

**PATOLOGÍA BUCAL PEDIÁTRICA: PREVALENCIA DE TUMORES
Y QUISTES EN NIÑOS GUATEMALTECOS MENORES DE TRES
AÑOS. ESTUDIO DE DOCE AÑOS EN UN LABORATORIO DE RE-
FERENCIA DE PATOLOGÍA ANATÓMICA DE CABEZA Y CUELLO.**

Tesis presentada por:



Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala que practicó el Examen General Público previo a optar al título de

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, octubre de 1998.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

09
7(1027)
C.4

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez.
Vocal Segundo:	Dr. Luis Barillas Vásquez.
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón.
Vocal Cuarto:	Dr. Guillermo Martini Galindo.
Vocal Quinto:	Dr. Alejandro Rendón Terraza.
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo.

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez.
Vocal Segundo:	Dr. Román Carlos Bregni.
Vocal Tercero:	Dr. Oscar Toralla De León.
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo.

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS:** Como la luz que ilumina mi vida en todo momento y me permitió realizar este sueño.
- A MIS PADRES:** Dr. Francisco Rivera Zúñiga
T.S. Silvia Véliz de Rivera.
Con todo amor y respeto por su ejemplo, esfuerzos y apoyo incondicional.
- A MI ESPOSO:** Haroldo René Melgar Osorio
Por su amor y comprensión.
- A MIS HIJAS:** Silvia José y Nandy Analí
La razón de mi vida.
- A MI SUEGRA:** María de Isaacs
Por su apoyo y cariño de madre.
- A MIS HERMANOS:** Patricia, Rodolfo, Francisco Arturo e Ivonne.
Con especial cariño.
- A MIS CUÑADOS:** Waleska, Liseth, Regina y Ricardo con mucho cariño y especialmente al Dr. Luis Armando Contreras A. por su paciencia y apoyo incondicional.
- A MIS SOBRINOS:** Claudia, Guillermo, Paquito, Jennifer, Paulo, Javier, Luisito, Eduardo, Ricardito, Juan Diego, Alejandro y Mario Estuardo.
Con mucho cariño.
- A MI FAMILIA:** Abuelitos Q.E.P.D., tíos y primos con cariño.
- A LA FAMILIA:** Stuhlhofer por su amistad y cariño.
- A mis amigos y amigas.

TESIS QUE DEDICO

- A: DIOS
- A: MI FAMILIA.
- A: GUATEMALA.
- A: LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
- A: FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
- A: MI ASESOR
DR. ROMÁN CARLOS BREGNI.
- A: MIS CATEDRÁTICOS E INSTRUCTORES EN GENERAL.
- A: MIS PADRINOS.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado: **PATOLOGÍA BUCAL PEDIÁTRICA: PREVALENCIA DE TUMORES Y QUISTES EN NIÑOS GUATEMALTECOS MENORES DE TRES AÑOS. ESTUDIO DE DOCE AÑOS EN UN LABORATORIO DE REFERENCIA DE PATOLOGÍA ANATÓMICA DE CABEZA Y CUELLO.** Conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Román Carlos Bregni, por su valiosa asesoría en la elaboración del presente trabajo y a todas las personas que me brindaron su colaboración para culminar felizmente mi carrera, y vosotros distinguidos miembros del **HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR**, aceptad mi más alta muestra de consideración y respeto.

ÍNDICE

SUMARIO	1
INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS	6
HIPÓTESIS	7
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	8
METODOLOGÍA	33
RESULTADOS (ANÁLISIS Y DISCUSIÓN)	38
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	56

SUMARIO

El presente trabajo es un estudio de la prevalencia de tumores y quistes de cavidad bucal en niños de edad neonatal, comprendidos entre 0 a 3 años.

Sabiendo de la poca información que hay al respecto de este tema, se quiso tener un dato estadístico que pudiera ser un parámetro epidemiológico con respecto a la presencia de estas lesiones a tan corta edad de la vida.

El estudio se realizó en las clínicas del Servicio de Diagnóstico Patológico, de la ciudad de Guatemala; a cargo del Dr. Román Carlos Bregni, con especialidad en patología bucal, donde se reciben muestras de los hospitales nacionales y clínicas privadas.

Se procedió a revisar los archivos de las biopsias y expedientes clínicos de los pacientes, correspondientes a los años de 1985 a 1997; tomando únicamente los correspondientes a niños menores de 3 años.

El total de casos recibidos durante ese período de tiempo fue de 7,430; de los cuales únicamente 85 casos fueron de niños menores de 3 años, lo que representa el 1.2% del total.

Se clasificaron las lesiones en neoplasias, enfermedades infecciosas, patología inflamatoria, patología no neoplásica de glándulas salivares y anomalías del desarrollo.

Siendo las más frecuentes las neoplasias en un 36%. De éstas el hemangioma fue el más común. Únicamente 3 casos fueron neoplasias malignas que es un dato significativo.

Las enfermedades infecciosas representaron el 25% del total de las lesiones estudiadas, siendo la más frecuente candidiasis.

La patología inflamatoria representó el 14% de las 85 lesiones estudiadas, mostrando mayor frecuencia la úlcera de Riga-Fede.

El 13% lo representa las patologías no neoplásicas de glándulas salivares, de las cuales el mucocele fue la más frecuente.

Las anomalías del desarrollo representaron el 12%, de las cuales las más comunes fueron Quiste de erupción y Hemiatrofia facial.

Con respecto al sexo no se tuvo un dato significativo, pues se encontraron 41 casos de varones y 44 de niñas, en una relación de 1:00 a 1:07.

Se concluyó que del total de las 85 lesiones, la más frecuente fue el mucocele (10 casos); seguido de candidiasis bucal (7 casos).

Las pocas neoplasias malignas encontradas son de alto grado de malignidad.

Se recomienda que el contenido del presente trabajo de tesis sea difundido a estudiante y profesionales de medicina y estomatología particularmente a especialistas de pediatría y odontopediatría.

Es adicionalmente recomendable que las lesiones encontradas independientemente de su frecuencia sean incluidas, en los programas de pregrado en el área de patología y odontopediatría en las Facultades de Odontología del país. Para que los futuros profesionales se familiaricen con lesiones que específicamente ocurren con mayor frecuencia en ciertos grupos etáreos.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo ampliar el conocimiento de las patologías bucales prevalentes en Guatemala en niños de edad neonatal, habiendo tomado un grupo representativo que lograra dar suficiente información, como para poder determinar las patologías máxilo-faciales más frecuentes, su incidencia según edad, sexo.

En el estudio se analizaron el total de reportes de biopsias y expedientes clínicos de doce años correspondientes a los años de 1985 a 1997 en una clínica de diagnóstico de patología de la ciudad de Guatemala, donde se reciben muestras del Hospital San Juan de Dios, Hospital Roosevelt , Clínicas y Hospitales privados.

La información obtenida servirá de base para elaborar protocolos de prevención y tratamiento al grupo materno-infantil y retroalimentará el pênsum académico de las facultades de Odontología del país. Pudiendo ser así un grupo representativo de casos para poder establecer un dato estadístico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en Guatemala no hay estudios estadísticos que revelen la incidencia de tumores y quistes en cavidad bucal en niños menores de tres años. Y sabiendo de la gran población guatemalteca comprendida entre esta edad, es necesario que el clínico de la práctica odontológica esté familiarizado con este tipo de lesiones, que al ser detectadas a tiempo, pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes.

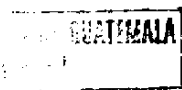
Como es sabido las lesiones crónicas no tratadas adecuadamente pueden tener transformaciones malignas que arriesguen la vida de los pacientes; al igual que lesiones malignas tratadas a tiempo pueden tener pronósticos positivos. Así es el caso de lesiones benignas que puedan dejar secuelas posteriormente.

Para tener este criterio clínico es necesario tener conocimientos y datos estadísticos sobre la incidencia de este tipo de lesiones a tan corta edad de la vida, que finalmente es el propósito de este trabajo de investigación.

JUSTIFICACIÓN

El conocimiento médico, el cual abarca la estomatología es dinámico cambiante. Consecuentemente el aportar datos y experiencias adicionales al estado actual de conocimiento, siempre está orientado al beneficio de la profesión y de los profesionales que la ejercen y principalmente a los pacientes.

En general, el conocimiento de la patología bucal y maxilofacial en el grupo pediátrico-neonatal, es escasa, particularmente en el caso de Guatemala, la experiencia propia es casi inexistente. Por tanto, estudios como el presente son apenas el inicio o un intento, no sólo de contribuir con datos epidemiológicos nacionales, sino aportar información que sea tomada en cuenta en el proceso de enseñanza-aprendizaje, de estudiantes universitarios en formación.



OBJETIVOS

GENERALES

Aportar información epidemiológica sobre la patología bucal y maxilofacial, en un grupo de recién nacidos guatemaltecos.

ESPECÍFICOS:

- 1. Ampliar el conocimiento de la patología bucal y maxilofacial.**
- 2. Proporcionar datos estadísticos en futuras reestructuras curriculares de las facultades de odontología del país, basados en estudios nacionales.**
- 3. Crear una fuente de referencia para pediatras, patólogos y cirujanos, en esta área específica del conocimiento médico-estomatológico.**

HIPÓTESIS

Los tumores y enfermedades diagnosticadas en la región bucal y maxilofacial de niños del grupo pediátrico neonatal, constituyen aproximadamente el 3% del total de condiciones diagnosticadas.

La mayor parte de tumores y lesiones de la región bucal y maxilofacial de niños neonatos, constituyen lesiones benignas mayoritariamente congénitas.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El conocimiento de las afecciones del ser humano y más aún del niño siempre ha sido ocupación del científico médico, es por eso que con el transcurrir del tiempo el estudio del neonato como complemento de la rama pediátrica adquiere más fuerza. Podemos percatarnos de las limitaciones que existen para explorar y conocer la normalidad de la región oral y así de las alteraciones o patologías de esa región.

La Patología quirúrgica de los tumores de la región de cabeza y cuello en niños, es una disciplina exigente porque el clínico depende de un diagnóstico exacto y a menudo una refinada subclasificación de ese diagnóstico en orden a un programa terapéutico multidisciplinario. Las modalidades terapéuticas son potentes y peligrosas ya que un error en un diagnóstico puede tener consecuencias graves.

La predominancia de tumores embrionarios indiferenciados en niños podrían ser a menudo sarcomas comparada con la rara incidencia de carcinomas en niños, experiencia contraria en los adultos. Para poder diagnosticar alguna anomalía en la región de cavidad bucal es necesario hacer un minucioso y detallado examen clínico de todas sus estructuras y estructuras adyacentes.

EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

Es necesario conocer a perfección las estructuras anatómicas y sus características y variantes de acuerdo a la normalidad.

LABIOS; COMISURAS, CARRILLOS, REBORDE ALVEOLAR SUPERIOR E INFERIOR, PALADAR DURO, PALADAR BLANDO, FRENILLOS, LENGUA, PISO DE BOCA Y ARTICULACIÓN TEMPORO-MAXILAR. (4)

Debido a la diversidad de la patología en lo que respecta a tumores y quistes, haremos una clasificación de los más frecuentes de ellos. (1).

1. LESIONES BUCALES EN EL RECIÉN NACIDO

Quistes gingivales (epiteliales)

Perla de Epstein

Nódulos de Bohn

Quistes de lámina dental.

Quistes de piso de boca en recién nacidos.

2. LESIONES BLANCAS MONILIALES (CANDIDOSIS)

3. LESIONES ULCERATIVAS (HERPANGINA)

Úlcera pterigoidea.

Enfermedad e Riga-Fede.

Herpes Virus Simplex.

4. QUISTES Y SEUDOQUISTES DE TEJIDOS SUAVES

Mucocele.

Quiste linfoepitelial.

Quiste Dermoide.

5. LESIONES PAPILARES (PAPILOMAS)

6. TUMORES Y QUISTE ODONTOGÉNICOS

Ameloblastoma

Fibroma Ameloblástico

Mixoma

Cementoblastoma

Odontoma

7. QUISTES ODONTOGÉNICOS

Quiste Primordial

Quiste Dentígero

Quiste Odontogénico Calcificante.

8. TUMORES NO ODONTOGÉNICOS

Osteoma
Osteoblastoma
Osteosarcoma
Condrosarcoma

9. TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVARES

Tumores epiteliales
Adenoma Pleomórfico.
Adenoma Oxifílico
Carcinoma Mucoepidermoide
Carcinoma de células acínicas.

10. TUMORES DE ORIGEN HISTOCÍTICO Y FIBROSO

Fibroma
Fibrosarcoma

11. PIGMENTACIÓN MUCOCUTÁNEA NEVU Y MELANOMA

Nevus pigmentado.
Melanoma maligno.

12. LEUCEMIA Y LINFOMA

13. TUMORES DE MÚSCULO

Rabdomiosarcoma

14. TUMORES VASCULARES

Hemangioma
Linfangioma
Angiofibroma nasofaríngeo

15. CRECIMIENTO DE TEJIDOS BLANDOS NO HEMORRÁGICOS

Épulis congénito.

16. MANIFESTACIONES OROFACIALES DEL SIDA EN EDAD PEDIÁTRICA

17. DEFECTOS CONGÉNITOS CRANEO-FACIALES

Paladar hendido
Labio Leporino
Micrognatia
Parálisis facial.
Alteraciones o aberraciones de la lengua.
Epignathus.

LESIONES BUCALES DEL RECIÉN NACIDO:

Se hará mención a las lesiones que con mayor frecuencia se encuentran en la región bucal de los neonatos.

QUISTES GINGIVALES:

Los quistes gingivales del recién nacido también llamados quistes epiteliales que se encuentran en la región bucal son únicos o múltiples ligeramente elevados; son lesiones nodulares circunscritas de color blanquecino asintomáticas normalmente no aumentan de tamaño de 1 a 5 mm. y se exfolian espontáneamente al cabo de cierto tiempo (meses); no requieren tratamiento alguno. (2)

PERLAS DE EPSTEIN:

Son las más comúnmente reconocidas, pueden ser únicas de 2 a 4 mm. de tamaño. Se localiza en el rafe palatino línea media del paladar, casi en el punto de unión del paladar duro con el blando; cuando es única es característico su color blanco con apariencia de perla. No son de origen odontogénico. (5)

NÓDULOS DE BOHIN:

Son quistes epiteliales múltiples agrupados en la superficie vestibular del proceso alveolar superior en uno o en ambos lados también blanquecinos con mayor frecuencia aparecen el proceso mucoso alveolar vestibular del cuerpo de la mandíbula. Estos nódulos fueron descritos como "quistes de glándula mucosa" y derivan aparentemente de estructuras glandulares en desarrollo. (5)

QUISTES DE LÁMINA DENTAL

Son nódulos múltiples y ocasionales solitarios que se observan precisamente en la cresta

gingivo-alveolar de ambas arcadas. El origen de éstos es a partir de la lámina dental, la cual tiene la capacidad durante la época temprana del desarrollo, de proliferar, queratinizar y formar pequeños quistes. Su frecuencia en el recién nacido no es alta. La mayoría de ellos evolucionan y desaparecen. Generalmente son de tamaño pequeño y aunque de color menos blanco provocan confusión a las madres creyendo que es el inicio temprano de la erupción dentaria.

QUISTES DE PISO DE BOCA EN RECIÉN NACIDOS

También llamados "Quiste Disontogénicos" del piso de boca en recién nacidos. Este es un tipo de quiste forrado por epitelio escamoso columna ciliado, conteniendo estructuras glandulares de tipo salival e intestinal.(4)

LESIONES BLANCAS MONILIALES (Candidosis)

Durante el embarazo y mientras no se rompan las membranas, el feto está generalmente bien protegido de los microbios. Una gran mayoría de recién nacidos establecen su flora microbiana sin incidentes, sin embargo algunos de ellos desarrollan enfermedades causadas por cualquier germen incluyendo bacterias aerobias, anaerobias virus, hongos y protozoarios. (1)

Existe una variedad de lesiones bucales provocadas por el hongo *Candida albicans*, perteneciente a la subfamilia: *criptococoides*. Anteriormente la enfermedad fue llamada también: moniliasis, candidiasis, algodoncillo, muguet; pero hoy día es llamado Candidosis. El período crítico de la aparición de la *Candida* en la boca del neonato es aproximadamente de 5 a 7 días, su forma clásica es de múltiples lesiones blancas pequeñas que recuerdan el aspecto de "requesón", son fácilmente removibles de la mucosa, exponiendo áreas eritematosas y de ulceración sangrante. Puede observarse en la mucosa bucal del carrillo, de las encías, paladar y lengua simultáneamente. Las manifestaciones bucales de candidosis han sido clasificadas clínicamente en dos tipos:

- 1- Forma aguda
- 2- Forma crónica

La aguda se subdivide a su vez en : candidosis pseudomembranosa y la atrófica.

La crónica puede ser: atrófica, hiperplásica y mucocutánea. De los cuales la pseudomembranosa es la más prevalente, aunque los síntomas son ligeros, en ocasiones puede dificultar la alimentación y provocar cierto grado de irritabilidad. El tratamiento más efectivo es a base de Nistatina (Micostatín, Nilsat) (1).

LESIONES ULCERATIVAS

ÚLCERA PTERIGOIDEA O AFTA DE BEDNAR

Son lesiones superficiales, abrasiones traumáticas de la mucosa del velo del paladar, cerca del agujero palatino posterior, resultantes generalmente por la limpieza y eliminación de las secreciones encontradas en esta zona inmediatamente después del nacimiento.

Es una úlcera no específica que desaparece espontáneamente y que su pronóstico es excelente.(4)

ENFERMEDAD DE RIGA-FEDE

Es una lesión ulcerativa que se ubica en el frenillo lingual y porción ventral de la punta de la lengua de tamaño pequeño al principio y mayor posteriormente, hasta alcanzar de uno a tres cm. de longitud, siendo en estas condiciones muy dolorosa, sobre todo durante la alimentación. Dichas lesiones deberán ser vigiladas y tratadas con objeto de evitar infecciones secundarias. Se recurre solamente a la aplicación tópica de antisépticos alcalinos y aún con violeta de genciana al 2%. (4)

HERPES VIRUS SIMPLEX..

Hay dos clases de herpes simplex: tipo 1 y 2, citomegalo-virus, varicela zóster y Epstein-Barr. A los infantes con infección diseminada por (H.V.S.), les afecta órganos múltiples: hígado, pulmones, glándulas suprarrenales, tracto gastrointestinal, riñones, páncreas, corazón y sistema nervioso central. La infección por (H.V.S.) del tipo 1 se presenta en dos formas: primaria y recurrente. La lesión herpética primaria, con manifestaciones evidentes se presenta con más frecuencia entre niños menores de seis meses de edad; y su manifestación clínica más común es la gingivostomatitis aguda, la cual se observa con más frecuencia entre los 10 meses a los 3 años de edad; con periodo prodrómico de tres a cinco días y se caracteriza por fiebre, malestar general, irritabilidad, faringitis, linfadenopatía en los ganglios submentonianos, submaxilares y cervicales superficiales; con las encías y las mucosas cercanas intensamente rojas y edematosas. (10)

Las lesiones típicas casi siempre aparecen en torno a los labios, los cuales tienden a sangrar y evolucionan hasta formar vesículas que se rompen y la cubierta vesicular decae, presentándose una verdadera úlcera. Tanto esta última como la estomatitis es molesta y dolorosa, dificulta seriamente la alimentación y determina que el niño beba por la dificultad para deglutir

y deja de comer por lo que ésta inanición complica el cuadro general y aún más mientras el niño sea de menor edad. Algunas veces la lesión original se presenta en una amígdala y es fácilmente confundida con un malestar o infección bacteriana de la garganta. En segundo lugar en frecuencia, se presentan las lesiones herpéticas de la piel. (10)

Las lesiones recurrentes son comunes y el sitio en que se les encuentra con más frecuencia es cerca de la boca, en el labio, en su borde de la piel con la mucosa, están formadas por vesículas de paredes delgadas, agrupadas, asentadas sobre una base eritematosa.

Las lesiones intrabucales recurrentes se instalan en la mucosa bucal, paladar duro, encías, son pequeñas discretas de 1 mm. más o menos de diámetro. Se presentan en grupos, primero como vesículas llenas de un líquido claro y después al romperse las vesículas quedan como úlceras puntiformes sobre una base roja, sumamente dolorosas. El diagnóstico definitivo de la lesión herpética primaria debe incluir la presencia del virus mediante el cultivo. (1)

El tratamiento es sintomático.

QUISTES Y SEUDOQUISTES DE TEJIDOS SUAVES

MUCOCELE

Sinónimo de quiste de retención mucosa, fenómeno de extravasación mucosa, quiste de inclusión mucosa, y ránula; más comúnmente encontrado en el labio inferior en los niños, después en orden de frecuencia los sitios más comunes son piso de boca, paladar, lengua, labio superior seno maxilar y áreas retromolares; generalmente se presentan en las primeras dos décadas de vida, entre las edades de 1 y 19 años. No tienen predilección sexual. EL tipo más frecuentemente encontrado es a causa de trauma, como resultado de extravasación de mucosa de tejidos adyacentes con la ruptura de un ducto de una glándula salival menor. Esta ruptura generalmente resulta en la formación de tejido de granulación en el perímetro de la lesión; y es más común en niños que en adultos.

Un mucoccele es la condición que surge a través de la dilatación de una cavidad con acumulación de secreción mucosa, relacionada con las glándulas salivares menores. Por su coloración fácilmente es confundido con un hemangioma.(3)

QUISTE LINFOEPITELIAL (O Quiste Bronquiogénico)

Es una lesión rara, notada usualmente después de la adolescencia y adulto joven. El origen

no se sabe; es asintomático, con más frecuencia se presenta en el piso de la boca y la porción posterolateral de la lengua. El color del quiste es amarillo o amarillo-blanco.

Comúnmente se confunde con el mucocelo, lipoma, y quiste dermoide. El tratamiento es conservador con cirugía incisional. (7)

QUISTE DERMOIDE

Sinónimo de quiste epidermoide, quiste de inclusión epitelial, teratoquiste. El ocho por ciento de todos los quistes dermoides se ven en el área orbital, piso de la boca incluyendo Las áreas submandibular y submentoneana, y la región nasal.

Es raro encontrarlo en la infancia, la mayoría ocurren en niños adolescentes y adultos jóvenes. Tiene predominancia por el sexo masculino. (9)

LESIONES PAPILARES (papilomas)

El papiloma es una lesión que eleva la mucosa, como hernia, cubierta por un epitelio prácticamente normal o poco modificado, su tamaño y consistencia son variables. Se observan desde el nacimiento o poco tiempo después; son persistentes y de crecimiento nulo o ligeramente perceptible al principio. Con más frecuencia se encuentran en la lengua, labios mucosa bucal, encías y paladar.

Son pediculados, pueden ser observados de color blanco o grisáceo. (4)

TUMORES Y QUISTES ODONTOGÉNICOS

AMELOBLASTOMA

Se presenta entre las edades de 2 meses y 7 años. No hay una predisposición sexual en la ocurrencia de este tumor en niños. Su etiología es desconocida pero hay estudios que sugieren que la lesión esté asociada con la dificultad de la erupción de la tercera molar, asociada con una infección previa o quiste. Otras fuentes han encontrado como tejidos potenciales que originan los ameloblastomas, el epitelio bucal, epitelio de quistes odontogénicos, restos epiteliales de *Malasez* y el órgano de esmalte. Está documentado que la línea del epitelio está asociado con los quistes dentigeros o el epitelio alrededor de dientes impactados o sin erupcionar. (11)

En un estudio realizado en 92 casos de ameloblastoma la mayor ocurrencia es en la mandíbula y el 20% en el maxilar.

Radiológicamente el ameloblastoma muestra destrucción de las corticales, con formas multiloculares intraóseas o sopa de burbujas. El tratamiento para el ameloblastoma es eliminación del bloque hasta el borde con el tejido normal involucrado con el tumor.

En lesiones agresivas es necesaria la hemimandibulectomía o maxilectomía. La recurrencia del tumor es de un 4.5%. El ameloblastoma en niños no es considerado de potencial maligno. (8)

FIBROMA AMELOBLÁSTICO

EL fibroma ameloblástico es un neoplasma odontogénico derivado también de epitelio y mesénquima, elementos del aparato odontogénico. No tiene predisposición racial ni de sexo, es raro en adultos y adolescentes, más común en niños menores de 3 años. La diferenciación en el fibroma ameloblástico es la síntesis de tejidos duros, así que dentina y tejidos de esmalte están presentes en la masa del tumor. Las lesiones generalmente muestran expansión cortical. *Trodahl* reporto que 75% de los tumores revisados están asociados con la corona de un diente impactado. La mayoría de pacientes no presentan síntomas y el tumor es descubierto radiológicamente.

El fibroma ameloblástico es confundido frecuentemente con ameloblastoma. Normalmente el fibroma ameloblástico está considerado como no agresivo, un tumor odontogénico benigno, que es fácil su enucleación y no muestra una alta recurrencia. Se recomienda que la terapia incluya excisión adecuada de los márgenes y no simplemente cirugía y curetaje. (7)

MIXOMA

Es sinónimo de mixoma odontogénico, fibromixoma odontogénico y mixofibroma. Los Mixomas de hueso son neoplasmas poco comunes de génesis incierta con un potencial agresivo de destrucción de tejidos óseos. Es más frecuente en las dos primeras décadas de edad, no tiene predilección por sexo en niños, pero si hay una leve predisposición en todos los grupos por el sexo femenino. (8)

Estas lesiones pueden causar deformidad facial, el sitio más afectado es la mandíbula.

El tratamiento de esta lesión varía desde remoción quirúrgica, curetaje, radioterapia y quimioterapia. Su recurrencia es menor del 25%. (8)

CEMENTOBLASTOMA:

Es sinónimo de cementoma verdadero cementoblastoma benigno. Es tumor raro que se desarrolla casi siempre en la raíz de premolares y molares más a menudo en maxilar inferior. El tejido que lo forma tiene tendencia a crecer y expandir las corticales produciendo a su vez desplazamiento y/o reabsorción de piezas vecinas. Algunos casos producen síntomas dolorosos. Este tumor se presenta en un rango de edad de 10 a 63 años y en un 60% es más predominante en el sexo masculino. (6)

Muchos autores tienen reportes de que ésta lesión es una respuesta a irritación o trauma. (6)

Este tumor se enuclea fácilmente y no recurre. (6)

ODONTOMA

Es el más común de los tumores odontogénicos. Son más frecuentes en la segunda década de la vida, tiene predilección por el sexo masculino. (7)

Una característica importante es que contiene los distintos tejidos de la pieza dentaria. Se conocen dos variedades: **ODONTOMA COMPLEJO** y **ODONTOMA COMPUESTO**. (7)

Estas dos variantes son asintomáticas y de crecimiento limitado, generalmente son hallazgos casuales en roentgenogramas de rutina. Afectan con más frecuencia el maxilar inferior, los odontomas complejos ocurren particularmente en el área de molares mientras que los compuestos en la región anterior. Generalmente el tumor está asociado con una pieza dental retenida.

Ambos tipos pueden estar rodeados por una cápsula de tejido conjuntivo que algunas veces tiene una cubierta epitelial. EL tratamiento es quirúrgico por excisión y no recurre. (6)

QUISTES ODONTOGÉNICOS **QUISTE PRIMORDIAL**

También conocido como queratoquiste. Es típicamente una lesión de niños o adultos jóvenes; tiene predominancia por el sexo masculino. Se desarrolla principalmente en maxilar inferior en la región de molares y con frecuencia se extiende a la rama ascendente. Generalmente no está en relación directa con piezas dentarias, pero ocasionalmente se encuentra en el área

donde ha dejado de formarse un diente.. Se ha sugerido que estos quistes se originan de la lámina dentaria o de sus restos. (2)

Las lesiones tienden a crecer, produciendo expansión del maxilar afectado y asimetría facial.

El contenido del quiste puede ser líquido de color amarillento o un material cremoso que contiene queratina. En caso de inflamación, aumenta el grosor de la cápsula fibrosa, aparecen prolongaciones subepiteliales y puede perderse la queratinización. (2)

El tratamiento es quirúrgico, sin embargo es difícil de eliminar en su totalidad debido a que su pared es muy delgada y se rompe, también la presencia frecuente de prolongaciones angostas que se extienden al tejido adyacente. Tiene tendencia a recurrir, los pacientes necesitan control periódico radiográfico. Se ha comunicado transformación maligna en el epitelio del quiste primordial. (2)

QUISTE DENTÍGERO:

También llamado quiste folicular, ocurre en asociación con la corona de un diente sin erupcionar. Es el quiste más común de maxilares en niños y adolescentes. No muestra predilección por sexo. Puede presentarse en relación con cualquier pieza dentaria, la tercera molar inferior y el canino superior son las más a menudo afectadas, seguidas por la tercera molar superior y la segunda premolar inferior. Se forma como resultado de una degeneración quística en el epitelio reducido del esmalte. (6)

El quiste dentígero con frecuencia produce expansión, asimetría facial, desplazamiento de las piezas dentarias, reabsorción radicular y aún dolor por compresión de nervios. En algunos casos la expansión es tal que debilita considerablemente la resistencia del hueso afectado y lo predispone a fracturas patológicas. La infección secundaria puede inducir síntomas agudos de tipo inflamatorio es un quiste dentígero. (7)

En ciertos casos se ha observado marcado desplazamiento de las piezas dentarias y reabsorción de aquellas situadas en el área de expansión del quiste. Ocasionalmente el quiste está asociado a más de una pieza dentaria.

Thoma clasifica los quistes dentígeros en tres tipos de acuerdo a la posición del quiste en relación a la corona del diente: central, lateral y circunferencial. (6)

El contenido del quiste es a menudo líquido, de un color que varía de amarillo a rojizo o sanguinolento. Debe enfatizarse la necesidad del examen microscópico seriado de todo quiste dentígero, debido a que se ha señalado como de especial importancia su tendencia a transformarse en ameloblastoma. Este potencial es mayor en los quistes jóvenes y se pierde gradualmente después de los 30 años. (6)

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO:

Estos quistes son adecuadamente tratados por cirugía completa de excisión y curetaje. Ocasionalmente las lesiones que muestran extensión de hueso son manejadas por múltiples cirugías con proceso de enucleación. La recurrencia es posible en todos los quistes que tienen epitelio odontogénico remanente. (6)

QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE

O quiste de *Gorlin*, es poco común, afecta por igual ambos sexos. La edad de los pacientes varía entre 8 y 82 años, siendo más frecuente en la tercera década. La mayoría de los casos afecta el maxilar inferior (60%), pero se han comunicado lesiones en todas las áreas de los maxilares. Los quistes de mayor tamaño se encuentran siempre en la mandíbula. Son confundidos con quistes dentígeros pues se asocian con la corona de una pieza dentaria. En un 80% ocurre en forma intraósea, pero también se han encontrado lesiones que afectan únicamente tejidos blandos y otros parcialmente intraóseos. Algunos llegan a alcanzar gran tamaño, produciendo asimetría, adelgazamiento de las corticales, pueden ocasionar también desplazamiento y/o reabsorción de piezas dentarias. El quiste odontogénico calcificante puede estar asociado a un odontoma complejo o a un fibro-odontoma ameloblástico. (8)

Este quiste es clínicamente benigno y raras veces recurre después de su enucleación (8).

TUMORES NO ODONTOGÉNICOS: OSTEOMA

Es un tumor formado por tejido óseo. Puede presentarse como una lesión central o bien en forma suprapariosteal. (6)

Cuando es central crece lentamente y no produce marcada expansión de corticales. La mayoría crecen poco y raras veces excede los 2 cm.; cuando ocurre en los maxilares en forma central, es difícil de diferenciarlo de una osteítis condensante o de una osteomielitis focal crónica

esclerosante. La forma suprapariosteal puede confundirse con exostosis o bien con torus mandibular o palatino. Existen una forma de osteoma de tejidos blandos que se presenta en cavidad bucal y en la piel. Cuando se manifiesta en boca afecta más a menudo la lengua y ocasionalmente los carrillos. Esta variante de osteoma ocurre como una masa intersticial, de forma ovoidal y consistencia firme. No produce síntomas salvo cuando interfiere con la función. Se descubre casualmente en el examen clínico por palpación o es notado por el paciente. Esta lesión se presenta en adultos jóvenes con predominancia por el sexo masculino en una relación de 2 a 1.

El tratamiento es quirúrgico y raras veces recurre. (6)

OSTEOBLASTOMA

También llamado osteoblastoma benigno y osteoma osteoide gigante. Constituye una lesión benigna con características histológicas semejantes al osteoma osteoide, pero tiende a crecer más y no produce el dolor característico de esta lesión. Se han comunicado casos en ambos maxilares pero los sitios más comunes son las costillas y las vértebras. Puede confundirse con un osteosarcoma y por lo tanto es importante el estudio roentgenológico completo y el estudio histológico completo. El rango de edad al que se presenta es de 6 a 22 años con predominancia por el sexo masculino. Su etiología es desconocida, más común en la mandíbula que en el maxilar. (7)

El tratamiento es quirúrgico y raras veces recurre.

OSTEOSARCOMA

O Sarcoma osteogénesis son un grupo de tumores malignos primarios de hueso que presentan variaciones considerables, no solo en apariencia clínica e histológica sino también en el comportamiento y pronóstico. Se clasifican en dos tipos: **OSTEOSARCOMA ESCLEROSANTE U OSTEOBLÁSTICO Y OSTEOSARCOMA OSTEOLÍTICO.** (6)

El tipo esclerosante ocurre principalmente en jóvenes entre los 10 y los 25 años, siendo más frecuente en varones. El sitio de predilección son los huesos largos, especialmente el fémur y la tibia. Las características clínicas iniciales del tumor son dolor y aumento de tamaño, a menudo acompañado de una historia de traumatismo reciente.

El tipo osteolítico puede ocurrir a cualquier edad, su localización, signos y síntomas son similares al anterior, sin embargo, se nota un crecimiento más rápido en esta variante.

Ambos tipos de osteosarcoma pueden afectar los maxilares, cuando esto ocurre, se produce aumento considerable de tamaño. Las piezas dentarias que se encuentran en el área del tumor, presentan a menudo movilidad y migración, en ocasiones se produce exfoliación.

El tratamiento del osteosarcoma debe ser radical, las radiaciones no están indicadas. (6)

CONDROSARCOMA

También llamado sarcoma condrogénico es un tumor maligno de cartilago que puede presentarse en los maxilares. Se conoce un tipo primario y uno secundario. En los maxilares es más frecuente el tipo primario. El rango de edad al que se presenta es de 12 a 80 años; el sexo masculino y femenino son afectados igualmente.

Se presenta como agrandamiento expansivo y asintomático que puede producir reabsorción y pérdida de piezas dentarias. Estas lesiones son generalmente invasivas y destructivas.

El único tratamiento para el tumor es la extirpación quirúrgica, siendo de poco valor las radiaciones. El condrosarcoma de los maxilares es de pronóstico grave porque recurre con frecuencia y produce metástasis a lugares distantes. (8)

TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVARES

Los tumores de las glándulas salivares son relativamente raros, ocurren en un rango entre 1 y 2.5% alrededor del mundo. Sólo cerca del 5% de todos los tumores de glándulas salivares ocurren en niños.

Las glándulas salivares mayores incluyen la parótida, submaxilares y glándulas sublinguales. Las glándulas salivares menores son abundantes en cavidad bucal, nasofaringe, tráquea y bronquios. (6)

Batsakis reporta que la incidencia de tumores de inflamatorios de glándulas salivares en niños es baja. En una revisión hecha por *Krolls* y asociados quien reviso 9,993 lesiones en glándulas salivares y encontró que 4.3% ocurren en pacientes pediátricos (pacientes menos de 15 años de edad). Esto es interesante ya que el 25 y 31% de todos los neoplasmas de glándulas salivares en niños son malignos.

A continuación se presenta una tabla de una clasificación correctamente propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

Los tumores destacados por un asterisco representan los más comunes tumores de glándulas salivares epiteliales en niños.

TIPOS HISTOLÓGICOS DE TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVARES (6)

I. TUMORES EPITELIALES

A. ADENOMAS

- * 1. Adenoma pleomórfico (tumor mixto)
- 2. Adenoma monomórfico.
 - a. Adenolinfoma (tumor de Warthin)
 - b. Adenoma Oxifilico.
 - c. Otros tipos.

* B. CARCINOMAS MUCOEPIDERMÓIDE (TUMOR)

* C. CARCINOMA DE CÉLULAS ACÍNICAS (TUMOR)

D. CARCINOMAS

- 1. Carcinoma adenoquístico.
- 2. Adenocarcinoma.
- 3. Carcinoma Epidermoide.
- 4. Carcinoma Indiferenciado.
- 5. Carcinoma Adenopleomórfico (tumor maligno mixto).

II. TUMORES NO EPITELIALES

- *A. Hemangioma
- *B. Tumores Neurales.

III. TUMORES NO CLASIFICADOS

ADENOMA PLEOMÓRFICO

Se conoce también como tumor mixto, adenoma complejo y sialoadenoma pleomórfico. Estos tumores son raros y se presentan como agrandamientos de crecimiento rápido que a menudo se encuentran fijados a los tejidos vecinos y con frecuencia están ulcerados. En un número considerable de casos hay dolor y/o parestesia en el área del tumor. El comportamiento clínico de estos tumores es usualmente agresivo y producen metástasis a los ganglios regionales o bien por vía sanguínea a pulmones, huesos, vísceras y cerebro. El rango de edad al que se presenta es entre 7 y 18 años no tiene predilección sexual. (8)

El tratamiento del adenoma pleomórfico maligno es esencialmente quirúrgico aún cuando lesiones que recurren localmente pueden tratarse adicionalmente con radiaciones. (11)

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

O tumor mucoepidermoide, es el más común de las malignidades epiteliales derivados de tumores de glándulas salivares en niños. La glándula parótida es el sitio más frecuente involucrado. 14 de los 20 tumores revisados por *Krolls* eran en la parótida, y en la glándula submaxilar y dos en glándulas salivares menores.

No hay predilección sexual en la ocurrencia de estos tumores. Como su nombre lo indica están compuestos al mismo tiempo por células mucosas y células epidermoides en proporciones variables; aproximadamente la mitad de los pacientes se encuentran entre los 21 y los 30 años; pueden encontrarse en niños.

El tumor de baja malignidad generalmente se presenta como un agrandamiento indoloro de crecimiento lento que simula un adenoma pleomórfico. Raras veces es mayor de 5 cm. de diámetro y no está completamente encapsulado. Los tumores de este tipo que afectan las glándulas salivares intraorales a menudo ocurren en el paladar, la mucosa bucal, la lengua y la región retromolar.

El tumor de alta malignidad crece rápidamente y produce dolor en forma precoz. Puede observarse parálisis del nervio facial en lesiones parotídeas. Generalmente no es encapsulado, tiende a infiltrar los tejidos vecinos y en un gran porcentaje de casos produce metástasis regionales a los linfáticos. También son frecuentes las metástasis a los pulmones, huesos, cerebro y tejido subcutáneo.

Con frecuencia forma microquistes que pueden romperse liberando mucus que induce a una reacción inflamatoria.

El tratamiento del tumor mucoepidermoide es esencialmente quirúrgico aunque ocasionalmente algunos casos responden favorablemente las radiaciones. (6)

CARCINOMA DE CÉLULAS ACÍNICAS:

También llamado carcinoma de células acinares, tumor de células acínicas, adenocarcinoma de células serosas.

Castro y asociados en su revisión de 38 tumores de glándulas salivares en niños, reportaron que eran carcinomas de células cónicas; y es considerada la segunda malignidad epitelial más frecuente. Es difícil establecer la predisposición sexual, así como la ocurrencia de edad en niños que puede ser de 9 a 14 años.

Su área preferida es la parótida, pero puede presentarse en cualquier otra glándula salivar. La lesión presenta a menudo una cápsula delgada y está compuesta por células que semejan considerablemente a las normales pudiendo estar ordenadas de cuerdo a un patrón glandular o bien sin adquirir una estructura definida.

El tratamiento ha sido quirúrgico en la mayoría de los casos comunicados. Aproximadamente el 50% de los pacientes presentan recurrencia después de su remoción y suele producir metástasis a distancia. (6)

TUMORES DE ORIGEN HISTOCÍTICO Y FIBROSO

FIBROMA

O hiperplasia fibrosa. El fibroma por irritación es probablemente la lesión más común de la cavidad bucal en niños. Se presenta como agrandamiento de superficie lisa y base sésil o pedunculada. El tamaño es variable, pudiendo alcanzar varios centímetros de diámetro. El color del fibroma generalmente es semejante al de la mucosa vecina, sin embargo, cuando la lesión es traumatizada se inflama y enrojece y algunas veces sufre ulceración. En la mayoría de los casos el tumor crece lentamente hasta alcanzar cierto tamaño y luego se detiene permanentemente. Puede presentarse a cualquier edad, siendo más común durante la tercera, cuarta y quinta décadas. Puede presentarse en cualquier región de la mucosa, pero tiene predilección por la encía. (7)

Si la lesión está sujeta a traumatismo, pueden observarse cambios inflamatorios de grado variable.

El tratamiento es quirúrgico con eliminación de irritantes locales y raras veces recurren. (7)

FIBROMATOSIS JUVENILES QUE PUEDEN AFECTAR CABEZA Y CUELLO

LESIÓN	EDAD	LOCALIZACIÓN
Hamartoma fibroso Fibromatosis Colli	nacimiento e infancia nacimiento e infancia	músculos esternoclei domastoideo, tercera molar inferior. Puede ser bilateral y estar asociada con ano- malias congénitas.
Fibromatosis agresiva	1 año de vida infantil y juvenil hasta adolescencia.	Área del cuello, brazo y hombro.
Tumor dermoide	niños, jóvenes y y adultos.	Hombros, cuello y extremidades.
Fibromatosis hereditaria gingival.	Niños y adolescentes	Encía.

FIBROSARCOMA

También llamado fibrosarcoma infantil, fibrosarcoma juvenil y fibrosarcoma congénito. Es el más común de los tumores malignos de tejido conjuntivo, sin embargo es poco frecuente como todo sarcoma. Ocurre en personas más jóvenes y con mayor frecuencia da metástasis, las cuales se producen por vía sanguínea, dando como consecuencia una diseminación más amplia del tumor.

Puede afectar cualquier región del organismo. Aproximadamente 18% de los casos ocurre en región de cabeza y cuello; en la cavidad bucal es más frecuente en los labios y en el periostio de los maxilares.

Un porcentaje alto se diagnostica durante los cinco primeros años de vida, luego después de los 10 años y después de los 15 años.

En general el tumor crece rápidamente, el neoplasma tiende a invadir localmente y a producir lesiones voluminosas; cuando alcanza mayor dimensión puede ulcerarse y presentar hemo-

ragia e infección secundaria, sin embargo el hallazgo más común es asimetría facial.

El tratamiento es quirúrgico, debe evitarse las radiaciones. El pronóstico es favorable en comparación con otros sarcomas. (6)

LESIONES DE CÉLULAS GIGANTES DE LA MUCOSA bucal

Entre las lesiones más frecuentes de este tipo están: (8)

GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES.

GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES.

QUERUBISMO.

PIGMENTOS MUCOCUTÁNEOS

Nevus

Melanoma.

NEVUS PIGMENTADO MUCOCUTÁNEO

También llamado Nevus Melanocítico, Nevus Pigmentado o lunar. (4)

Está dividido en tres tipos histológicos principales:

Nevus Intradérmico.

Nevus Compuesto.

Nevus Funcional.

En general constituye una malformación congénita de la piel y membranas mucosas. Los nevus son menos abundantes en niños y su número con la edad, especialmente durante la pubertad. Las lesiones pueden ser planas o elevadas de superficie lisa o nodular; su color varía desde negro intenso hasta lesiones completamente incoloras.

Los nevus intraorales pueden ocurrir en cualquier área de la mucosa pero son más frecuentes en la encía, labio y paladar.

El tratamiento es quirúrgico, cuando está sujeto a trauma constante, por precaución. Su recurrencia es poco común.

MELANOMA MALIGNO

También llamado melanoma, melanocarcinoma, melanoma nodular. Es raro en niños; se



creo que se desarrolla como degeneración maligna de un nevus. El melanoma es uno de los neoplasmas malignos más mortales. En niños es más frecuente en el sexo femenino y en adultos en el sexo masculino. Tiene preferencia por el reborde alveolar superior y el paladar. Puede presentarse también en maxilar inferior, en carrillo, lengua, piso de la boca y labios. (6)

La lesión aparece comúnmente como un área intensamente pigmentada, frecuentemente ulcerada y hemorrágica que aumenta progresivamente de tamaño.

El tratamiento es quirúrgico con disección regional de ganglios linfáticos. (11)

LEUCEMIA Y LINFOMA

LINFOMA

Este nombre genérico comprende un grupo de neoplasmas de malignidad variable que tienen las características comunes de originarse en tejidos linfoides el cual incluye: linfocitos con sus antecedentes embrionarios, células reticulares y su forma inmadura en cualquier estado de desarrollo; nódulos linfoides, ganglios linfáticos. (8)

La clasificación que se presenta se considera la más aceptada:

- Linfoma Macrofolicular
- Reticulosarcoma
- Enfermedad e Hodgkin
- Linfoma de Burkitt (4)

TUMORES DE MÚSCULOS

RABDOMIOSARCOMA

Es el segundo tumor más común de cabeza y cuello en niños. El linfoma es el más común. Su mayor incidencia es a los 4 años, no tiene predilección por sexo o raza (6).

TUMORES VASCULARES

HEMANGIOMA

Se conoce también como nevus vascular. Es una lesión formada por vasos sanguíneos, frecuentemente congénito y de naturaleza benignas. Puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, es una lesión compresible, lisa, desteñida en rojo púrpura, parcialmente elevada.

Se clasifican los hemangiomas bucales en:

- Capilares
- Cavernosos
- Juveniles.

Los Hemangiomas capilares comprenden numerosos capilares difusos que penetran en la mucosa labial y de los carrillos especialmente.

El cavernoso contiene pequeños y numerosos espacios llenos de sangre y se presentan especialmente en la lengua. Puede ser congénito o aparecer tardíamente, de color púrpura y de superficie lobulada y de tamaño considerable. Cuando se presenta dentro del hueso mandibular se le considera de pronóstico peligroso. El Hemangioma juvenil contiene numerosos vasos pequeños que infiltran el sitio, generalmente de las glándulas salivares y la musculatura labial. Tiene crecimiento limitado y sangran si se traumatizan.

No se aconseja retirarlos quirúrgicamente sino solo observarlos. (4)

LINFANGIOMA

Es un tumor benigno de vasos linfáticos, aunque varios autores sostienen que deberían clasificarse como Hamartomas; se localizan en la mayoría de los casos en la lengua, en su porción dorsal, pero también pueden presentarse en los labios o en la mucosa bucal, puede ser uni o bilateral, exhiben un gran variedad en relación al tamaño desde la cabeza de un alfiler hasta infiltraciones extensas en toda la lengua y aún en estructuras cercanas. La superficie afectada de la lengua se caracteriza por la formación de pequeños nódulos irregulares en forma de racimos, a veces con proyección papilar, de color gris, rosa o café amarillento pálido, dependiendo aún al principio de la cantidad de eritrocitos que se encuentren en el fluido linfático; considerando posteriormente que las lesiones profundas pueden producir alargamiento de la lengua y obliterar la arquitectura de su superficie normal; en casos severos puede producir macroglosia; también el Linfangioma cavernosos el cual es un linfangioma infiltrante que envuelve al cuello es visto en recién nacidos. El tejido linfangiomatoso puede extenderse de la lengua al área sublingual, ha-

cia abajo dentro del cuello, ocasionando una enorme inflamación uni o bilateral. El tratamiento de preferencia es usualmente cirugía, criocirugía, radioterapia e inyección de sustancias esclerosantes. (15).

ANGIOFIBROMA NASO-FARINGEO

Se conoce también como "Hemangiofibroma nasofaríngeo Juvenil". Es un neoplasma que afecta principalmente fosas nasales y farínge superior, pero ocasionalmente puede presentar lesiones bucales.

El tumor ocurre casi exclusivamente en varones y en la mayoría de los casos se inicia durante la pubertad. Con frecuencia los primeros signos del tumor son epistaxis y obstrucción nasal. En otros casos hay síntomas de sinusitis o bien se produce agrandamiento y asimetría facial.

Ocasionalmente se observa deformidad en el paladar como primer signo del tumor, las lesiones tienen tendencia a sangrar y pueden originar hemorragia profusa al manipularlos quirúrgicamente.

La lesión nunca es encapsulada, lo cual dificulta su extirpación quirúrgica. Se prefiere su extirpación hasta los 30 años dado que la vascularidad del tumor disminuye gradualmente. (9)

CRECIMIENTO DE TEJIDOS BLANDOS NO HEMORRÁGICOS

EPULIS CONGÉNITO

Es una lesión que tiene por asiento la superficie gingival. Desde 1887 *DESIR DE FOURTUNET* escribió que se llama epulis a todo tumor sólido con base cercana al borde alveolar, de crecimiento más o menos rápido pero que no se acompaña de infarto ganglionar, sin la tendencia a la ulceración y que no recidiva después de su eliminación completa.

Es un tumor benigno que se observa únicamente en recién nacidos. Se trata de un crecimiento pediculado y de superficie lisa, de tejido blando que surge de la mucosa alveolar maxilar o mandibular. Las lesiones maxilares son cuatro veces más frecuentes, es más común en el sexo femenino (10:1) de tamaño variable, generalmente grande hasta de 9 cm. en ocasiones (4).

El tratamiento indicado es quirúrgico.

MANIFESTACIONES ORO-FACIALES DEL SIDA EN EDAD PEDIÁTRICA

Generalmente el aspecto de las manifestaciones clínicas pediátricas del SIDA difieren de las que aparecen en el adulto; por ejemplo el sarcoma de Kaposi, raramente se presenta en los niños con SIDA. En cambio las infecciones por hongos y otras oportunistas si se hacen presentes. En un estudio realizado de 24 niños, 8 (33%) tuvieron candidosis, la edad promedio de los niños fue de 40 días y 3 meses. En otros casos, principalmente en niños africanos se observaron candidosis bucales pseudomembranosa, así como gingivitis y aún infecciones bacterianas en la forma de gingivitis necrotizante, periodontitis y aún úlceras gangrenosas bucales entre niños seropositivos de Zambia.

Entre otras manifestaciones bucales está la leucoplasia vellosa bucal, confirmada por la presencia del Virus Epstein-Barr en células epiteliales obtenidas por frotos de lengua. La neumonitis linfoide intersticial y agrandamiento de la glándula parótida. Otra manifestación el Síndrome Dismórfico; está fue apreciada entre niños nacidos ya con SIDA debido al abuso de sus madres en la aplicación de la droga por vía endovenosa.

Considerado ser una embriopatía asociada del (VIH) y descrita con las siguientes características: Frente prominente como de caja, hipertelorismo, puente nasal aplanado, ojos ligeramente oblicuos, filtro triangular y labios aparentes. Estas anomalías oro-faciales ocurren en adición al bajo peso al nacer y retardo en el crecimiento general. Ha sido sugerido que el síndrome Dismórfico está relacionado con la aplicación de la droga por vía endovenosa de las madres más bien que al efecto directo del (VIH). También se comprobó que la erupción dental de tales niños es retardada. (4)

DEFECTOS CONGÉNITOS CRANEO-FACIALES (13)

PALADAR HENDIDO

Las aberraciones del desarrollo embrionario facial conducen a una amplia variedad de defectos, siendo los más comunes los correspondientes al paladar primario y secundario. Existen afirmaciones que el poco desarrollo de los procesos nasales medios y laterales involucran el paladar primario, así que el contacto en el sitio de fusión es impedido o inadecuado. Las dos terceras partes de los pacientes con paladar primario hendido, también lo presentan en el paladar secundario.

El paladar hendido puede ser unilateral, bilateral o tender a completo en diversos grados en ambos polos.

Las hendiduras que invaden solo el paladar secundario son las segundas malformaciones

faciales más frecuentes en humanos.

Los problemas que esto ocasiona en niños recién nacidos son, la incapacidad, incoordinación de los reflejos de succión, deglución y respiración, que constituye una grave amenaza de aspiración de alimentos y secreciones.

El tratamiento es exclusivamente quirúrgico.(8)

LABIO LEPORINO

O Queilosquisis, se presenta entre la 6a. y la 10a. semana de vida fetal. La combinación de falta de unión normal, y desarrollo insuficiente puede afectar tejidos blandos y óseos del labio superior y reborde alveolar. La formación embriológica del labio desde los procesos nasofrontal y maxilar lateral indica la relación íntima con los tejidos nasales. El desarrollo asincrónico y la falta de proliferación mesodérmica para formar uniones de tejido conectivo a través de las líneas de fusión se citan como factores embriológicos que participan en la formación de la fisura. Sin unión mesodérmica, los componentes del labio se separan.

El origen de tendencia hereditaria se ha observado en 25 a 30%. La combinación de labio leporino y paladar hendido es más frecuente que las anomalías aisladas de cualquiera de éstas.

El tratamiento es quirúrgico. (8)

MICROGNATIA

Clinicamente se observa gran desproporción de los segmentos de la cara. En ocasiones llega a presentar hipoplasia mandibular, macroglosia y salida abundante de saliva por falta de desarrollo del maxilar inferior. Existe una disminución marcada del tercio de la cara de estos neonatos. Como posible factor etiológico puede ser la posición intrauterina inadecuada; riesgo de ocurrencia de 1:1000 neonatos vivos.(4)

PARÁLISIS FACIAL

La parálisis facial infranuclear se observa de un trabajo de parto prolongado, en el que la cabeza se queda en el sacro durante largo tiempo, o en partos difíciles con empleo de fórceps. También puede deberse a la lesión contralateral del cerebro después de la fractura del hueso temporal.

La astenia se observa al nacer y es más manifiesta cuando se provoca el llanto del niño. La ausencia del pliegue naso-labial, el retraimiento de la frente, la ligera prominencia de la mejilla, el impedimento del cierre ocular en el lado afectado y el esbozo de la boca hacia el lado opuesto cuando son estimulados, comprenden todo el espectro de parálisis; como signo aislado en algunos niños, una comisura de la boca no se mueve hacia abajo y hacia afuera durante el llanto.

En la mayoría de los casos no hay tratamiento específico. (4)

ALTERACIONES Y ABERRACIONES DE LA LENGUA

Aberración congénita del tamaño o la forma asociada con otras anomalías congénitas son entre otras: La macroglosia, microglosia y aglosia.

Macroglosia es el crecimiento de las dimensiones de la lengua, puede presentar un aumento discreto o muy pronunciado dando el aspecto de una lengua enorme que hace hernia fuera de la cavidad bucal, en cuya superficie dorsal se observa seca y fisurada, en algunos casos la macroglosia es unilateral. Se asocia con los síndromes de Dawn, Hurler y de Beckwith-Wiedemann, en el cretinismo y en ciertos casos de retraso mental.

Microglosia: Es disminución en el tamaño normal de la lengua, también se observa y asocia con los síndromes de Hanhart Moebivs e Hipoglosia-Hipodactilia, con trasposición de vísceras, dextrocardia y en casos aislados.

Aglosia: Es rara pero se presenta con otras anomalías congénitas especialmente las de las extremidades (adactilia).(4)

EPIGNATHUS.

Es el término también referido para el teratoma que surge de la cavidad bucal o faríngea. El 2% de todos los teratomas ocurre en el área naso-faríngea, incluyendo boca, amígdalas y área basecraneal.

La mayoría de los tumores salen del hueso esfenoides o bolsa de Ratke, otros del paladar duro, blando, faríngeo, lengua y mandíbula. De su sitio de origen el tumor crece hacia la cavidad bucal o intracraneana. La mayoría son benignos.

El 6% de estos tumores están asociados con anomalías como paladar hendido, heman-

giomas faciales múltiples, quistes branquiales, hipertelorismo, hernia umbilical y defectos congénitos del corazón. (4)

MATERIALES

UNIVERSO DE TRABAJO

Infraestructura, archivo de reportes de patología, láminas de histopatología y expedientes clínicos de pacientes de una clínica privada de referencia, con práctica exclusiva de patología y medicina bucal y maxilofacial ubicada en la Ciudad de Guatemala.

RECURSOS HUMANOS

Este trabajo se realizó bajo la supervisión, asesoría y colaboración de dos estomatólogos, con especialidad en patología bucal y maxilofacial, ambos graduados de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

RECURSOS MATERIALES

Se empleó un formulario para la recolección de datos, obtenidos del archivo de diagnóstico de biopsias y experiencias clínicas en el laboratorio de la Clínica de Referencia.

PROCEDIMIENTO

1. El estudio se realizó en una clínica de servicio y diagnóstico patológico ubicada en la ciudad de Guatemala. Allí se reciben biopsias del Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y clínicas privadas.

2. Se revisaron los libros donde están archivados los resultados de biopsias, según el año en orden correlativo. Se revisaron las biopsias correspondientes a los años 1985 a 1997.

3. Después se revisaron todas las fichas clínicas de los pacientes de la clínica, correspondientes a los años 1985-1997.

4. De todo esto únicamente se escogieron las biopsias y fichas de niños menores de tres años.

5. Se anotó en el instrumento de recolección de datos:

a) Iniciales del paciente.

Edad

Sexo

Antecedentes familiares.*

b) Diagnóstico de la lesión.

c) Localización de la lesión

d) Tratamiento.

e) Pronóstico.

6. Luego de tener recolectados los datos de biopsias y fichas clínicas, se hizo una clasificación de los tumores encontrados.

7. Luego se hizo una tabla donde se anotaron las lesiones ya clasificadas y se pusieron columnas donde estuvieron anotados los nombres de las lesiones y el número de casos que afectaron a cada sexo. Las lesiones fueron clasificadas de acuerdo a la siguiente tabla:

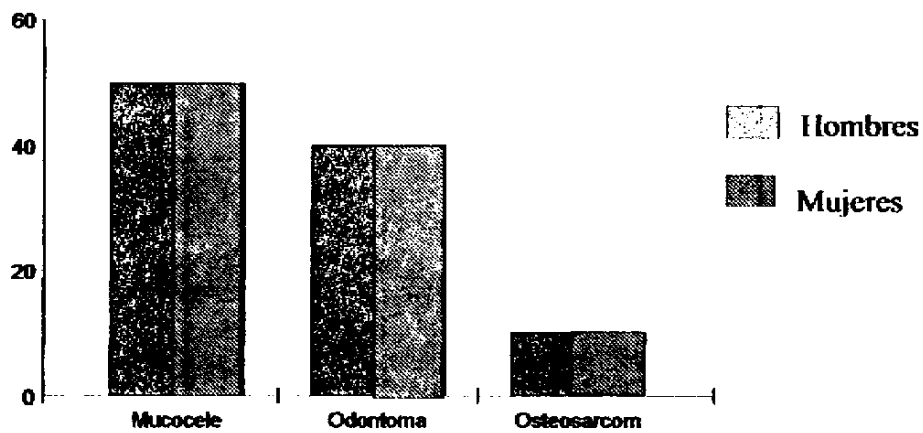
* Se anotaron características del parto, y cualquier otro dato que se consideró asociado al niño

DEFINICIÓN DE VARIABLES

1. **Patología Epitelial:** Incluye todas aquellas alteraciones del epitelio escamoso de recubrimiento, excluyendo las de carácter inmunológico.
2. **Enfermedades por hongos y protozoos:** Incluye todas las enfermedades causadas por hongos, protozoos y parásitos que afectan la región bucal y máxilo-facial.
3. **Infecciones virales:** Son las enfermedades ocasionadas por virus.
4. **Tumores de tejidos blandos:** Se incluirán todas las neoformaciones que afecten tejido conectivo y cualquier tejido contenido dentro del mismo (vasos sanguíneos, fibras nerviosas, etc.). Se incluyen en este grupo glándulas salivares y epitelio superficial.
5. **Tumores o quistes odontogénicos:** Incluye todos aquellos quistes y tumores de origen odontogénico incluyendo los de origen epitelial, mesenquimal o mixtos.
6. **Patología ósea:** Incluye toda anomalía presente en los huesos maxilares y mandíbula, excluyendo tumores y quistes odontogénicos.
7. **Patología de glándulas salivares:** Incluye todas las alteraciones y anomalías de las glándulas salivares menores y mayores, incluyendo enfermedad inmunológica o infecciosa que específicamente afecte estos órganos.
8. **Enfermedades hematológicas:** Incluye todas las enfermedades del tejido linfocítico, así como otros componentes en sangre periférica y médula ósea. Por tanto se incluyen defectos plaquetarios, de glóbulos rojos y enfermedades que afecten la coagulación. Todas las anteriores siempre y cuando presenten manifestaciones en la región bucal y máxilo-facial.
9. **Enfermedades alérgicas e Inmunológicas:** Se incluyen todas aquellas enfermedades mediadas por el sistema inmunológico, excluyendo aquella que tenga etiología infecciosa. Se incluirán también reacciones de hipersensibilidad tanto por contacto local como aquella de respuesta sistémica que aunque tenga manifestaciones generalizadas presenta lesiones en la región bucal y máxilo-facial.
10. **Defectos del desarrollo:** Son aquellas anomalías presentes al momento del nacimiento, que se asocian a una anomalía de la embriogénesis, ejemplo: Labio leporino, pa-

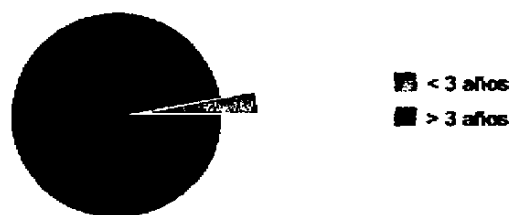
ladar hendido y otras.

8. Luego se hizo un diagrama de barras donde se representó gráficamente el tipo de lesiones más comunes, ejemplo:



9. Finalmente se hizo una gráfica de sectores (pastel), en donde se hizo un conteo total de biopsias y fichas clínicas incluyendo las de los pacientes mayores de 3 años y de este total se separaron los casos de niños menores de 3 años, para poder obtener un porcentaje en cuanto a la incidencia de lesiones bucales en niños menores de 3 años con respecto a los pacientes mayores de 3 años, ejemplo:

Prevalencia de lesiones entre niños < de 3 años respecto al universo estudiado



Para obtener estos datos se utilizó una ficha que fue el instrumento de recolección de datos, que se detalla en el anexo.

El resultado de este estudio aportó datos estadísticos y parámetros epidemiológicos en Guatemala, con respecto a este tipo de lesiones que afectan a niños menores de tres años.

Se hicieron conclusiones sobre la base de los resultados del estudio y algunos tipos de recomendaciones que se consideraron convenientes ya sea en el diagnóstico como en el tratamiento y pronóstico de pacientes con estas lesiones.

La hipótesis propuesta se acercó mucho a la realidad de los resultados obtenidos en el estudio.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Después de hacer el estudio de los casos y recopilación de datos, se encontraron únicamente 85 lesiones en niños menores de tres años. Esto se representó en una gráfica de pastel lo que manifestó el 1.2% con respecto al total de casos estudiados.

Debido a la gran variedad de lesiones encontradas (42 tipos de lesiones), hubo necesidad de clasificarlas para poderlas representar gráficamente; pues se encontraron uno ó dos casos de cada lesión, a excepción de unas pocas en las que se encontraron de 7 a 10 casos de la misma lesión.

Se clasificaron en:

1. Neoplasias.

- 1.1 Benignas: Origen Epitelial
 Odontogénicas.
 Tipo Hamartomas.
 Origen Mesenquimal.

1.2 Malignas:

2. Enfermedades Infecciosas:

- 2.1 De Origen Bacteriano
- 2.2 Micosis.
- 2.3 De origen viral.
- 2.4 Parasitarias
- 2.5 De origen Odontogénico.

3. Patología Inflamatoria:

De tejidos blandos.

4. Patología No Neoplásica de glándulas salivares.

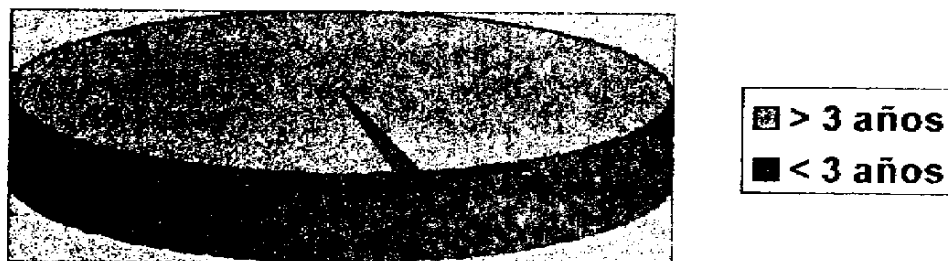
5. Anomalías del desarrollo.

- 5.1 No odontogénicas.
- 5.2 Origen Odontogénico.
- 5.3 Origen Desconocido.

Cada tipo de patología se representó en un diagrama de barras.

GRAFICA 1

COMPARACIÓN DE PATOLOGÍAS EN MENORES DE 3 AÑOS RESPECTO AL GRAN TOTAL



El total de biopsias y pacientes evaluados en 12 años fue de 7,430; de los cuales 85, que representan el 1.2% pertenecen a pacientes entre 0 a 3 años de edad.

CLASIFICACIÓN DE LESIONES

1. Neoplasias

1.1 Benignas

1.1.1 Origen epitelial:

- Papiloma Escamoso	2
- Nevo Epidérmico lineal	1
- Quiste Linfoepitelial benigno	1

1.1.2 Odontogénicos

- Fibroma Odontogénico periférico	1
- Tumor Melanótico Neuroectodérmico De la infancia	2

1.1.3 Tipo Hamartomatoso

- Linfangioma	3
- Angiomiolipoma	1
- Hemangioma Capilar	5
- Torus palatino	1
- Teratoma benigno	2

1.1.4 Origen Mesenquimal

- Neurofibroma	2
- Histiocitosis X	2
- Lipoma	2

- Fibroma 2
- Fibroma osificante juvenil agresivo 1

1.2 Malignas

- Linfoma de Burkitt 1
- Neoplasia maligna de células Pequeñas indiferenciadas de alto grado de malignidad 1
- Glioma nasal 1

2 Enfermedades Infecciosas

2.1 De origen bacteriano:

- Osteomielitis 2
- Impétigo perilabial 1
- Parotiditis bacteriana 3

2.2 Micosis:

- Candidiasis 7

2.3 De Origen Viral:

- Enfermedad de boca, pies y manos 2
- Gingivostomatitis herpética primaria 3

2.4 Parasitarias:

-Toxoplasmosis 1

2.5 De Origen Odontogénico:

- Pulpitis necrotizante aguda irreversible 1

- Absceso periapical con trayecto

Fistuloso 1

3 Patología Inflamatoria:

3.1 Tejidos blandos:

- Glositis Migratoria benigna 4

- Granuloma Ulcerativo traumático con
Eosinofilia (Úlcera de Riga-Fede) 5

- Estomatitis aftosa recurrente 1

- Granuloma piogénico 1

- Hiperplasia linfoide reactiva,
orofaringe 1

4. Patología No Neoplásica de Glándulas Salivares:

- Mucocele 10

- Fenómeno de retención salivar

(Parótida) 1

5. Anomalías del Desarrollo

5.1 No odontogénico

- Nódulo tiroideo lingual 1
- Paladar hendido incompleto 1

5.2 Origen Odontogénico:

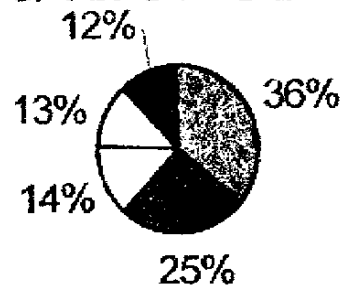
- Pieza dental supernumeraria 1
- Quiste de erupción 2
- Folículo hiperplásico 1
- Amelogénesis imperfecta 1
- Nódulos de Bohm 1

5.3 Origen desconocido

- Hemiatrofia facial 2

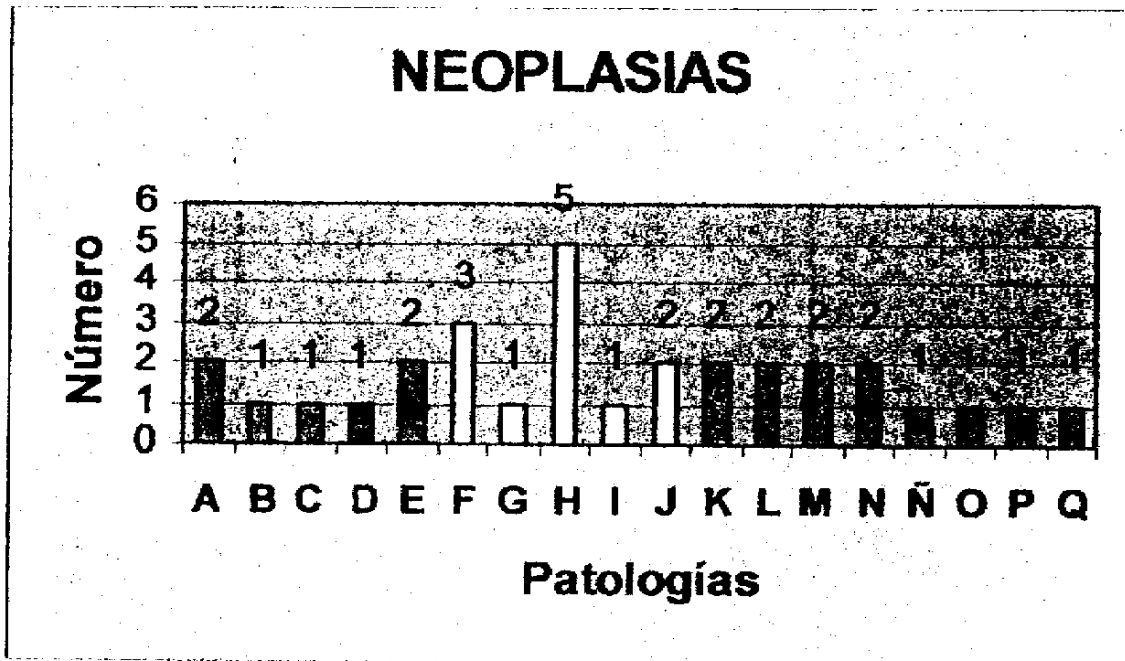
TOTAL DE CASOS	85
-----------------------	-----------

CLASIFICACIÓN DE LESIONES



- Neoplasias
- Infecciosas
- Inflammatorias
- Patología No Neoplásica de Glándulas Salivares
- Anomalías del Desarrollo

GRÁFICA 2



A= Papiloma escamoso B= Nevo epitelial C= Quiste linfopitelial benigno	Epiteliales
D= Fibroma odontogénico periférico E= Tumor melanótico de la infancia	Odontogénicas
F= Linfangioma G= Angiomolipoma H= Hemangioma I= Torus Palatino J= Teratoma Benigno	Origen Hamartomatoso
K= Neurofibroma L= Histiocitosis X M= Lipoma N= Fibroma Ñ= Fibroma osificante juvenil agresivo	Origen Mesenquimal
O= Linfoma de Burkitt P = Neoplasia maligna de células pequeñas indiferenciadas Q= Glioma nasal	Malignas

El presente estudio revela que las lesiones más frecuentemente encontradas fueron de tipo neoplásico, representando el 36.% del total de las lesiones estudiadas. De ellas el 10% (3) fueron neoplasias malignas que representaron el 3.5% del total de lesiones encontradas, lo cual representa un número significativo.

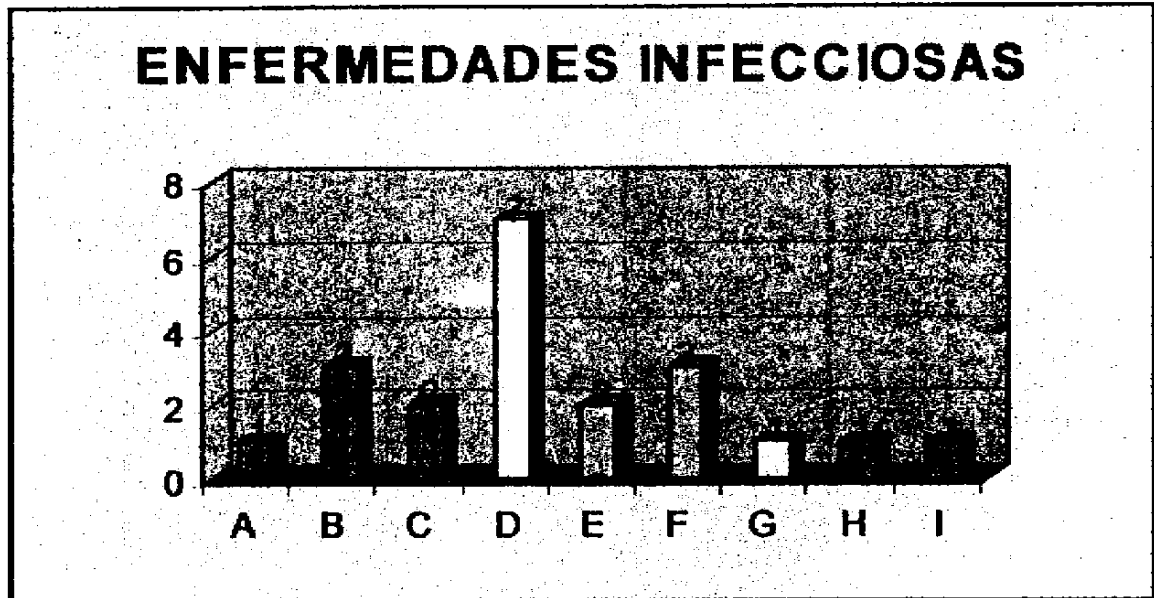
Como era de esperarse, la razón más frecuente en esta categoría fue el hemangioma, el cual representa el 16% de lesiones neoplásicas y el 6% del total de lesiones estudiadas.

Este tipo de lesión al igual que el Torus Palatino a pesar de no considerarse verdaderas neoplasias sino lesiones de tipo hamartomatoso se incluyeron en este grupo por representar crecimiento de tejido, con crecimiento autolimitante.

El hallazgo del torus palatino a tan corta edad es poco usual, ya que es una lesión que aparece a mayor edad en la vida.

Aunque no existe seguimiento, es altamente probable que los dos casos de neurofibroma encontrados representen el espectro de neurofibromatosis, en cuyo caso es mandatorio proporcionar consejería genética a la familia de estos niños por ser una condición hereditaria con patrón autosómico dominante. De no haber historia familiar, se debe sospechar que los pacientes representan la mutación genética, pues sería excepcional que esta lesión se presentara en forma aislada a tan corta edad.

GRÁFICA 3



A =	Impétigo	De origen Bacteriano
B =	Parotiditis bacteriana	Bacteriano
C =	Osteomielitis	
D =	Candidiasis	Micosis
E =	Enfermedad de boca, Pies y manos.	De origen Viral
F =	Gingivoestomatitis Herpética.	Viral
G =	Toxoplasmosis	Parasitarias
H =	Pulpitis necrotizante Aguda.	De origen Odontogénico
I =	Absceso periapical Con trayecto fistuloso	Odontogénico

El segundo grupo de lesiones de mayor frecuencia fueron enfermedades infecciosas, representando el 25% del total de lesiones que afectan el grupo neonatal. De ellas las causadas por hongos y específicamente candidiasis representa el 33% de enfermedades infecciosas en el grupo etáreo estudiado. Otra enfermedad importante en términos de frecuencia fueron las de origen viral, siendo la primo-infección por Herpes Simple Tipo I, la virosis más frecuente, representando el 14% del total de enfermedades infecciosas.

Los dos casos de enfermedad de boca, pies y manos, coincidieron con una epidemia en niños de la ciudad capital en el año 1997 siendo causada por el virus Coxsakie. Estos dos casos representaron el 9.5% de enfermedades infecciosas encontradas.

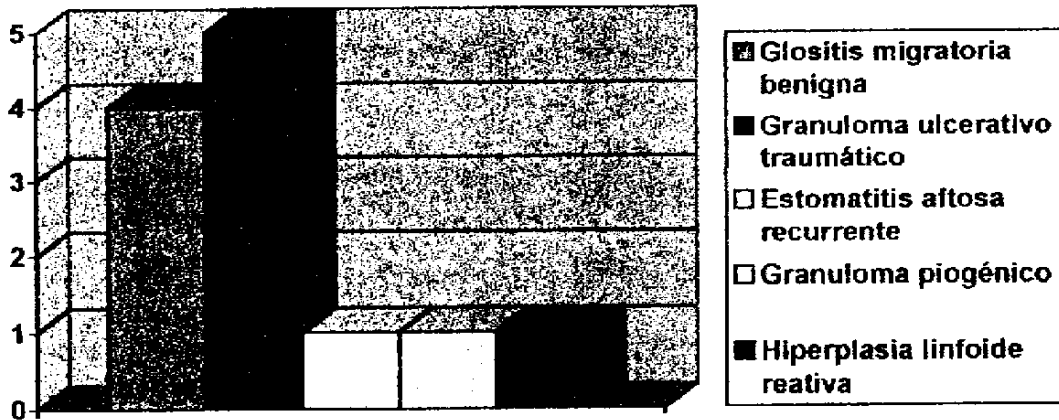
Las enfermedades infecciosas de origen odontogénico fueron únicamente dos, aspecto probablemente atribuible a la corta edad de los pacientes, por el poco tiempo de tener piezas dentales presentes.

La parotiditis de origen bacteriano la cual generalmente es causada por bacterias de especie estafilococo, interesantemente representó el 14% de los casos de origen infeccioso, igualando la frecuencia de la primo-infección por herpes simple tipo I, lo cual evidencia que probablemente es una patología importante en este grupo de población pediátrica de Guatemala. Es de hacer notar que el tratamiento de la misma requiere de vigilancia estricta y administración de antibióticos sistémicos por largos períodos de tiempo, que no deben ser menores de 5 semanas.

A pesar de no haberse documentado una etiología odontogénica, es probable que la misma sea la causa de ambos casos de osteomielitis. En el único caso de osteomielitis aguda es importante mencionar que el manejo requiere antibióticos sistémicos a largo plazo (mínimo 6 semanas) y el legrado quirúrgico del hueso afectado. Pudiendo producir morbilidad significativa del paciente.

GRÁFICA 4

PATOLOGÍA INFLAMATORIA



La patología inflamatoria (no infecciosa) de tejidos blandos de cavidad oral representó la tercera causa en frecuencia de lesiones diagnosticadas en el grupo pediátrico de estudio. Se diagnosticaron 14 lesiones de este tipo que representaron el 14% del total de las 85 lesiones encontradas. En ellas el granuloma eosinofílico traumático sub-clasificado en este grupo como úlcera de Riga-Fede en recién nacidos representó el 42% de la patología inflamatoria de tejidos blandos, esta es una lesión cuya cicatrización es lenta y el dolor que produce es significativo. El manejo consiste en analgésicos, antiinflamatorios y debridación periódica de la lesión, así como de la eliminación del Factor etiológico que en este grupo, a su mayoría se asocia a dientes neonatales. En casos severos se recomienda el uso de esteroides tópicos.

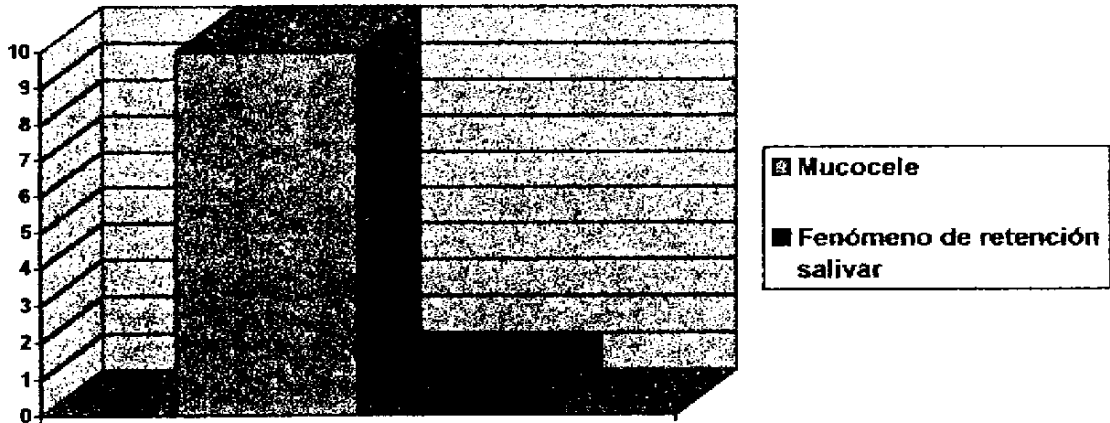
La segunda patología inflamatoria en frecuencia fue la Glositis migratoria benigna (lengua geográfica) que representó el 28.5% de los casos. La etiología de esta condición es desconocida, se restringe a la lengua y no requiere de tratamiento a menos que esté secundariamente sobreinfectada por candidiasis. Se recomienda evitar el consumo de alimentos irritantes o condimentados.

Se encontró un caso de cada una de las siguientes condiciones: estomatitis aftosa recurrente, granuloma piogénico e hiperplasia linfoide reactiva de paladar blando (Anillo linfático de Waldeyer).

En el caso de estomatitis aftosa recurrente el porcentaje del número de casos encontrado, fue menor al de otro grupo de población, ya que se ha reportado que es una enfermedad que afecta en promedio al 7% de la población general. Este bajo número de casos se podría explicar el hecho de que la enfermedad inicia sus manifestaciones después de los 3 años de edad.

GRÁFICA 5

PATOLOGÍA NO NEOPLÁSICA DE GLÁNDULAS SALIVARES

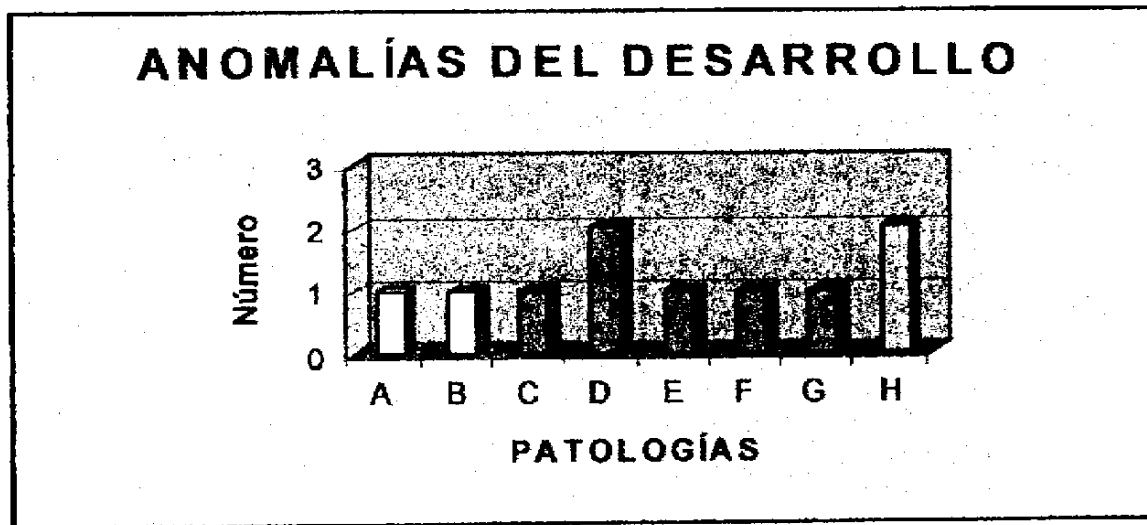


Las lesiones de glándulas salivares representan el 13% del total de las 85 lesiones estudiadas. Siendo el mucoccele la más frecuente de ellas, representando el 91% de las lesiones neoplásicas de glándulas salivares.

El mucoccele representa un fenómeno de extravasación salivar, secundario a la ruptura del conducto secretor de una glándula salivar menor. Es probable que al igual que otro tipo de patología encontrada existe un subregistro del mismo, ya que se desconoce el número de casos diagnosticados por cirujanos dentistas, debido a que la mayoría de ellos, como se mencionó previamente no usan la biopsia como método de diagnóstico, la cual en el caso específico de esta lesión es mandatoria, porque puede ser clínicamente indistinguible de cisticercosis o neoplasias malignas tales como el carcinoma mucoepidermoide, este último, la forma de tumor de glándulas salivares más común del grupo pediátrico, a pesar de ser una neoplasia maligna.

Se encontró un caso de retención salivar parotídea de origen obstructivo cuya causa exacta no fue posible determinar.

GRÁFICA 6



A=	Nódulo tiroideo lingual	No Odontogénicos
B=	Paladar Hendido Incompleto	No Odontogénicos
C=	Pieza dental supernumeraria	Odontogénicos
D=	Quiste de Erupción	
E=	Folículo hiperplásico	
F=	Amelogénesis imperfecta.	
G=	Nódulo de Bohn	
H=	Hemiatrofia facial	Origen desconocido

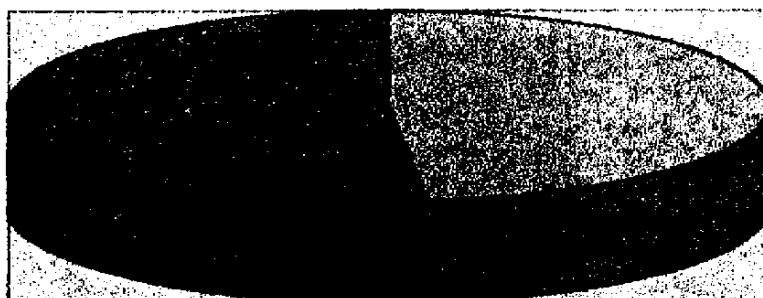
Las anomalías y patología del desarrollo, cuya etiología es desconocida, pero no atribuible a agentes infecciosos o procesos inflamatorios, representaron el 12% del total de las lesiones. De ellas el 60% fueron anomalías de origen odontogénico, siendo el quiste de erupción el más frecuente representando el 20% de las lesiones de origen odontogénico. Es altamente probable que exista un sub-registro significativo de este tipo de lesión, debido a que la mayoría de los mismos son diagnosticados por cirujanos dentistas que no utilizan el estudio histopatológico como método de diagnóstico en forma rutinaria y no consultan estos casos, debido a que el diagnóstico de la misma presenta aparentemente poca dificultad en su diagnóstico.

Otras anomalías del desarrollo fueron un caso de tiroides lingual y otro de paladar hendido. Ambos representan el 20% de anomalías del desarrollo.

...Continuación Gráfica 6

El caso del nódulo tiroideo lingual en un niño de tan corta edad, es significativo, porque puede asociarse a casos severos de hipotiroidismo e incluso cretinismo. Debido a que la relación con dicho paciente fue el diagnóstico a través de biopsia, se desconoce si dicho extremo fue descartado.

GRAFICA No. 7 SEXO



■ HOMBRES
■ MUJERES

La proporción de varones y mujeres en la muestra no fue significativamente representativa, encontrándose únicamente 41 casos de varones y 44 de mujeres, con una relación hombre-mujer de 1:1.07. Lo cual como se dijo anteriormente no es significativo.

CONCLUSIONES

El Hemangioma, mucocele y candidiasis fueron las patologías más frecuentes; a pesar de ello, el presente estudio revela que las lesiones de la cavidad bucal y estructuras adyacentes en el grupo de pacientes neonatales estudiados, de 0 a 3 años de edad representan un grupo amplio y heterogéneo de enfermedades, algunas de las cuales producen poca o ninguna morbilidad, tal el caso del nódulo de Bohn. Sin embargo la mayoría de enfermedades encontradas neoplásicas e infecciosas, así como aquellas de origen desconocido como la hemiatrofia facial, representan condiciones que tienen el potencial de producir morbilidad significativa y afecta la calidad de vida de niños de tan corta edad. Otras, suelen asociarse a un alto porcentaje de mortalidad como es el caso del Linfoma de Burkitt y otros tumores malignos, que en este grupo de pacientes pediátricos, tienden a ser de alto grado de malignidad. En consecuencia, aunque no sea patología frecuente, el estomatólogo especialista o de práctica general y particularmente el odontopediatra deben estar familiarizados con el diagnóstico y terapéutica de estas lesiones. Es mandatorio también que aunque no desempeñe el papel principal en el tratamiento, luego de hacer el diagnóstico de algunas de estas condiciones, esté preparado a enfrentar las potenciales complicaciones de las diferentes modalidades terapéuticas, como la quimioterapia y la radioterapia en tratamiento de cáncer, pues sus manifestaciones en boca son frecuentes y muchas de ellas prevenibles.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que el contenido del presente trabajo de tesis, sea difundido a estudiantes y profesionales de medicina y estomatología, particularmente a especialistas de pediatría y odontopediatría. Es adicionalmente recomendable que las lesiones encontradas, independientemente de su frecuencia, sean incluidas en los programas de pre-grado en el área de patología y odontopediatría en las Facultades de Odontología del país, para que los futuros profesionales se familiaricen con lesiones que específicamente ocurren con mayor frecuencia en ciertos grupos etáreos.

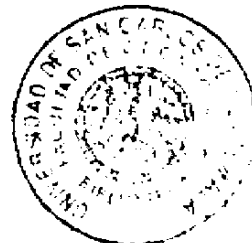
En el caso particular del grupo pediátrico estudiado esto es importante para permitir un diagnóstico y tratamiento tempranos que evite secuelas o que ponga en peligro la vida misma de los niños.

Es recomendable que este estudio sea hecho en el futuro en las salas de recién nacidos y en los servicios de pediatría de hospitales nacionales de referencia, para contar con una base epidemiológica más amplia y confiable.

Referencias Bibliográficas

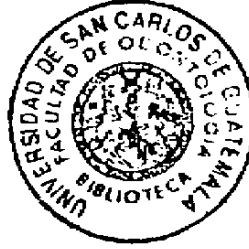
Consultas Bibliográficas

1. Bhaskar, S. N. Patología Bucal / S.N. Bhaskar. México : El Ateneo, 1984. 302 p.
2. Cataldo, E., M. D. Berkman. Cysts of the Oral Mucosa in Newborn. p. 44-48. Amer. J. Dis. Child. Vol. 22, No. 4 (April. 1968)
3. Cohen, L. Mucoceles of the Oral cavity. p. 365 -372. Oral Surg. Vol. 1, No. 19 (May. 1965)
4. Fragoso Ramírez, José A. Estomatología del Recién Nacido / José A. Fragoso Ramírez. México : Instituto Nacional de Perinatología, 1992. p. 101-148.
5. From, A. Epstein Pearls, Bohn nodules and inclusions cysts of the oral cavity. p. 45. J. Dent. Child. Vol. 34, No. 2 (June. 1967)
6. Greer, Robert O. The Oral Cavity; in Pathology / Robert O. Greer. New York : Edited S. G. Silverberg, 1982. p. 1-48.
7. _____ Tumors of the head and neck in children; Clinopathologic perspectives / W. Gary Mireau y Blaise E. Favara. New York : Praeger publishers, 1983. 416 p.
8. Kruger, Gustav O. Tratado de Cirugía Bucal / Gustav O. Kruger. Trad. por Georgina Guerrero. 4ª ed. México : Nueva Editorial Interamericana, 1983. p. 356-374.
9. López Acevedo, C. Manual de Patología Oral / C. López Acevedo. Guatemala : Editorial Universitaria, 1979. 443 p.
10. Meyer, I. Dermoid Cysts of the floor of the mouth. p. 1149-1169. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol. Vol. 8, No. 2 (February. 1965)
11. Nolte, W. A. Microbiología Odontológica / W.A. Nolte. trad. Por María de Lourdes Hernández Cázares. 4ª ed. México : Editorial Interamericana, 1991. p. 384-389.
12. Sabiston, D. C. Cicatrización de las heridas; características clínicas y biológicas / D.C. Sabiston. 6ª ed. México : Editorial Interamericana, 1974. V.1, p. 221-232.
13. Schwars, A. M. Tratado General de Odonto-estomatología / A.M. Schwars. Madrid : Alhambra, 1965. 90 p.
14. Smith, D. W. Nomenclatura y Clasificación de las malformaciones congénitas en temas selectos p. 97. Ped. Clínica. Vol. 2, No. 2 (Marzo. 1980)



15. Torres, A. B. I., J. A. Fragoso R., L. J. Martínez Colonización bacteriana de la cavidad oral del recién nacido. p. 78-84. Bol. Med. del Hosp. Infantil de México. Vol. 47, No. 2 (Jun. 1990).

Vo. Bo.
EMM



ANEXO

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA CLÍNICA

INICIALES DEL PACIENTE:

Edad:

Sexo

ANTECEDENTES FAMILIARES:

DIAGNÓSTICO:

LOCALIZACIÓN:

TRATAMIENTO DE LA LESIÓN:

PRONÓSTICO:

Ana Judith Rivera Veliz

**ANA JUDITH RIVERA VELIZ
SUSTENTANTE**

Roman Carlos Bregni

**DR. ROMAN CARLOS BREGNI
ASESOR**

Axel Popol Oliva

**DR. AXEL POPOL OLIVA
REVISOR**



Jose Guillermo Ordoñez Mendia

**DR. JOSE GUILLERMO ORDOÑEZ MENDIA
REVISOR**



Vo.Bo.

Carlos Alvarado Cerezo

**DR. CARLOS ALVARADO CEREZO
SECRETARIO**