

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Catedra de Anatomia Patologica
Prof. Dr. Sergio Di Piramo



**MANUAL DE PATOLOGIA
PARA EL CURSO DE
ASISTENTES DENTALES**

**Dra. Verónica Keochgerian
Dra. Verónica Beovide
Dra. Virginia Garcia
Dr. Carlos Gargaglioni
Br. Liliana Soria**

F. 2180

INTRODUCCION

Quizás, estos temas de patología bucal, resulten áridos para el futuro asistente dental.

Sin embargo consideramos de vital importancia para su formación, el conocimiento de términos que el odontólogo maneja en su práctica profesional al designar las lesiones con las que se enfrenta.

El Asistente Dental al formar parte de un equipo de salud, cumple no solo con el manejo de los materiales, instrumental, administración del consultorio o servicio odontológico, sino que también recaba datos de enfermedades de diversa índole que se puedan presentar.

Estas enfermedades serán descritas por el profesional pero el Asistente reconocerá y transcribirá con total solvencia estos datos a la ficha particular de cada paciente.

PATOLOGIA

La patología es la disciplina científica que estudia las enfermedades. La palabra enfermedad deriva del griego y significa etimológicamente PATHOS trastorno, sufrimiento; LOGOS estudio, conocimiento. A su vez podríamos decir que la enfermedad constituye una modificación anormal en las estructuras o función de cualquier parte del organismo.

Dentro de la patología consideramos 1) la etiología de las enfermedades o sea el estudio de las causas que ocasiona una enfermedad; sin embargo muchas veces las enfermedades son de etiología desconocida. 2) los cambios estructurales que esas causas producen determinando lesiones apreciables macroscópica o microscópicamente. 3) cambios funcionales en órganos y tejidos. Del conocimiento de estos tres factores surgirá el diagnóstico y la terapéutica adecuada para estas enfermedades.

Obviamente la patología se basa en el conocimiento de otras disciplinas : Anatomía, Histología, Fisiología, éstas son la base que nos podrán ubicar exactamente en la dimensión de los cambios estructurales de órganos y tejidos.

Todo diagnóstico de una enfermedad se funda en tres pilares :

- 1) Diagnóstico clínico
- 2) Diagnóstico Anatómico Patológico
- 3) Diagnóstico radiológico

Muchas veces el primer elemento es suficiente para rotular una enfermedad. La acción del clínico es fundamental, puesto que recopilará en una historia clínica, individual para cada paciente un conjunto de datos. Estos constituyen los SÍNTOMAS Y SIGNOS de esta enfermedad.

Se entiende por SÍNTOMAS los elementos subjetivos, o sea los fenómenos que el paciente relata sobre su enfermedad.

En cambio los SIGNOS son los datos objetivos, observados por el clínico mediante un examen del paciente. Cuando signos y síntomas son insuficientes es necesario muchas veces recurrir a los otros pilares del diagnóstico.

La Anatomía Patológica se define como la disciplina que estudia las lesiones. Estas se apreciarán a) macroscópicamente ej. observamos una cavidad cariosa en una pieza dentaria, b) microscópicamente utilizando fundamentalmente el microscopio óptico, c) estudio de células aisladas por medio de la citología exfoliativa.

Y finalmente la radiología es fundamental para el diagnóstico de estructuras duras del organismo (huesos y dientes).

PATOLOGIA BUCOMAXILAR

En general los procesos patológicos que se pueden presentar en la economía, incluyendo la cavidad bucal, son de dos tipos:

- A) Inflammatorios
- B) Neoplásicos o tumorales

pero considerando las estructuras dentarias como un elemento fundamental en la profesión odontológica agregamos el capítulo de PATOLOGIA DENTARIA. Un diente está formado por tejidos duros: esmalte, dentina y cemento y además por tejidos blandos: pulpa dentaria y paradencio dental. Ambos pueden sufrir procesos inflamatorios como cualquier otro tejido de la economía. Los tejidos duros dentarios, sufren en cambio procesos patológicos destructivos de diversa índole que llevarán a la pérdida de parte o de la totalidad de los mismos.

Procesos destructivos dentarios

Pueden ser de dos tipos: a) sin afectación de la estructura dentaria
b) con afectación de la estructura dentaria

Dentro de los primeros , por orden de frecuencia tenemos los siguientes procesos:

- 1)Caries
- 2)Atricción
- 3)Abrasión
- 4)Erosión
- 5)Fracturas
- 6)Reabsorsiones

CARIES

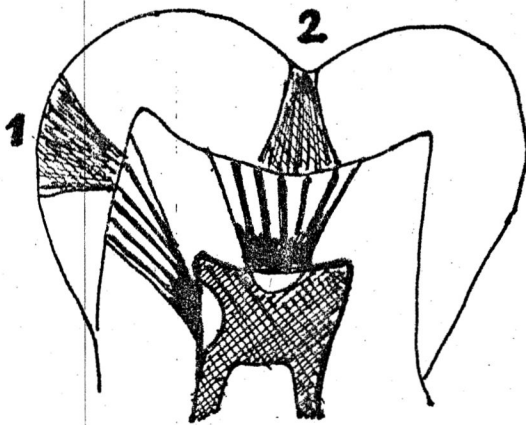
Es el proceso mas común que afecta a los dientes. Se puede definir a la caries dentaria como "una enfermedad post-eruptiva que afecta a los órganos dentarios y que se caracteriza por la descalcificación y la desorganización de estos tejidos como consecuencia de la acción de los microorganismos de la placa bacteriana.

La caries dentaria constituye la enfermedad número uno de Salud Pública Mundial. Se dice que es una enfermedad universal que no respeta sexo, raza, edad ni estrato socio-económico alguno. Puede afectar al esmalte solamente, a este y a la dentina y muchas veces al cemento radicular.

La caries de Esmalte se puede presentar en caras oclusales en aquellas zonas mas susceptibles como son fosas, surcos y fisuras, en las caras proximales y en el tercio gingival de las caras vestibular y lingual.

Clinicamente comienza como una mancha blanca, porosa que puede luego tenerse por los alimentos.

El avance de la caries de esmalte en las caras oclusales es en forma de cono cuyo vértice se ubica en el fondo de la fosa o fisura y cuya base esta hacia el límite amelodentinario.



Profundización de caries
1) en superficies lisas
conos de caries con
vértice dirigido a pulpa.
2) en surco: cono ad-
amantino con vértice
externo y base hacia
pulpa; cono dentinario
similar al de la superfi-
cie lisa. (extraído
de Cabrini).-

En cambio , en la caries de esmalte de las superficies lisas el cono tiene base exterior y vértice hacia el límite amelodentinario. La explicación de esta diferencia de avance de las caries radica en la dirección que llevan los prismas adamantinos.

Caries de dentina

La dentina es un tejido mucho mas blando que el esmalte debido a que su cantidad de sustancia orgánica que es de un 30% y un 70% de sales minerales. El cono de avance de las caries dentinarias es a base en el

límite amelodentinario y vértice hacia la pulpa dental. Los canaliculos dentinarios ofrecen las vías de avance de los microorganismos, que pueblan estos canales huecos para luego desintegrar sus paredes y la sustancia intercanalicular.

Caries de cemento

Se presenta en personas mayores en las cuales hay retracción gingival produciendo la exposición del cemento en la cavidad bucal. La placa bacteriana adherida sobre el cemento puede desintegrarlo en forma similar a lo que ocurre en la dentina.

Instrumental necesario para el diagnóstico de caries dental

Espejo, sonda y pinzas son los tres elementos fundamentales.

La sonda nos permitirá determinar el mínimo enganche existente en la superficie adamantina. Cuando la caries es proximal muchas veces es fundamental la separación dentaria. La radiología, la transiluminación por espejo corriente y la luz de algunas lámparas de fotocurado nos permite un diagnóstico de las lesiones cariosas.

La caries dentinaria es fácilmente apreciable por la presencia de una cavidad. El instrumental fundamental para la eliminación de dentina reblandecida es la cucharita de dentina.

ATRICCIÓN

Es el desgaste fisiológico de los dientes como resultado de la masticación. Es un fenómeno evidentemente de envejecimiento que no puede ser considerado patológico.

La atricción comienza desde el momento que los dientes se ponen en oclusión y se da tanto en la dentición temporaria como en la permanente.

Los hombres suelen presentar mayor atricción, por poseer mayor fuerza masticatoria que las mujeres.

El bruxismo es un hábito lesivo que se caracteriza por una acción inconsciente de apretamiento y frotamiento de las arcadas dentarias. Generalmente se produce durante el sueño y se debe a las descargas emocionales producidas como consecuencia del stress.

Es corriente observar dientes gastados de forma tal que las cúspides se aplanan y los bordes incisales se transformen en caras. Es un ejemplo patológico de atricción dentaria.

ABRASIÓN

Es un desgaste patológico de los tejidos dentarios a causa de sustancias interpuestas entre las arcadas, diferentes de las sustancias alimenticias. Por ejemplo los desgastes de los bordes incisales de las costureras al sostener con sus dientes las agujas.

Los sopladores de vidrio desgastan sus bordes dentarios por la arena que es utilizada en esta función.

Los músicos de instrumentos de viento por la boquilla del instrumento musical.

En las caras proximales se pueden ver desgastes debido al mal uso de los cepillos interdentarios.

En los cuellos dentarios, por el cepillado horizontal es común de observar verdaderas cunas de desgaste que abarcan el cemento radicular.

EROSION



Se define como la pérdida de sustancia dental en la zona de la corona radicular de la corona dentaria.

Se manifiesta clínicamente por una depresión en forma de plato, lisa y pulida sobre la superficie adamantina, en la parte gingival de la corona. Existe una forma, llamada erosión idiopática, que es de causa desconocida, y otra que es la erosión provocada por ácidos.

En personas con alteraciones gástricas a las que se les administra ácido clorhídrico se pueden dar en zonas linguales o vestibulares la aparición de estos desgastes.

También debido a vómitos crónicos o al hábito de succionar limones.

FRACTURAS DENTARIAS

Los accidentes pueden llevar a las fracturas de los tejidos dentarios. Estos pueden ser leves; abarcando solo una parte del esmalte que puede ser ángulo o borde incisal o ser más severos e interesar la dentina e incluso provocar la exposición de la pulpa dentaria.

Otro tipo de fractura puede interesar la raíz dentaria, que puede darse a distintos niveles. Además pueden ser transversal o longitudinal, en este último caso el pronóstico es reservado.

Muchas veces los traumatismos llevan a la intrusión del diente en su alvéolo o a la exfoliación patológica de todo el órgano con sus fibras periodontales adheridas al cemento.

REABSORCIONES

Pueden ser fisiológicas o patológicas. Las primeras ocurren en la dentición temporaria cuando los dientes dan paso a los permanentes.

Las reabsorciones patológicas ocurren fundamentalmente en la dentición permanente.

Cualquier reabsorción en un diente permanente debe ser considerada patológica. Ej. a) el tercio radicular de un diente permanente puede reabsorberse por un proceso crónico tal como un quiste apical o granuloma.

b) la raíz de un diente erupcionado puede sufrir reabsorciones debido a tumores odontogénicos que estén dentro del hueso maxilar.

c) un diente retenido puede presionar a un diente erupcionado produciendo reabsorciones radiculares.

Las cámaras dentarias de un diente permanente o temporario pueden sufrir reabsorciones patológicas por causas desconocidas; son las llamadas reabsorciones internas.

Todos los procesos dentarios destructivos anteriores se producen sobre dientes cuya estructura dentaria no presenta alteraciones. El esmalte, dentina y el cemento se han formado normalmente y los dientes han hecho erupción en la cavidad bucal, luego sufren alguno de estos procesos.

Sin embargo muchas veces los procesos destructivos están relacionados con defectos del desarrollo dentario que llevan a la formación de tejidos mal constituidos.

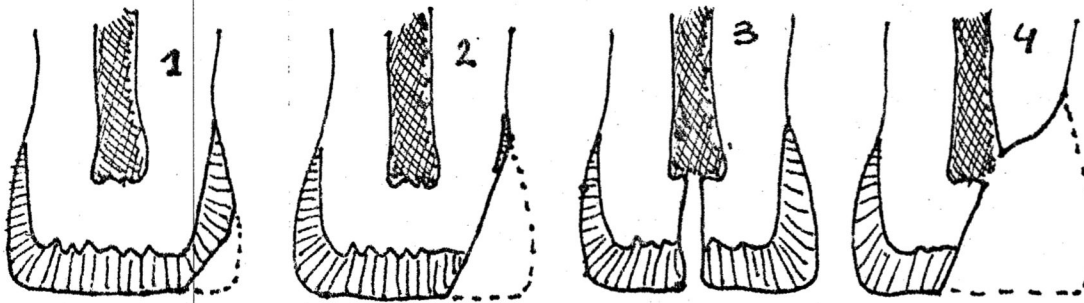
Diferentes tipos de noxas actúan durante el desarrollo de estos dientes dentro de los maxilares y pueden determinar esmaltes de mal formación que muestran luego un diente con sus superficies recubiertas por este tipo de esmalte malformado.

Cuando el defecto actúa sobre la matriz del esmalte decimos que estamos frente a una Hipoplasia de Esmalte.

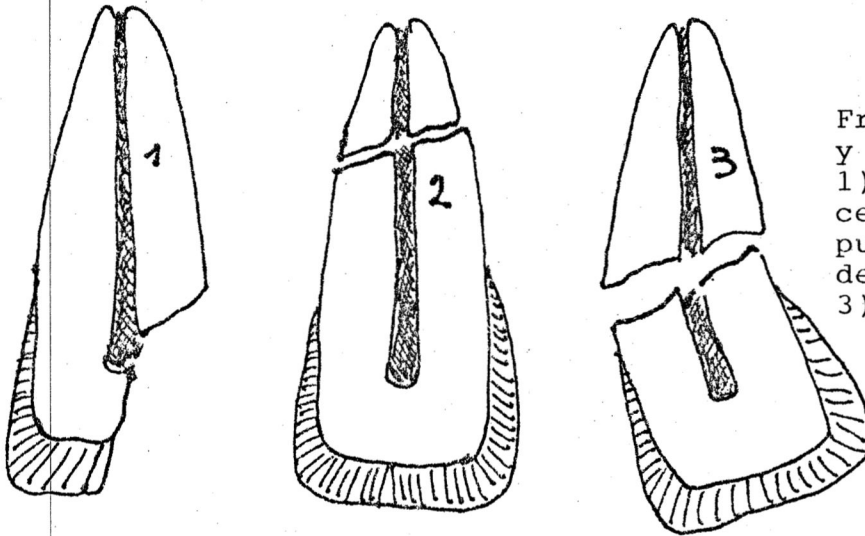
Cuando el defecto ocurre más tarde en el desarrollo y afecta a la calcificación o maduración del esmalte decimos que es un esmalte hipocalcificado. Cuando los defectos son de ambos tipos, hablamos de Displasia Adamantina.

En algunas oportunidades el defecto es transmitido genéticamente produciéndose un defecto adamantino total que se denomina AMELOGENESIS IMPERFECTA a veces relacionada con la OSTEOGENESIS IMPERFECTA.

La dentina y el cemento tambien pueden sufrir afecciones de su estructura tal cual ocurre en el esmalte dentario.



Fracturas coronarias
 1) Adamantina.
 2) Amelodentinaria
 3) Amelo-dentino-pulpar sin exposición pulpar.
 4) Penetrante con exposición pulpar.



Fracturas corono-radicular y radiculares.
 1) Oblicua amelo-dentino-cementaria con exposición pulpar. 2) Radicular cemento-dentino-pulpar (intraalveolar).
 3) Radicular con pérdida del cabo coronario.
 (extraído de Cabrini)

BIOPSIA Y CITODIAGNOSTICO

Los métodos de estudio anatomopatológicos, comprenden el histodiagnóstico y el citodiagnóstico.

El histodiagnóstico es el estudio de fragmentos de tejidos obtenidos por una toma biopsica de la lesión, que nos permite estudios microscópicos.

El citodiagnóstico es el estudio de células aisladas, que son obtenidos por raspado o por citopunción, llamándose Citología Exfoliativa y Citología por punción respectivamente.

BIOPSIA

DEFINICION

Extracción de un fragmento de tejido vivo, con fines de estudio microscópico o tambien bacteriológico.

Besnier y Darier son dos dermatólogos, franceses, quienes introducen dicho método de estudio.

Cuando realizamos una biopsia?

Hay 3 posiciones: a) La biopsia es obligatoria.

b) La biopsia es facultativa.

c) La biopsia esta contraindicada.

a) Frente a sospechas de malignidad, o cuando no es difícil llegar a un diagnóstico, y ademas la lesion persiste.

Regla "Toda lesion que persiste por mas de diez dias una vez removidos todos los posibles irritantes, debe ser biopsiada".

b) Frente a una lesion benigna y que no ofrece dudas en su pronóstico y

evolución , pero el profesional quiere hacer un estudio de dicha lesión.
c) En tumores vasculares, hemofílicos , y en casos en que la lesión esté muy extendida y el tiempo de sobrevida es corto.

TECNICA PARA LA OBTENCION DE LA BIOPSIA

Para que el fragmento obtenido de la lesión sea representativo para el estudio del patólogo , debemos tener en cuenta ciertos requisitos: a) Datos del paciente del punto de vista general, previos a la intervención quirúrgica.

b) Asepsia antisépticos sin Yodo , para evitar problemas de coloración de los tejidos que impidan su observación c) Anestesia de preferencia regional, por ser la anestesia local la que edematiza los tejidos.

d) Instrumental para la toma Biopsica. Instrumental para la insiccion quirúrgica

Bisturí, recto con hoja chica.

Pinza de disección de bordes romos para evitar estropear el material con las pinzas dentadas, abrebocas y separadores con los cuales tendremos un mejor acceso a la cavidad bucal y mejor visualización de la zona a biopsiar . Elementos de sutura como ser hilo, aguja, porta agujas y tijera.

e) Elección del fragmento debe tener la profundidad, orientación y representatividad adecuadas al caso motivo de estudio, es el odontólogo quien efectúa la toma biopsica y elige el fragmento a estudiar.

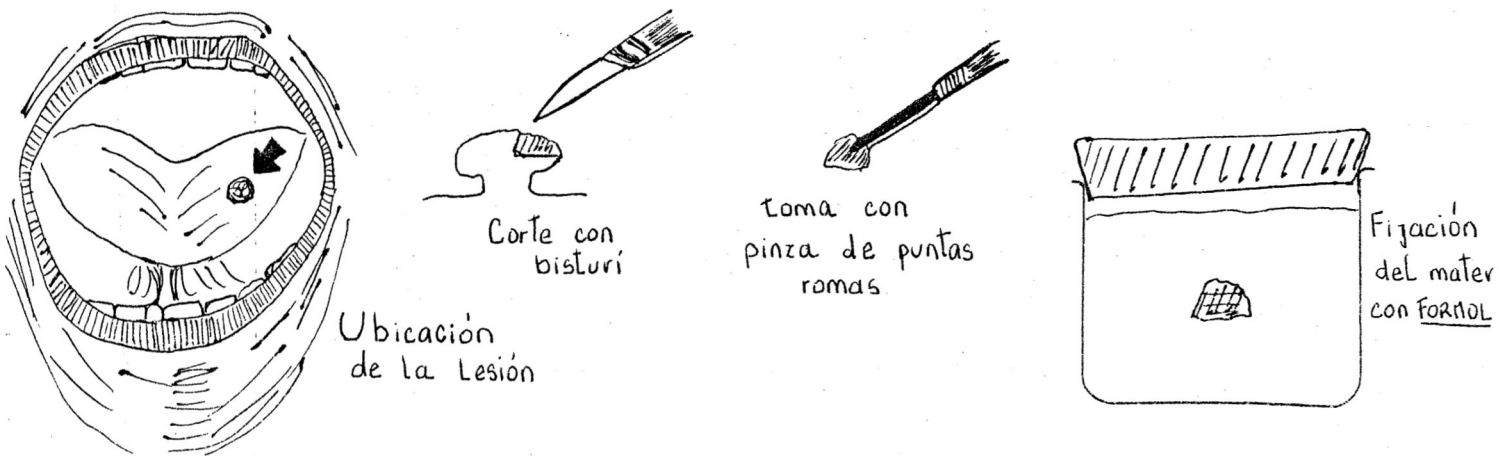
f) Fijación paso fundamental y es la asistente quien debe cuidar del fragmento obtenido , brindándole las condiciones necesarias que lo conserven lo mas parecido al tejido en forma viva. El fijador ma comun es el formol al 10 % , y se obtiene con una parte de formol, (formalina 40%) y 9 de agua destilada , a esta solución se le añade un trozo de tiza (carbonato de calcio) para neutralizar los posibles radicales ácidos .

Si no se contara con esta solución se podrá fijar por unas horas en alcohol a 96%.

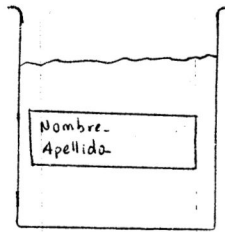
Para fijar el fragmento obtenido , debe introducirse en un frasco de boca ancha , con el líquido fijador (formol 10%), 30 volúmenes de fijador con respecto al trozo de tejido , 24 a 48 horas mas tarde el fragmento está fijado.

g) Historia Clínica con los datos al Patólogo, como ser nombre apellido dirección edad sexo datos sobre la lesión como ser ubicación superficie etc. Ficha con que cuenta el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología.

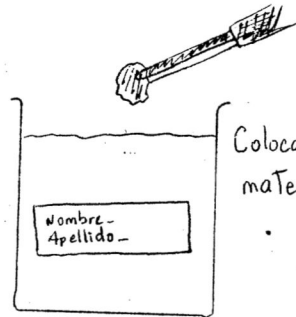
CUADRO ESQUEMATICO SOBRE LA OBTENCION DE LA TOMA BIOPSICA



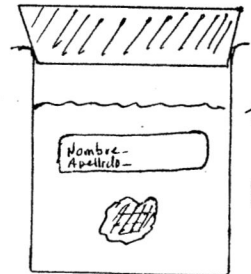
CORRECTA COLOCACIÓN DEL MATERIAL



Frasco boca ancha con líquido fijador y etiqueta con nombre



Colocación del material



Pronto para enviar al Laboratorio

PASOS EN LOS QUE PUEDE ESTROPEARSE EL MATERIAL

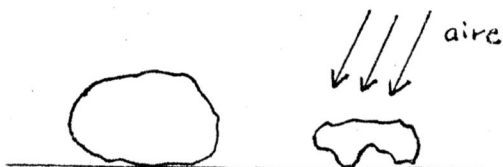
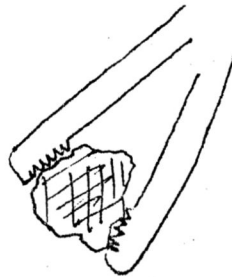


INCORRECTA COLOCACIÓN DEL MATERIAL

Material colocado a presión

Frasco angosto

Pinza inadecuada que estropea el material



material dejado al aire desecado

Otro punto importante , en que el asistente debe estar es en como debe ese material llegar al laboratorio para ser estudiado: 1) Historia Clínica con los datos allí pedidos.

2) Frasco con el material en formol 10% y con la etiqueta y datos del paciente (nombre , apellido).

CITODIAGNOSTICO

TECNICAS:

- 1) Células exfoliadas por raspado de lesiones superficiales CITOLOGIA EXFOLIATIVA
- 2) Celulas aspiradas de lesiones profundas CITOPUNCIÓN

1) Citología exfoliativa

Las celulas corresponden al material de estudio , el cual se obtiene raspando las lesiones superficiales .

TECNICA

Puede utilizarse un baja lengua de madera o en su defecto una espatula de cemento .Previo al raspado debe humedecerse el instrumento y raspar en un mismo sentido varias veces.

El material obtenido se extenderá en un portaobjetos seco , luego se procederá a fijar el material para que no se desprenda .Se realiza sumergiendolo en alcohol al 96% durante 15 minutos, ese portaobjetos debe marcarse con una grampa o leuco el lado donde ha sido fijado el material con el fin de no ser danado.

Dichos preparados deberan ser acompañados de la correspondiente Historia Clínica.

2) CITOPUNCIÓN

El material es obtenido por aspiración de lesiones profundas .

El instrumental utilizado es :Jeringa de vidrio de 20 ml

Agujas fina

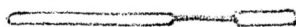
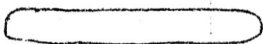
Portaobjetos

Una vez hecha la toma se retira la jeringa, se saca la aguja se llena de aire ,se vuelve a insertar la aguja , luego se extenderá el material sobre un porta objetos.

La fijación en esta técnica se logra por secado al aire.

CITODIAGNOSTICO

Citología Exfoliativa



baja lengua o
espatula

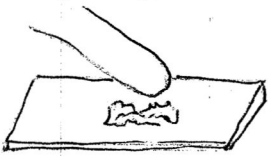
Citopunción



Jeringa de vidrio
20 ml



aguja corta



extendido sobre un portaobjetos

Fijación: ① o ②

①



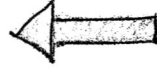
alcohol 96%
15 minutos

②



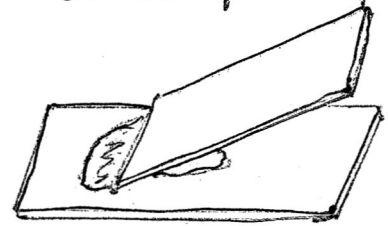
Secado al aire

Fijación ②



extendido del material

Cuando el material es abundante, se extiende con la ayuda de un portaobjetos.

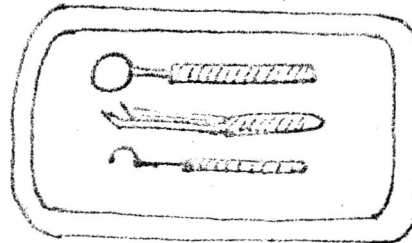


INSTRUMENTAL NECESARIO PARA LA TOMA BIÓPSICA

ESQUEMA

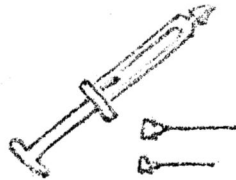
Material de inspección

- espejo-
- pinza-
- sonda-



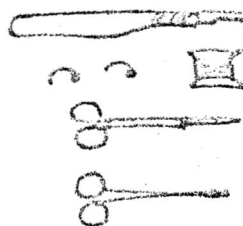
Anestesia

- jeringa-
- agujas descartables-



Instrumental específico

- bisturí con hoja recta-
- aguja e hilo-
- porta agujas-
- tijera-



Lesiones sobre los tejidos blandos

Las lesiones que pueden presentarse en los tejidos blandos de la cavidad bucal, para su estudio las podemos clasificar en tres grupos:

- (1) Lesiones inflamatorias
- (2) Lesiones tumorales o neoplásicas
- (3) Otras lesiones

(1) Lesiones inflamatorias

En este tipo de patologías está presente la inflamación. La inflamación es un proceso defensivo local del organismo frente a la injuria. Comprende un conjunto de reacciones que siempre ocurren en el tejido conectivo de cualquier órgano, como son: dolor, rubor, calor, tumefacción.

Nomenclatura

Para nombrar estas enfermedades se utiliza la terminación "itis". La denominación depende de la localización de la inflamación, así se antepone el nombre del órgano o tejido seguido del término itis.

Por ejemplo: Pulpa_Pulpitis
Periodonto_Periodontitis
Encía (o gingiva)_Gingivitis

Gingivitis Simple

Definición: es la inflamación generalizada de la encía, que no se acompaña de reabsorción ósea (y no existe modificación en la adherencia epitelial).

La gingivitis puede ser aguda, subaguda o crónica.

Etiología

El origen de la inflamación está dada por la presencia de placa bacteriana, que constituye el reservorio de sustancias capaces de desencadenar y mantener la inflamación. Y se ve favorecida por presencia de sarro, caries, respiración bucal, tabaquismo.

Es una patología de carácter progresivo, si no se trata se complica apareciendo reabsorción de hueso que forma el alvéolo dentario y desinserción de fibras, esto produce movilidad dentaria.

Aspecto clínico

En el paciente se observan cambios en la encía como son: del color, la consistencia y la configuración.

SIGNOS	NORMAL	GINGIVITIS
COLOR	Rosado	Rojo fuerte
CONSISTENCIA	Firme	Blando
CONFIGURACION	Graneada	Lisa

Histología

La inflamación a nivel de encía se observa, con un infiltrado conformado por leucocitos polimorfonucleares neutrófilos, que son células del sistema de defensa capaces de ingerir pequeñas partículas, y son las primeras en presentarse en la inflamación.

En lesiones avanzadas se ve un infiltrado plasmocitario, estas células producen anticuerpos. Los anticuerpos actúan sobre las toxinas, defendiendo así a los tejidos.

El tejido conjuntivo se ve además con gran cantidad de vasos dilatados que explican las características clínicas descritas (calor, rubor, tumefacción).

Existen otros tipos de gingivitis denominadas dilatónica y leucémica, que en realidad, no tienen una base inflamatoria: son agrandamientos gingivales a los que se les agrega la inflamación. Y otro grupo de gingivitis instaladas sobre estados sistémicos tales como la gingivitis del embarazo y la gingivitis de la pubertad, en las cuales el organismo responde exageradamente ante los irritantes gingivales.

Epulis

Cuando el irritante actúa en un sector de la encía, se genera una patología localizada: el épulis.

El épulis es una hiperplasia gingival localizada en la encía.

Clasificación

- 1) Fibromatoso
- 2) Granulomatoso
- 3) A células gigantes

Etiología

Cualquier irritación crónica sobre tejidos gingivales puede llevar a un crecimiento hiperplásico.

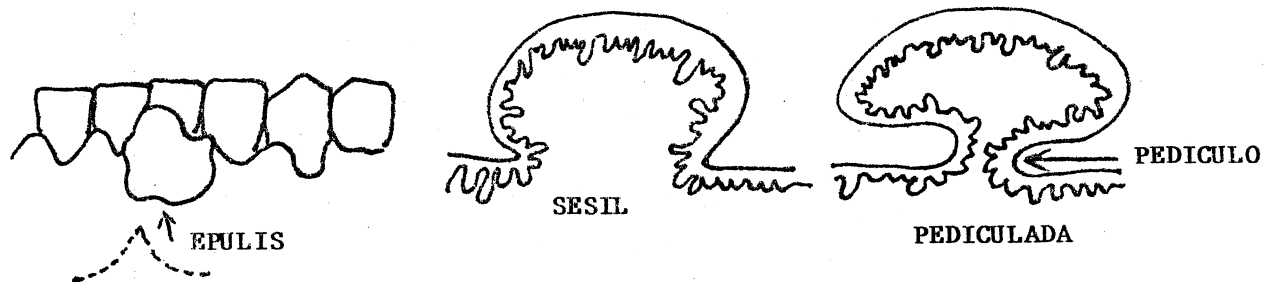
Factores etiológicos: Sarro, acumulación de placa bacteriana, bordes filosos de prótesis etc.

Epulis Fibromatoso

Consiste en una hiperplasia, con implantación sesil o pediculada. Su superficie puede ser del mismo color de la encía o más claro y de consistencia firme. Puede tener un tamaño de alrededor de un centímetro, aunque puede llegar a tener mayor tamaño.

Histología

Al microscopio óptico se ve una lesión formada por tejido conjuntivo fibroso, pobre en células. Recubierto por un epitelio de revestimiento.



Epulis granulomatoso

Se observa como una hiperplasia de color rojo brillante y su consistencia es menos **firme** que el fibromatoso. Su superficie es irregular, puede presentar sangrado.

Histología

Esta formado por tejido de granulación que es tejido conjuntivo joven, con neovasos en abundancia, y presenta infiltrado inflamatorio. ~~Recubierto~~ por epitelio malpighiano que puede verse ulcerado. **Recubierto**

Epulis a células gigantes

Es una hiperplasia con implantación sesil o pediculada, color rojo de fácil sangrado, con superficie lisa. Puede en su crecimiento involucrar el hueso y resorberlo.

Histología

Se presenta como una lesión formada por tejido conjuntivo con vasos sanguíneos jóvenes, fibroblastos y células de variada forma, multinucleadas distribuidas regularmente en el campo y que son notorias por su gran tamaño.

Puede verse hemosiderina, resultado de hemorragias antiguas. Está recubierto por epitelio malpighiano.

(2) Lesiones tumorales o neoplásicas

Las neoplasias constituyen una patología del crecimiento, que se caracteriza por una proliferación excesiva y continua de células. Todos los tejidos de la economía pueden dar origen a neoplasias. Existen dos tipos de neoplasias las benignas y las malignas o cánceres.

Por lo dicho anteriormente como cualquier tejido puede dar lugar a una neoplasia, los tejidos blandos de la boca también pueden presentar esta patología.

Sobre estas lesiones se habla más detalladamente en la parte que trata de Neoplasias, remitirse a ella.

(3) Otras lesiones

Aquí agrupamos aquellas lesiones inflamatorias crónicas que sin agente causal persisten y es pausable de sufrir transformaciones. Así surge el concepto de lesión premaligna.

Lesión premaligna es aquella lesión que por si misma carece de malignidad, pero que tiene probabilidad de malignizarse.

Clasificación no tiene una base histológica, sino que es la agrupación de patologías con comportamiento incierto.

La OMS en 1978 clasificó a las lesiones precancerosas:

- 1_ Lesiones blancas (leucoplasias)
- 2_ Lesiones rojas (eritroplasias)
- 3_ Lesiones mixtas

Hablaremos de las lesiones más comunes.

Leucoplasia

Etimológicamente leucó significa blanco, por lo tanto placa blanca.

En 1967 la OMS la define como una placa blanca que no puede desprenderse por raspado y que no es posible clasificarla como cualquier otra enfermedad clínicamente diagnosticable.

Es una lesión de la mucosa por esto se puede ver además que en la boca en útero; laringe; vejiga etc.

Se presenta entre la quinta y sexta década de la vida y se ubica en cualquier lugar de la mucosa bucal pero en mayor porcentaje en: mejilla, labio, piso de boca, lengua. Clínicamente se observa como una lesión de contorno irregular, de superficie lisa o rugosa, y de color blanco-grisáceo.

Etiología

Son los factores irritantes locales como el tabaco, alcohol, reconstrucciones desajustadas, bordes filosos de prótesis etc.

Histológicamente

Consiste en un aumento del espesor del epitelio, a partir de aumento de la capa córnea que se denomina hiperqueratosis, siendo ésta la responsable de su color. También aumenta el estrato de malpighi, presencia de más de una capa de células de la capa basal. Además se le agrega cambios a nivel de las células individuales.

Esta lesión puede mantenerse siempre igual, regresar al sacar los factores irritantes, o puede crecer, tomando un aspecto rugoso y comenzar a doler, lo que podría ser signo de una lesión precancerosa.

Eritroplasia

Etimológicamente eritro significa rojo por lo tanto describe como se les ve como placas rojas.

Esta lesión presenta atrofia por lo que al disminuir el epitelio se transparenta el conjuntivo, que es rojiza por poseer vasos sanguíneos.

Su presencia en la cavidad bucal es más rara que la leucoploasia pero tiene mayor probabilidad de malignizarse (60%), frente a las blancas (5%).

Es importante poder hacer un diagnóstico diferencial de otro tipo de afecciones que dan éste mismo aspecto, como por quemaduras con alimentos calientes.

Úlcera traumática crónica

Las lesiones tipo úlcera se ha visto pueden sufrir transformación maligna. Se ven como solución de continuidad de la mucosa, por lo general son solitarias, de tamaño variable, con bordes algo elevados y la parte central hundida. De color blanco amarillento que al ser removido deja ver una superficie cruenta de color rojo, y pueden presentar dolor.

Etiología

Es variada; está dada por distintos agentes irritantes, como son bordes cortantes de prótesis, reconstrucciones mal ajustadas, y también por acción de sustancias químicas.

Histología

Hay pérdida del epitelio en la zona y el conjuntivo se halla infiltrado de células inflamatorias. Se pueden observar linfocitos, polimorfonucleares neutrófilos, plasmocitos y restos de polimorfonucleares.

CONCEPTOS SOBRE TUMORES

1) INTRODUCCIÓN

Un tema importante dentro de la Odontología es el estudio de los Tumores de la cavidad bucal , y de las estructuras adyacentes en las cuales pueden tener asiento. Es el Odontólogo quien juega un papel muy importante en su diagnóstico precoz, siendo la cavidad bucal de tan fácil acceso para su estudio minucioso.

Los tumores son una pequeña minoría de las patologías que el Odontólogo ve. Este tipo de lesiones son de gran importancia , dado que su potencial de crecimiento puede poner en peligro la salud del paciente .

2) DEFINICIONES

Tumor: Masa anormal de tejido , cuyo crecimiento excede y no está coordinado con el de los tejidos normales y persiste de la misma manera excesiva después de cesado el estímulo que lo provocó (WILLIS).

NEOPLASIA

ETIMOLOGICAMENTE SIGNIFICA "NUEVO CRECIMIENTO" o "NEOFORMACIÓN"

La neoplasia constituye una patología del crecimiento que se caracteriza por una proliferación excesiva y continua de células. Todos los tejidos del organismo pueden dar origen a una neoplasia. El término de tumor y neoplasia se usa en forma indistinta. Debemos recordar que tumor significa o hace referencia a tumefacción , o bulto y además es uno de los signos cardinales de la inflamación.

3) CLASIFICACIÓN

Clasificar los tumores es una de las tareas más difíciles , por lo cual los distintos autores proponen diferentes formas de agruparlos teniendo en cuenta características preponderantes de cada uno de ellos .

Hay muchas clasificaciones que se realizaron considerando diferentes variables : etiología, topografía, histogenética, según su comportamiento o clasificación evolutiva, por lo cual se dividen en : BENIGNOS Y MALIGNOS .

La clasificación que actualmente se usa es ; teniendo en cuenta el tejido o células a partir de las cuales parece originarse la neoplasia y el

comportamiento biológico.

NOMECLATURA

Para poder nombrarlos diremos que los tumores benignos agregan el sufijo "OMA" al tipo celular que lo forma.

Así tendremos que los tumores constituidos por fibrocitos se denominan FIBROMAS , Adiposo-LIPOMAS , Oseo-OSTEOMAS.

Los tumores malignos se clasifican de la siguiente forma:

-los que derivan del CONJUNTIVO-SARCOMAS

-LOS EPITELIALES - CARCINOMAS.

Por lo cual nombraremos a los tumores originados en el tejido adiposo - LIPOSARCOMA , de células glandulares -ADENOCARCINOMA

A continuación haremos un cuadro en el cual pondremos los tipos más comunes dentro de la patología tumoral.

CUADRO DE CLASIFICACIÓN

<u>TEJIDO DE ORIGEN</u>	<u>BENIGNO</u>	<u>MALIGNO</u>
Conjuntivo:		
Fibroso	Fibroma	Fibrosarcoma
Adiposo	Lipoma	Liposarcoma
Hueso	Osteoma	Osteosarcoma
Cartilago	Condroma	Condrosarcoma
Vasos sanguíneos	Hemangioma	Hemangiosarcoma
Musculo Liso	Leiomioma	Leiomiocarcinoma
Musculo estriado	Rabdomioma	Rabdomiosarcoma
Epitelial		
Epit.Estratificado	Papiloma	Carc.Epidermoide
Epit.de Revestimiento:		
Glandulares o ductos	Adenoma	Adenocarcinoma

4) CARACTERÍSTICAS

Determinadas características generales pueden diferenciar a los tumores benignos de los malignos , lo que llamaremos caracteres de Benignidad y Malignidad .

CARACTERES DE BENIGNIDAD

Un tumor benigno tiende a desarrollarse "in situ", o sea en el lugar donde ha nacido .Presenta un crecimiento central o expansivo , y crece en forma lenta que solo desplaza los tejidos vecinos.La experiencia clínica demuestra que si un tumor benigno es extirpado conjuntamente con su capsula , cuando la presenta , no vuelve a reproducirse , o sea no recidiva.

CARACTERES DE MALIGNIDAD

En primer término podemos decir que una de sus características fundamentales es el crecimiento RAPIDO-INVASIVO-DESTRUCTIVO , no respetando las estructuras anatómicas .

Es un tumor que esta mal limitado invade los tejidos vecinos por lo cual el cirujano debe tener sumo cuidado en su extirpación , por lo que deja un margen de seguridad , para evitar el crecimiento de células tumorales , las cuales pueden dar origen a otro tumor , es decir RECIDIVA.

Otra característica de los tumores malignos es la presencia de : METASTASIS o sea la colonización de células tumorales a distancia del tumor primario.

Esa diseminación a distancia puede hacerse por vía sanguínea, arterias o venas , por vía linfática, por contigüidad a través de planos tisulares y por implantación.

Otra característica importante , con la cual podemos diferenciar a los tumores benignos de los malignos es la "DIFERENCIACIÓN CELULAR" .Los tumores BENIGNO decimos que son diferenciados , eso quiere decir que sus células son parecidas a las normales y éstas a su vez cumplen con sus funciones .

Los tumores Malignos son pocos diferenciados o indiferenciados , es decir que sus células no se parecen a las normales , y en algunos casos es muy difícil saber de que tejido se origino el tumor (Indiferenciación).

CUADRO RESUMEN: CARACTERES DE BENIGNIDAD Y MALIGNIDAD

<u>CARACTERÍSTICAS</u>	<u>BENIGNO</u>	<u>MALIGNO</u>
Crecimiento	Lento-"in situ"	Rapido-Invasor- - Destructivo-
Localización	Circunscripto (Encapsulado)	Mal limitado- infiltrante-
Metástasis	NO	SI
Recidiva	NO	SI
Diferenciación Celular	Diferenciado	Indiferenciado

5) CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS

El aspecto macroscópico de los tumores varia y es inconstante , en los distintos tumores y dentro de un mismo tipo , por lo cual haremos algunas puntualizaciones del punto de vista general .

Para poder con certeza , dar un buen diagnóstico , debemos contar con el estudio histopatológico, realizado mediante la toma bióptica .Color ,textura, consistencia ,son distintas de los tejidos normales y vecinos ,esto es de manifiesto principalmente en los tumores malignos .

Los tumores benignos son circunscriptos ,no difieren en el color y textura, esto es diferente en los malignos como ya se ha explicado , los cuales pueden ulcerarse ,exceden los planos profundos fijándolos ,su tamaño es variable .

El Odontólogo junto con el asistente debe en la historia clinica

del paciente poder describir tanto las patologías tumorales como cualquier tipo de lesiones que asienten en la cavidad bucal .Para lo cual nos valemos de una nemotecnia :

SI-LI-TA-FOR-SU-BO-CO-MO-RE-SE-IM-

Situación-Lengua, paladar, mejilla retrocomisural, etc.

Límites-Anterior en punta de lengua-post. raíz de lengua.

Tamaño-comparándolo con un arroz , lenteja, etc.

FORMa-ovalado, irregular.

SUPERficie-ulcerada, regular.

BORdes-nítidos , que se confunden con los tejidos normales.

CONSistencia-firme, blanda.

MOVilidad-móvil, o no móvil

RELación con los planos profundos- fijándolo o no.

SEcreciones-si o, no.

IMPlantación-Sesíl o pediculada.

GLOSARIO O PALABRAS CLAVES

TUMOR: Masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede y no esta coordinado con el de los tejidos normales y resiste de la misma manera excesiva despues de cesado el estímulo que lo provoco (WILIS).

NEOPLASIA: "nuevo crecimiento"

METÁSTASIS: Se denomina a la producción de nuevos focos tumorales a distancia del tumor original.

RECIDIVA: Reaparición de masa tumoral en el sitio del cual fue extirpado el Tumor primario.

BENIGNO: inocuo, referido a los tumores , que prolifera lentamente, permanece localizado, y suele ser poco nocivo.

MALIGNO: De gran agresividad, referido a los tumores, invasivo que da metástasis y puede producir la muerte.

DIFERENCIACIÓN: Que posee una organización y madurez similar a la normal

DISEMINACIÓN-Mecanismo exclusivo de los tumores malignos por el cual sus celulas invaden las estructuras vecinas o se separan de la masa principal reproduciendo el tumor en lugares distantes.

PEDICULADO-La lesión está unida a los tejidos por intermedio de un pedículo.

B I B L I O G R A F I A

BHASKAR S. N.: Synopsis of oral pathology, C.V. Mosby ST. Louis 1986, 809 p.

CABRINI ROMULO : Anatomia Patologica bucal, Ed. Mundi S.A.I.C.yF. 1980, 359 p.

DI PIRAMO SERGIO: Anatomia Patologica General y Buco-Maxilar, Libreria Medica Editorial, 1988, 370 p.

LINDHE J.: Periodontologia Clinica, Ed. Medica Panamericana, Junin Bs. As. Primera Edicion 1962.

ROBBINS S. L.? COTRAN R. S.: Pathologic basis of disease, W. B. Saunders, Philadelphia, 1979, 1598 p.

SANDLER H. C.: Oral exfoliative cytology, Washinton D. C. 20420 Veterans Administracion 1962.

SHAFFER W. G., HINE. M., LEVY B.M., A Textbook of oral Pathology W.B. Saunders Philadelphia, 1983, 917 p.

VIRCHOW S. L., COTRAN R. S.: Pathologic basis of disease, W.B. Saunders Philadelphia, 1979, 1599 p.