salivales se han relacionado con diversos factores, el virus de Epstein-Barr se asocia a una neoplasia muy poco frecuente en nuestro medio y que se denomina una lesión linfoepitelial maligna. La irritación se ha relacionado también con los tumores de glándulas salivales maligno, así como el contacto con asbestos, productos de caucho o exposición a metales, en diversas ocupaciones laborales.

La sintomatología de los tumores de las glándulas salivales no es demasiado patente, y es característico un lapso de tiempo considerable entre la aparición del tumor y su tratamiento. Un 20% de los tumores malignos ocasionan parálisis facial, el más frecuente de todos los tumores es el tumor de Warthin, seguido a distancia del adenoma pleomorfo y el carcinoma de células acinares. (3)

➤ **Tumores de tejido epitelial Glandular Benigno:**

Adenoma Pleomorfo (Tumor mixto benigno):

Es un tumor circunscrito que se caracteriza por su aspecto celular pleomorfo, con nidos de tejido epitelial que se mezcla con áreas mucosas, mixoides y condroides. Constituye el 50-70% de los casos de los tumores más comunes de las glándulas salivales mayores y menores, y forma aproximadamente el 90% de los tumores benignos de las glándulas salivales.

La glándula parótida expone casi 85% de estos tumores, en tanto que las glándulas submandibular 40-60% y salivales menores intrabucales representan el 8% y 7% respectivamente. De todos los tumores que se originan en la cavidad bucal, la mayor parte aparece en el paladar; es un poco más frecuente en las mujeres que en el hombre en una relación de 6-4, aunque no todas las series registran esta ligera diferencia. (1, 3, 7)

Casi todas las lesiones se encuentran en pacientes que están entre la cuarta y la sexta década de la vida, pero también son relativamente comunes en los adultos jóvenes y se ha sabido que aparece en niños. La historia que presenta el paciente por lo regular es presencia de un nódulo que no tiene movimiento, pequeño, insensible que empieza lentamente a aumentar de tamaño, mostrando algunas veces crecimiento intermitente. Esta lesión no es adherida a la piel ni a los planos profundos. Cuando se localiza en el paladar, es posible que aparezca una tumoración ulcerada.

El adenoma pleomorfo, en particular de parótida, suele ser una lesión que no muestra fijación ni en los tejidos más profundos ni en la piel que lo cubre, habitualmente es una lesión nodular irregular firme en consistencia, aunque en ocasiones se puede alcanzar un gran tamaño, habiéndose registrado lesiones con un peso de varios gramos. El dolor no es un síntoma común del adenoma pleomorfo, pero con frecuencia hay una molestia bucal, es raro que se lesione el nervio facial, manifestándose por parálisis facial.

La histogénesis de estas lesiones se relaciona con la proliferación de células que poseen características mioepiteliales, ductales o ambas. Las células mioepiteliales-diferenciadas asumen un papel importante para determinar la composición total y el aspecto de los tumores mixtos. Casi todos los estudios en tumores mixtos indican un intervalo de tipos de células; en un extremo del espectro se encuentra células totalmente epiteliales y en el otro completamente mioepiteliales. Entre estos 2 extremos se pueden identificar células no tan desarrolladas con rasgos de ambos elementos.

El tumor mixto es una neoplasia benigna que tiende a veces a malignizarse. Esta tendencia se relaciona con el tiempo de evolución de la lesión y con la edad del paciente. Entre los signos de malignización figuran el cambio de velocidad de crecimiento, la adherencia a planos profundos y a la piel, el dolor y la parálisis facial. El riesgo de degeneración maligna de un adenoma pleomorfo es de 1.5% en los primeros 5 años sin tratamiento, ascendiendo a un 10% a los 15 años; el riesgo para las recurrencias es del 7%. Los carcinomas producidos por degeneración de un adenoma pleomorfo suponen el 4% de todos los tumores malignos de las glándulas salivales y es un carcinoma maligno o tumor mixto maligno que es bastante agresivo. Tiene características de carcinoma epitelial o de sarcoma.

Cistoadenolinfoma Papilífero: (Tumor de Warthin)

También conocido como tumor de Warthin, explica casi el 7-10% de las neoplasias epiteliales de la glándulas salivales, el 70% de los adenomas monomorfos y por lo regular se encuentra en la glándula de la parótida o casi exclusiva de esta, especialmente en el polo inferior aunque se ha encontrado casos ocasionales en la glándula submandibular. Las glándulas salivales accesorias intrabucales rara vez son afectadas. (3,4)

Se cree que el Cistoadenolinfoma papilífero se origina en los ganglios linfáticos a partir de elementos glandulares salivales atrapados en las primeras etapas del desarrollo embrionario, restos de tejido glandular en formaciones linfáticas; Allegra sugirió que es más probable que el tumor de Warthin sea una enfermedad de hipersensibilidad retardada y, además los linfocitos presentan una reacción inmune a los conductos salivales.

El tumor de Warthin presenta una predilección por el sexo masculino, con una relación promedio hombre-mujer de 5 a 1 registrado, la edad promedio de los pacientes en el momento en que se descubrió la lesión fue de 50 y 80 años, este tipo de tumor puede ser bilateral en 2 a 7% de los casos y en ocasiones múltiple 10% de los casos, es la segunda neoplasia benigna más frecuente de la parótida. Clínicamente el tumor es superficial y se encuentra justo debajo de la cápsula parótida o protruyendo a través de ésta. La lesión rara vez alcanza un tamaño mayor de 3 a 4 cm. de diámetro; es insensible, firme a la palpación, de límites netos y clínicamente no se distingue de otras lesiones benignas de la glándula parótida. Su crecimiento es muy lento. (1, 3, 4, 7)

Las teorías sobre su histogénesis se basan en la presencia de epitelio ductal ectópico dentro de ganglios linfáticos intraparotídeos y una reacción de hipersensibilidad atípica; también se piensa que puede tratarse de una neoplasia verdadera. El tabaquismo muestra una relación estadística importante con esta neoplasia.

Histológicamente: epitelio papilar con cavidades quísticas tapizadas por epitelio cilíndrico, biestratificado, similar al ducto estriado; como característico de este tumor presenta formaciones linfáticas que constituyen el estroma de la lesión con folículos linfáticos y centros germinativos. Se han comunicado algunos casos de este tumor asociado con adenoma pleomorfo. Macroscópicamente su superficie es lisa o lobulada y tiene cápsula completa. Su degeneración maligna es muy rara y la tasa de recurrencias es bajísima.

➤ **Tumores Malignos de tejido epitelial Glandular.**

Carcinoma Mucoepidermoide:

El carcinoma mucoepidermoide es un tumor epitelial maligno que se compone de diversos tipos de células claras, mucosas, epidermoide (escamosas), intermedias, columnares, y claras, si bien los dos primeros tipos son los principales de ahí que en 1945 recibiera este tumor su nombre. Con frecuencia muestra un marcado crecimiento quístico. Este es encontrado como una de las 3 lesiones malignas más comunes de las glándulas salivales, combinado con el adenocarcinoma de células acinares, adenocarcinoma polimorfo de bajo grado y el carcinoma adenoide quístico.

Es la neoplasia o tumor salival maligno más frecuente, que se observa en la parótida y la segunda de la submandibular y menores, representando del 29% al 34% de los tumores malignos que se originan tanto en las glándulas salivares mayores como menores y el 15.5% de todos los tumores benigno y malignos de todo el cuerpo (6). En dos grandes series retrospectivas, de un 60% a un 93% de los casos se originaron en la glándula parótida. Con relación a los tumores malignos de las glándulas salivales menores, el carcinoma mucoepidermoide muestra una fuerte predilección por las situadas en el labio inferior. Raras veces el carcinoma mucoepidermoide podría originarse en la glándula submandibular pero representa el 7%. Este tipo de tumor se le conoce como carcinoma mucoepidermoide central. (4,6)

Es inusual que aparezca en la primera década de la vida, pero el 7% aparece en la segunda década, entre la tercera y a través de la séptima década es relativamente uniforme la frecuencia de un 11-18%. Su aparición más frecuente es en la edad de los 47 años, con un rango entre 8 y 92 años de edad. El carcinoma epidermoide tiene un ligero predominio de mujeres con un 60% al igual que los otros tumores de glándula salival en general. (4,6)

En cuanto a los factores etiológicos, el haber estado expuesto a radiación ionizante parece aumentar de manera sustancial el desarrollo de neoplasias de las glándulas mayores, esta relación se ha observado particularmente en el carcinoma mucoepidermoide.

Clínicamente la mayoría de los pacientes están asintomáticos, debutando como masas solitarias indoloras tal y como lo hace el adenoma pleomorfo. Cuando presentan sintomatología puede aparecer dolor, drenaje del oído ipsilateral, disfagia, trismus y parálisis facial.

La graduación o estadiage microscópico del carcinoma mucoepidermoide es importante para la determinación del pronóstico. El carcinoma mucoepidermoide se clasifica como de grado bajo, grado intermedio y grado alto.

Bajo Grado de Malignidad – Bien Diferenciados – Grado I: por lo regular aparece como una masa insensible que se agrando con lentitud y que simula a un adenoma pleomorfo, rara vez es mayor de 5 cm. Histológicamente presentan espacios quísticos o glandulares bien formados, sin atipias ni pleomorfismo celular, alto contenido de mucina y con pocas mitosis. Están circunscritos pero no encapsulados y si infiltran es solo localmente y son raras las metástasis.

Grado Medio de Malignidad – Moderadamente Diferenciados – Grado II: Tienden a producir grupos celulares sólidos, con elevado pleomorfismo y mitosis ocasionales. Presentan mayor número de recidivas, ocasionando excepcionalmente metástasis.

Alto Grado de Malignidad – Mal Diferenciados – Grado III: Crece con rapidez y produce dolor, así como síntoma temprano. Es frecuente la parálisis del nervio facial en los tumores de parótida. Mayor grado de pleomorfismo y anaplasia. Las formaciones glandulares o quísticas se observan en algunos casos.

Mayor tendencia a la recidiva y diseminación metastásica cervical en el 50% de los casos. (6)

Los parámetros que se puntúan para su clasificación, son los siguientes:

- Componente intracístico (+2).
- Presencia de invasión neural (+2).
- Presencia de necrosis (+3).
- Mitosis (4 o más por cada 10 HPF) (+3).
- Presencia de anaplasia (+4).

Con la suma de la puntuación total la valoración es la siguiente: de 0 a 4 para el grado bajo, de 5 a 6 para el grado intermedio, y de 7 a 14 para el grado alto.

La metástasis linfática (60%) es más frecuente que la hemática (33%), pudiendo ser regionales, cutáneas, óseas, pulmonares y cerebrales. Los de bajo grado que interesa a glándulas mayores presentan adenopatías en un 5%, por contra en glándulas salivales menores descienden a un 2,5%. Sin embargo, en los tumores de alto grado esta tendencia se invierte (80% si está en glándulas menores, 55% en glándulas mayores). (6)

Carcinoma adenoide quístico:

El carcinoma adenoide quístico es una forma de adenocarcinoma lo suficiente distintivo como para garantizar la separación en la clasificación de los tumores glandulares malignos.

El carcinoma quístico adenoide (antiguamente conocido como cilindroma) constituye aproximadamente el 7.5% de todos los tumores maligno epiteliales y el 4% de todos los tumores benigno y malignos de glándulas salivales (6). Algunas revisiones han comunicado una incidencia, o relativa frecuencia, que alcanza aproximadamente 23% de los carcinomas de glándulas salivales. (7) Es el segundo tumor maligno más frecuente en la parótida y el primero en la submandibular y en las glándulas salivales menores. (1, 4, 6, 7).

En una revisión de los archivos de casos, la AFIP encontró que el carcinoma quístico adenoide es el quinto más común entre los tumores epiteliales malignos de las glándulas salivales después del carcinoma mucoepidermoide; adenocarcinoma, carcinoma de células acínicas y el adenocarcinoma polimorfo de grado bajo. Sin embargo, otros informes de series dan cuenta de que el carcinoma quístico adenoide es el segundo tumor maligno más común de las glándulas salivales.

En la parótida supone el 2-6% de los tumores. En la submandibular supone el 15-30% de todos los tumores. En la sublingual y glándulas salivales menores supone entre el 30-60%, considerándose el tumor maligno más frecuente en estas glándulas. (4)

Tiene una ligera mayor frecuencia en mujeres que hombres a una razón de 3:2. Todas las edades desde niños hasta ancianos se han encontrado este tipo de tumor. Pero este tumor es predominante en adulto la edad promedio de presentación tiene una incidencia pico entre los 40-60 años. (1, 4, 6)

Esta neoplasia se presenta en su forma habitual, como una hinchazón de curso clínico prolongado, se trata de una neoplasia de crecimiento lento pero muy agresivo y destructivo, de comportamiento imprevisible que simula los tumores benignos, con marcada capacidad de recurrencia local e invasión local y desarrollo de metástasis a distancia. En general se presenta como un tumor no ulcerado con parestesia durante el curso de la enfermedad y dolor precoz, signos que es muy probable que estén vinculados con la incidencia de infiltración del nervio (séptimo par craneal).

Es muy importante tener en cuenta la elevada tendencia de estos tumores a la invasión nerviosa y de espacios perineurales (60% de los casos), pudiendo infiltrar también a nivel vascular (15%) y óseo. Pueden incluso afectar a otros pares craneales.

La diseminación a distancia (25-70%) es mucho más frecuente que la presencia de adenopatías cervicales (15%) y puede ocurrir incluso décadas después del tratamiento del tumor primario con un buen control locorregional, lo que se traduce en unas tasas de supervivencia bajas a largo plazo. Por este motivo, algunos autores lo han considerado como un tumor incurable. Suele diseminarse por vía hemática alcanzando preferentemente el pulmón, seguido del hueso e hígado. Esta característica debe considerarse desde el diagnóstico, solicitando las pruebas de extensión necesarias para enfocar un tratamiento correcto. Además es típico de estos carcinomas que muestren sus frecuentes recurrencias y metástasis a distancia hacia su etapa final. (4)

Morfológicamente se han descrito 3 patrones de crecimiento: cribiforme (clásico), tubular y sólido (basaloide). Los tumores son clasificados acorde al patrón predominante. Según la clasificación histológica, los tumores sólidos son los de mayor grado histológico de malignidad, por lo que son los de peor pronóstico, mayor número de recidivas, metástasis a distancia precoces y con mayor mortalidad. Por el contrario, los tubulares son los de mejor pronóstico y con menos recidivas. Se ha informado tasas de recurrencia para el patrón sólido de hasta 100% en comparación con 50% a 80% de las variantes tubular y cribiforme. Otros autores sostienen que esta clasificación carece de valor.

El patrón cribiforme muestra nidos de células epiteliales que forman patrones cilíndricos. La pequeña luz de estos espacios contiene ácido periódico de Schiff (PAS, por sus siglas en inglés) secreciones mucopolisacáridas positivas. El patrón tubular revela estructuras tubulares que son alineadas mediante epitelio cuboides estratificado. El patrón sólido muestra grupos sólidos de células cuboides.

El patrón cribiforme, es el más común, mientras que el patrón sólido es el menos común.

Exadenoma pleomorfo (tumor mixto maligno) (adenoma carcinoma ex-pleomorfo):

También conocido como carcinoma ex-tumor mixto.

Ocasionalmente desde el punto histológico los tumores de las glándulas salivales son benignos, y aun así producen metástasis que asemejan la lesión primaria, o que asemejan al adenoma pleomorfo benigno, pero con áreas citológicamente malignas. Dichas lesiones son raras, pero deben clasificarse como adenomas pleomorfos malignos.

Ha habido controversia según su origen ya que algunos investigadores sugieren que estos tumores representan lesiones previamente benignas, las cuales han sufrido una transformación maligna, y otros sostienen que son lesiones que fueron malignas desde el principio.

Clínicamente estos tumores se presentan principalmente en las glándulas salivales mayores. Aparece como una masa indolora de larga evolución que de repente comienza a crecer de forma exagerada debido a su transformación maligna, con presencia de dolor y ulceración. Aproximadamente un tercio de los pacientes puede experimentar parálisis facial. Estas neoplasias malignas muestran una alta tasa de recurrencia después de la extirpación quirúrgica, así como una elevada frecuencia de ganglios linfáticos regionales afectados. A menudo, desarrollan metástasis distantes hacia los pulmones, hueso, vísceras y cerebro.

Una comparación en los casos de la AFIP (Armed Forces Institute of Pathology), entre el tumor mixto maligno y tumor mixto benigno mostró que el carcinoma apareció del adenoma en un promedio de 13 años de diferencia.

El tumor mixto maligno es extremadamente inusual en pacientes menores de 30 años de edad (2.9% de los casos de la AFIP) y no se ha encontrado en niños en 2 largas series de estudios de tumores de glándulas salivales y se ha encontrado en predilección del sexo femenino (según la AFIP). (4)

La incidencia comunicada puede variar considerablemente de unos a otros estudios. Se considera que constituye el 8.8% de todos los tumores mixtos y 4.6% de todos los tumores malignos de las glándulas salivales lo que les clasifica como el sexto más común, después del carcinoma mucoepidermoide; adenocarcinoma, NOS; carcinoma de células acínicas; adenocarcinoma polimorfo de bajo grado; y carcinoma quístico adenoide. (6)

Histológicamente en algunos exadenomas pleomorfos malignos el componente maligno parece ser un sobre crecimiento sobre el elemento benigno, de tal manera que las áreas histológicamente benignas son difíciles de demostrar. En otros casos, toda la lesión puede ser benigna, y se puede encontrar los focos malignos después de que se ha hecho una investigación diligente. Por esta razón, es necesario realizar un estudio cuidadoso de todos los posibles tumores benignos de glándulas salivales.

No se han establecido por completo los criterios específicos para reconocer un tumor maligno mixto. No obstante, parece que incluyen los cambios nucleares que, por lo regular, se mantienen como indicativos de malignidad (hipercromatismo nuclear y pleomorfismo, aumento o mitosis anormales y disminución de la proporción núcleo-citoplasma); invasión de vasos sanguíneos, linfáticos o nervios; necrosis focal, y una infiltración periférica obvia, además de la destrucción de tejido normal.

El patrón celular maligno de la transformación parece estar dentro del carcinoma epidermoide o dentro del adenocarcinoma, y algunos tumores malignos muestran ambos tipos de células. También se presenta una transformación de células fusiformes y de las gigantes.

Adenocarcinoma NOS (No Específico de otra):

Se trata de un carcinoma que muestra diferenciación glandular o de los conductos, pero que carece de características morfológicas propias como las que caracterizan a otros tipos de carcinomas más específicos. El diagnóstico del NOS es esencialmente de exclusión. En una revisión de casos, el NOS fue el segundo carcinoma de glándulas salivales en frecuencia, tras el carcinoma mucoepidermoide. Sin embargo, otra serie ha informado de una incidencia de 4% a 10%.

La edad promedio del paciente es de 58 años. Aproximadamente 40% de los casos aparecen en las glándulas mayores y el 60% en las menores. Entre los tumores de las glándulas salivales mayores, 90% se presentaron en la glándula parótida.

Se gradúa en bajo grado, grado intermedio y grado alto. Los pacientes con tumores en las glándulas salivales mayores, típicamente presentan masas solitarias indoloras. Dos estudios retrospectivos indican que la supervivencia es mejor en los pacientes con tumores de la cavidad oral que aquellos con tumores de la parótida y glándulas submandibulares. Estos estudios difieren en cuanto a la importancia pronóstica del grado tumoral.

Carcinoma de Células Acinares:

Representa entre 1-4% de los tumores salivales preferentemente en la parótida. Es bilateral en un 3% de los casos. Es más frecuente en mujeres, y el grupo de edad más afectado es la 5ª década de la vida. Se origina en las células de reserva del conducto intercalar y proliferación de células acinares.

Clínicamente: Se asemeja estrechamente al adenoma pleomorfo en todo su aspecto tendiendo a ser encapsulado y lobulado; la forma típica de presentación es la de una masa parotídea de crecimiento lento, no dolorosa. Los sitios intrabucales más comunes donde se localiza este tumor son los labios y la mucosa bucal. Todos estos tumores pueden ser agresivos localmente o a distancia, y esa característica no se puede predecir histológicamente, está justificada una actitud agresiva, Un 50% se parecen a un tumor benigno. El 10% dan metástasis regionales y el 15% metástasis a distancia. La supervivencia a los 5 años es del 89% y a los 20 años, del 66%.

Aspectos histológicos: con frecuencia está rodeado por una capsula delgada, puede estar compuesto de células con diversos grados de diferenciación. Las células bien diferenciadas tienen notable semejanza con las acinares normales, mientras que las menos diferenciadas se asemejan a conductos embrionarios ya células acinares inmaduras.

Es usual encontrar elemento linfoides en los carcinomas parótidos de células acínicas, un aspecto útil en el diagnóstico. Dichas características no se encuentran en los tumores intrabucales. Al parecer, éste puede surgir del tejido de glándulas salival en que se atrapó en forma embriológica en los ganglios linfáticos o dentro o cerca del compartimiento de la parótida.

Tratamiento: en la mayor parte de los casos el tratamiento ha sido quirúrgico, se recomienda la excisión total de los tumores de la parótida, conservando el nervio facial, a menos que este se encuentra dañando. La disección de los ganglios linfáticos está indicada solo clínicamente y no como un procedimiento sistemático. No se ha observado que la radioterapia tenga un valor terapéutico, Los tumores intrabucales son tratados mediante excisión quirúrgica.

La tasa de recurrencia varía de 8 a 59%; se aprecia una tasa alta recurrencia en los tumores tratados por enucleación y excisión limita

Tumores de tejidos blandos.

Los tejidos blandos pueden ser definidos como un tejido no epitelial extraesqueletal del cuerpo exclusivo del sistema reticuloendotelial, glial y tejidos de soporte de varios órganos del parénquima. Esto es representado por los músculos voluntarios, grasa, y tejido fibroso, junto con los vasos que sirven de estos tejidos. Por convención esto también incluye el sistema nervioso periférico ya que los tumores surgen desde nervios presentes hasta masas de tejido blandos y poseen problemas similares en diagnósticos diferencial y terapia. Embriológicamente, los tejidos blandos se derivan principalmente del mesodermo, con alguna contribución del neuroectodermo. (5)

Los tumores de tejidos blandos están en un grupo elevado de tumores heterogéneo que están clasificados en una base histogénica que se parecen en el tejido adulto. Por ejemplo los lipomas y liposarcomas, son tumores que sintetizan con más o menos tejido adiposo normal.; y los hemangiomas y angiosarcoma contienen células parecidas al endotelio vascular. (5)

Tumores Benignos, Es el cual más se parece a los tejidos normal; tienen una limitada capacidad para un crecimiento autónomo. Ellos muestran una pequeña tendencia a invadir localmente y atiende una baja incidencia de recurrencia local seguido de una terapia conservadora. (5)

Tumores Malignos, o sarcoma, en contraste estos son localmente agresivos y son capaces de invadir o tener un crecimiento destructivo, recurrente, y metástasis a distancia. Es requerido una cirugía radical que asegure una total remoción de estos tumores. Algunos sarcomas tal como la protuberancia Dermatofibrosarcoma raras veces hace metástasis, mientras que otros, tal como el Histiocitoma fibroso maligno que hace metástasis con rapidez.

La incidencia de tumores blandos, especialmente la frecuencia de tumores benignos relativo a los tumores malignos, es casi imposible de determinar exactamente. Los tumores benignos de tejidos blandos exceden en número a los tumores malignos por un margen acerca de 100-1 en hospitales públicos, y su incidencia anual es de 300 por cada 100,000 habitantes. El hecho de que varios tumores benignos, como el lipoma y el hemangioma, no pasan por biopsia hace diferente aplicación de datos en hospitales. (5)

Los tumores malignos de tejidos blandos, sarcomas de tejidos blandos comparados con otros carcinomas y otras neoplasias son relativamente raros y constituyen solamente el 1% de los tumores malignos. (5)

Como con otras neoplasias malignas, la patogénesis de tumores de tejidos blandos es todavía desconocida, se incluyen varios factores; físicos y químicos, exposición a radiación ionizante, así como inherentes defectos inmunológicos. La evaluación de las causas exactas es con frecuencia difícil porque es largo el período latente entre el tiempo de exposición y el tiempo de desarrollo del sarcoma, es bien un posible efecto de factores medio ambientales y hereditarios durante el período de inducción. El origen de sarcomas para los tumores benignos de tejido blandos es raro, exentos los tumores malignos de nervios de vainas periférica tumor que surge del Neurofibroma. Que están siempre cerca en pacientes con la manifestación de tipo 1 de Neurofibromatosis (enfermedad de Van Recklinghausen's). (5)

➤ **Tumores de tejidos blandos benignos.**

Fibroma:

Es un término genérico que denota cualquier colección tumoral localizada de fibras colágenas, asociada con un escaso de fibroblastos. Las fibras de tejido conectivo consiste principalmente de fibroblastos y una matriz extracelular conteniendo estructuras fibrilares (colágeno, elastina) y matriz extracelular no fibrilar.

Este tumor de tejido conectivo es la neoplasia benigna más común que se presenta en la cavidad bucal, son lesiones fibroblásticas localizadas. Está íntimamente relacionada con la hiperplasia fibrosa, y en muchas ocasiones no se distingue histológicamente. El fibroma aparece como una lesión elevada, de color normal, con una superficie lisa y se manifiesta como una masa submucosa y que aparece en relación con un traumatismo (mordedura) con factores irritantes crónicos (prótesis dentales mal ajustadas). Ha recibido varias denominaciones sinónimas, tales como épulis fibroso, hiperplasia fibrosa, pólipo fibroepitelial, fibroma pedunculado, papiloma fibroepitelial o fibroma irritativo.

Estas lesiones pueden localizarse en cualquier lugar de la cavidad bucal y adoptar un aspecto morfológico pedínculado, sésil o nodular, con una consistencia blanda o firme según el contenido en colágeno y el grado de queratinización de la tumoración. El tumor puede ser pequeño, o en varias ocasiones medirá varios centímetros de diámetro. Proyectado sobre la superficie, a veces se irrita y se inflama, y puede incluso mostrar una ulceración superficial. Casi siempre es una lesión de crecimiento lento, bien definida que se presenta a cualquier edad, pero que es más común en la tercera, cuarta y quinta décadas.

Aunque aparece en diferentes sitios, es más frecuente en encía, mucosa bucal, lengua labios y paladar. En las encías, donde la proliferación se denomina épulis fibroso (10), el lugar característico son las papilas interdentarias, y las mejillas, el lado opuesto a la línea de oclusión dentaria. En los labios, la lengua y el paladar se presentan como nódulos circunscritos. Las lesiones debidas a prótesis dentales se localizan en el vestíbulo y se conocen como épulis fissuratum y fibrosis o hiperplasia protésica.

El tratamiento del fibroma o hiperplasia inflamatoria focal, según el caso, es la extirpación quirúrgica tradicional. Rara vez recurre la lesión.

Lipoma:

Aunque el tejido adiposo ha sido sujeto de intensas investigaciones en recientes años, hay 2 básicas formas de tejido adiposo que pueden ser distinguidas de grasas blanca y de grasas pardas. (5)

El lipoma solitario consiste totalmente de grasas maduras, los lipomas son raros durante las 2 primeras décadas de la vida y usualmente comienzan a aparecer cuando la grasa benigna se acumula en inactividad individual. La aparición aparente es entre la cuarta y la sexta década de la vida. Cuando no exceden en crecimiento ellos persisten el resto de la vida, aunque ellos incrementan de tamaño después de iniciar su período de crecimiento.

Estadísticas de este género varían en la incidencia, pero más reportes de incidencia son superiores en hombres que en mujeres (5). No hay ni una diferencia ni consideración de raza. Raza blanca y raza negra son afectadas en proporciones y distribuciones iguales.

El lipoma intrabucal es tumor benigno y encapsulado de tejido adiposo subcutáneo o submucoso. A pesar de la prevalencia de los lipomas que constituyen la neoplasia mesenquimal más frecuente del organismo su localización de origen cervical es relativamente poco común, comprendiendo entre 1 y 2.2% de todos los tumores benignos de la cavidad bucal, esto quiere decir que intrabucalmente es relativamente raro. (3)

La patogénesis es desconocida aunque aparecen en personas obesas.

El metabolismo de los lipomas, sin embargo, es completamente independiente de la grasa corporal, de tal manera que si el aporte calórico se reduce el tamaño de los lipomas no disminuye, aunque si la grasa del cuerpo.

La localización más frecuente en la región maxilofacial es la mucosa oral y el vestíbulo bucal con cerca del 50%. Los pacientes suelen ser de edad superior de los 40 años y no existe diferencia de prevalencia con respecto al sexo (3). Los lipomas se presentan como masa blandas lisa y móviles a veces con un pedículo sénil y se origina a partir de tejido adiposo presente en la submucosa de la lengua, suelo de la boca, paladar, labio, mucosa bucal e hipofaringe. Típicamente son asintomáticos y pueden tener incluso años de evolución. La mayoría presentan un tamaño de tres centímetros pero ocasionalmente pueden ser muchos mayores los lipomas profundos raramente alcanzan el tamaño suficiente para ocasionar distorsión de la cara.

Histológicamente el tejido adiposo se distribuye en lóbulos separados por tabiques de tejido conectivo con los vasos sanguíneos. La mayoría de los lipomas orales están compuestos por células adiposas que se distribuyen difícilmente de las células adiposas normales.

Hemangioma:

El hemangioma es tumor común caracterizado por la proliferación de los vasos sanguíneos, con frecuencia es congénito y por lo regular, pero no invariablemente, sigue un curso benigno. Dada la confusión alrededor del origen básico de muchas de estas lesiones, ha sido difícil clasificar sus variedades clínicas y microscópicas. (1,2)

Es a menudo difícil afirmar si los hemangiomas son neoplasias verdaderas, hamartomas o mal formaciones vasculares.

La OMS define al hemangioma como un tumor benigno o mal formación constituida por vasos maduros bien formados, generalmente revestidos por una sola capa de endotelio (3)

El hemangioma es uno de los tumores de partes blandas más frecuente y es el tumor benigno más frecuente en la infancia. Es de 3 a 5 veces más frecuente en niñas que en niños. Hubo una diferencia de sexo inexplicable, siendo la relación femenino-masculino del 65 a 35%, Las lesiones de cabeza y cuello se presentaron en 56% de los casos, mientras que el restante que el restante 67 de la superficie total del cuerpo incluyó solo el 44%(2).

La mayor parte de los casos están presentes en el momento del nacimiento o surge a la edad temprana, esta lesión puede mostrar una fase de crecimiento rápido seguido de varios años más tarde por una fase involutiva, el hemangioma congénito y las malformaciones vasculares pueden ser planos, nodulares o semicilíndricos. Otros signos clínicos incluyen la presencia de un soplo o un roce, usualmente es de color rojo-azulado, y rara vez está bien circunscrito.

La mayoría de hemangiomas se encuentra en la piel (nevo vascular) y no alcanzan gran tamaño. Los hemangiomas cutáneos son superficiales en 50-60% de los casos y se localizan en la dermis capilar. El 15% son profundos y se sitúan en la dermis reticular. En un 30% de los casos los hemangiomas son mixtos (3). Los sitios más comunes donde se presenta en la cavidad oral son labios, lengua, mucosa bucal y paladar. (1,2)

Con frecuencia el tumor es traumatizado y sufre ulceración y una infección secundaria; cuando afecta el hueso tal vez son procesos vasculares y no hemangiomas congénitos. Watson y McCarthy propusieron una clasificación simple basada en una serie de 1308 tumores de vasos sanguíneos, y es como sigue: 1) Hemangioma capilar, 2) Hemangioma cavernoso, 3) Hemangioma venoso, 4) Hemangioma epitelioides (hiperplasia angioliñoide, hemangioma histiocitoide), 5)

Granuloma piógeno, hemangioma en penachos adquiridos (angioblastoma)

Los hemangiomas capilares son más frecuentes que los hemangiomas cavernosos aunque comparten su distribución por edades siendo ambos comunes en la infancia; así mismo la distribución anatómica es la misma para ambos.

Tumores osteogénicos.

➤ Tumores osteogénicos benigno

Torus:

El torus es una excrecencia ósea, no neoplásica. De crecimiento lento, que se manifiesta en muchos pacientes antes de los 30 años (a menudo en relación con la pubertad), La etiología precisa no queda clara, aunque algunos indicios podrían sugerir un trastorno hereditario. (10). El torus maxilar es el más común, con la prevalencia de hasta un 20% en la población, mientras que la incidencia del torus mandibular es de 8%.

El torus palatino es una protuberancia o excrecencias, de base plana; es crecimiento de la apófisis palatina del maxilar y se manifiesta en forma de espolón, lobulado o nodular, que se extiende en sentido anteroposterior en la línea media del paladar. La mucosa que lo cubre está intacta, pero en ocasiones aparece pálida, se ulcera si se traumatiza. El torus en sí está compuesto de hueso compacto denso o de una concha de hueso compacto y un centro de hueso esponjoso.

Afecta con más frecuencia a las mujeres que a los hombres encontrando una relación aproximada de 2 a 1. Aunque se presenta a cualquier edad, incluyendo la primera década de la vida, parece que alcanza su mayor incidencia poca antes de los 30 años de edad.

El torus mandibular consiste en un reborde óseo sobre la cara interna de la mandíbula en dirección de la línea media a partir de la región premolar. Se sugiere que existe un fondo genético o de naturaleza hereditaria. La frecuencia con que se presenta en los niños variaba entre 40% y 60%.

El torus mandibular puede variar en forma y tamaño, es comúnmente bilateral pero se han visto afección unilateral en más o menos el 20% de los casos. Tanto las protuberancias unilaterales como las bilaterales pueden ser individuales o múltiples. Se observa con poca frecuencia en la primera década de la vida, pero en general se inicia a los 30 años de edad.

Histológicamente, ambos tipos de torus muestran la estructura de la cortical ósea adulta con escasa estroma y espacios medulares.

Osteoma Osteoide:

Es un tumor benigno del hueso que rara vez se ha descrito en los maxilares. La verdadera naturaleza de esta lesión se desconoce. Se sugiere que es una neoplasia verdadera de derivación osteoblástica. En ocasiones se ha confundido con osteomielitis esclerosante crónica, y de hecho el osteoma osteoide puede representar una forma de osteomielitis.

Aspectos clínicos: Por lo regular, el osteoma osteoide se presenta en personas jóvenes; se desarrolla rara vez después de los 30 años de edad. Los niños pequeños menores de 10 años o incluso de 5 años son afectados con más frecuencia. En casi todas las series el sexo masculino predomina sobre el femenino en una proporción 2:1. Unos de los principales síntomas de la enfermedad es un dolor intenso, fuera de toda proporción con el tamaño pequeño de la lesión. Se presenta hinchazón en el tejido blando localizado sobre el área dañada del hueso y está sensible al tacto.

Aspectos radiográficos: se presenta un aspecto patognomónico caracterizado por un área radiolúcida redonda u ovoide pequeña, rodeada por un anillo de hueso esclerótico. La radiolucidez central puede mostrar alguna calcificación. Rara vez la lesión es mayor de un 1cm de diámetro, pero la corteza que lo cubre se engrosa por la formación superóstea de hueso nuevo.

Aspectos histológicos: es caracterizado y consiste en un nido central compuesto de tejido osteoide compacto, que varía en su grado de calcificación entremezclado con un tejido conectivo vascular. Se forma trabeculado definitivo, particularmente en lesiones viejas, contorneadas por osteoblastos activos.

Tratamiento: consiste en la resección quirúrgica de la lesión. Si se quita por completo, se espera que no aparezca una recurrencia. La remisión espontánea es un buen síntoma.

Fibroma Osificante (Fibroma Cementoodificante):

Se considera una neoplasia osteogénica. Se trata de una lesión bien delimitada y ocasionalmente encapsulada consiste en tejido fibroso con cantidades variables de mineralización semejante al hueso o al cemento. Se origina a partir del tejido fibroso conectivo del periodonto, el cual contiene células blásticas mesenquimales con potencial para formar cemento, hueso alveolar y tejido fibroso.

Aspectos clínicos: puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en jóvenes. Con una edad promedio de 33 años. Puede aparecer en cualquier de los maxilares, pero al parecer hay predilección por la mandíbula; así mismo se observa una predilección por el sexo femenino.

Por lo general es asintomática hasta el crecimiento produce una hinchazón notable y una deformidad moderada; el desplazamiento de los dientes puede ser un aspecto clínico temprano.

Es un tumor de crecimiento relativamente lento y puede estar presente en algunos años antes que los descubran. Debido al lento crecimiento, los planos corticales del hueso y la mucosa o piel que los cubre casi invariablemente están activos.

Aspectos radiológicos: representa una apariencia variable, dependiendo de su etapa de desarrollo. Sin importar su etapa de desarrollo, la lesión siempre está bien circunscrita y demarcada alrededor del hueso circundante, en contraste con la displasia fibrosa. Su etapa inicial aparece como un área radiolúcida sin que haya evidencia de radiopacidades. Cuando el tumor óseo aparentemente madura, aumenta la calcificación, de tal manera que el área radiolúcida se empieza a manchar con opacidades hasta que la lesión toma el aspecto de una masa radiopaca relativamente uniforme. Es común el desplazamiento de los dientes adyacentes.

Tratamiento: La lesión debe ser eliminada conservadoramente ya que es rara la recurrencia.

Exostosis Múltiple:

Las exostosis son excreciones óseas múltiples (o simples), pedunculadas o planas, menos frecuentes que los torus. Se trata de nódulos óseos asintomáticos situados a lo largo del borde bucal (vestibular) del hueso alveolar. Se identifican más a menudo en la parte posterior de la maxila y la mandíbula, especialmente en el maxilar superior y a veces en relación con inserciones musculares o tendinosas; clínicamente, estas exostosis aparecen como pequeñas protuberancias nodulares sobre las cuales la mucosa es pálida.

Su etiología es desconocida, y no se dispone de cifras estadísticas para determinar su incidencia o su disposición. No tienen importancia clínica, excepto que si son grandes pueden interferir con la preparación o con la inserción de un aparato protésico.

Histológicamente estas anormalidades se componen de hueso hiperplásico, constituido a su vez por hueso cortical y trabeculado maduro. El crecimiento tiene lugar por osificación endocondral. Las exostosis están compuestas por una corteza compacta y un espacio medular central que comunica con el espacio medular del hueso correspondiente.

Granuloma Central de Células Gigantes:

Es un proceso observado casi de manera exclusiva en las mandíbulas. El tumor típico se presenta como una lesión radiotransparente solitaria en la mandíbula o la maxila.

Puede asumirse que el proceso constituye una reacción reparadora a una hemorragia o inflamación dentro del hueso. Otras autoridades creen que el granuloma central de células gigantes es una anormalidad como el tumor de células gigante de los huesos largos, lesión que se considera una verdadera neoplasia.

El granuloma central de células gigantes es una anormalidad inusual y aparece con menor frecuencia que el granuloma periférico de células gigantes. Este proceso predomina en niños y adultos jóvenes, con 64 a 75 % de los casos antes de los 30 años de edad. Las mujeres son más afectadas con una proporción de 2 a 1.

El granuloma central de células gigantes se presenta casi exclusivo en la maxila y en la mandíbula, aunque se ha comunicado en casos aislados en los huesos de la cara y en huesos pequeños de manos y pies. Las anomalías aparecen más en la mandíbula y menos en la maxila.

Tiende a dañar las mandíbulas por delante de los dientes molares, en ocasiones se extienden y atraviesan la línea media. Raras veces las tumoraciones atacan la parte posterior de las mandíbulas, incluyendo la rama y el cóndilo mandibular. Es típico que genere una expansión o tumefacción dolorosa de la mandíbula afectada, las placas corticales se adelgazan; la perforación con extensión a los tejidos blandos es rara.

Las características radiográficas consisten en una radiotransparencia multilocular del hueso o, con menor frecuencia, unilocular. Los bordes del defecto están relativamente bien delineados y suelen mostrar un margen ondulado; en algunos casos siguen un curso clínico y radiográfico más agresivo.

Histológicamente la lesión consiste en una proliferación de fibroblastos fusiformes en un estroma que contiene una cantidad variable de colágena. Dichas células varían en tamaño según el caso y contienen de unos pocos a varias docenas de núcleos, además se encuentran numerosos focos de sangre extravasada vieja asociada con pigmentos de hemosiderina, estando algunos de ellos fagocitados por macrófagos, asimismo es frecuente encontrar focos de trabeculado de osteoide, o de hueso nuevo, particularmente en la periferia de la lesión.

➤ **Tumores osteogénicos malignos.**

Osteosarcoma:

El sarcoma osteogénico u osteosarcoma es el tumor maligno primario más frecuente del hueso, después del mieloma múltiple de células plasmáticas. Representan cerca del 20% de los sarcomas aunque es relativamente raro en la región facial. (10). Se ha dividido el osteosarcoma en dos formas: una osteoblásticas o esclerosante y una osteolítica. (2)

Los osteosarcomas pueden originarse de anomalías óseas preexistentes, como la enfermedad de Paget, la displasia fibrosa, la osteogénesis imperfecta o la osteomielitis. El osteosarcoma se presenta principalmente en personas jóvenes; es mayor la frecuencia entre los 10-30 años de edad. Los varones son más frecuentes que las mujeres. El sitio predominante de este tumor es el de los huesos largos, en especial en el fémur y en la tibia, aunque puede aparecer en cualquier parte. El dolor y la tumefacción del hueso afectado son los aspectos tempranos de esta neoplasia, con una historia definitiva de traumatismo anterior al desarrollo, o al menos al descubrimiento del tumor.

En la cavidad bucal los casos mandibulares (cuerpo de la mandíbula) son más frecuentes que los del maxilar superior (borde alveolar). Los síntomas más frecuentes son hinchazón del área afectada, que producen muchas veces deformidad facial y dolor, seguido por aflojamiento de los dientes, parestesia, dolor dental, sangrado, obstrucción nasal.

Tumores odontogénicos

Ameloblastoma Plexiforme:

Como se señala en la clasificación, hoy se reconocen cuatro variedades de ameloblastomas: sólido / poliquístico (el más frecuente), uniuístico (propio de personas más jóvenes, menores de 25 años), periférico (en la encía o reborde) y desmoplásico (más frecuente en maxila). Pero todos ellos se tratan de neoplasia localmente agresiva, especialmente la variedad sólida / poliquística. Generalmente si no se indica otra cosa, se trata de ameloblastoma sólido / poliquístico, que debe su nombre a muchas veces presentarse como masa sólida, pero que el epitelio proliferante forma varias cavidades quísticas. Clínicamente se presenta en el 80% de los casos en mandíbula, región del ángulo, cuerpo o rama; entre los 30 y 40 años y un poco más en hombre que mujeres; puede expandir los dos corticales, recubierto de mucosa normal, y consistencia dura.

En la radiografía imagen radiolúcida, uniloculada o multiloculada (imagen en "panal de abeja"), a veces en relación a pieza incluida.

Histológicamente existen varios tipos, el más frecuente el ameloblastoma folicular, con islotes epiteliales entre tejido conjuntivo, estos islotes tienen células similares a los ameloblastos en la periferia y al centro tejido que recuerda el retículo estrellado. Otras variedades son: el plexiforme, con cordones y redes epiteliales que dejan espacios donde se encuentra el estroma conjuntival. La variedad acantomatosa presenta formación de queratina en los islotes epiteliales; la de células granulosas, islotes con células de citoplasma granuloso, eosinófilo que corresponden a lisosomas. Ninguna de estas variedades tiene mayor importancia con respecto al pronóstico.

Carcinoma Ameloblástico:

Por lo regular se hace una distinción entre los términos "ameloblastoma maligno" y "carcinoma ameloblástico". El primero, usado por la mayoría de los investigadores, se ha definido como un ameloblastoma específico con síntomas de un comportamiento maligno verdadero, con base principalmente en la presencia de metástasis, pero en la cual las lesiones metastásicas no han demostrado diferencias histológicas importantes a partir del tumor primario. En otras palabras, el tumor metastásico se asemeja el ameloblastoma primario que no incluye transformación histológica.

Por otro lado el término de carcinoma ameloblástico se ha definido como el tipo de ameloblastoma en el cual ha habido una transformación histológicamente maligna, de tal manera que las lesiones metastásicas no guarden semejanza alguna con el tumor odontógeno primario, sino más bien a un carcinoma diferenciado, por lo general un carcinoma epidermoide.

Tumor odontogénico Adenomatoide:

Es un tumor poco común que se caracteriza por la formación de estructuras parecidas por el componente epitelial de la lesión. No se sabe si representa una neoplasia verdadera, debido a la incierta histogénesis. Mientras algunos los consideran como una neoplasia benigna, otros o han categorizado como una malformación hamartomatosa o como un quiste odontógeno.

Aspectos clínicos: La edad promedio fue de aproximadamente 18 años, con una variación de 53 años. Con mayor incidencia ente la primera y segunda década de la vida, y una predilección marcada por presentarse en mujeres.

El sito de mayo frecuencia es el maxilar superior, la mayoría de las lesiones miden entre 1.5 a 3 cm, aunque hay lesiones mayores de 7 cm. Una gran proporción de estos tumores produjeron hinchazón obvia, aunque por lo general fueron asintomáticas. Muchos de estos tumores están relacionado con dientes no erupcionados y se presentaron como quiste dentífero.

Aspectos radiográficos: revelan una lesión destructiva del maxilar, que puede o no estar bien circunscrita, pero en la mayoría de los casos asemeja a un quiste dentífero. Las lesiones casi invariablemente se presentan como radioluscencia uniloculares, pero pueden tener focos radiopacos mal definidos y hasta densos.

Aspecto histológico: está formado por células epiteliales, que por lo regular presenta un estroma estrecho de tejido conectivo. Existe similitud que presentan la estructuras de la lesión con el órgano del esmalte interno, tal y como se desarrollan a través de la etapa de ameloblasto.

Tratamiento: la mayoría de estos tumores ha sido tratada mediante excisión quirúrgica conservadora y la recurrencia, si es que alguna vez se presenta es sumamente rara

Quiestes Odontógeno y Quiste de inclusión.

Quiste Dentífero (Quiste Folicular):

Es un quiste bastante común, más que el quiste primordial. Se origina después que la corona de un diente se ha formado por completo mediante acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental. Una Explicación alterna o adicional para la patogénesis del quiste dentífero ha sido que se puede originar inicialmente por la proliferación de transformación quística de los islotes del epitelio en la pared de tejido conectivo del folículo dental o incluso fuera del mismo, y este epitelio transformado se une con el epitelio folicular del revestimiento para formar la cavidad quística solitaria alrededor de la corona dental.

El quiste dentífero afecta casi siempre o está asociado a la corona del diente permanente normal. Rara vez se daña de un diente deciduo. El diagnóstico es fácil mediante por medio de solo radiografía, aunque a veces esto no es cierto.

Aspectos clínicos: Este quiste siempre está asociado con la corona de un diente impactado, no erupcionado o incrustado, También se puede encontrar un quiste dentífero encerrado en un odontoma compuesto complejo o afectando a un diente supernumerario. Los sitios más comunes donde se presenta son los terceros molares mandibulares y maxilares y las áreas cuspídeas maxilares, debido a que estos frecuentemente se impactan.

El quiste dentífero es potencialmente capaz de convertirse en una lesión agresiva. La expansión del hueso y la subsecuente asimetría facial, desalojo de los dientes, intensa reabsorción radicular de los dientes adyacentes y el dolor son secuelas posibles provocadas por el continuo agrandamiento del quiste. Un tercer molar mandibular no erupcionado dañado por un quiste puede dar como resultado un ahuecamiento de toda la rama y extenderse hasta el proceso coronoide del cóndilo, así como provocar la expansión de la lamina cortical causada por la presión excesiva de la lesión.

Aspectos radiográficos: El examen radiográfico del maxilar que está afectado por un quiste dentígero revelara un área radiolúcida asociada de alguna manera con una corona dental no erupcionada. La corona dental impactada o no erupcionada puede estar rodeada de modo simétrico por esta radioluscencia, aunque es bastante arbitraria la distinción entre un quiste dentígero pequeño y un folículo o espacio folicular dental agrandado, especialmente cuando ambos son histológicamente idénticos.

El quiste dentígero es una lesión lisa unilocular, pero en ocasiones puede presentarse son una apariencia multilocular. De hecho, los diversos comportamientos han sido unidos por la membrana quística continua. Algunas veces el área radiolúcida está rodeada por una delgada línea esclerótica que presenta una reacción ósea. En casos de que existan quistes dentígero aparentemente múltiples se debe tener cuidado de descartar la posible presencia de un síndrome de queratoquiste.

Aspectos histológicos: No hay aspectos microscópicos característicos que se pueden usar con confianza para distinguir el quiste dentígero de los otros tipos de quistes odontógenos. Por lo regular está compuesto de una pared delgada de tejido conectivo escamoso estratificado que reviste el lumen.

La in filtración de células inflamatorias del tejido conectivo es un dato común, aunque no siempre es obvia su causa. Un dato adicional, es la presencia de cuerpos de Rushton dentro del epitelio de revestimiento. Dichos cuerpos son hialinos, con frecuencia curvos.

Tratamiento: el tratamiento se determina por lo regular según su tamaño. Las lesiones más pequeñas se quitan quirúrgicamente en toda su totalidad con muy poca dificultad. Los quistes más grandes que conllevan una gran pérdida de hueso y lo adelgazan de manera peligrosa, con frecuencia son tratadas mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización. Este procedimiento origina el alivio de la presión y el gradual encogimiento del espacio quístico por aposición periférica de hueso nuevo.

La recurrencia es relativamente poco frecuente, a menos que haya habido fragmentación de revestimiento quístico y que se haya permitido que se quedaran remanentes. Si la lesión es un queratoquiste la probabilidad de recurrencia es mayor.

Complicaciones: hay diversas complicaciones potenciales relativamente graves provenientes del quiste dentígero, además de las posibilidades de recurrencia después de realizar una remoción quirúrgica incompleta. Estas incluyen: 1) desarrollo de un ameloblastoma, 2) desarrollo de un carcinoma epidermoide a partir de las mismas 2 fuentes de epitelio; 3) el desarrollo de carcinoma mucoepidermoide, básicamente un tumor maligno de glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento del quiste dentígero.

Queratoquiste Odontógeno:

El término de "Quiste primordial" se ha usado ampliamente en la literatura como sinónimo del término "Queratoquiste". Por desgracia, esto ha ocasionado mucha confusión, debido a que no todos los quistes primordiales son queratoquistes odontógenos.

Muchos tipos diferentes de quistes muestran queratinización del epitelio de revestimiento, incluyendo los no odontógenos, como los tisulares y los dermoides - epidermoides.

Además, algunos quistes odontógenos presentan queratinización, como el primordial, el dentígero y, en raras ocasiones, el periodontal apical. Los quistes que se caracterizan por 1) una superficie para queratinizada característicamente corrugada, 2) una uniformidad de grosor del epitelio, que por lo regular varía de seis a diez células y 3) una capa basal de células en palizada, que con frecuencia se describe como “lápida”, son conocidos como queratoquistes odontógenos.

Aspectos clínicos: El quiste se presenta a cualquier edad, desde en los muy jóvenes hasta los muy ancianos, aunque es muy raro en los menores de 10 años. El mayor índice está en la 2ª y 3ª décadas de la vida, con una declinación gradual subsecuente. En todas las series hay mayor predilección por presentarse en el sexo masculino con una variación des 1.5:1 con respecto al sexo femenino. La mandíbula es afectada invariablemente con más frecuencia que el maxilar. En la mandíbula, la mayor parte de los quistes se presentan en el área molar de la tercera, seguido por el área del primero y segundos molares, después la parte anterior de la mandíbula. En el maxilar superior el sitio más común es el tercer molar seguida por la región canino.

Con frecuencia ocurren queratoquistes odontógenos múltiples. En ocasiones están asociados con el síndrome de quiste maxilar-nevo de células basales-costilla bífida. Sin embargo, en otras ocasiones dichos quistes son independientes del síndrome.

No hay manifestaciones clínicas características del queratoquiste, aunque aproximadamente el 50% de pacientes tiene síntomas antes de buscar tratamiento. Entre los aspectos más comunes se encuentra el dolor, hinchazón de los tejidos blandos y expansión del hueso, drenaje y diversas manifestaciones neurológicas, como parestesia del labio o de los dientes.

Aspectos radiográficos: la lesión puede parecer como radiolúcida unilocular o multilocular, a menudo con un borde esclerótico delgado que representa hueso activo. Este borde se puede alisar o festonear, pero por lo general está agudamente marcado.

Tratamiento: se debe extirpar quirúrgicamente. Sin embargo, la experiencia clínica ha mostrado que puede ser difícil su completa erradicación, porque la pared del quiste es muy delgada y friable y puede fragmentarse con facilidad. Además, es común que haya perforación del hueso cortical, en particular en las lesiones que afectan de la rama y esto complica la remoción total. Tiene un alto índice de recurrencia hasta el 60%. Los diferentes mecanismos de tratamiento son Marsupialización, enucleación y cierre primario; enucleación y empaquetado abierto.

Quiste Palatino Medio:

El quiste palatino medio surge del epitelio atrapado a lo largo de la línea media de fusión del proceso palatino del maxilar superior.

Aspectos clínicos: Este quiste se localiza en la línea media del paladar duro entre los procesos palatinos laterales. Puede crecer durante un periodo prolongado y producir una tumefacción palatina definitiva que es visible clínicamente. La causa de la proliferación epitelial y la subsecuente formación del quiste se desconocen. Si el quiste no sufre traumatismo ni infecciones secundarias, esta masa cupiliforme no duele a la palpación y está recubierta por mucosa normal, que tal vez tenga un aspecto más brillante de lo normal. Dado el escaso del hueso inferior al quiste, la lámina cortical se perfora rápidamente a medida que éste crece, por tanto la tumefacción es blanda y fluctuante y no puede vaciarse mediante la presión digital, salvo que exista un seno. La aspiración obtiene un líquido de color ambarino.

Aspectos radiográficos: en la radiografía palatina se observa un área radiolúcida bien circunscrita opuesta a la región premolar y molar, con frecuencia bordeada por una capa esclerótica de hueso.

Aspectos histológicos: el revestimiento de dicho quiste habitualmente se compone de epitelio escamoso estratificado que cubre una banda de tejido conectivo fibroso relativamente denso, la cual puede mostrar infiltración crónica de células inflamatorias. Sin embargo, se han publicado casos esporádicos que están revestidos por epitelio columnar ciliar pseudoestratificado o incluso por epitelio escamoso “modificado”.

Tratamiento: Para la mayor parte de los quiste de inclusión, es la extirpación quirúrgica y el raspado completo.

Quiste Globulomaxilar:

Se encuentra del hueso en la unión de la porción globular de la apófisis ascendentes del maxilar superior y la apófisis maxilar, la fisura globulomaxilar, generalmente entre el incisivo lateral maxilar y el canino. Sin embargo, hay pruebas de que el quiste se forma en la sutura ósea entre la premaxila y la maxila, que es la sutura incisiva, de manera que su localización puede ser diferente del reborde y paladar hendido.

Se desconoce la causa de la proliferación del epitelio atrapado a lo largo de la línea de fusión, pero se concluye que desde el punto de vista embriológico, los procesos faciales per se no existen y el ectodermo no queda atrapado en las fisuras faciales del complejo nasomaxilar. Es probable que el quiste tenga origen odontógeno, siendo compatible la apariencia clínica y radiográfica con el quiste periodontal lateral, dentífero o primordial.

Aspectos clínicos: rara vez presenta manifestaciones clínicas. Casi todos los casos registrados se han descubierto de manera accidental durante el examen radiográfico de rutina. Rara vez el quiste se infecta y el paciente puede quejarse de malestar local o dolor en el área.

Aspectos radiográficos: en la radiografía intrabucal aparece de manera características, como un área radiolúcida en forma de pera invertida entre las raíces del incisivo lateral y del canino, causando divergencia de los raíces de los dientes. Debe tenerse cuidado de no confundir esta lesión con un quiste periodontal apical originado por lesión de la pulpa o traumatismo sufrido por los diente adyacentes; los dientes relacionados con el quiste globulomaxilar son vitales, a menos que este se encuentre infectados.

Aspectos Histológicos: está revestido por epitelio escamosos estratificado o epitelio columnar ciliado. El resto de la pared está formado de tejido conectivo fibroso que suele mostrar infiltración de células inflamatorias.

Tratamiento: Este tipo de quiste debe extirparse quirúrgicamente conservado, si es posible, los dientes adyacentes.

Quiste del conducto tirogloso:

Es un quiste del desarrollo poco usual que puede formarse en cualquier sitio a lo largo del conducto tirogloso entre el agujero ciego de la lengua y las glándulas tiroides. Aparentemente se origina de los remanentes de este conducto que se oblitera. La razón de la aparición del quiste, se desconoce, pero puede favorecer por la infección del tejido linfoide en el área de los remanentes del conducto tirogloso al drenarse un absceso de vías respiratorias superiores.

Aspectos clínicos: el quiste del conducto tirogloso suele presentarse en personas jóvenes, pero puede presentarse a cualquier edad. Clínicamente aparece como una masa quística, firme de la línea media, de tamaño variable desde poco milímetros a varios centímetros; pueden estar al lado de la línea media, por lo general la protuberancia se desarrolla lentamente y es asintomática, a menos que esté situada en una parte alta del conducto, cerca de la lengua. En dichos casos puede haber disfagia. El quiste en sí puede estar cerca del extremo superior del conducto, en el piso de la boca o en posición inferior cerca del cartílago tiroideo o cricoide. A veces se formará una fistula que sale del quiste y se abre en la piel o superficie mucosa.

Aspectos histológicos: el quiste del conducto tirogloso puede estar revestido por epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado o por un tipo de transición intermedio, por que se deriva de las células que se originan en el piso faríngeo embrionario. Al aumentar la presión intracística, las células pueden aplanarse. La pared de tejido conectivo del quiste con frecuencia contendrá pequeñas placas de tejidos linfoides, tiroideo, y de las glándulas mucosas.

Tratamiento: el tratamiento del quiste es la extirpación quirúrgica total. Este procedimiento debe ser radical para evitar la recurrencia. Aunque raro, tiene interés el hecho de que se han notificado casos de carcinoma desarrollado a partir de remanentes del conducto tirogloso o por revestimiento epitelial de los quistes de dicho conducto.

Quiste Dermoide:

El quiste Dermoide es un tipo de teratoma quístico derivado principalmente del epitelio germinal embrionario, pero en ocasiones también contiene estructuras de otras capas germinales. Estudios realizados señalaron que el sitio más frecuente es el piso de la boca y las áreas submaxilar y sublingual fueron los sitios comunes de ocurrencia. Se piensa que estos quistes se derivan de la inclusión de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos mandibulares y branquiales del hioides.

Algunas de estas células son blastómeros, por tanto la presencia de estructuras no epiteliales pueden ser conocidas. Aspectos clínicos: Estos quistes dermoides originados en el piso de la boca rara vez son congénitos. Casi siempre ocurre en la adolescencia y no muestra preferencia alguna en los sexos.

La lesión característica produce una convexidad en el piso de la boca, a menudo causa elevación de la lengua y dificulta comer y hablar. Esto es más notable cuando el quiste aparece arriba del músculo geniohioideo, entre éste y la mucosa bucal. Si el quiste está en un sitio más profundo, entre los músculos geniohioideo y milohioideo, la convexidad es más frecuente en el área submental. Asimismo puede surgir por debajo del músculo milohioideo. Las lesiones varían en tamaño, pero en general miden varios centímetros de diámetro. El quiste común al palparse se siente como una “masa”, pero puede ser fluctuante, según el contenido del quiste.

A veces estos quistes se infectan y desarrollan conductos que se abren intrabucalmente o en la piel. Se han descrito como una transformación maligna.

Hay varias lesiones que tienen gran semejanza clínica con el quiste Dermoide: 1) ránula 2) bloqueo unilateral o bilateral de los conductos de Wharton 3) quiste del conducto tirogloso 4) higroma quístico 5) quiste branquial hendido 6) infección aguda o celulitis del piso de la boca 7) infección de las glándulas submaxilar y sublingual.

Aspectos histológicos: Según la complejidad de la lesión varia la apariencia histológica del quiste Dermoide; algunos quistes sólo se componen de unan pared de tejido conectivo revestido por una capa delgada de epitelio escamosos estratificado, que suele queratinizarse. El espacio puede estar lleno de queratina. Es posible que no haya otras estructuras especializadas manifiesta, y para describirlo es mejor emplear el término “quiste epidermoide”. En otros casos pueden encontrarse varias glándulas sebáceas e incluso folículos de cabello, además de glándulas sudoríparas ocasionales.

El espacio contiene material sebáceo y queratina, este es el quiste Dermoide. Por último, algunas lesiones contienen estructuras de naturaleza variada como hueso, músculo y derivados gastrointestinales, equivaliendo a un teratoma complejo.

Tratamiento. El quiste epidermoide o Dermoide debe extirparse quirúrgicamente, por lo general no recurra.

Quiste retención mucosa (Mucocele):

El fenómeno de retención mucosa, que tiene origen traumático, es una lesión que afecta a las glándulas salivales y a sus conductos.

Etiología: El fenómeno de retención mucosa es una lesión común. Muchas autoridades creyeron que esta lesión resultaba de la obstrucción de un conducto de la glándula salival menor y accesoria. Pero investigaciones demostró que el corte del conducto salival provocaba acumulación de saliva en los tejidos, donde se desarrolla una cavidad bien delimitada. El corte traumático del conducto salival, como el producido al morder los labios o el carrillo, o al pinchar el labio con las pinzas de extracción, precede al desarrollo del fenómeno de retención. Además la obstrucción parcial podría resultar de un pequeño cálculo intraductal o incluso de una contracción de las cicatrices de tejido conectivo que se están desarrollando alrededor de un conducto después de una lesión traumática.

Aspectos clínicos: El fenómeno de retención que afecta a las estructuras de la glándula salival accesoria se presenta con más frecuencia en el labio inferior, pero también en el paladar, en el carrillo, en la lengua y el piso de la boca. No hay predicción por algún grupo de edad, y las lesiones se dividieron igualmente en todos los decenios de la vida, desde las lesiones presentes en el nacimiento hasta el noveno decenio. Hay una distribución igual en su frecuencia entre hombres y mujeres.

Clínicamente la lesión puede estar situada profundamente en el tejido, o ser superficial y, dependiendo de la localización, presentara un aspecto clínico variable. La lesión superficial aparece como una vesícula circunscrita elevada, de varios milímetros hasta un centímetro o más de diámetro, con un tinte translúcido de color azulado. La lesión más profunda se manifiesta también como un abultamiento, pero debido al grosor del tejido que lo cubre, el color y el aspecto de la superficie son los de la mucosa normal.

El fenómeno de retención mucosa a menudo surge en pocos días, alcanza un cierto tamaño y puede persistir por meses. Si se libera el contenido quístico, por lo general se encuentra que consiste de material mucinoso espeso. Algunas lesiones regresan y se agrandan periódicamente y pueden desaparecer, sin embargo casi siempre vuelve a recurrir.

Aspectos Histológicos: casi todos los mucocelos, que son de tipo de extravasación, consisten de una cavidad circunscrita en el tejido conectivo y la submucosa, que producen una elevación obvia de la mucosa con adelgazamiento del epitelio como si estuviera retirado. Su pared está formada por un revestimiento de tejido fibroso conectivo comprimido y de fibroblastos; pero en cualquier caso por lo regular muestra infiltración de abundantes leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y células linfáticas.

Tratamiento: el tratamiento de la relación mucosa es la escisión. Si la lesión se incide, su contenido se evacua, pero se llena de nuevo rápidamente tan pronto como cicatriza la incisión. A veces hay recurrencia después de la incisión, pero esta posibilidad es menos probable si también se eliminan los acinos de las glándulas salivales asociadas.

Quiste hemorrágico (Quiste óseo traumático):

Es una lesión poco común que se presenta en mucha frecuencia en los maxilares y en otros huesos del esqueleto. El término “quiste” está mal empleado, debido a que estas cavidades intraóseas no están revestidas de epitelio.

Etiología: No se conoce bien; pero se han propuestos muchas teorías y al menos una de ellas se ha aceptado ampliamente. Una de las teorías mas aceptadas es acerca del origen a partir de una hemorragia intramedular que se presenta después de una lesión traumática. De acuerdo a la teoría traumática, se sugiere que después de la lesión en una zona del hueso esponjoso, que contiene medula hematopoyética encerrada por una capa de hueso cortical denso, existe una falla de la organización del coágulo sanguíneo y, por alguna razón inexplicable, la subsecuente degeneración del coágulo que finalmente produce una cavidad vacía dentro del hueso.

Aspectos clínicos: se presenta en mayor frecuencia en las personas jóvenes; la edad promedio de 18 años y se presentaron en el segundo decenio de la vida. El sexo masculino está afectado con más frecuencia, tal vez porque está más expuesto a lesiones traumáticas que las mujeres, la relación es 3:2. Aunque se ha establecido que la porción posterior de la mandíbula está afectada con mayor frecuencia que la anterior. Se sabe que el maxilar superior desarrolla el quiste hemorrágico pero en ocasiones extremadamente raras. Con frecuencia se descubre durante el examen radiográfico de rutina del paciente, el síntoma más común es la expansión; en la mayor parte de los casos, las pulpas de los dientes que se encontraban en el área afectada estaban vivas.

Cuando la cavidad se abre quirúrgicamente, se encuentra que contiene una pequeña cantidad de liquido color paja; partículas de coagulo sanguíneo necrosado, fragmentos de tejido conectivo fibroso.

Aspectos radiográficos: revela una zona radiolúcida, suavemente delineada, de tamaño variable, a veces con un borde esclerótico o delgado, que depende de la duración de la lesión. Algunos quistes pueden medir solo centímetros, mientras que otros son tan grandes que pueden afectar la mayor parte del área molar del cuerpo de la mandíbula, así como la parte de la rama.

Aspecto histológico: puede revelar una membrana de tejido conectivo delgado que reviste la cavidad, sin ningún otro tipo de dato de importancia.

Tratamiento: Se abre la cavidad, se curetean las paredes y se provoca de nuevo el sangrado dentro de la lesión. Si la cavidad se cierra, en la mayor parte de los casos la cicatrización y el llenado del espacio por el hueso se presenta en 6 a 12 meses.

Rara vez es necesario un segundo procedimiento quirúrgico. Si el espacio es grande, se han usado injertos óseos para rellenar el espacio con buenos resultados.

Diseño metodológico

Área de estudio: Hospital Roberto Calderón, situado en el distrito 5 de la Ciudad de Managua. Es un Hospital estatal de referencia nacional. Entre los servicios que brinda el Hospital están los de cirugía Maxilo-facial y un departamento de patología para el diagnóstico histopatológico de las lesiones.

Tipo de estudio: Descriptivo, de Corte Transversal.

Universo: paciente atendido en el servicio de Maxilo-facial del hospital Roberto calderón el periodo del 1 enero 2007 al 31 de diciembre 2011.

Muestra: por conveniencia la muestra es la misma que el universo.

Técnica de muestreo: es por conveniencia y se incluyen todo el universo.

Unidad de Análisis: El expediente clínico de los pacientes que comprenden el estudio.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes atendidos en el Hospital Roberto Calderón, con diagnóstico de tumores en la cavidad bucal y glándulas salivales, cuyos expedientes tuviesen información completa.
- Pacientes a los que se les haya realizado biopsia quirúrgica y tengan diagnóstico histopatológico.
- Pacientes atendidos en el período de 1 Enero del 2007 al 31 de Diciembre del 2011.

Criterios de exclusión:

- Todos los pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.
- Pacientes que no hayan cumplido completamente tratamiento o dejaron de asistir a sus citas para finalizar tratamiento

Procedimientos:

Se redactó una carta dirigida al Subdirector del Hospital Roberto Calderón (Dr. Segundo Tercero) solicitando permiso para acceder a los archivos del Hospital y explicarle los objetivos del estudio.

Previo a la recolección de datos, se validó el instrumento de recolección de la información, junto con el tutor; la ficha de recolección se observa en anexos.

Se realizaron 7 visitas al área de archivo del Hospital, de las cuales la primera fue para seleccionar los expedientes del Enero del 2007 al 31 de Diciembre del 2011 que reunían los criterios de inclusión.

Las 6 citas restantes fueron para recolectar la información, revisando cada expediente y anotando la información requerida en la ficha recolectora de datos. Una vez concluida la recolección de la información, se elaboró una base de datos en el programa SPSS (Versión 13), posteriormente se realizó el análisis de los resultados, los cuales se presentan en cuadros de frecuencia absoluta y relativa, para su mejor comprensión y explicación.

Obtención de la información:

1. Fuente: El expediente clínico
2. Mecanismo de obtención: Revisión de expediente clínico
3. Instrumento
 - Ficha elaborada para tal fin (ver Anexo).
 - Lapiceros.
 - Expedientes.
 - Computadora.
 - Papelería.

Plan de análisis:

1. Relación entre rango de edad y sexo.
2. Entrecruzamiento de tumor según Diagnostico Histopatológico y factores asociados.
3. Relación entre Diagnostico Histopatológico y comportamiento clínico.
4. Relación entre Diagnostico Histopatológico y el sexo.
5. Comportamiento clínico con el manejo Diagnostico.
6. Manejo terapéutico según tipo de tumor.

Operacionalización de variables.

1. Para mi primer objetivo de factores asociados la Operacionalización de las variables es la siguiente.

Variab les	concepto	Indicadores	Valor
Edad	La edad de una persona es la duración de su existencia.	Edad cumplida en años al momento de realizarse la biopsia, registrada en el expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • 9 - 20 Años • 21 - 30 Años • 31 - 40 Años • 41 – 50 Años • 51 - 60 Años • 61 – 70 Años • Más de 71 Años
Sexo	Carácter distintivo, categoría en que se sitúa un individuo.	El sexo anotado en expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Hábitos	Es el comportamiento repetido de una persona regularmente que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido. Malos hábitos equivale a vicios. Buenos hábitos equivale a virtudes.	Historia clínica paciente con: Alcohol Fumar Mascar tabaco Mala Higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo • Negativo • Deficiente
Antecedentes Familiares (tumores o cáncer)	Los miembros de una familia tienen en común genes, comportamientos, estilos de vida y ambientes que juntos pueden influenciar su salud y su riesgo de enfermedades crónicas o tumorales.	Historia clínica familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo • Negativo

2. Para mi segundo objetivo la Operacionalización de mi variable es la siguiente:

Variab les	concepto	Indicadores	Valor
Tipos tumores Histopatologicos	Nombre específico de la lesión según diagnóstico histopatológico descrito en literatura.	Lectura histopatológica	<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia y porcentaje

3. Para mi tercer objetivo de comportamiento clínico la Operacionalización de variable es:

Variables	Concepto	Indicadores	Valor
Benigno	<p>El que carece de las propiedades de invasión y de metástasis; suele estar rodeado por una cápsula fibrosa, sus células manifiestan además menor grado de anaplasia que las de los tumores Malignos, aunque con algunas excepciones, la mayor parte de los tumores Benignos crecen lenta y uniformemente, pueden entrar en periodos en los que no crecen e incluso pueden llegar a dejar de crecer por factores hormonales, compresión del riego sanguíneo y por factores no determinados.</p>	Lectura Histopatológica	<ul style="list-style-type: none"> • Características clínica
Maligno	<p>El que tiene las propiedades de invasión y de metástasis en un grado mayor de anaplasia; implica que la lesión puede invadir y destruir estructuras adyacentes, propagarse a sitios distantes (Metástasis) y causar la muerte. Las células de estos tumores presentan un amplio margen de diferenciación, desde bien diferenciadas a completamente indiferenciadas; en general cuanto más anaplásico sea el cáncer, tanto más será la mitosis y por lo tanto más rápido será el crecimiento.</p>	Lectura Histopatológica.	<ul style="list-style-type: none"> • Característica Clínica

4. Para mi cuarto objetivo identificación del abordaje Diagnóstico la Operacionalización de la variable es:

Variables	Concepto	Indicadores	Valor
BAAF	La biopsia por punción-aspiración se realiza con una aguja calibre 22 con bisel corto y jeringa de 10-20 ml. Confía en la interpretación citológica por un patólogo experimentado ya que requiere mucha experiencia con este tipo de exámenes, pues la muestra es pequeña y puede ser una zona indemostrativa	Reporte Histopatológico en expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
Biopsia Incisional	Extirpación de una sección pequeña de una lesión, esto es útil cuando se trata de lesiones de gran tamaño, cuya extirpación deja gran defecto.	Reporte Histopatológico en el expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
Radiografía	Una radiografía es una imagen registrada en una placa o película fotográfica, o de forma digital (Radiología digital directa o indirecta) en una base de datos. La imagen se obtiene al exponer al receptor de imagen radiográfica a una fuente de [radiación] de alta energía, comúnmente rayos X o radiación gamma procedente de isótopos radiactivos. Al interponer un objeto entre la fuente de radiación y el receptor, las partes más densas aparecen con diferentes tonos dentro de una escala de grises, en función inversa a la densidad del objeto. Por ejemplo, si la radiación incide directamente sobre el receptor, se registra un tono negro.	Indicación y Lectura radiográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
TAC	La tomografía axial computarizada (TAC), o tomografía computarizada (TC), también denominada escáner, es una técnica de imagen médica que utiliza radiación X para obtener cortes o secciones de objetos anatómicos con fines diagnósticos.	Indicación y Lectura tomografico.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente

Ultrasonido	La máquina de ultrasonido crea imágenes que permiten examinar varios órganos en el cuerpo. Esta máquina envía ondas sonoras de alta frecuencia que hacen eco en las estructuras corporales y un computador recibe dichas ondas reflejadas y las utiliza para crear una imagen. A diferencia de los Rayos X, en este examen no se presenta ninguna exposición a la radiación ionizante. Al igual que cualquier onda, el ultrasonido sufre el fenómeno de atenuación dentro de las diferentes estructuras del cuerpo, como regla general a mayor frecuencia se logra menor penetración y a la inversa, a menor frecuencia podemos lograr mayor penetración.	Indicación y Lectura ultrasonografico	<ul style="list-style-type: none">• Presente• Ausente
-------------	---	---------------------------------------	--

5. Para mi quinto objetivo Identificación del abordaje terapéutico la Operacionalización de la variable es:

Variables	Concepto	Indicadores	Valor
Cirugía	Especialidad médica o rama de la medicina cuyo fin es curar las enfermedades o malformaciones mediante intervenciones quirúrgicas	Hoja de quirófano	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Presente
Quimioterapia	Es el uso de medicamentos para destruir bacterias, virus, hongos y células cancerosas. El término se refiere más frecuentemente a los medicamentos para combatir el cáncer La función de la quimioterapia es impedir, en las enfermedades neoplásicas, la reproducción de las células cancerosas . Para esto provoca una alteración celular a través de la síntesis de proteínas o de ácidos nucleicos, o mediante la propia división celular.	Indicación de la misma	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo • Negativo
Radioterapia	La Radioterapia es un tipo de tratamiento oncológico que utiliza las radiaciones para eliminar las células tumorales, (generalmente cancerígenas), en la parte del organismo donde se apliquen (tratamiento local). La radioterapia actúa sobre el tumor, destruyendo las células malignas y así impide que crezcan y se reproduzcan. Esta acción también puede ejercerse sobre los tejidos normales; sin embargo, los tejidos tumorales son más sensibles a la radiación y no pueden reparar el daño producido de forma tan eficiente como lo hace el tejido normal, de manera que son destruidos bloqueando el ciclo celular	Indicación de la misma	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo • Negativo

Resultados

1) Para mi primer objetivo sobre factores asociados según edad y sexo; de pacientes con tumores en cavidad bucal y glándulas salivales. De acuerdo a los resultados obtenidos se observó que hay una distribución por sexo de un 50% que equivale a 66 pacientes para ambos. Donde el rango de edades con mayor porcentaje de afección fue 0-20 años con un 25% con 33 casos reportados; seguido de 21-30 años con un 20% con 26 casos reportados.

Con respecto al rango de edades más frecuente del sexo femenino se observó que las edades 21-30 y 41-50 con un 20% de 13 casos reportados para ambos. Mientras que en el sexo masculinos se observó que el rango de edades más afectados fue de 0-20 con un 32% de 21 casos reportados. **Ver tabla 1.1**

Con respecto sobre factores asociados acerca del riesgo relativo de padecer de algún tipo de tumor con el consumo de alcohol, tabaco, déficit de higiene oral, mascar tabaco y antecedentes tumorales familiares, se observó lo siguiente. Que para los tumores benignos en caso del Adenoma Pleomorfo como patología más frecuente tanto el consumo de alcohol (0.75), fumar (0.30), déficit de higiene oral (0.75), mascar tabaco (0.66), APF (0,52) no era un riesgo relativo como para presidir de esta lesión comparadas a otras patologías. Igualmente para el quiste dentígero donde el consumo de alcohol (0.62), fumar (0.55), déficit de higiene oral (0.72) el riesgo de padecer esta patología es bajo comparado con otras patologías, mientras que mascar tabaco (0), y APF (0) es totalmente nulo como factor asociado o predisponente para padecer de estas lesiones. Con un intervalo de confianza del 95%. **Ver tabla 1.2**

En cambio en los tumores malignos donde el más frecuente fue carcinoma epidermoide los factores asociados toman un rol más importante donde el riesgo relativo es elevado como el consumo de alcohol (3.9) fumar (3.54), déficit de higiene oral (1.96), mascar tabaco (2.2), son factores que predisponen a este tipo de cáncer. Mientras que APF aun siendo elevado no es factor asociado o predisponente comparados con otras patologías. Mientras Carcinoma Mucoepidermoide el riesgo relativo con respecto a los factores asociado fue elevado donde el alcohol (1.48), fumar (2.0) déficit de higiene oral (2.04), mascar tabaco (2.9) son factores que predisponentes a tener este tipo de patología comparado con otras. Además se observo que el riesgo relativo en el osteosarcoma relaciona con déficit de higiene oral era elevado mayor a 1.5, de 2.5 donde uno de sus factores etiológico es la osteomielitis, el cual puede ser causada por un proceso infeccioso de cavidad bucal. Con un intervalo de confianza del 95% para estas 3 lesiones malignas. **Ver tabla 1.3**

2) Para mi segundo objetivo sobre la clasificación Histopatológica de los tipos de tumores en cavidad bucal y glándulas salivales de 132 casos reportados. El tipo de tumor más frecuente fue Adenoma Pleomorfo con 16,67% de 22 casos reportados, seguido del Quiste Dentígero con 9,25% de 13 casos reportados y el Carcinoma Epidermoide con 6.82% de 9 casos reportados. **Ver tabla 2.1**

3) Para mi tercer objetivo sobre el comportamiento clínico de los tipos tumores de tumores en cavidad bucal y glándulas salivales, según su Histopatología y entrecruzamiento de variable con el sexo. Se pudo observar que la distribución de los tumores de la cavidad bucal y glándulas salivales según su clasificación (Benigna, Maligno). Para los benignos fue de un 74.5% de 98 casos reportados y para los malignos fue de un 25.5% de 34 casos reportados. **Ver tabla 3.1**

Teniendo en cuenta que el tumor benigno más frecuente fue el Adenoma Pleomorfo con un 22.45% de 22 casos, seguido del Quiste dentígero con 13.27% de 13 casos reportados y el Ameloblastoma para un 8.16% de 9 casos reportados.

En los tumores malignos se observó que el más frecuente fue el Carcinoma Epidermoide con 26.27% de 9 casos reportados, seguido del Carcinoma Mucoepidermoide con 17,65% de 6 casos reportados y el Osteosarcoma con 11.76% de 4 casos reportados. **Ver tabla 3.1**

Con respecto a su Histopatología relacionado con el sexo; el tumor de mayor frecuencia en el sexo femenino fue el Adenoma Pleomorfo con 24.4% de 16 casos; seguido del Quiste Dentígero con un 12.12% de 8 casos reportados. Mientras que en el sexo masculino la patología más frecuente fue Carcinoma Epidermoide con 10.61% de 7 casos, seguido del Adenoma Pleomorfo con 9,09% de 6 casos reportados. **Ver tabla 3.1**

4) Para el Objetivo sobre identificación del tipo de abordaje diagnóstico, de los tumores en cavidad bucal y glándulas salivales. De acuerdo a los resultados obtenidos; se determinó que para los tumores benignos siendo el Adenoma Pleomorfo el más frecuente su abordaje fue adecuado, donde tuvo al menos 2 pruebas complementarias como es la BAAF 22 (100%) de casos 22 reportados y ultrasonidos 17 (77.3%) de 22 casos reportados; seguido del quiste dentígero con 13 casos reportados donde al menos tuvo 2 pruebas complementarias diagnósticas, como es la radiografía 12 (92.3%) de 13 casos y la BAAF 9 (70%). **Ver tabla 4.1**

Mientras que en los tumores malignos se obtuvo que se enviaban más pruebas diagnósticas complementarias; al menos 3 de ellas. Donde su manejo fue adecuado, siendo el carcinoma epidermoide el tumor más frecuente con 9 casos y se obtuvo que se realizaron 9 biopsias incisionales (100%), así como 9 radiografías (100%) y 9 ultrasonidos (100%) de los 9 casos, además de 5 TAC (56%) de los 9 casos. Seguido del carcinoma mucoepidermoide donde se reportaron 6 casos de los cuales, se realizaron 6 BAAF (100%), 6 ultrasonidos (100%), 5 radiografías (84%), además de 3 TAC (50%). **Ver tabla 4.2**

5) Para mi quinto objetivo sobre identificación del abordaje terapéutico de los tumores de cavidad bucal y glándulas salivales. Se determino que para los 98 casos de tumores benignos el 100% se realizo cirugía, previo a un buen diagnostico.

Mientras que los 34 casos de tumores de origen maligno se determino que se realizaron 32 cirugías (94%), 20 quimioterapias (59%), 13 radioterapia (38%) donde el abordaje varía según el estadio del tumor y la recidiva de este después del acto quirúrgico. **Ver tabla 5.1 y 5.2**

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En este estudio, se pudo apreciar al revisar los archivos, que un periodo de 5 años se diagnosticaron un total de 150 casos con tumores en cavidad bucal y glándulas salivales. De los cuales 132 expedientes cumplían con los requisitos necesarios para llevar a cabo mi estudio. La cantidad de tumores encontrados es poco, debido a que estas lesiones no es frecuente encontrarlos en comparación con otras patologías de la cavidad bucal como son las caries dentales, sinusitis, trastornos temporomandibulares, abscesos; etc. Es importante recordar y recomendar que toda lesión encontrada en cavidad bucal y glándulas salivales sea estudiada bien antes de un procedimiento quirúrgico, ya que eso nos llevara a un a un adecuado manejo y planificación pre-quirúrgica; para prevenir cualquier complicación en el futuro y todo esto debe ir acompañado de pruebas complementarias o de diagnostico.

La frecuencia porcentual de las lesiones según su clasificación fue de un 74.25% para las lesiones benignas con 98 casos reportados y 25.5% para las lesiones malignas con 34 casos reportados, esto es completamente similar con lo que reportan citan distintas bibliografías como Raspall, Marx, Enzinger and Weiss, Cawson, Shafer y Reguezi, además de otros artículos y autores, que dan una distribución porcentual de un 75% para las lesiones benignas y un 25% a las malignas, otros difieren en que se presentan en 80% para las lesiones benignas y un 20% para lesiones malignas, las variaciones que hay es por las series de estudio que tiene cada autor. Lo importante es remarcar que no existe una diferencia entre lo encontrado en Hospital de estudio y lo reportado internacionalmente, además de estudios similares dentro del país. Es por ende que debemos buscar un manejo adecuado para ambos casos.

Se encontró que el rango de edades más afectados fue el de 0-20 con el 25% con 33 casos reportados, seguido por los 21-30 años con el 20% con 26 casos reportados, para un 45% con un total de 59 casos reportados, el cual nos demuestra que las primeras décadas de la vida es donde más se presenta los tumores ; similar a lo que dice las literaturas donde los segunda y tercera década de la vida se encuentra la mayoría de lesiones especialmente las de origen benigno.

Mientras que el rango de edades más afectadas en el sexo femenino fue las edades entre 21-30 y 41-50 años, ambos con 13 casos reportados para un 20% cada uno; de 66 casos reportados para el sexo femenino; mientras que el sexo masculino el rango de edades que mas predomino fue el de 0-21 años con 21 casos reportados para un 32% de 66 casos reportados en el sexo masculino.

Acerca de los factores asociados como el alcohol, fumar, mascar tabaco, déficit de higiene oral y antecedentes tumorales familiares, se determino que para tumores benigno como el adenoma pleomorfo, quiste dentígero y ameloblastoma; el riesgo relativo basado con la presencia de estos factores era bajo menor a 1, donde nos determina que no son factores predisponente para padecer de estas patologías como en otro tipos de tumores, por lo cual la aparición de esto está asociado a otro tipos de factores como es morfología de la persona o el desarrollo del mismo. Lo que comparado con las literaturas es correcto donde la mayor parte de las lesiones benignas tienen un origen embrionario, traumático, o del desarrollo.

Mientras que con los tumores malignos como el carcinoma epidermoide y carcinoma mucoepidermoide relacionados con factores asociados, se determino que son predisponentes a padecer estos tipos de tumores; ya sea con un factor especialmente el fumar o la asociación de esté con otros, como es el consumo de alcohol y el déficit de higiene oral donde el riesgo relativo es mayor de 1.5 ; siendo para el carcinoma epidermoide, el 3.9 en el consumo de alcohol, 3.54 fumar, 1.96 mala higiene oral y aunque en nuestro país son pocas las personas que mascan tabaco si aumenta el riesgo en 2.2 el cual nos determina que todos estos factores son predisponentes a padecer de alguna de estas patologías. Revisando las literaturas.

Se atribuye muchos de estos factores como etologías especialmente el consumo de tabaco donde casi un 74% de los pacientes eran fumadores, al igual que el alcohol donde el 60% consumía diario siendo estos factores predisponentes. Otras literaturas hablan como una de las etologías del osteosarcoma es la osteomielitis; se sabe que los procesos infecciosos de la cavidad bucal ya sea en la mandíbula o maxila nos puede llevar a una osteomielitis y esto se debe a la falta de higiene oral y en el estudio se observó que el riesgo relativo basado en el déficit de higiene oral fue de 2.5 en las personas con osteosarcoma.

El adenoma Pleomorfo generalmente es una lesión benigna, que ocasionalmente puede llegar a ser maligna, en el 2 al 5% de los adenomas pleomorfos. Esta patología se presentó como la más frecuente en general de este trabajo investigativo con 17.67% con 22 casos reportados, al igual que como lesión benigna más frecuente con un 22.45% y el sexo femenino donde se reportaron 16 casos comparado con el sexo masculino donde se reportaron 6 casos con una relación 2.6:1. Que comparado en la literatura se presenta casi de igual forma con una proporción de 2:1 con respecto al sexo femenino-masculino. Siendo el tumor más frecuente de glándulas salivales mayores y menores benignas.

Mientras el Carcinoma epidermoide se presentó como la tercera entidad patológica con un 6.82% con 9 casos reportados; pero dentro de los tumores malignos como la patología más frecuente con 26.47%, donde el sexo masculino fue el más afectado con 7 casos reportados. Al igual que reporta la literatura el sexo masculino es el más afectado con una proporción de 10:1. En este estudio la proporción fue de 7:2, si bien son pocos casos con los que se cuentan, en este estudio la tendencia es que el sexo masculino es quien mayor la padece; ya sea por sus hábitos o factores asociados. Y se correlaciona con lo que dice la literatura que es uno de los tumores malignos más frecuentes dentro de la cavidad oral donde es el 90% y el 5% de los tumores malignos del organismo.

Mientras que el abordaje diagnóstico se constató que para las lesiones benignas, se envía una o más prueba complementaria, en casos de los tumores más frecuente como el adenoma pleomorfo se enviaba al menos 2 pruebas diagnósticas de los 22 casos se realizaron 22 BAAF (100%) y 17 ultrasonidos (77.3%). El cual literatura habla que para los tumores de glándulas salivales la BAAF tiene una sensibilidad del 98% y especificidad del 95%, debe ir acompañada siempre de otra prueba diagnóstica como es el ultrasonido y si es posible la TAC y resonancia magnética. Mientras que en el quiste dentígero se enviaban al menos 2 pruebas diagnósticas de los 13 casos donde lo principal es la radiografías y se realizaron 12 (92.3%) y 9 BAAF (70%). Donde la literatura reporta que para toda lesión quística debe realizar radiografías y algún tipo de biopsia.

Con los tumores malignos antes de cualquier procedimiento invasivo se debe estudiarse bien, el cual incluye una serie de exámenes complementarios y pruebas diagnósticas. En el cual el carcinoma epidermoide de los 9 casos reportados se realizaron 9 biopsias incisional (100%), así como 9 radiografías (100%) y 9 ultrasonidos (100%), además de 5 TAC (56%) de los 9 casos. Por lo cual podemos constatar que el manejo fue adecuado. Mientras que el carcinoma mucoepidermoide donde se reportaron 6 casos de los cuales, se realizaron 6 BAAF (100%), 6 ultrasonidos (100%), 5 radiografías (84%), además de 3 TAC (50%). el manejo diagnóstico fue adecuado. Con respecto a los que se reporta en las guías y estudios bibliográficos, para toda lesión maligna se debe estudiar bien el tumor tanto su extensión como así su posible metástasis, para obtener así una buena Estadificación del tumor y ver la conducta terapéutica a seguir.

El manejo terapéutico para las lesiones benignas fue quirúrgico en un 100% de los 98 caso el cual ninguna requirió de quimioterapia o radioterapia. Por lo cual la literatura reporta que los casos benignos deben realizar cirugías conservadores siempre que se ha tenido un diagnóstico certero.

A menos que nos encontremos con una entidad benigna con un curso agresivo como es el ameloblastoma donde se reportaron 8 casos para un 8.16% el cual la cirugía tiende a ser mas invasiva con defectos estéticos y funcionales para el paciente.

Para los tumores de origen malignos 34 casos se determino que se realizaron 32 cirugías (94%), 20 quimioterapias (59%), 13 radioterapia (38%) donde el abordaje varía según el estadio del tumor y la recidiva de este después del acto quirúrgico.

CONCLUSIONES

1. Las lesiones benignas representan el 74.25% de los datos obtenidos y las malignas el 25.5%. El diagnóstico más frecuente de las lesiones benignas fue el Adenoma Pleomorfo con el 22.5% y en las lesiones malignas el diagnóstico más significativo fue el carcinoma epidermoide con un 26.47%.
2. Tanto para el sexo femenino como masculinos tuvieron el 50% de casos reportados con tumores en cavidad bucal y glándulas salivales.
3. Dentro de los factores asociados como riesgo relativo para los tumores benignos en caso del Adenoma Pleomorfo como patología más frecuente tanto el consumo de alcohol (0.75), fumar (0.30), déficit de higiene oral (0.75), mascar tabaco (0.66), APF (0,52) no eran un riesgo relativo como para presidir de esta lesión comparadas a otras patologías; con Intervalo de confianza del 95%
4. En los factores asociados como riesgo relativo para los tumores malignos en caso del Carcinoma Epidermoide los factores asociados toman un rol más importante donde el riesgo relativo es elevado como el consumo de alcohol (3.9) fumar (3.54), déficit de higiene oral (1.96), mascar tabaco (2.2), son factores que predisponen a este tipo de cáncer. Mientras que APF aun siendo elevado no es factor asociado o predisponente comparados con otras patologías; con un intervalo de confianza del 95%.
5. Para el manejo Diagnóstico de las lesiones tumorales benignas el manejo fue adecuado antes de su intervención quirúrgica. Al igual que para los tumores malignos.

RECOMENDACIONES.

1. Indicar el estudio Histopatológico a través de algún tipo de biopsia para toda lesión que exista en la cavidad bucal, especialmente en pacientes mayores de 40 años.
2. Para toda lesión Benigna se debe realizar al menos 2 pruebas complementaria para llegar a un Diagnostico presuntivo, el cual no lleve a un buen manejo pre quirúrgico.
3. Para toda lesión maligna se debe realizar al menos 3 pruebas complementarias para llegar a un Diagnóstico presuntivo, así determinar la extensión de la lesión; si esta es única. Antes de un procedimiento invasivo.
4. Una vez obtenido un diagnostico histopatológico de cada tumor, se debería tener una base de datos en archivos que las agrupe por nomenclatura.
5. Promover campañas de educación a la población para detección temprana de lesiones tumorales en la cavidad bucal y glándulas salivales y así poder realizar un diagnostico oportuno.

BIBLIOGRAFIA.

1. Shafer William G. Maynard K. Levy Barnett M. Tratado de Patología Bucal. Cuarta edición, Editorial Interamericana México DF. 1986.
2. Murphy Gerald. Cancer Manual. Eighth edition. American Cancer Society. Massachusetts Division.
3. Guillermo Raspall. Tumores de cara cabeza, boca y cuello. Atlas clínico. Segunda Edición. 2000.
4. Gary L. Ellies, D.D.S, Paul L Auclair, D.M.D, M.S. Atlas of tumor pathology, Tumors of salivary glands, Third series, Fascicle 17. Published by the Armed Forces Institute of Pathology.
5. Sharon W. Weiss, M.D.; John R. Goldblom, M.D. Enzinger and Weiss's. Soft Tissue Tumors. Fourth edition. Ed. Tor Marc Strauss. 2001.
6. Dr. Jesús Ga. Ruiz. Patología tumoral de las glándulas salivares, Tema 80.1, <http://www.otorrinoweb.com>, 2001-2006.
7. Regezi Joseph. A., Sciubba James J., Patología Bucal; Correlaciones Clinicopatológicas. Tercera Edición; editora McGraw – Hill Interamericana.
8. Sapp J. Philip, DDS, MS; Eversole Lewis R., DDS, MSD, MA; Wysocki George P., DDS, PHD. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea 2ª Edición. Elsevier España, S.A. 2005.

9. R.A. Cawson; E.W. Odell. Cowson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. Seventh edition. 2002.
10. Carrillo JF, Vázquez R., Ramírez-Ortega MC. Multivariate prediction of the probability of recurrence in patients with carcinoma of the parotid gland. [Http://: www. Pubmed. com.](http://www.Pubmed.com) 2004.
11. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of intra-oral minor salivary tumors: a study of 380 cases from northern California and comparison to reports from other parts of the world. [http://: www. Pubmed. com.](http://www.Pubmed.com) 2005.
12. González Rocha José Abraham. Frecuencia de lesiones Benignas y Malignas en la cavidad Oral en pacientes diagnosticados por biopsias en el Hospital César Amador Molina de Matagalpa, en el periodo del primero de Enero de 1999 al 31 de Julio del 2001. Monografía UNAN – LEON 2002.
13. Steman Diccionario de Ciencias Médicas, 25ª. Edición, Editorial Médica Panamericana S.A. Enero 1993.
14. Dorland Diccionario Médico, 26ª. Edición, Editorial McGraw – Hill Interamericana.
15. Laskin M. Daniel Cirugía Maxilo- Facial. 1ra Edición. Editorial Médica Panamericana Buenos Aires, Argentina 1988.
16. MacSween Roderick, Whaley Keith Patología de MUIR 13ª. Edición. Editorial Interamericana McGraw Hill. 1995.

17. Jatin P. Shah, MD. MS. FACS. Cirugía y oncología de cabeza y cuello. Tercera Edición en español. Elsevier España, S.A. 2004.
18. Palacio Tapia Verónica del Carmen. Frecuencia de Carcinoma Epidermoide de la Cavidad Oral y estructuras anexas en los pacientes atendidos en el departamento de cirugía oral y maxilo facial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Monografía UNAN-LEÓN. 1999.
19. Guillermo Montenegro Reyes. Manejo de los tumores Malignos de los Maxilares en el Hospital Manolo Morales. Monografía UNAN- LEON 1991.
20. Cotran Kumar Robbins, Patología Estructural y Funcional 4ª Edición Editorial Interamericana McGraw Hill. 1990

Amekus

Ficha de recolección de datos.

Nº de expediente:

Nombre:		Sexo:	Edad
Hábitos: Alcohol	<input type="checkbox"/>	Fumar	<input type="checkbox"/>
		Mascar tabaco	<input type="checkbox"/>
Higiene oral deficiente <input type="checkbox"/>			

Diagnostico Histopatológico y comportamiento clínico:

TUMORES BENIGNOS

TUMORES MALIGNOS:

Abordaje Diagnóstico:

BAAF **Biopsia Incisional** **Radiografías**
TAC **Ultrasonidos**

Abordaje Terapéutico:

Cirugía **Quimioterapia** **Radioterapia**

TABLA 1.1

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
0-20	12	18	21	32***	33	25
21-30	13	20***	13	20	26	20
31-40	9	14	7	11	16	12
41-50	13	20***	6	9	19	14
51-60	11	17	7	11	18	14
61-70	5	8	7	11	12	9
71-más	3	5	5	8	8	6
Total	66	100	66	100	132	100
Porcentaje	50		50		100	

Fuente: Expediente Clínico.

TABLA 1.2

Diagnóstico histopatológico benigno	Total	Factores asociados				
		Alcohol	Fumar	Higiene oral	Mascar tabaco	APF
Adenoma Pleomorfo	22	4	2	9	1	3
Ameloblastoma	8	1	3	5	0	2
Displasia Fibrosa	3	0	0	1	0	0
Exostosis	2	0	1	1	0	1
Fibroma osificante	3	0	0	0	0	0
Granuloma Central de Células Gigantes	2	1	0	1	0	2
Hemangioma Cavernoso	4	1	1	1	0	0
Histiocitoma fibroso	1	0	1	1	0	0
Linfadenitis crónica	3	1	1	1	0	0
Lipoma	3	0	0	0	0	1
Osteoma Osteoide	3	0	0	0	0	0
Queratoquiste	2	0	0	0	0	0
Quiste dentífero	13	2	2	5	0	0
Quiste Dermoide	3	0	0	0	0	1
Quiste Globulomaxilar	1	1	1	1	0	0
Quiste hemorrágico	2	1	1	1	0	0
Quiste Palatino Medio	1	0	0	1	0	1
Quiste retención mucosa	2	0	0	0	0	0
Quiste tirogloso	5	0	0	1	0	0
Sialoadenitis crónica inespecífica	3	2	2	1	0	1
Torus	7	0	0	3	0	2
Tumor odontogénico adenomatoide	2	0	0	1	0	0
Tumor de Warthin	3	2	1	3	0	2
Total	98	16	16	37	1	16

Fuente: Expedientes clínicos

TABLA 1.3

Dx histopatológico maligno	Total	Factores Asociados				
		Alcohol	Fumar	Higiene oral	Mascar tabaco	APF
Adenocarcinoma	2	0	1	2	0	0
Adenoma Pleomorfo Maligno	2	0	1	2	0	2
Carcinoma Adenoide Quístico	3	0	1	1	0	1
Carcinoma Ameloblastico	1	1	1	1	0	1
Carcinoma Baso celular	2	1	1	2	0	0
Carcinoma de celulas acinares	1	0	0	1	0	1
Carcinoma Epidermoide	9	7	7	9	5	2
Carcinoma Mucoepidermoide	6	3	3	6	1	3
Hemangioma epitelial maligno	1	1	1	1	0	1
Linfoma No Hodgkin	2	1	1	1	0	0
Mieloma celulas plasmatica	1	0	0	1	0	0
Osteosarcoma	4	1	2	4	1	3
Total	34	15	19	31	7	14

Fuente: Expediente Clínico

TABLA 2.1

Dx Histopatológico	Frecuencia	Porcentaje
Adenoma Pleomorfo	22	16.67
Ameloblastoma	8	6.06
Carcinoma Adenoide Quístico	3	2.27
Carcinoma Epidermoide	9	6.82
Carcinoma Mucoepidermoide	6	4.55
Displasia Fibrosa	3	2.27
Fibroma osificante	3	2.27
Hemangioma Cavernoso	4	3.03
Osteoma Osteoide	3	2.27
Osteosarcoma	4	3.03
Quiste dentígero	13	9.85
Quiste Dermoide	3	2.27
Quiste tirogloso	5	3.79
Torus	7	5.30
Tumor de Warthin parótida	3	2.27
Total	132	100.00

Fuente: Expediente Clínico

Nota: Se seleccionaron en esta tabla las 15 patologías más frecuente de 35 encontradas en Cavidad Bucal Y Glándulas salivales.

TABLA 3.1

Dx Histopatológico (tipos de tumores)	Benigno		Maligno		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Adenoma Pleomorfo	22	22.45	0	0.00	22
Ameloblastoma	8	8.16	0	0.00	8
Carcinoma Adenoide Quístico	0	0.00	3	8.82	3
Carcinoma Epidermoide	0	0.00	9	26.47	9
Carcinoma Mucoepidermoide	0	0.00	6	17.65	6
Displasia Fibrosa	3	3.06	0	0.00	3
Fibroma osificante	3	3.06	0	0.00	3
Hemangioma Cavernoso	4	4.08	0	0.00	4
Osteoma Osteoide	3	3.06	0	0.00	3
Osteosarcoma	0	0.00	4	11.76	4
Quiste dentífero	13	13.27	0	0.00	13
Quiste Dermoide	3	3.06	0	0.00	3
Quiste tirogloso	5	5.10	0	0.00	5
Torus	7	7.14	0	0.00	7
Tumor de Warthin	3	3.06	0	0.00	3
Total	98	100.00	34	100.00	132
Porcentaje	74.25		25.75		100

Fuente: Expediente clínico

Nota: Se seleccionaron en esta tabla las 15 patologías más frecuente de 35 encontradas en Cavidad Bucal Y Glándulas salivales.

TABLA 3.2

Dx Histopatológico	Femenino		Masculino		Total	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Adenoma Pleomorfo	16	24.24	6	9.09	22	16.67
Ameloblastoma	4	6.06	4	6.06	8	6.06
Carcinoma Adenoide Quístico	2	3.03	1	1.52	3	2.27
Carcinoma Epidermoide	2	3.03	7	10.61	9	6.82
Carcinoma Mucoepidermoide	1	1.52	5	7.58	6	4.55
Displasia Fibrosa	0	0.00	3	4.55	3	2.27
Fibroma osificante	2	3.03	1	1.52	3	2.27
Hemangioma Cavernoso	2	3.03	2	3.03	4	3.03
Osteoma Osteoide	1	1.52	2	3.03	3	2.27
Osteosarcoma	1	1.52	3	4.55	4	3.03
Queratoquiste	2	3.03	0	0.00	2	1.52
Quiste dentífero	8	12.12	5	7.58	13	9.85
Quiste Dermoide	1	1.52	2	3.03	3	2.27
Quiste tirogloso	3	4.55	2	3.03	5	3.79
Torus	4	6.06	3	4.55	7	5.30
Tumor de Warthin	1	1.52	2	3.03	3	2.27
Total	66	100.00	66	100.00	132	100.00

Fuente: Expediente clínico

Nota: Se seleccionaron en esta tabla las 15 patologías más frecuente de 35 encontradas en Cavidad Bucal Y Glándulas salivales.

TABLA 4.1

Dx Histopatológico benigno	Total	Tipo de Abordaje Diagnostico				
		BAFF	Biopsia Incisional	Radiografías	Ultrasonidos	TAC
Adenoma Pleomorfo	22	22	4	1	17	4
Ameloblastoma	8	3	5	8	1	2
Displasia Fibrosa	3	0	3	3	0	0
Exostosis	2	0	0	2	0	0
Fibroma Osificante	3	2	2	3	1	0
Granuloma Central de Células Gigantes	2	1	1	2	0	0
Hemangioma Cavernoso	4	2	2	2	1	1
Histiocitoma fibroso	1	0	1	0	1	1
Linfadenitis crónica	3	3	0	1	1	0
Lipoma	3	3	0	0	2	0
Osteoma Osteoide	3	1	1	3	0	0
Queratoquiste	2	2	0	2	1	0
Quiste dentífero	13	9	1	12	1	1
Quiste Dermoide	3	3	0	1	1	0
Quiste Globulomaxilar	1	1	0	1	1	0
Quiste hemorrágico	2	1	1	2	0	0
Quiste Palatino Medio	1	1	0	1	0	0
Quiste retención mucosa	2	2	0	0	1	0
Quiste tirogloso	5	5	0	0	3	0
Sialoadenitis crónica inespecífica	3	3	0	0	3	0
Torus	7	0	0	7	0	0
Tumor odontogénico adenomatoide	2	0	1	2	0	0
Tumor de Warthin	3	3	0	0	1	0
Total	98	67	22	53	36	9

Fuente: Expediente Clínico

TABLA 4.2

Dx Histopatológico Maligno	Total	Tipo de Abordaje Diagnostico				
		BAFF	Biopsia Incisional	Radiografías	Ultrasonidos	TAC
Adenocarcinoma	2	2	0	1	2	0
Adenoma Pleomorfo Maligno	2	2	1	1	2	2
Carcinoma Adenoide Quístico	3	2	2	3	3	1
Carcinoma Ameloblastico	1	0	1	1	1	0
Carcinoma Baso celular	2	1	2	2	1	1
Carcinoma de células acinares	1	1	0	0	0	0
Carcinoma Epidermoide	9	2	9	9	9	5
Carcinoma Mucoepidermoide	6	6	2	5	6	3
Hemangioma epitelial maligno	1	0	1	0	0	1
Linfoma No Hodgkin	2	2	0	1	0	0
Mieloma células plasmática	1	0	1	1	1	1
Osteosarcoma	4	0	4	4	3	3
Total	34	18	23	28	28	17

Fuente: Expediente Clínico

TABLA 5.1

Dx Histopatológico Benigno	Total	Tipo de Abordaje Terapéutico		
		Cirugía	Quimioterapia	Radioterapia
Adenoma Pleomorfo	22	22	0	0
Ameloblastoma	8	8	0	0
Displasia Fibrosa	3	3	0	0
Exostosis	2	2	0	0
Fibroma Osificante	3	3	0	0
Granuloma Central de Células Gigantes	2	2	0	0
Hemangioma Cavernoso	4	4	0	0
Histiocitoma fibroso	1	1	0	0
Linfadenitis crónica	3	3	0	0
Lipoma	3	3	0	0
Osteoma Osteoide	3	3	0	0
Queratoquiste	2	2	0	0
Quiste dentífero	13	13	0	0
Quiste Dermoide	3	3	0	0
Quiste Globulomaxilar	1	1	0	0
Quiste hemorrágico	2	2	0	0
Quiste Palatino Medio	1	1	0	0
Quiste retención mucosa	2	2	0	0
Quiste tirogloso	5	5	0	0
Sialoadenitis crónica inespecífica	3	3	0	0
Torus	7	7	0	0
Tumor odontogénico adenomatoide	2	2	0	0
Tumor de Warthin	3	3	0	0
Total	98	98	0	0

Fuente: Expediente Clínico

TABLA 5.2

Dx Histopatológico Maligno	Total	Tipo de Abordaje Terapéutico		
		Cirugía	Quimioterapia	Radioterapia
Adenocarcinoma	2	1	2	0
Adenoma Pleomorfo Maligno	2	2	0	1
Carcinoma Adenoide Quístico	3	3	2	1
Carcinoma Ameloblastico	1	1	1	1
Carcinoma Baso celular	2	2	0	1
Carcinoma de células acinares	1	1	0	1
Carcinoma Epidermoide	9	9	3	5
Carcinoma Mucoepidermoide	6	6	4	3
Hemangioma epitelial maligno	1	1	1	0
Linfoma No Hodgkin	2	2	2	0
Mieloma células plasmática	1	1	1	0
Osteosarcoma	4	3	4	0
Total	34	32	20	13
Porcentaje	100	94	59	38

Fuente: Expediente Clínico