

CABEZA Y CUELLO

Anatomía Patológica General y Fisiopatología
2018

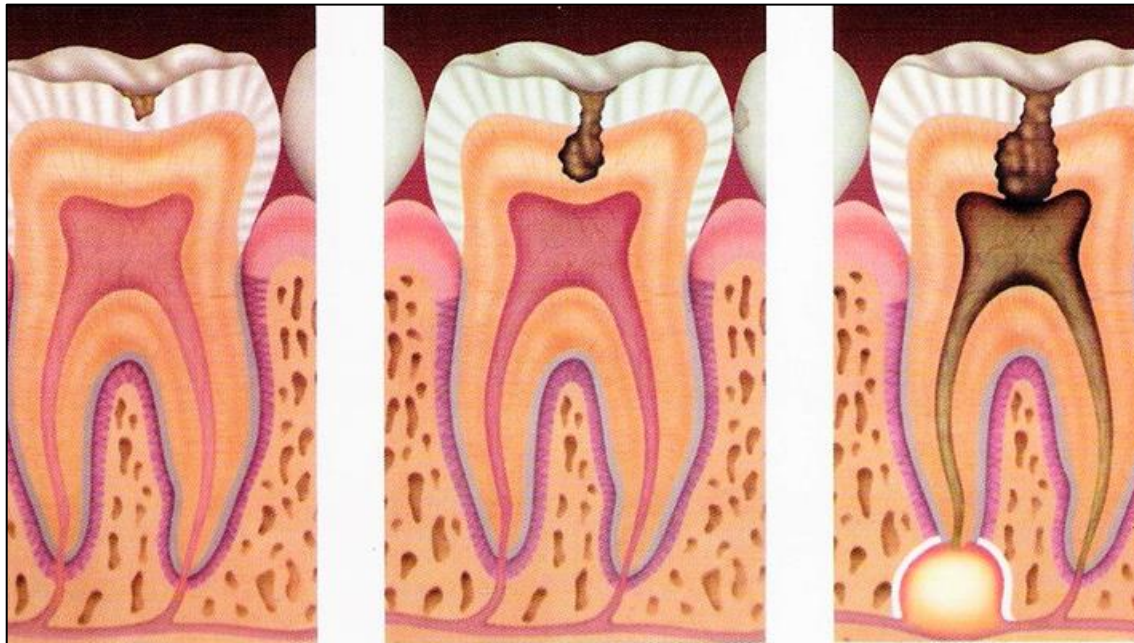
PATOLOGÍA DE LA CABEZA Y CUELLO

- Cavidad Oral
- Vías aéreas altas
- Oído
- Cuello
- Glándulas salivales

CAVIDAD ORAL

Enfermedades de los dientes y Estructuras de sostén

- **CARIES DENTAL:** desmineralización focal de la estructura dental (esmalte y dentina) causada por metabolitos ácidos de los azúcares en fermentación producidos por las bacterias.
 - Huésped
 - Dieta



CAVIDAD ORAL

Enfermedades de los dientes y Estructuras de sostén

- **GINGIVITIS:** inflamación de la mucosa oral que rodea los dientes.
- Causado por mala higiene bucal.
- Provoca una acumulación de placa dental y formación de sarro
 - Placa bacteriana es una biopelícula pegajosa incolora, entre los dientes y sobre su superficie. Si no se elimina, su mineralización da lugar al sarro. Su acumulación progresiva predispone a aparición de caries y gingivitis. Está integrada por:
 - Complejo de bacterias
 - Proteínas de la saliva
 - Células epiteliales descamadas



CAVIDAD ORAL

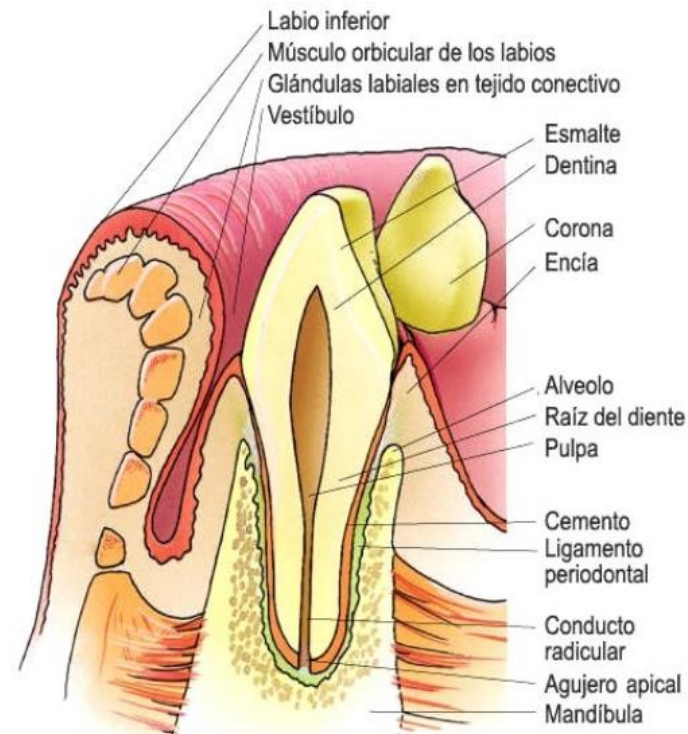
Enfermedades de los dientes y Estructuras de sostén

- **PERIODONTITIS:** proceso inflamatorio que afecta a las estructuras de sostén de los dientes (los ligamentos periodontales), el hueso alveolar y el cemento.

Causa: mala higiene bucal, con la modificación consiguiente en la flora oral.

Complicación: Destrucción del ligamento periodontal con caída de la pieza dentaria.

- Lugares sanos: bacterias gram + facultativos
- Placa en zona de periodontitis activa: bacterias Gram – y anaerobios
 - Aggregatibacter (Actinobacillus)
 - Actinomyces comitans,
 - Porphyromonas gingivalis
 - Prevotella intermedia



CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral

- **AFTA:** Erosiones superficiales frecuentes de la mucosa oral, eritematosas, únicas o múltiples, recidivantes y dolorosas, de etiología desconocida aunque asociado a ciertas patologías como celiacía y trastornos inmunológicos. Suelen desaparecer en 7 a 10 días (más tiempo en inmunodeprimidos)



CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral

• **LESIONES PROLIFERATIVAS:**

- Fibroma de irritación/Hiperplasia fibrosa focal: es una masa nodular submucosa de estroma de tejido conjuntivo fibroso que aparece principalmente en la mucosa bucal a lo largo de la línea de mordida o las encías. Se lo considera una proliferación reactiva causada por traumatismos de repetición.
- El granuloma piógeno: es una lesión sobrelevada angiogranulante e inflamatoria de color rojizo presente en las encías de niños, adultos jóvenes y mujeres gestantes.

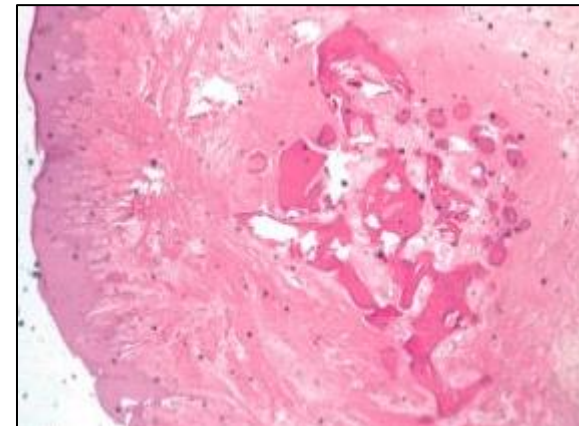


CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral

• **LESIONES PROLIFERATIVAS:**

- Fibroma Osificante Periférico: proliferación frecuente de las encías, de probable naturaleza reactiva.
- Causas postuladas:
 - Granulomas piógenos de larga evolución
 - Desarrollan *de novo* a partir de las células del ligamento periodontal
- Los fibromas osificantes periféricos adoptan la forma de lesiones nodulares, ulceradas y rojas de las encías.
- Incidencia máxima en mujeres jóvenes y adolescentes.
- Recidivantes: 15-20%

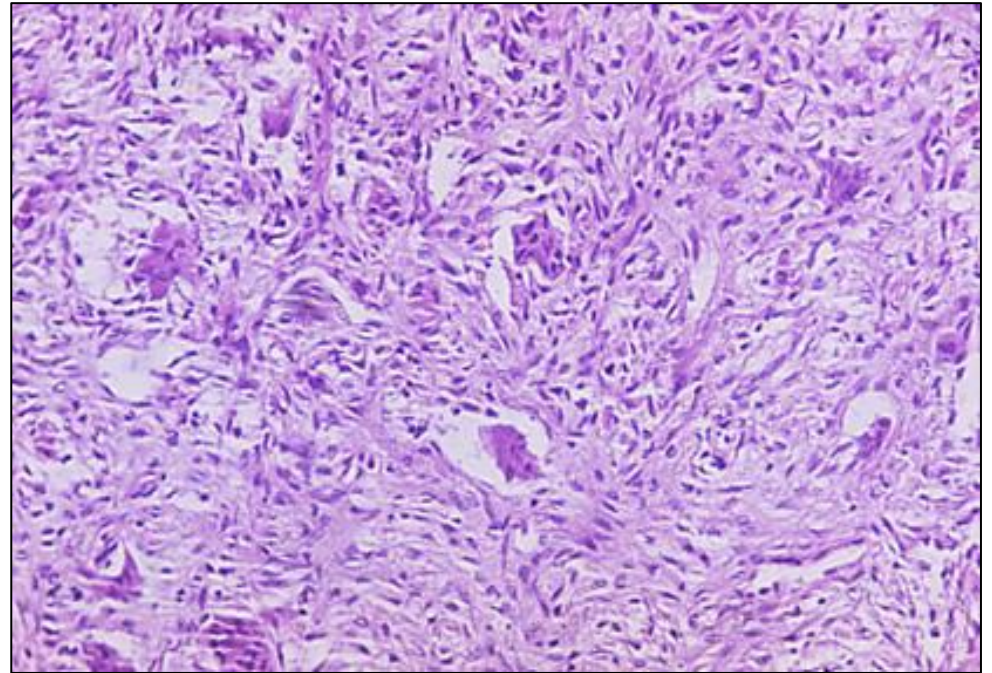


CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral

- **LESIONES PROLIFERATIVAS:**

- Granuloma periférico de células gigantes: proliferación poco frecuente de las encías, de probable naturaleza reactiva.



CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral

- **INFECCIONES:**

- 1) Virus Herpes Simple

- 2) Candidiasis

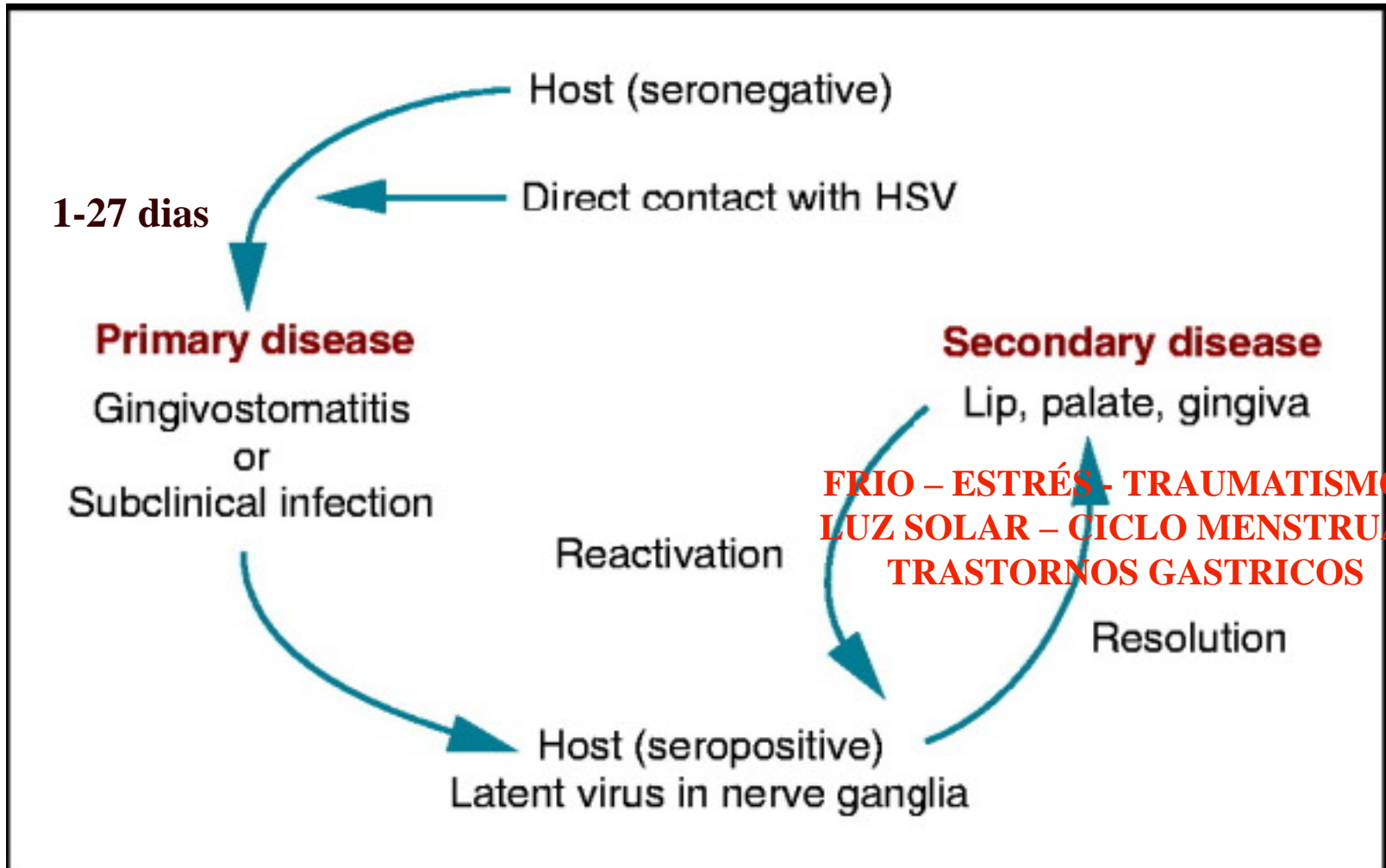
- 3) Micosis Profundas: Inmunodeprimidos. Histoplasmosis es la más frecuente

- 4) Virus Epstein Barr

- 5) Virus Papiloma Humano (HPV)

HERPES SIMPLE

FISIOPATOGENIA BOCA



VIRUS HERPES SIMPLE

FORMAS CLÍNICAS EN BOCA

- Herpes simple oral primario
 - Herpes simple oral primario asintomático/subclínico
 - Gingivoestomatitis herpética primaria aguda
- Herpes simple oral secundario
 - Herpes simple oral recidivante
 - Herpes labial recidivante
 - Herpes intraoral recidivante

-

HERPES SIMPLE

HERPES SIMPLE ORAL PRIMARIO

- Primoinfección: el huésped no posee anticuerpos frente al virus
- La edad varía del nivel socioeconómico
- La gran mayoría de las veces es asintomático o subclínico (leve molestia, ardor)
- Virus podría atravesar la barrera mucosa, no necesariamente debería haber una solución de continuidad en la misma
- Secreciones mucosas en la zona afectada son sumamente contagiosas

HERPES SIMPLE

HERPES SIMPLE ORAL PRIMARIO



A

HERPES SIMPLE

HERPES SIMPLE ORAL PRIMARIO



HERPES SIMPLE

HERPES SIMPLE ORAL PRIMARIO



HERPES SIMPLE

HERPES SIMPLE ORAL PRIMARIO



B

HERPES SIMPLE

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA

- Forma clínica mas frecuente de infección primaria sintomática
- Duración variable: 2 a 10 días
- En encía, labios, piel peribucal y/o nasofaringe:
 - Forma leve: úlceras superficiales múltiples separadas
 - Forma grave: úlceras grandes blanquecinas difusas con halos eritematosos, coalescentes
- Síntomas generales: fiebre, adenopatía, mialgias, disfagia.
- Pacientes inmunodeprimidos:
 - más duradera
 - lesiones mas profundas, grandes y dolorosas.

HERPES SIMPLE

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA



HERPES SIMPLE

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA



HERPES SIMPLE

HERPES SIMPLE ORAL SECUNDARIO

- Presentación episódica, provocada por una reactivación del virus causada por:
 - Estrés emocional/físico
 - Exposición UV
 - Alergia
 - Trauma
 - Embarazo
 - Menstruación
 - Enfermedad respiratoria
 - Enfermedad sistémica/maligna
- Investigaciones recientes postulan que la mayoría de las reactivaciones son asintomáticas

HERPES SIMPLE

HERPES LABIAL RECIDIVANTE

- En 15-45 % de portadores de VHS (alojado en el ganglio del trigémino)
- Cuadro clínico prodrómico comienza 6-24 hs previas a la aparición de las lesiones: dolor, ardor, hormigueo, eritema en la zona
- Cúmulo de vesículas visibles y llenas de líquido que se rompen (<2 días) y forman úlceras que se resuelven en forma de costras pardas (7-10 días)
- Pueden sobreinfectarse con una bacteria

HERPES SIMPLE

HERPES LABIAL



HERPES SIMPLE

HERPES LABIAL



HERPES SIMPLE

HERPES LABIAL



HERPES SIMPLE

HERPES LABIAL



HERPES SIMPLE

HERPES LABIAL



HERPES SIMPLE

HERPES LABIAL



HERPES SIMPLE

HERPES ORAL RECIDIVANTE

- Presentación menos frecuente que la labial
- Lesiones vesiculosas de 1 a 3 mm que rápidamente se colapsan formando un racimo de maculas eritematosas coalescentes, se desarrolla luego un área amarillenta central. Se cura en 7-10 días.
- Áreas mas frecuentes:
 - Paladar
 - Encías (mas frecuente del maxilar superior)
 - Caras laterales de la lengua
- En inmunodeprimidos las lesiones son mas graves y mas prolongadas

HERPES SIMPLE

HERPES RECURRENTE INTRAORAL



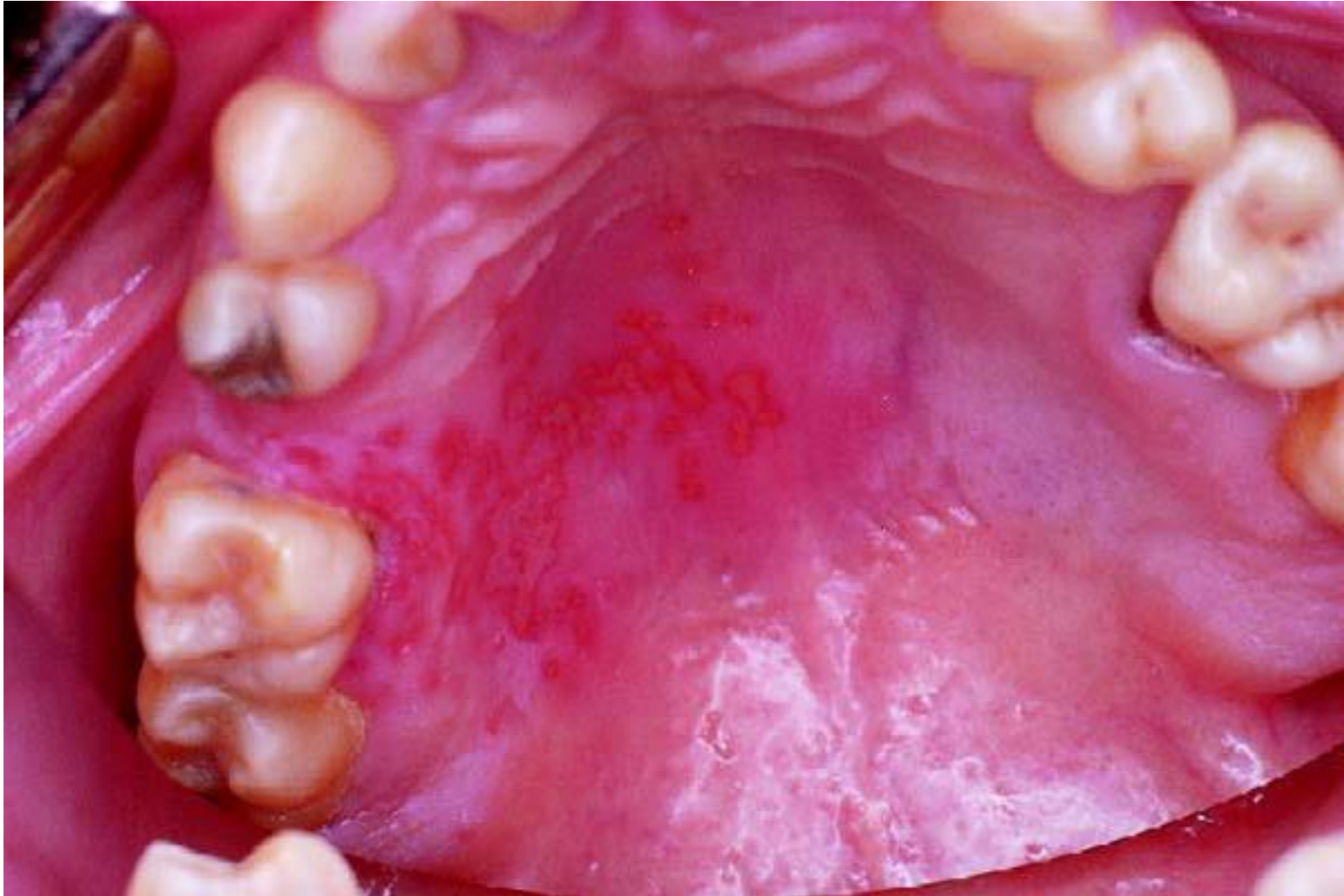
HERPES SIMPLE

HERPES RECURRENTE INTRAORAL



HERPES SIMPLE

HERPES RECURRENTE INTRAORAL



HERPES SIMPLE

HERPES RECURRENTENTE INTRAORAL



HERPES SIMPLE

HERPES RECURRENTE INTRAORAL



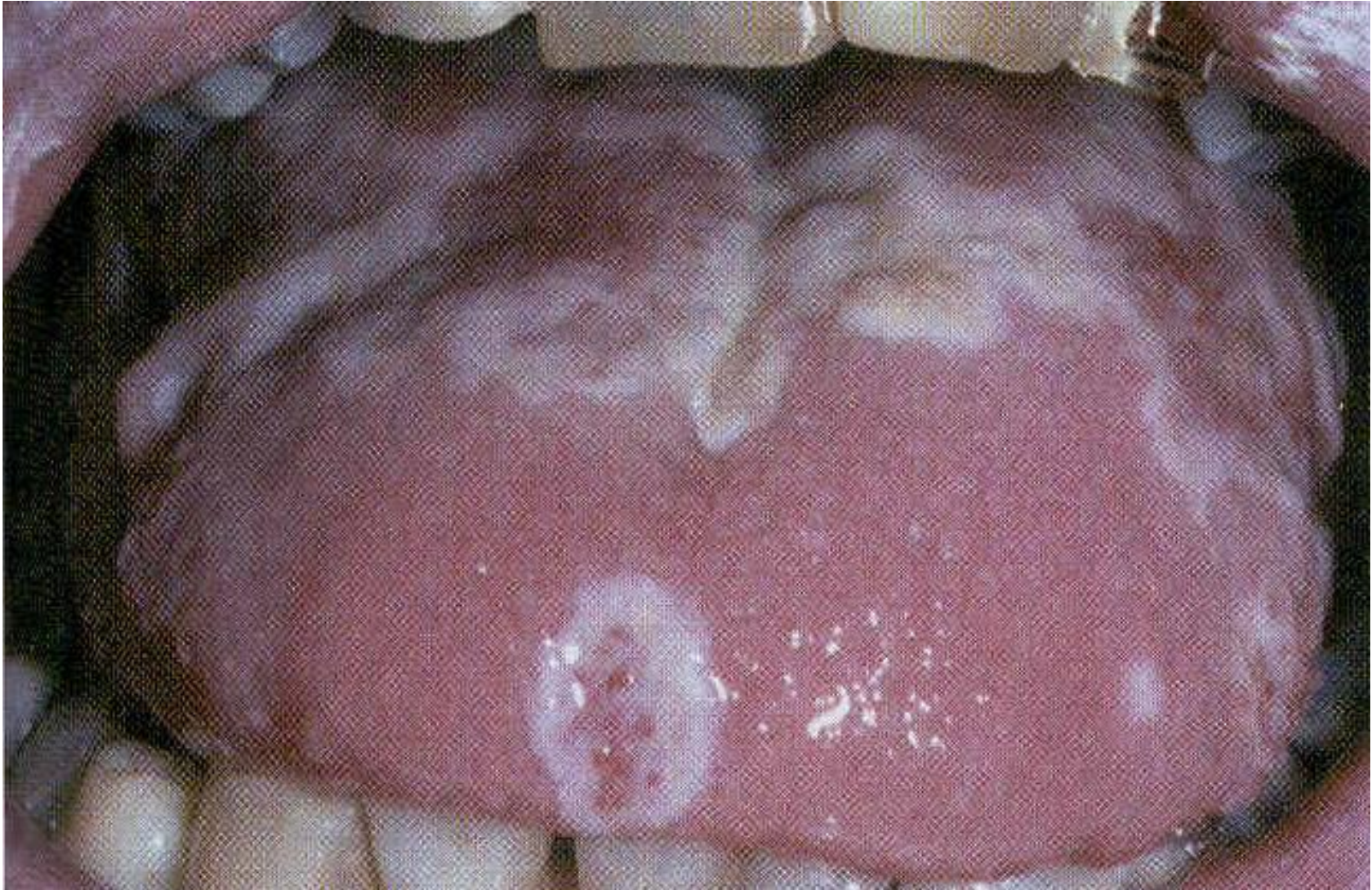
HERPES SIMPLE

INFECCIÓN HERPÉTICA CRÓNICA

- En pacientes con inapropiada función inmune
- Lesiones se agrandan paulatinamente
 - Zona central de necrosis o erosión
 - Borde blanco-amarillento sobreelevada

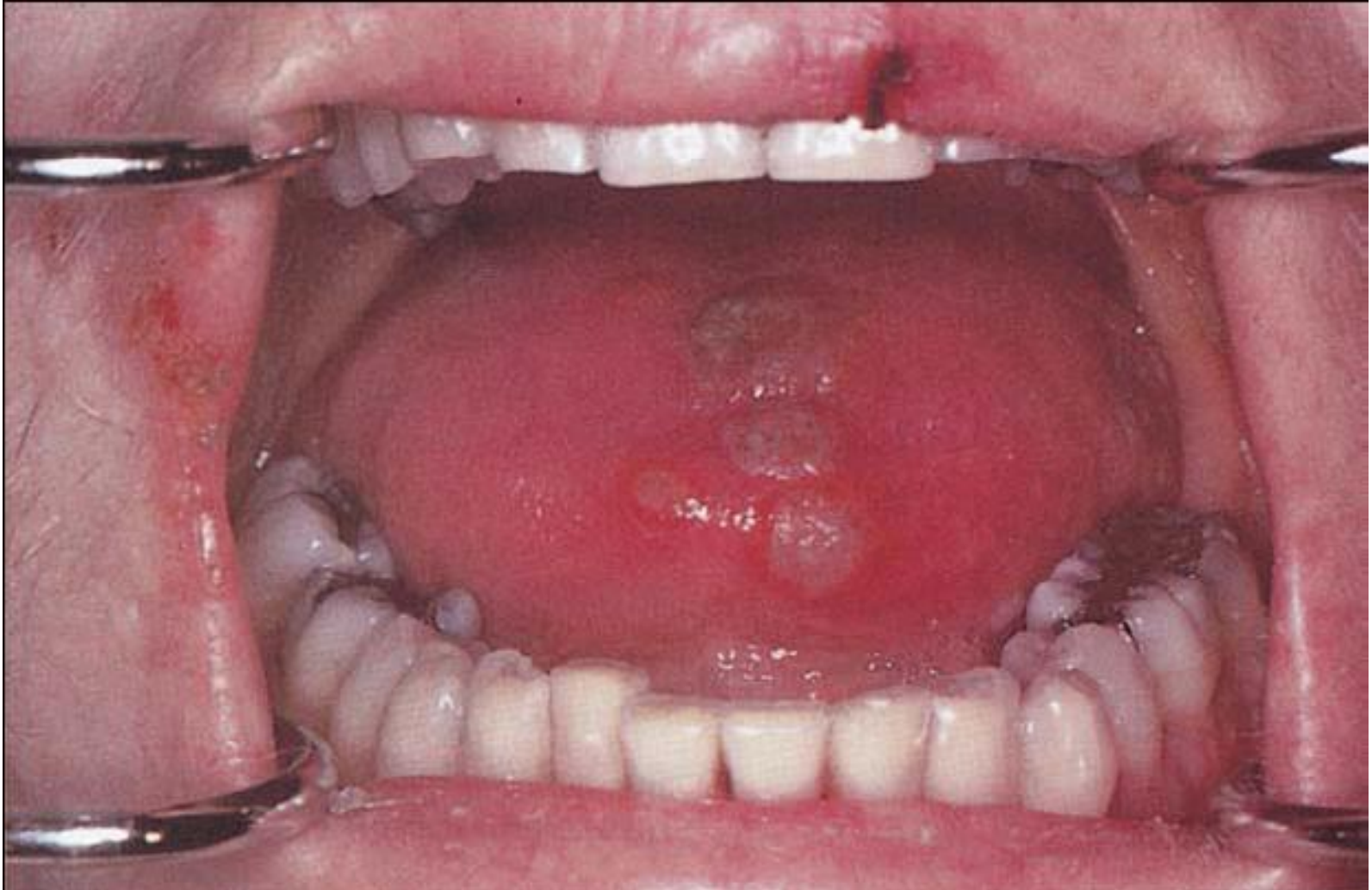
HERPES SIMPLE

INFECCIÓN HERPÉTICA CRÓNICA



HERPES SIMPLE

INFECCIÓN HERPÉTICA CRÓNICA



HERPES SIMPLE

DIAGNÓSTICO

- Clínico !!!!!
- Biopsia: ideal que sea excisional y de una vesícula intacta
- Frotis de una vesícula o de una úlcera (Citología de TZANCK)
- Cultivo
- Anticuerpos fluorescentes
- Serología: Solo en lesiones primarias

HERPES SIMPLE

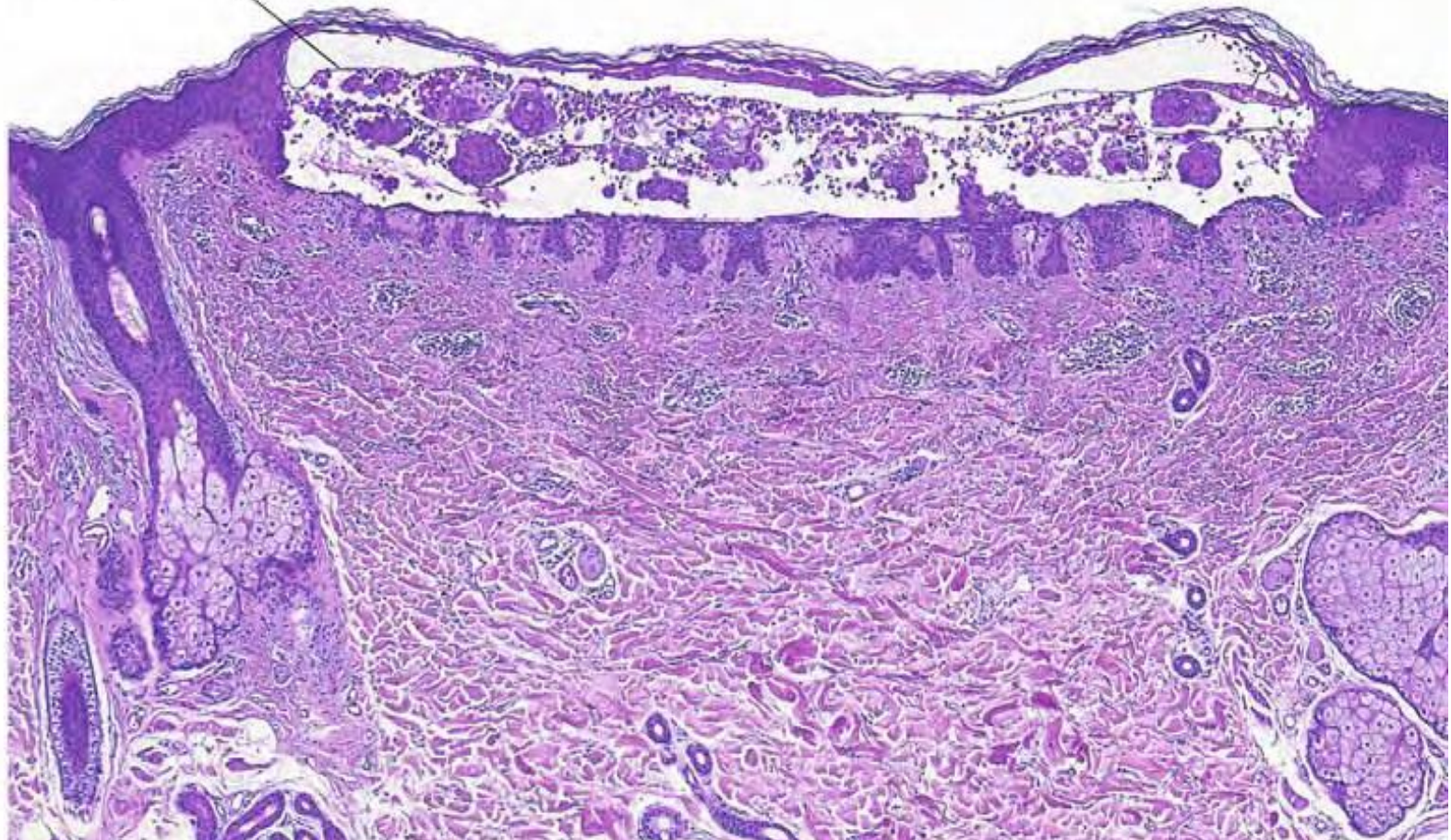
MICROSCOPIA

- Vesícula uni o multilocular intraepidermica
- Degeneración balonzante de la epidermis
- Acantolisis
- Células gigantes multinucleadas
- Cuerpos de Inclusión intranucleares eosinofilicos rodeados por un claro halo
- Infiltrado inflamatorio mixto
- Vasculitis leucocitoclastica raramente

HERPES SIMPLE

MICROSCOPIA

Intraepidermale
Blasenbildung
mit Akantholyse



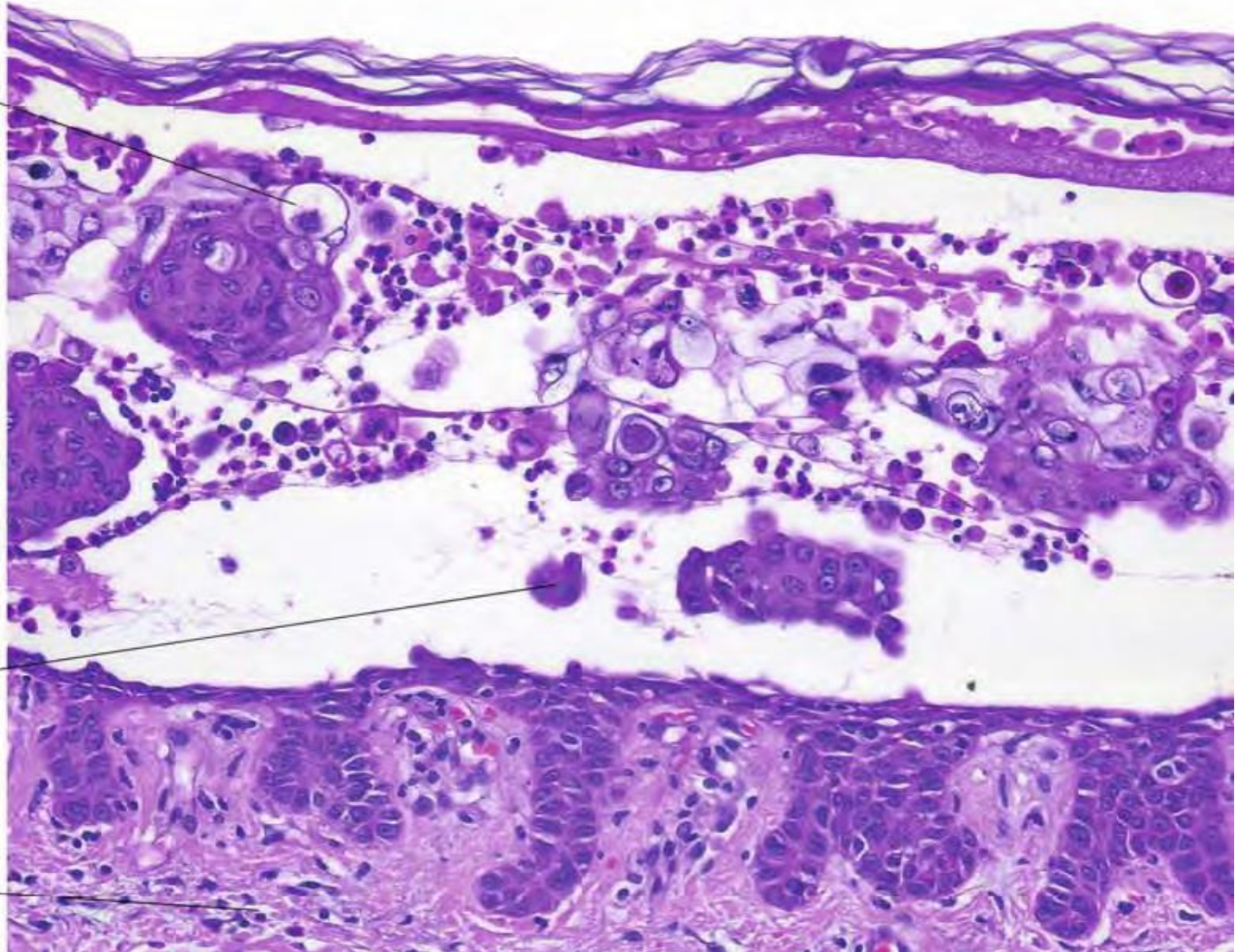
HERPES SIMPLE

MICROSCOPIA

Ballonierte
Zellen

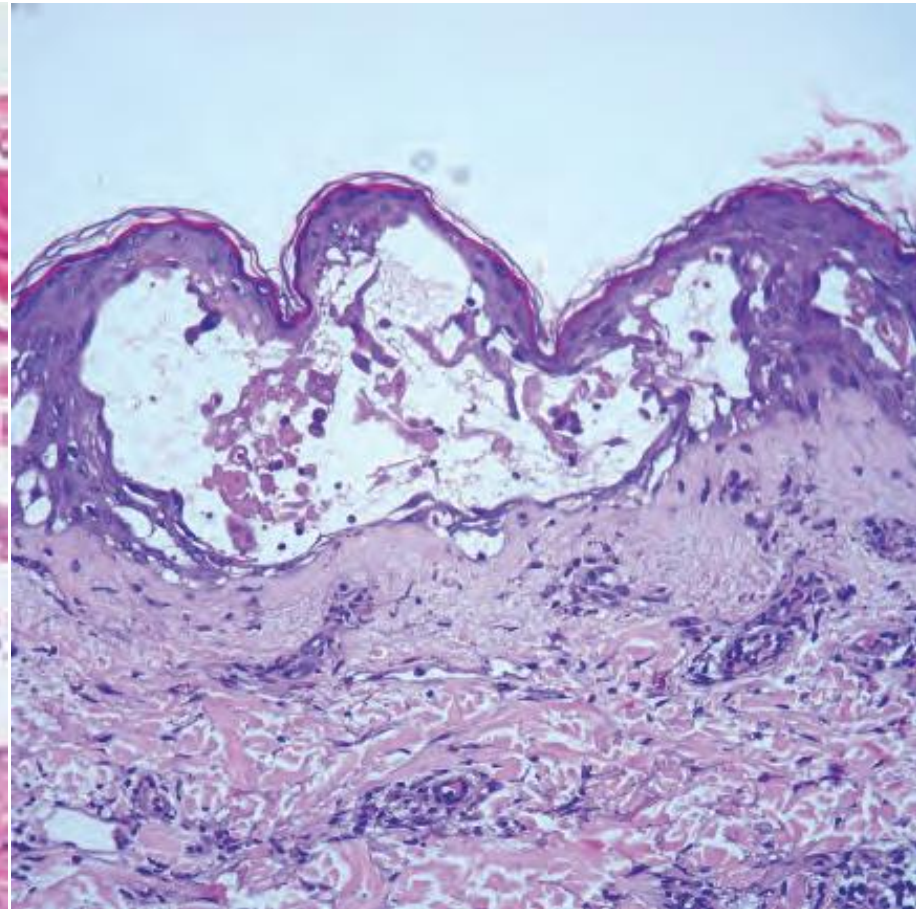
Akantholytische
Zellen

Lymphozyten und
Granulozyten



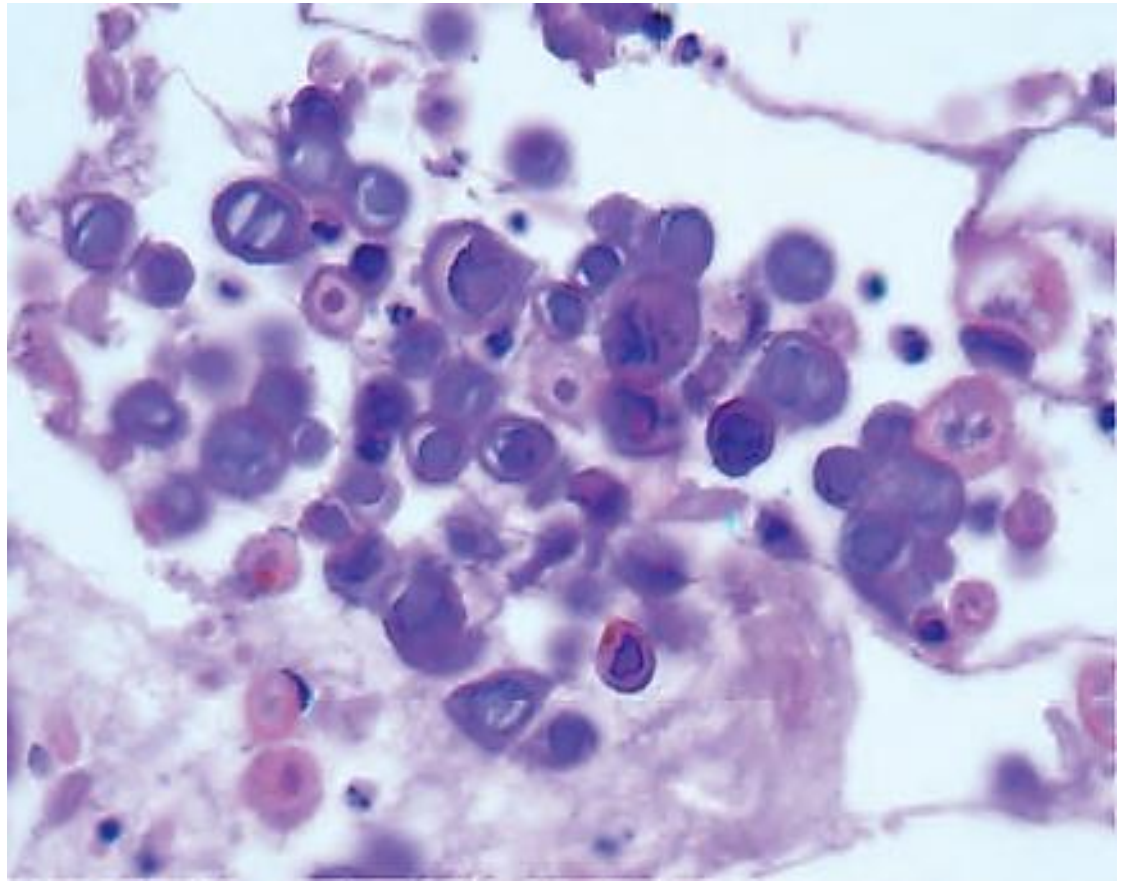
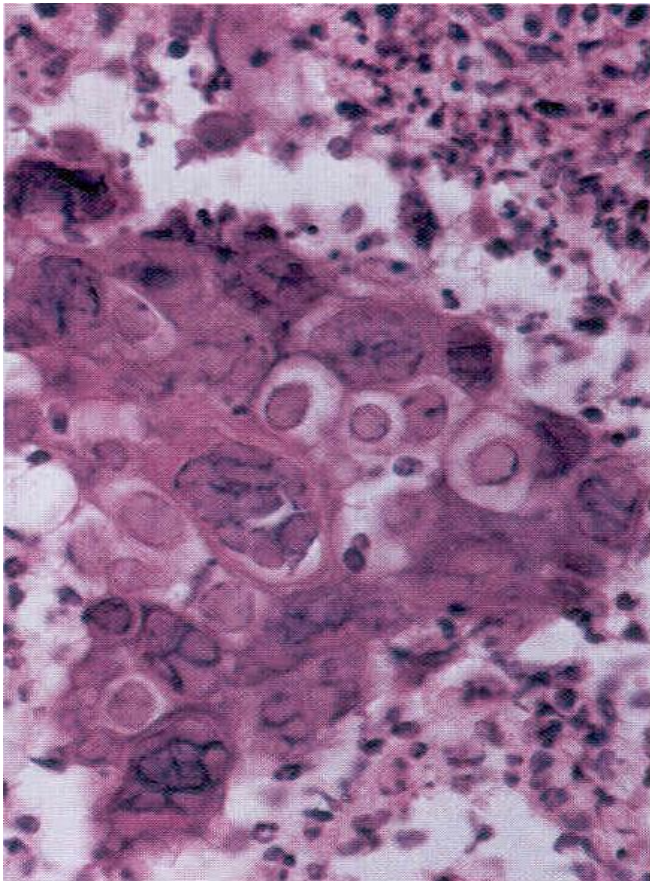
HERPES SIMPLE

MICROSCOPIA



HERPES SIMPLE

CITOLOGÍA



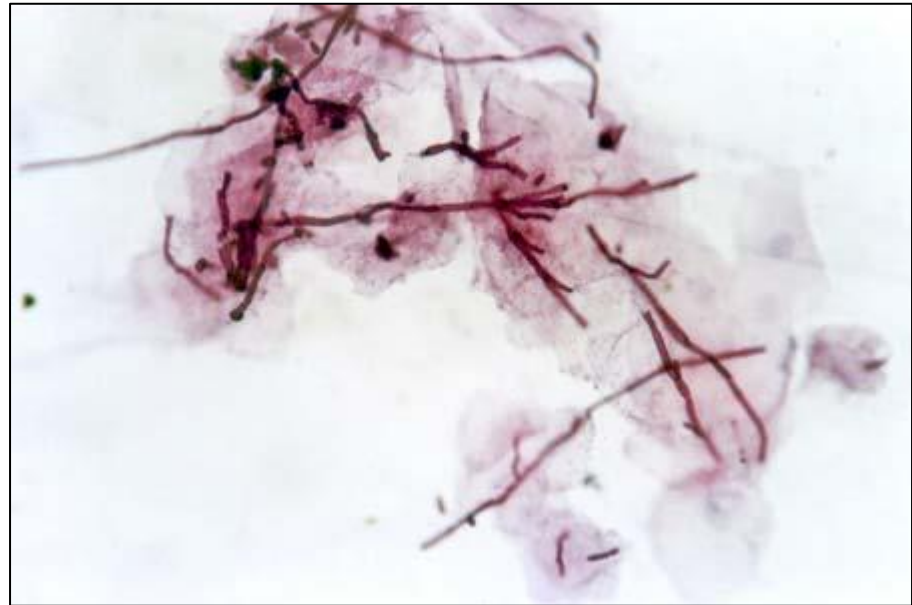
CANDIDIASIS

- Micosis del genero Candida
- Amplia distribución geográfica, es la micosis más frecuente de la cavidad oral
- Forman parte de la flora bucofaringea en el 50% de la población
- Factores influyentes para la aparición clínica:
 - 1) Estado inmunitario del individuo
 - 2) Cepa de Candida albicans existente
 - 3) composición de la microflora oralparticular

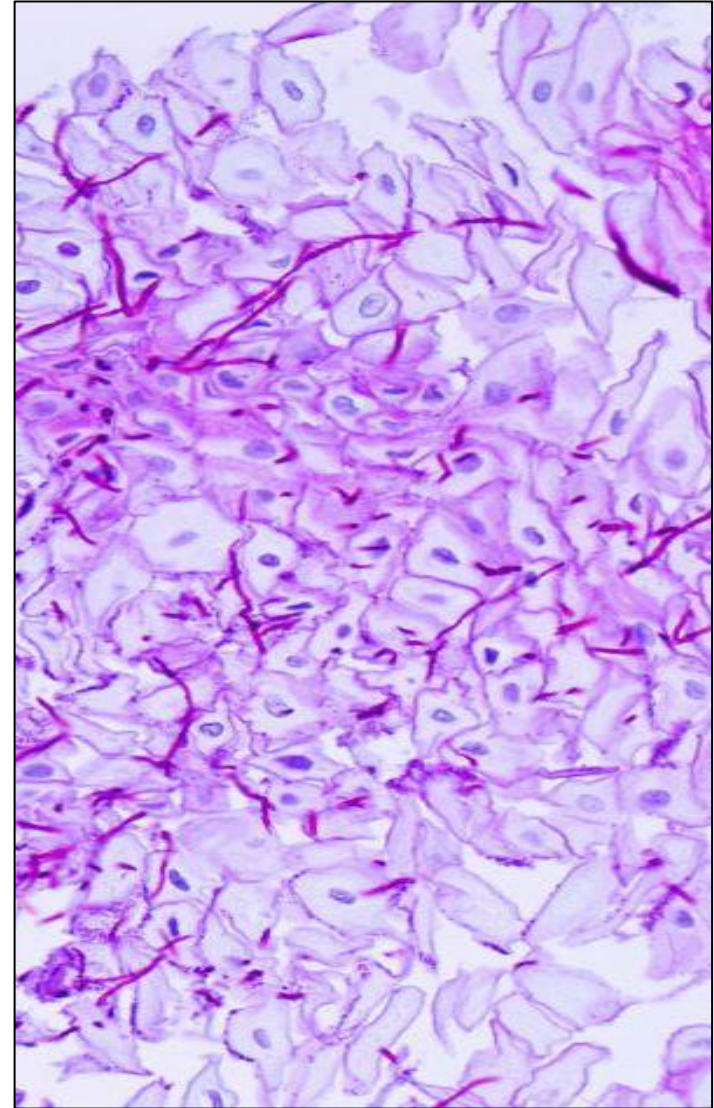


CANDIDIASIS

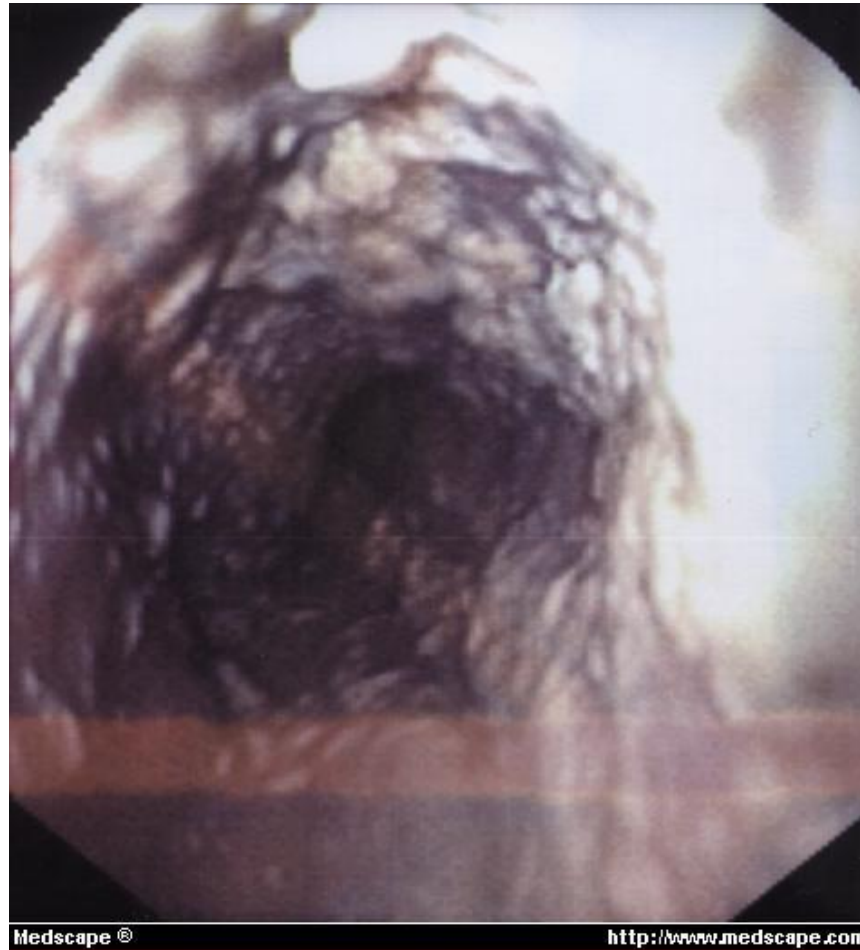
- Formas clínicas en cavidad oral:
 - 1) Seudomembranoma (muguet): membrana inflamatoria superficial de color gris a blanco, integrada por microorganismos entre un exudado fibrinopurulento que puede desprenderse con facilidad para descubrir una base inflamatoria eritematosa subyacente.
 - 2) Eritematosa
 - 3) Hiperplásica



CANDIDIASIS



CANDIDIASIS



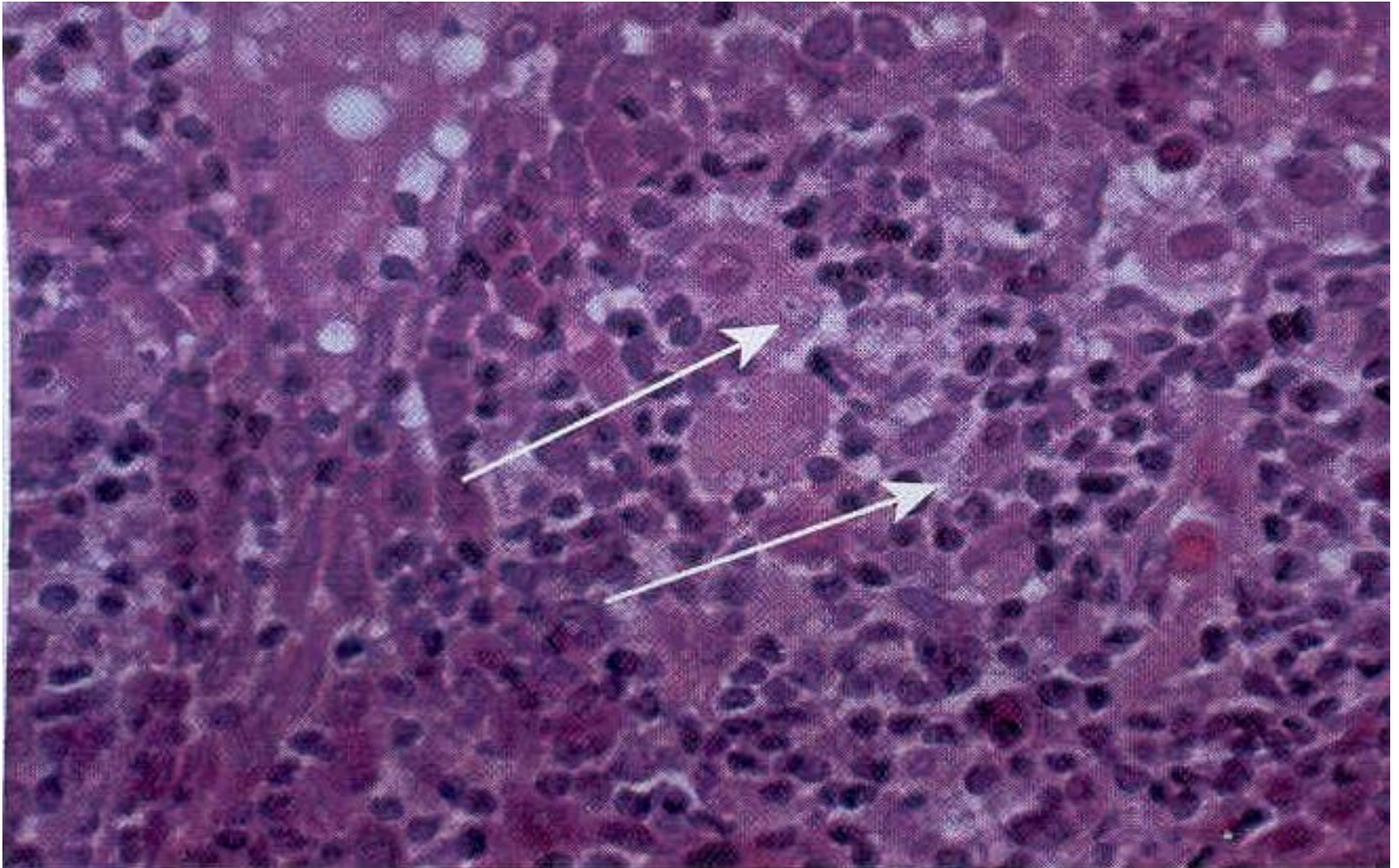
MICOSIS PROFUNDA

Histoplasmosis (Enfermedad de Darling)

- Por *Histoplasma capsullatum*
- En buenos Aires, Córdoba (este), Santa Fé y Tucumán
- Vía de entrada: Inhalatoria (deyecciones de aves en sótanos, silos, gallineros, cuevas...etc)
- Formas Anatomoclínicas:
 - Primoinfección: 66% Asintomáticos
33% Síndrome “gripoide”
 - Desarrollan lesiones pulmonares y ganglionares bilaterales.
 - Latente asintomáticas
 - Progresiva (1 de 1000)

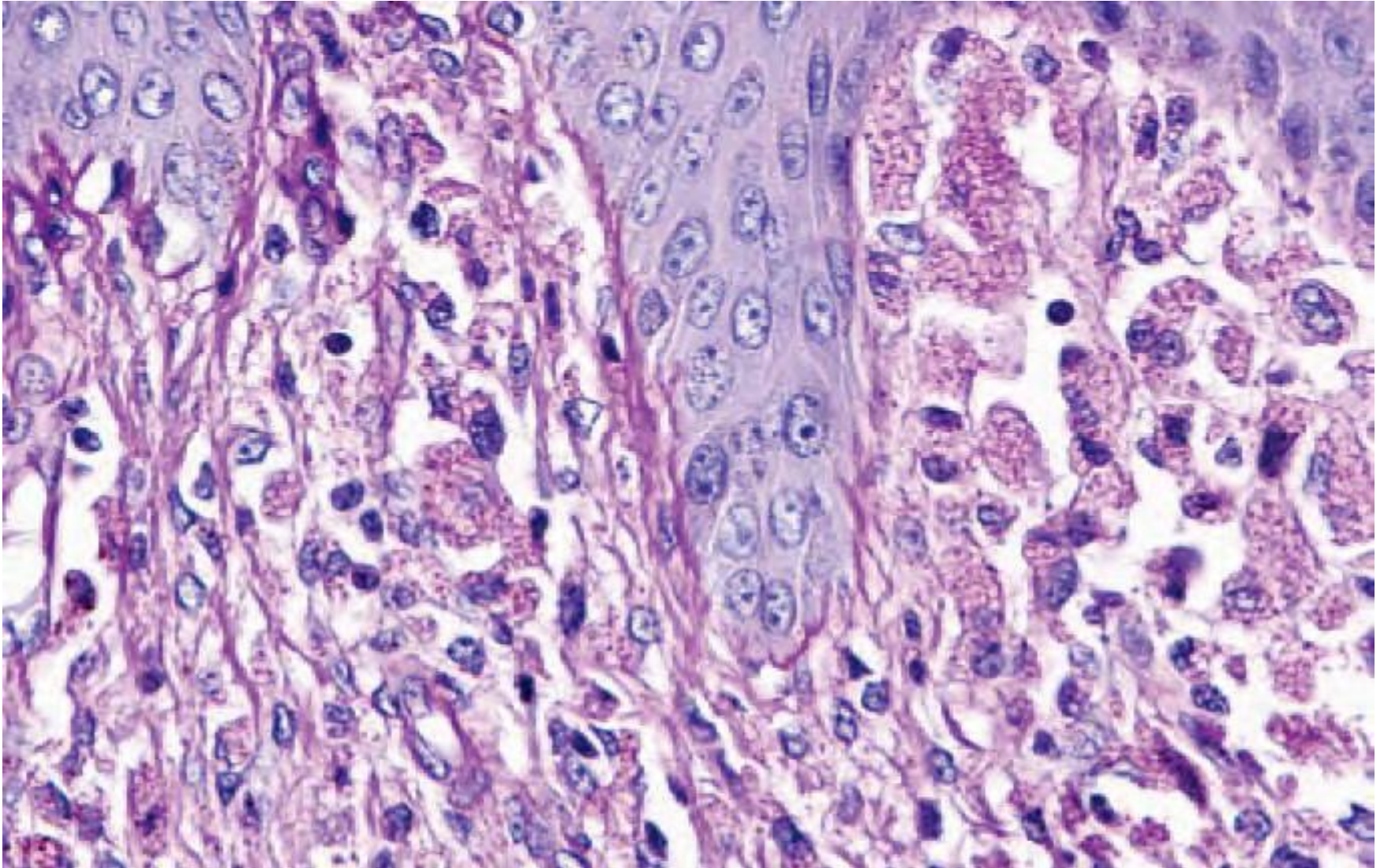
MICOSIS PROFUNDA

Histoplasmosis (Enfermedad de Darling)



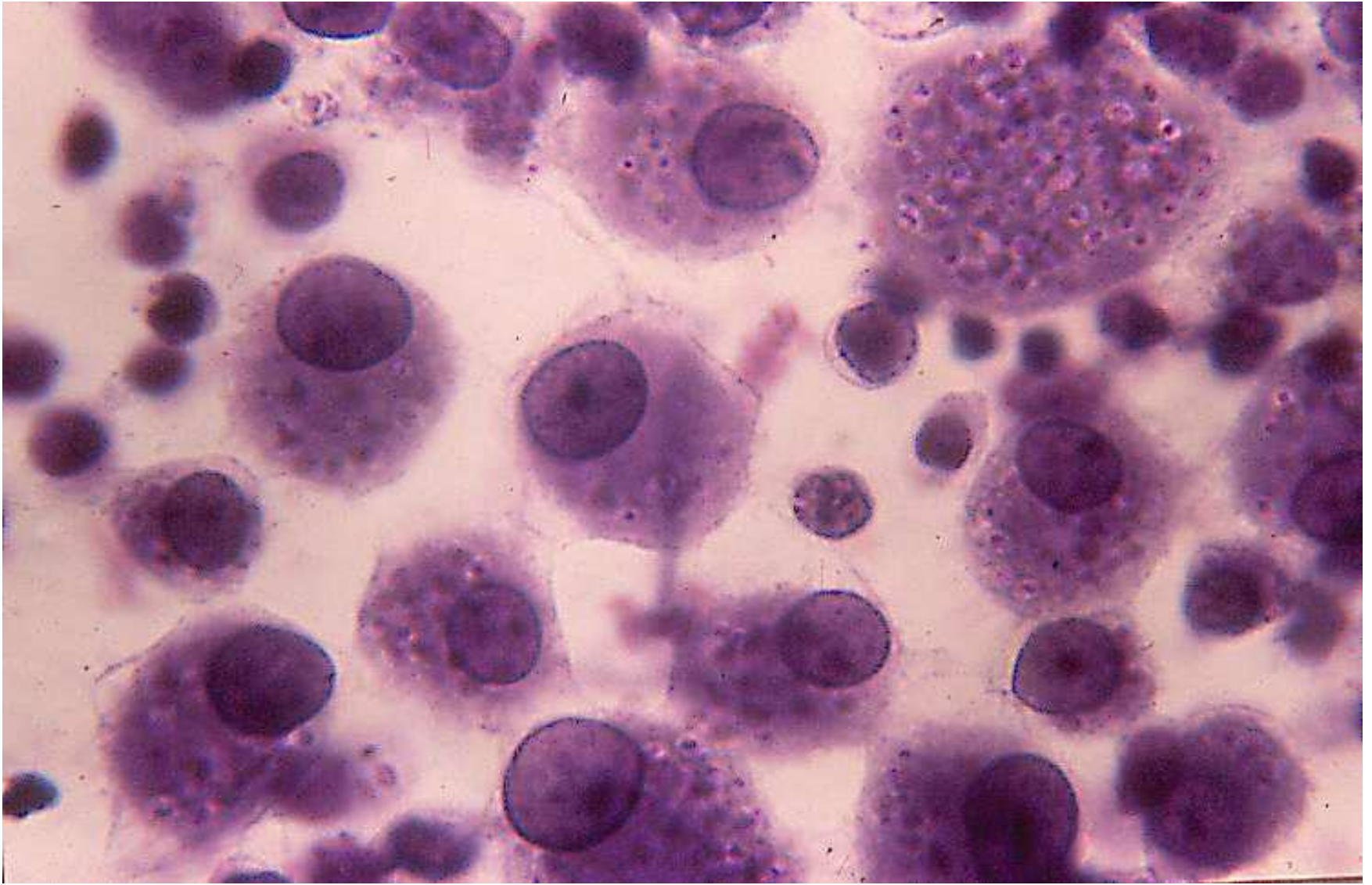
MICOSIS PROFUNDA

Histoplasmosis (Enfermedad de Darling)



MICOSIS PROFUNDA

Histoplasmosis (Enfermedad de Darling)



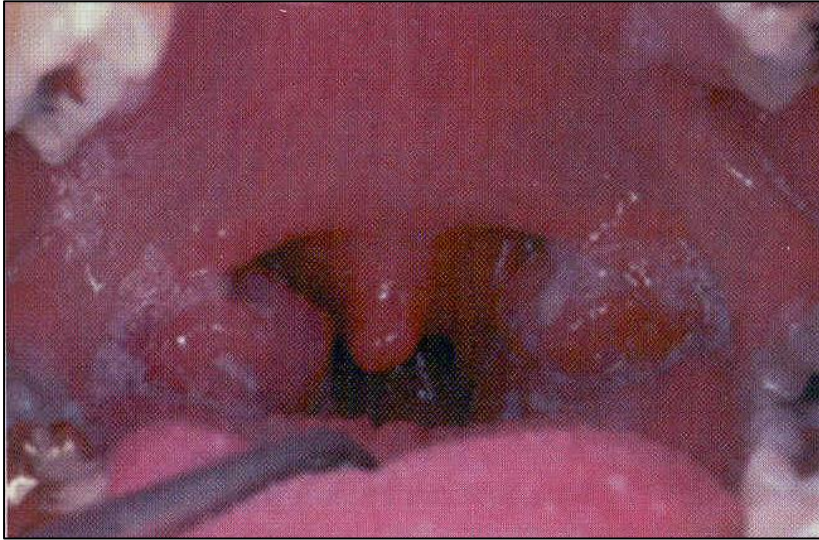
VIRUS DE EPSTEIN-BARR

- El VEB esta involucrado en:
 - Mononucleosis Infecciosa
 - Leucoplasia Velloso oral
 - Linfomas
 - Carcinoma nasofaríngeo
- Es un virus linfaticotropo
- Pacientes con deficiencia de Linfocitos T carecen del control del virus, produciendo infección crónica

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

- Infección inicial por el VEB
- En pacientes adolescentes o jóvenes
- Cuadro Clínico:
 - Linfadenopatía
 - Faringitis
 - Fatiga
 - Fiebre
 - Esplenomegalia
 - Cavidad Oral:
 - Hiperplasia de las amígdalas y de tejido linfoide bucal
 - Trombocitopenia con petequias en el paladar (25%)
 - Gingivitis ulcerativa necrotizante resistente al tratamiento (raro)

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA



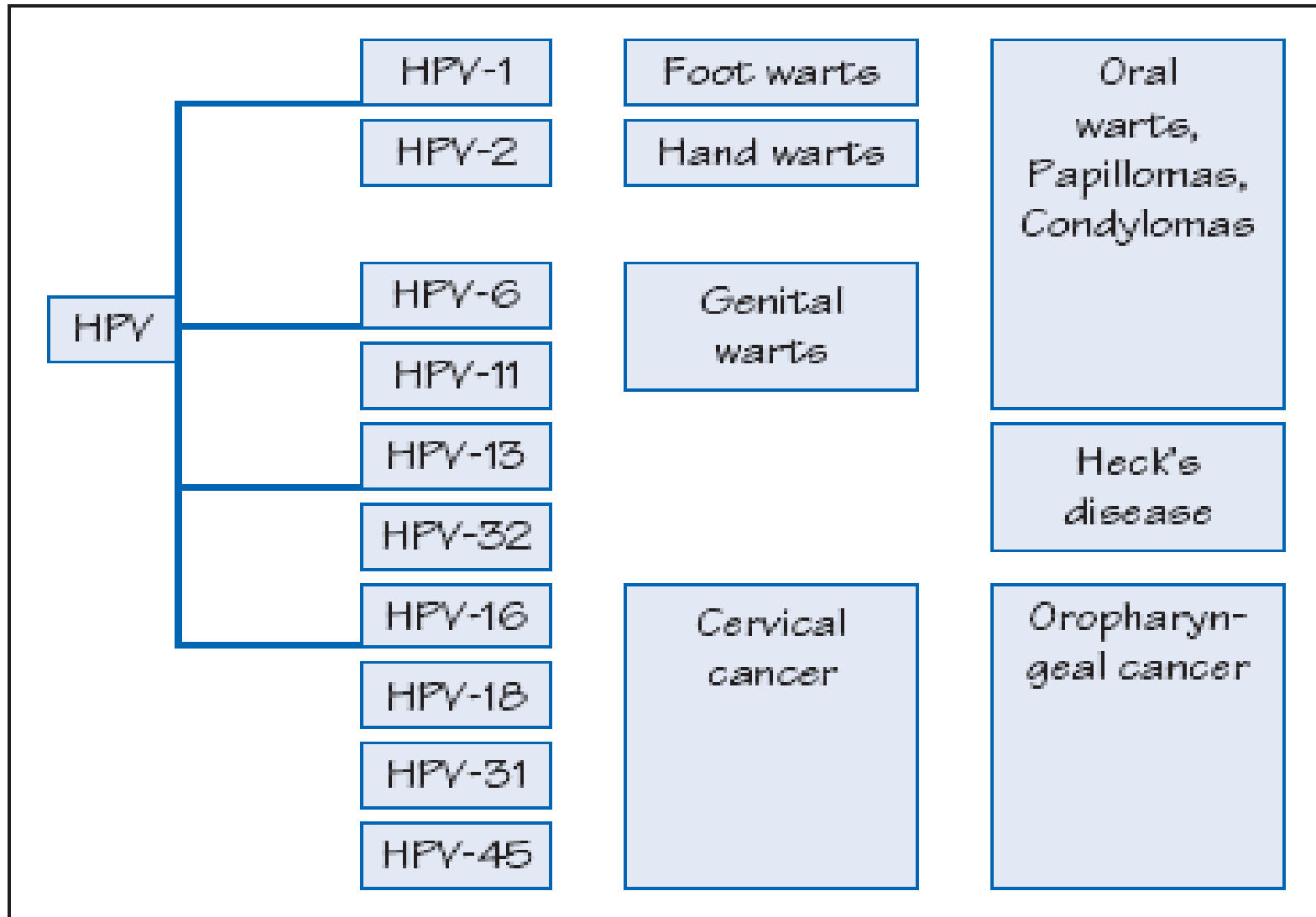
LEUCOPLASIA VELLOSA

- Lesión oral en el borde lateral de la lengua característica que suele verse en pacientes inmunodeprimidos
- La leucoplasia vellosa adopta la forma de manchas blancas confluyentes de engrosamientos hiperqueratósicos vellosos
- A diferencia del muget, su contenido no puede rasparse.

LEUCOPLASIA VELLOSA ORAL

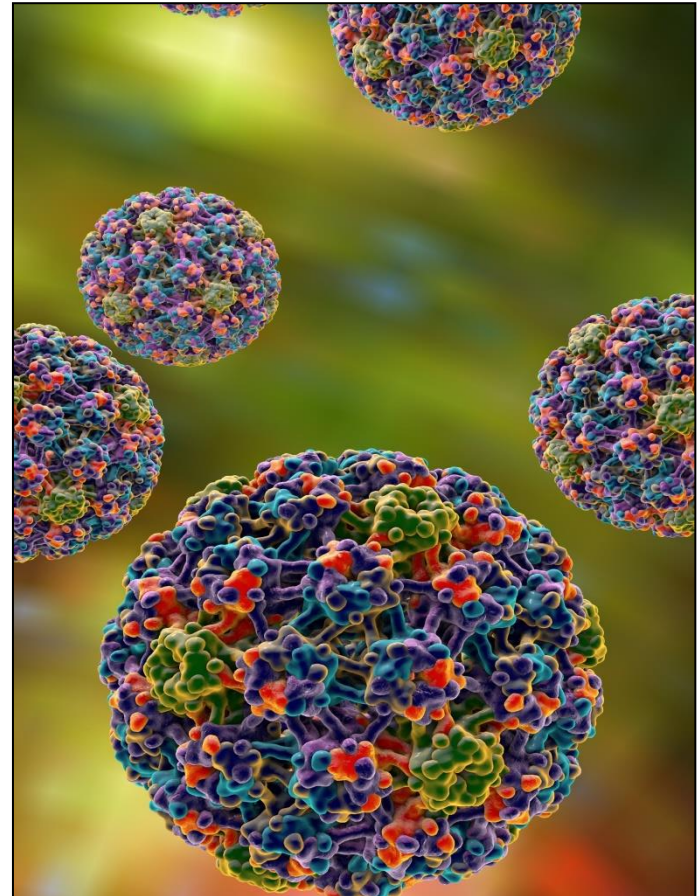


PAPILOMA VIRUS HUMANO



PAPILOMA VIRUS HUMANO

- Lesiones en boca asociadas al HPV:
 - Papiloma viral
 - Verruga viral
 - Condiloma acuminado



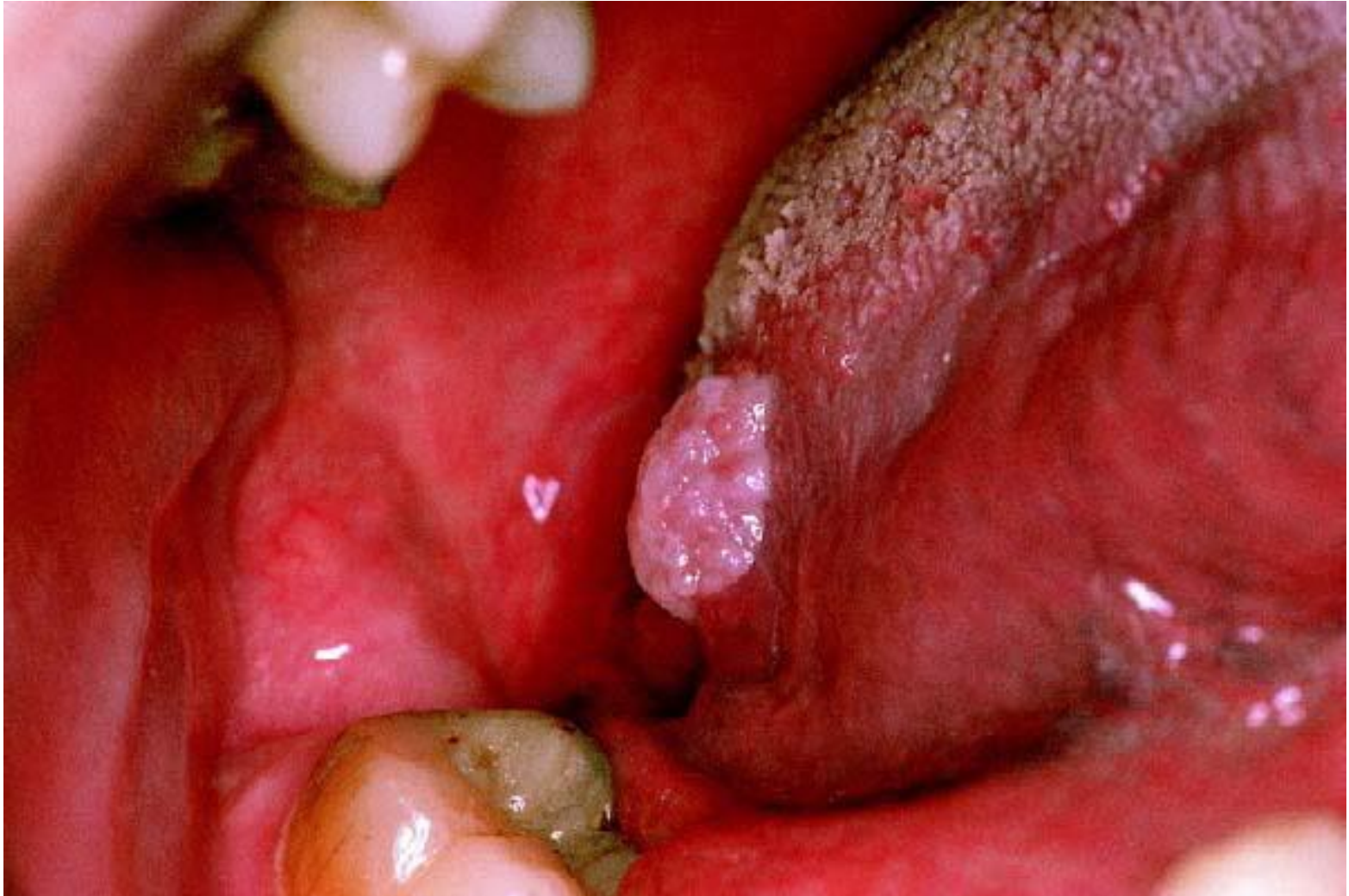
PAPILOMA VIRUS HUMANO

Papiloma viral

- Neoplasia epitelial benigna con una apariencia digitiforme, causada principalmente por el HPV-6 y HPV-11
- Se visualizan como lesiones menores de 1 cm de diámetro, sésil o pediculada, de color blanco rosado y de apariencia acoliflorada. Generalmente son solitarias.
- Afectan a adultos
- Su comportamiento es benigno
- En la boca puede aparecer en cualquier lugar, pero es más frecuente:
 - Paladar blando
 - Pilares del istmo de las fauces
 - Úvula

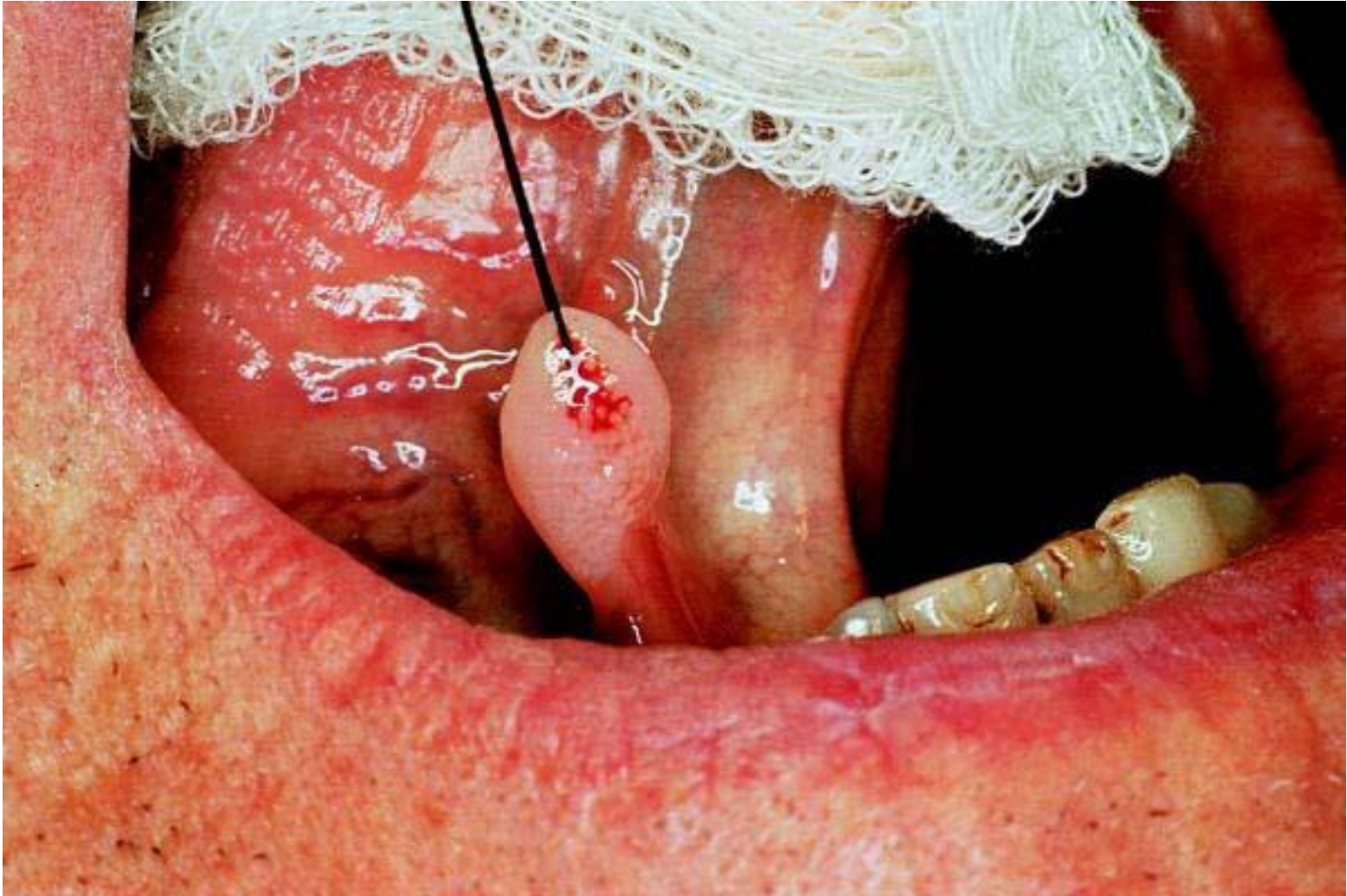
PAPILOMA VIRUS HUMANO

Papiloma viral



PAPILOMA VIRUS HUMANO

Papiloma viral



PAPILOMA VIRUS HUMANO

Papiloma viral



PAPILOMA VIRUS HUMANO

Papiloma viral



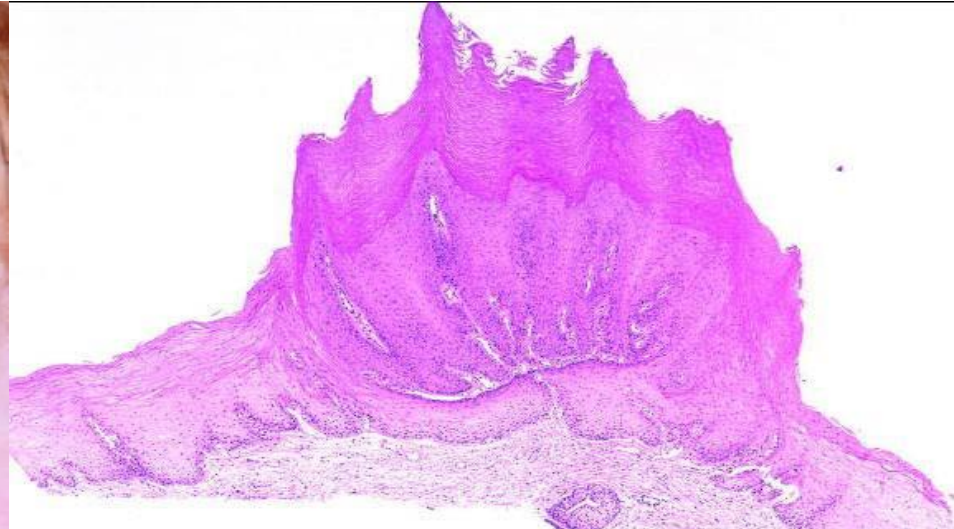
PAPILOMA VIRUS HUMANO

Verruga viral

- Hiperplasia epitelial papilar causada principalmente por el HPV-2 y HPV-11
- Son vistos en personas con verrugas en las manos
- En boca son lesiones blanquecinas, en piel son mas pardas
- En la boca puede aparecer en cualquier lugar, pero es más frecuente:
 - Labios (lo mas probable es que sea por autoinoculación)
 - Paladar duro (Sospechar origen sexual)
 - Encías (Sospechar origen sexual)

PAPILOMA VIRUS HUMANO

Verruga viral



PAPILOMA VIRUS HUMANO

Verruga viral



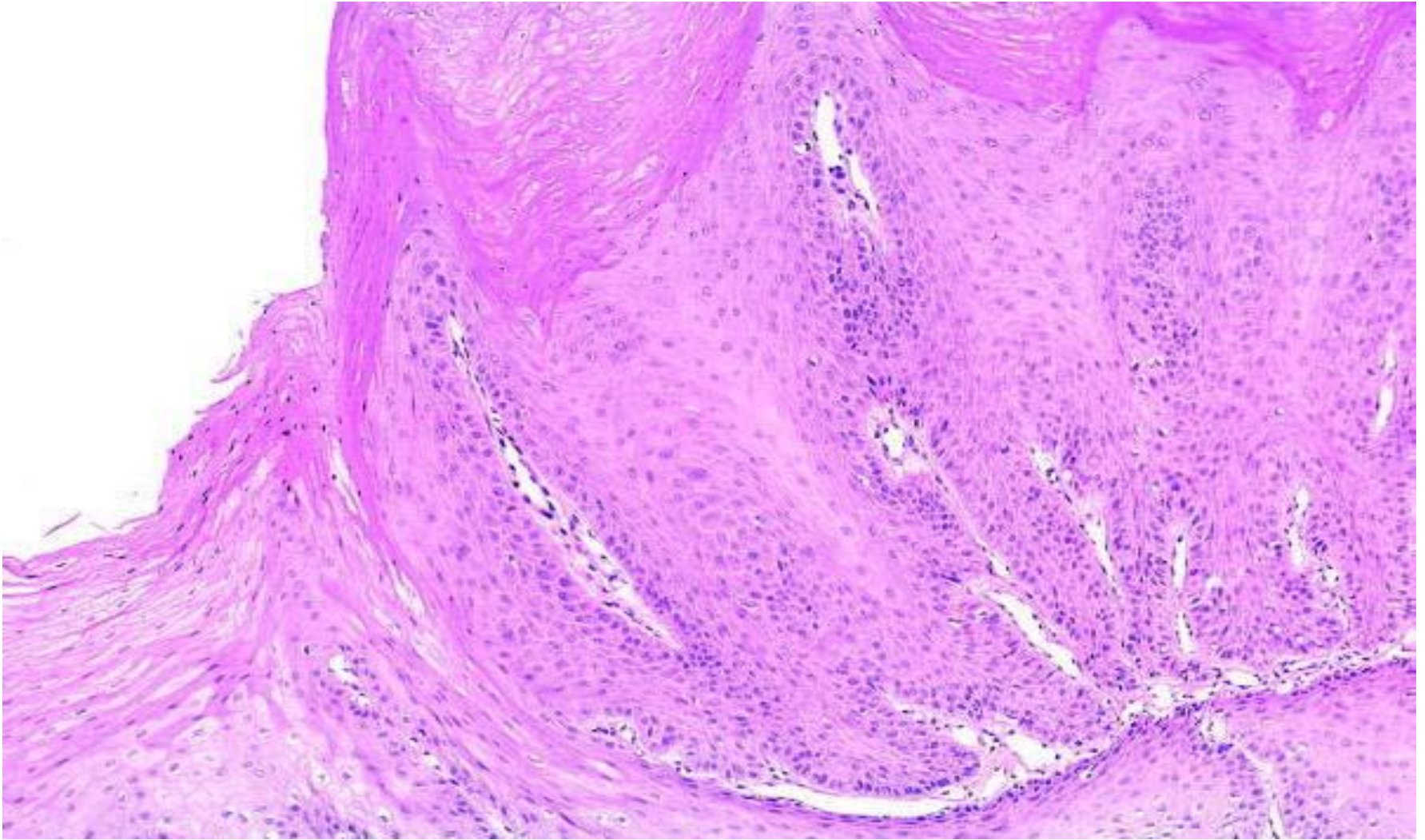
PAPILOMA VIRUS HUMANO

Verruga viral



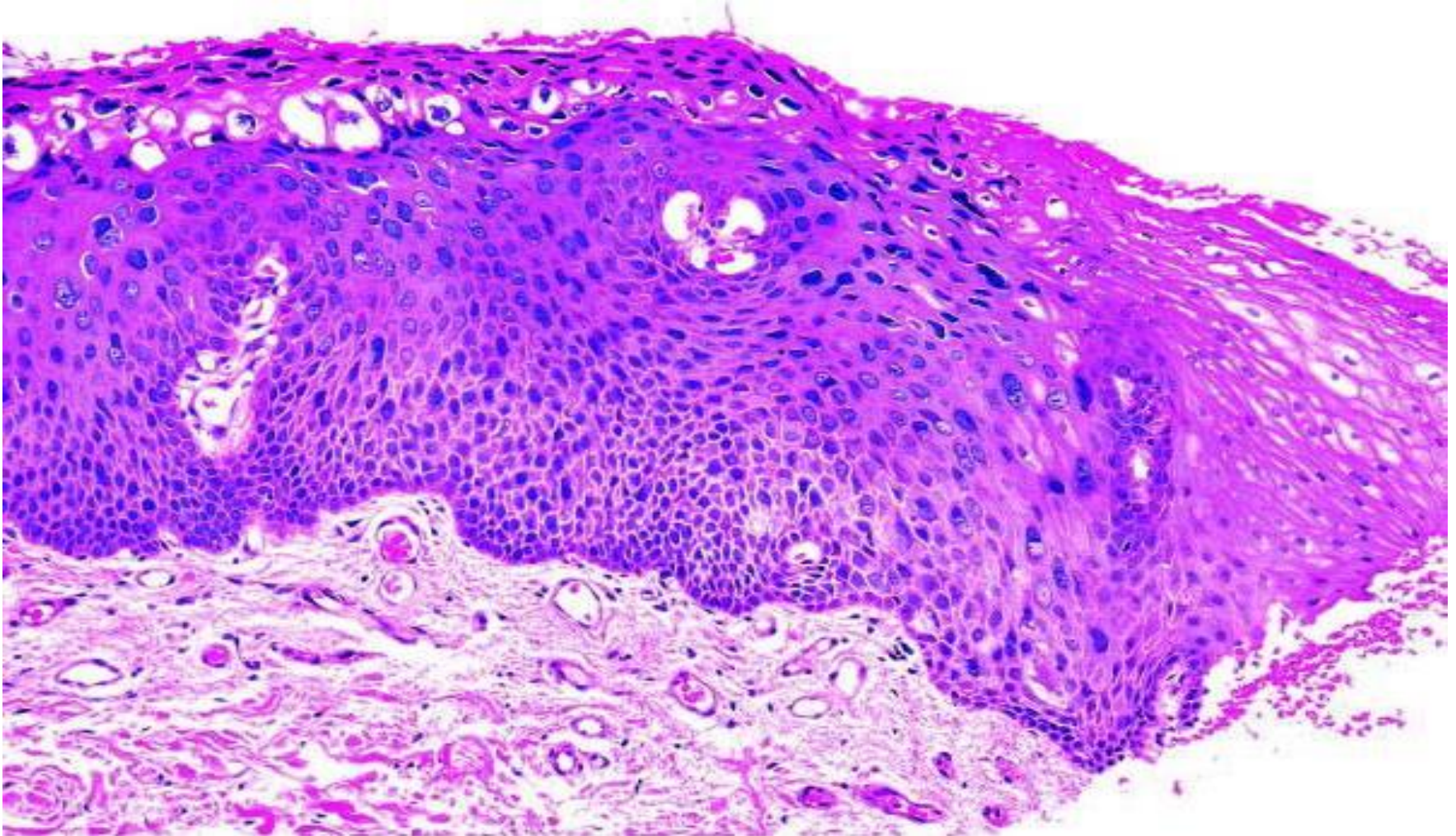
PAPILOMA VIRUS HUMANO

Verruga viral



PAPILOMA VIRUS HUMANO

Verruga viral



PAPILOMA VIRUS HUMANO

Condiloma Acuminado

- Son lesiones similares a las verrugas pero cuya aparición es por contacto sexual, causada principalmente por el HPV-6 y HPV-11
- Comúnmente conocido como verruga genital o venérea
- Pápulas de color rosado con una superficie empedrada
- En boca es mas frecuente en:
 - Suelo de la boca
 - Lengua
 - Mucosa del carrillo
 - Paladar blando

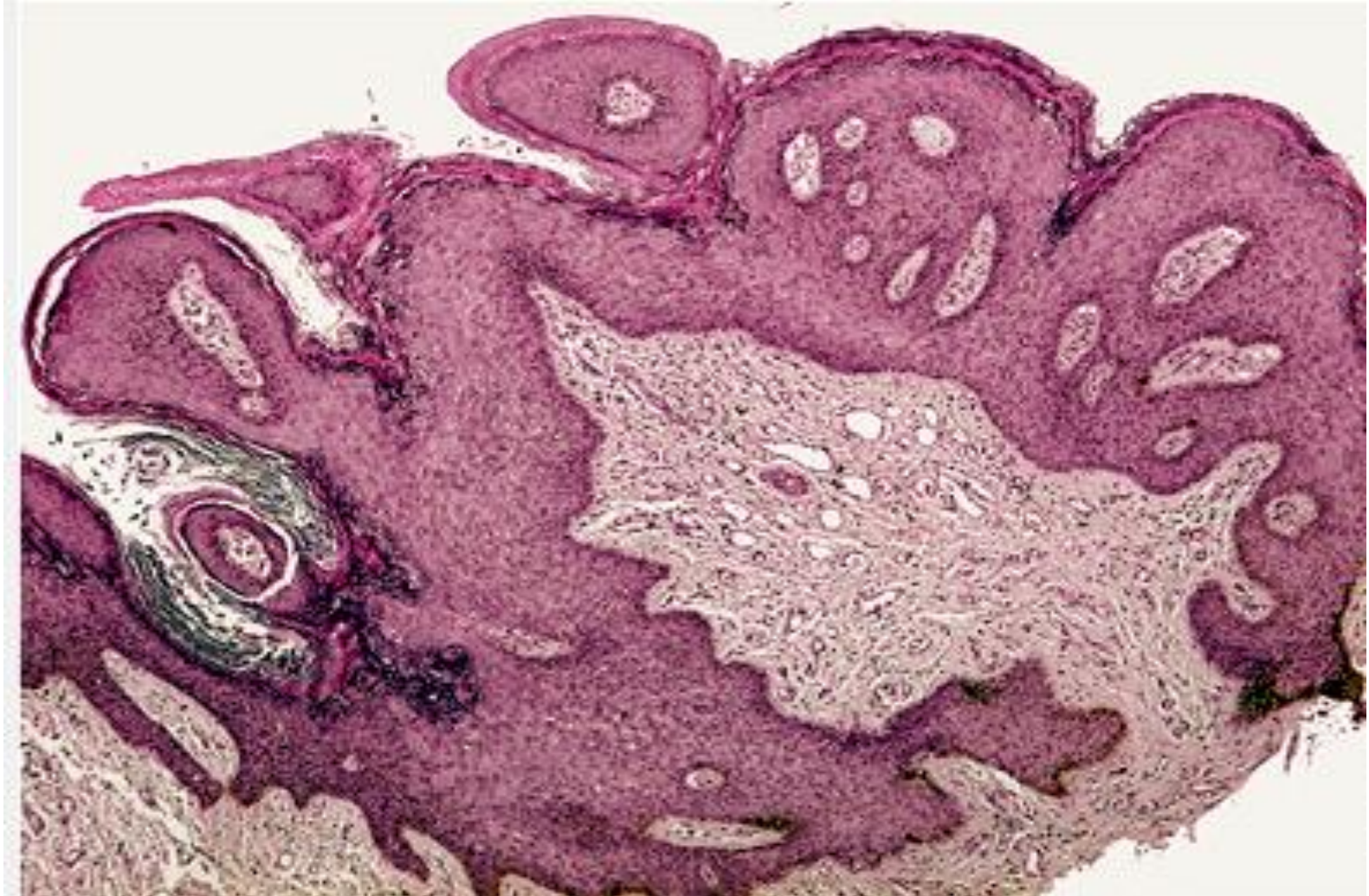
H.P.V.

CONDILOMA ACUMINADO



H.P.V.

CONDILOMA ACUMINADO



PAPILOMA VIRUS HUMANO

Enfermedad de Heck

- Enfermedad poco frecuente caracterizada por múltiples elevaciones de la mucosa oral que son sésiles, blandas y circunscriptas; causadas principalmente por el HPV-13 y 32
- Descripto en nativos americanos y en Groenlandia
- Es una patología benigna

PAPILOMA VIRUS HUMANO

Enfermedad de Heck



PAPILOMA VIRUS HUMANO

Enfermedad de Heck



<http://dermis.net>

PAPILOMA VIRUS HUMANO

Enfermedad de Heck



CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral: Manifestaciones Orales de Enfermedades Sistémicas

Enfermedad sistémica	Cambios orales asociados
Enfermedades infecciosas	
Escarlatina	Lengua de color rojo vivo con papilas prominentes (lengua en frambuesa); lengua saburral blanca a través de la que sobresalen unas papilas hiperémicas (lengua en fresa)
Sarampión	Enantema irregular en la cavidad oral que habitualmente precede a la erupción cutánea; úlceras en la mucosa bucal alrededor del conducto de Stensen que producen las manchas de Koplik
Mononucleosis infecciosa	Amigdalitis y faringitis agudas pueden dar lugar al recubrimiento con una membrana exudativa de color blanco grisáceo; linfadenomegalias cervicales, petequias en el paladar
Difteria	Membrana inflamatoria resistente, fibrinopurulenta, de color blanco sucio característico situada sobre las amígdalas y la retrofaringe
Virus de la inmunodeficiencia humana	Predisposición a las infecciones orales oportunistas, en especial por el virus del herpes, <i>Candida</i> y otros hongos; lesiones orales del sarcoma de Kaposi y leucoplasia vellosa (descrita en el texto)
Procesos cutáneos*	
Liquen plano	Lesiones queratósicas reticuladas de color blanco en forma de encaje que pocas veces se ulceran y forman ampollas; observadas en más del 50% de los pacientes con liquen plano cutáneo; casi nunca es su única manifestación
Pénfigo	Vesículas y ampollas proclives a la rotura que dejan erosiones hiperémicas cubiertas de exudados
Perfigoide ampoloso	Lesiones orales que se parecen a las del pénfigo a nivel macroscópico, pero de las que se pueden diferenciar por su aspecto histológico
Eritema multiforme	Erupción maculopapular vesiculoampollosa que a veces sigue a una infección en otro lugar, a la administración de fármacos, a la aparición de un cáncer o a una enfermedad del tejido conjuntivo vascular; cuando afecta a los labios y la mucosa oral, se denomina <i>síndrome de Stevens-Johnson</i>
Trastornos sanguíneos	
Pancitopenia (agranulocitosis, anemia aplásica)	Infecciones orales graves en forma de gingivitis, faringitis o amigdalitis; puede extenderse hasta producir una celulitis cervical (<i>angina de Ludwig</i>)
Leucemia	Con una reducción de los niveles funcionantes de neutrófilos, pueden surgir lesiones orales como en la pancitopenia
Leucemia monocítica	Infiltración leucémica y aumento de las encías, a menudo con una periodontitis acompañante

CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral

- **LESIONES PRENEOPLASICAS:** aparece más frecuente entre los varones de 40 y los 70 años.
 - Leucoplasia: una mácula o una placa blanca que no puede desprenderse por raspado ni caracterizarse como ninguna otra enfermedad según criterios clínicos o anatomopatológicos.
Mientras no se demuestre lo contrario mediante un examen histológico, *todas las leucoplasias deben considerarse precancerosas.*
 - Eritroplasia: zona aterciopelada de color rojo en el interior de la cavidad oral, que suele mantenerse al nivel de la mucosa que la rodea o está un poco deprimida. Mayor riesgo que Leucoplasia de transformación maligna.

CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral: Leucoplasia

RISK FACTORS

Tobacco, alcohol, nutrition, unknown

SITES OF OCCURRENCE

Vestibule, buccal > palate, alveolar ridge, lip > tongue, floor

HIGH-RISK SITES FOR MALIGNANT TRANSFORMATION

Floor > tongue > lip > palate > buccal > vestibule > retromolar

AGE

Usually over 40 years

MICROSCOPIC DIAGNOSES AT FIRST DIAGNOSIS

Hyperkeratosis—80%

Dysplasia—12%

In situ carcinoma—3%

Squamous cell carcinoma—5%

TRANSFORMATION RATES

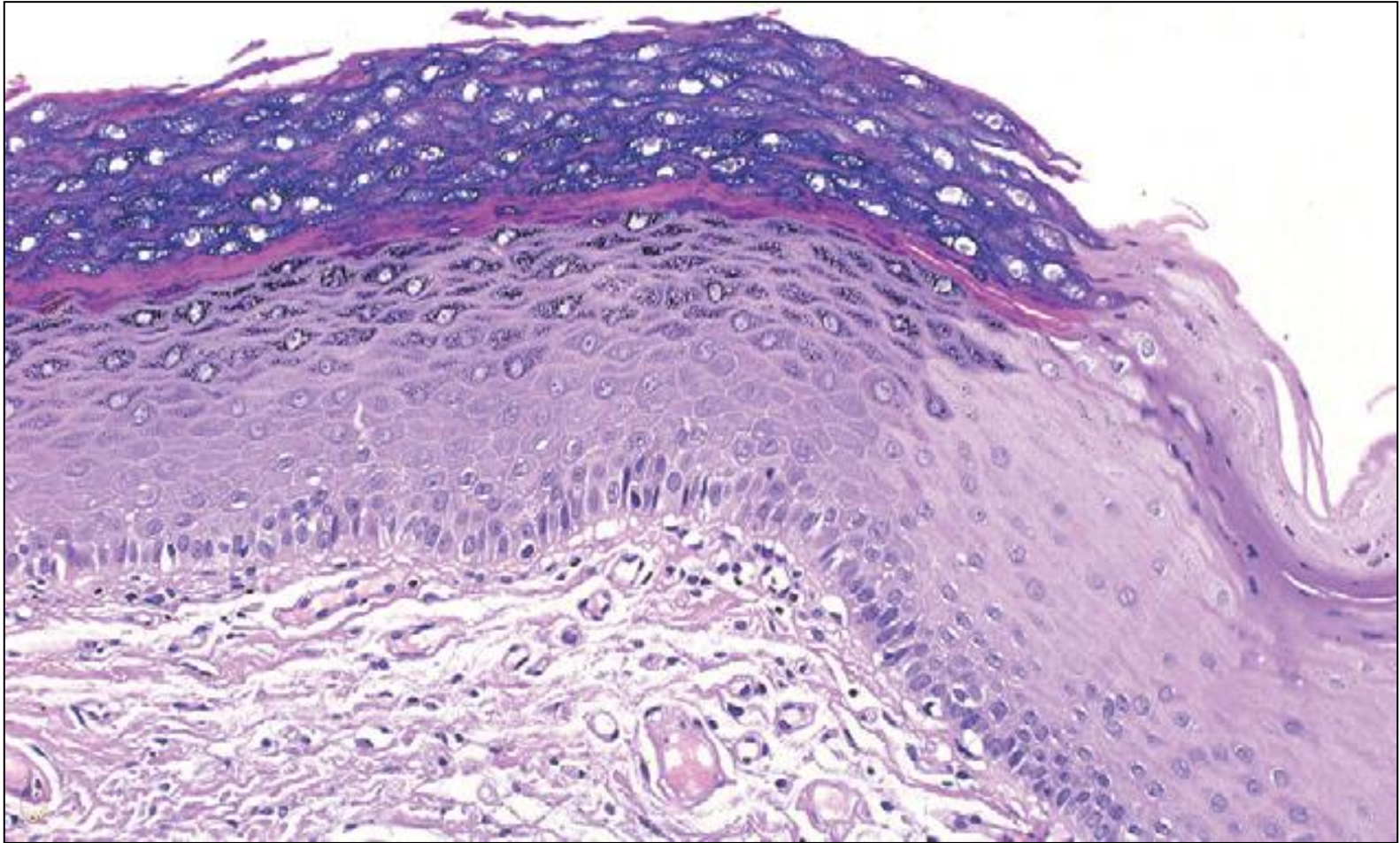
All idiopathic leukoplakias—5% to 10%

All dysplasias—10% to 15%



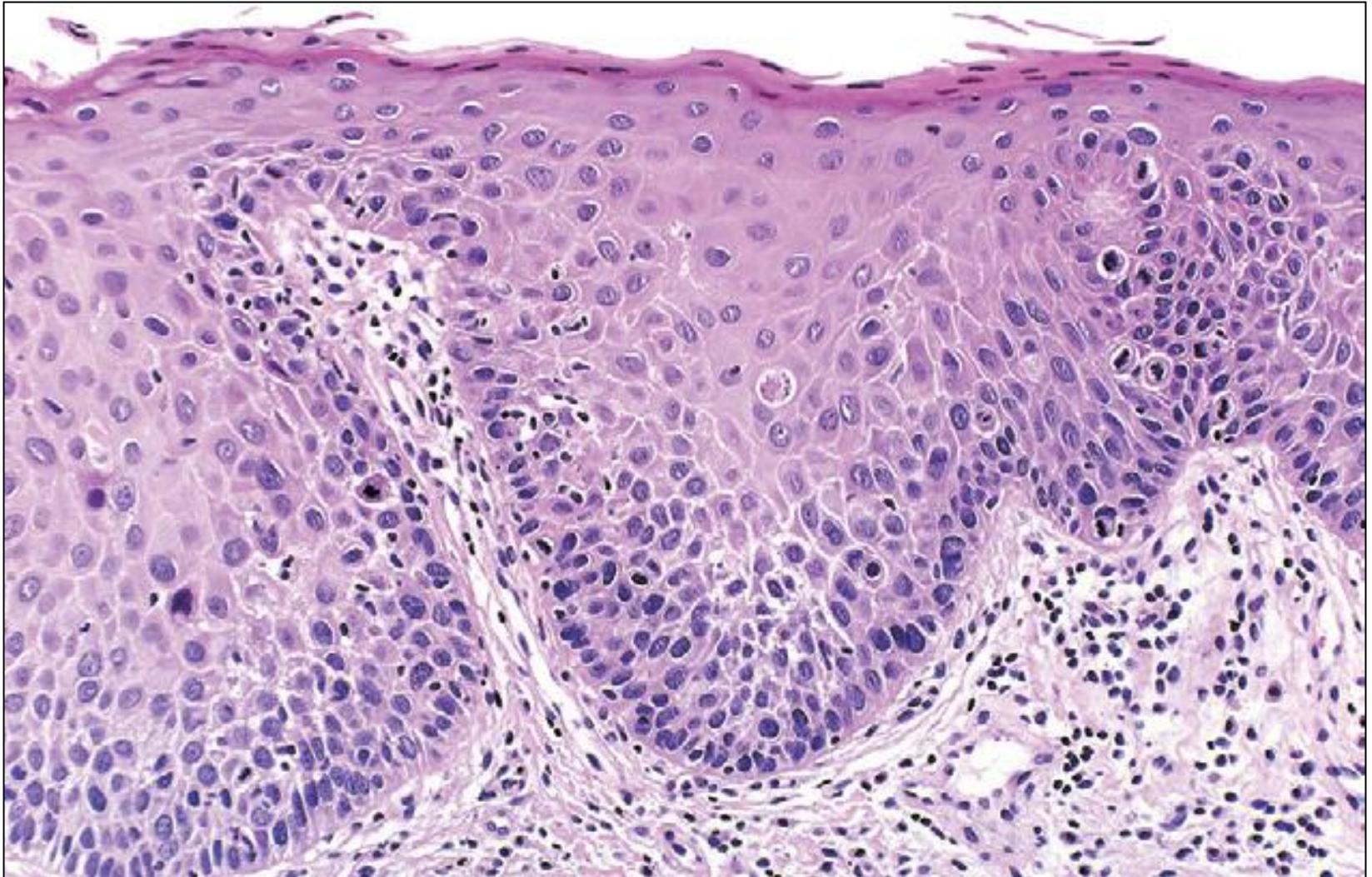
CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral: Leucoplasia sin displasia



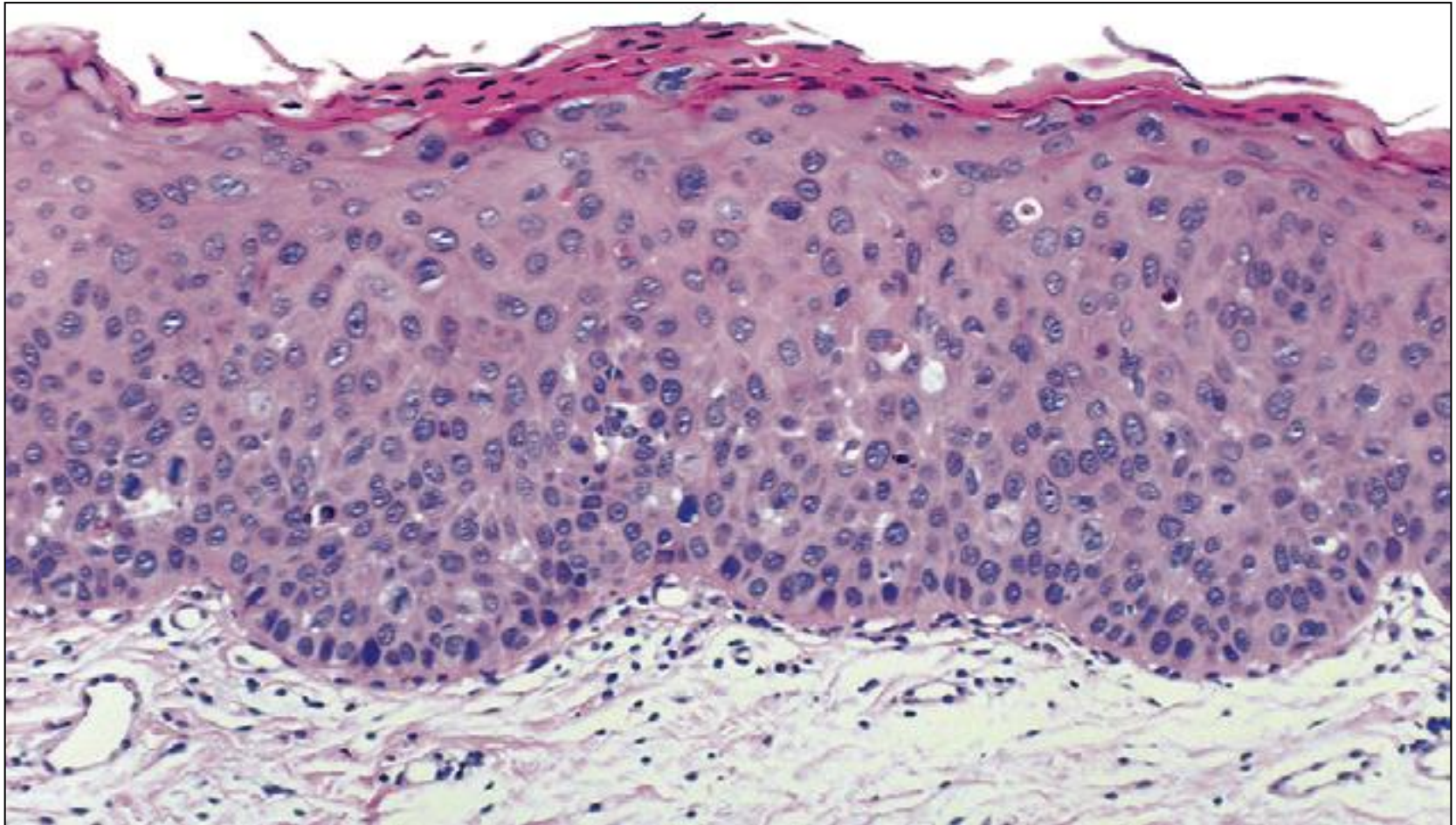
CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral: Leucoplasia con displasia moderada



CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral: Leucoplasia con displasia severa



CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral: Eritroplasia

IDIOPATHIC MUCOSAL RED PATCH

Cause unknown—some related to tobacco

Age—typically between 50 and 70 years

High-risk sites—floor of mouth, tongue, retromolar mucosa, soft palate

HISTOPATHOLOGY

Squamous cell carcinoma (50%)

Severe dysplasia or in situ carcinoma (40%)

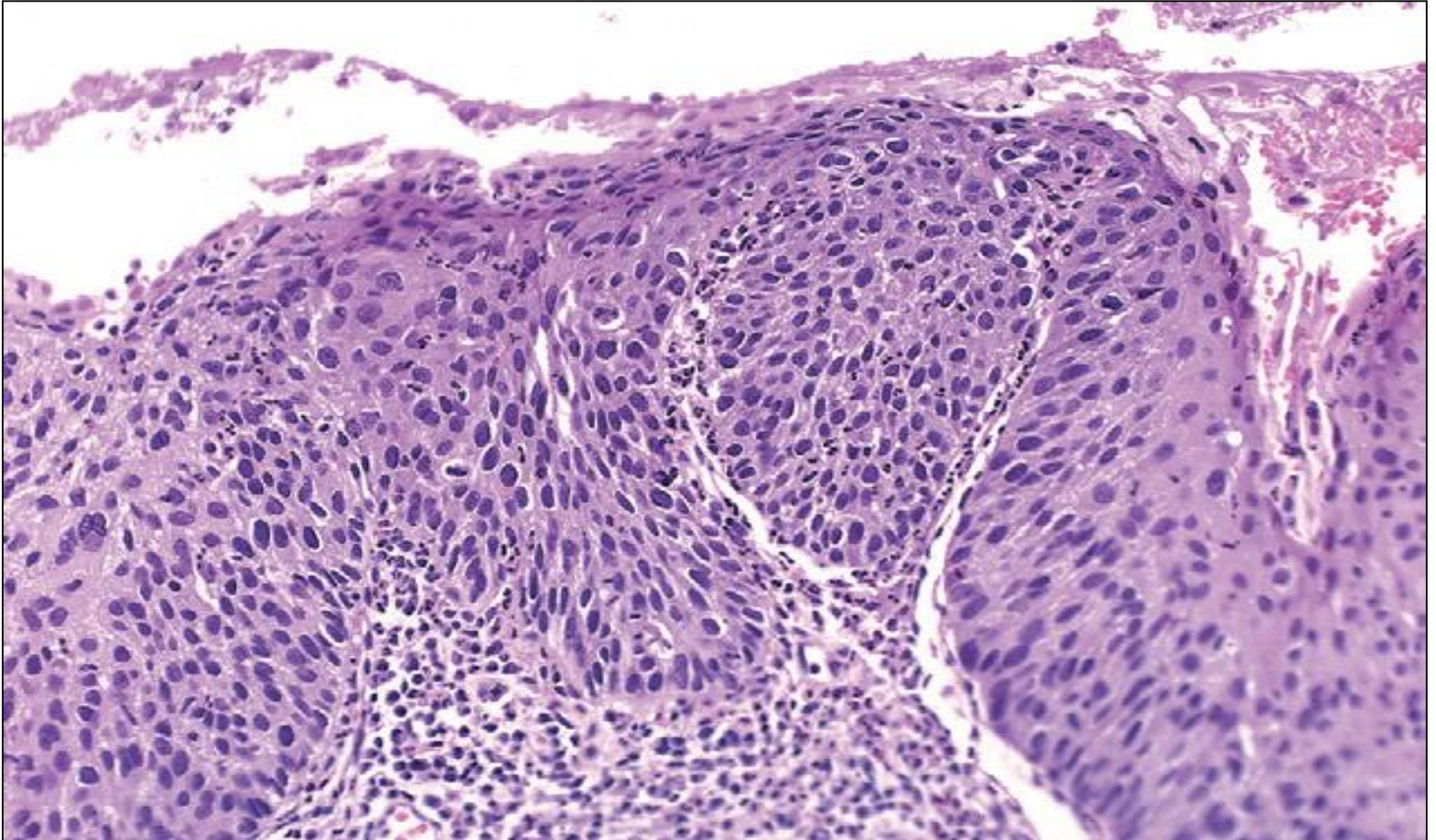
Mild to moderate dysplasia (10%)

Biopsy must be performed.



CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral: Eritroplasia con Carcinoma in situ



CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral

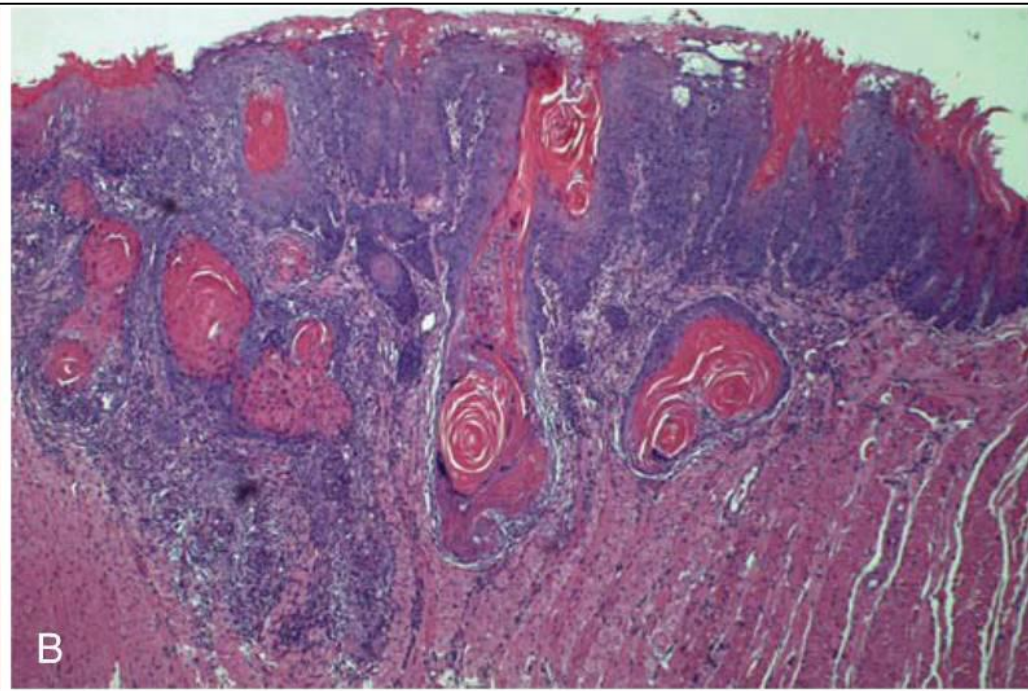
- **LESIONES NEOPLASICAS:**

- Carcinoma escamoso: 95% de las neoplasias malignas de cabeza y cuello
 - Factores de riesgo: Alcohol, Tabaco, RUV, fumar en pipa (labio).
 - En la orofaringe, hasta el 70% de los carcinomas escamosos, sobretodo los localizados en las amígdalas, base de la lengua y faringe, contienen variantes oncógenas del HPV (HPV 16). La mayoría de los carcinomas originados por HPV expresan p16.
 - Pronostico depende del estadio de la enfermedad.
 - Los que expresan p16 tienen mejor respuesta a tratamiento.



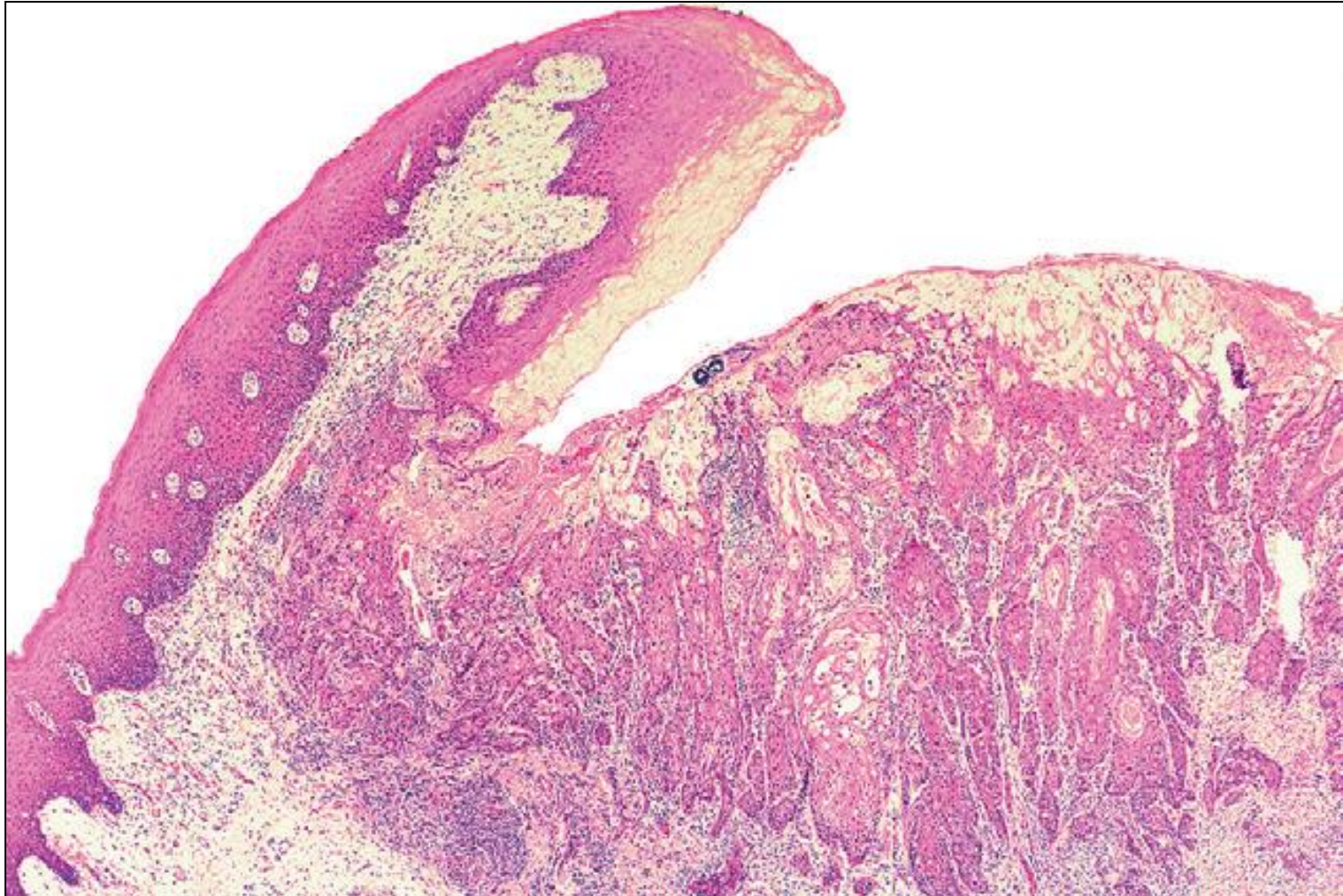
CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral



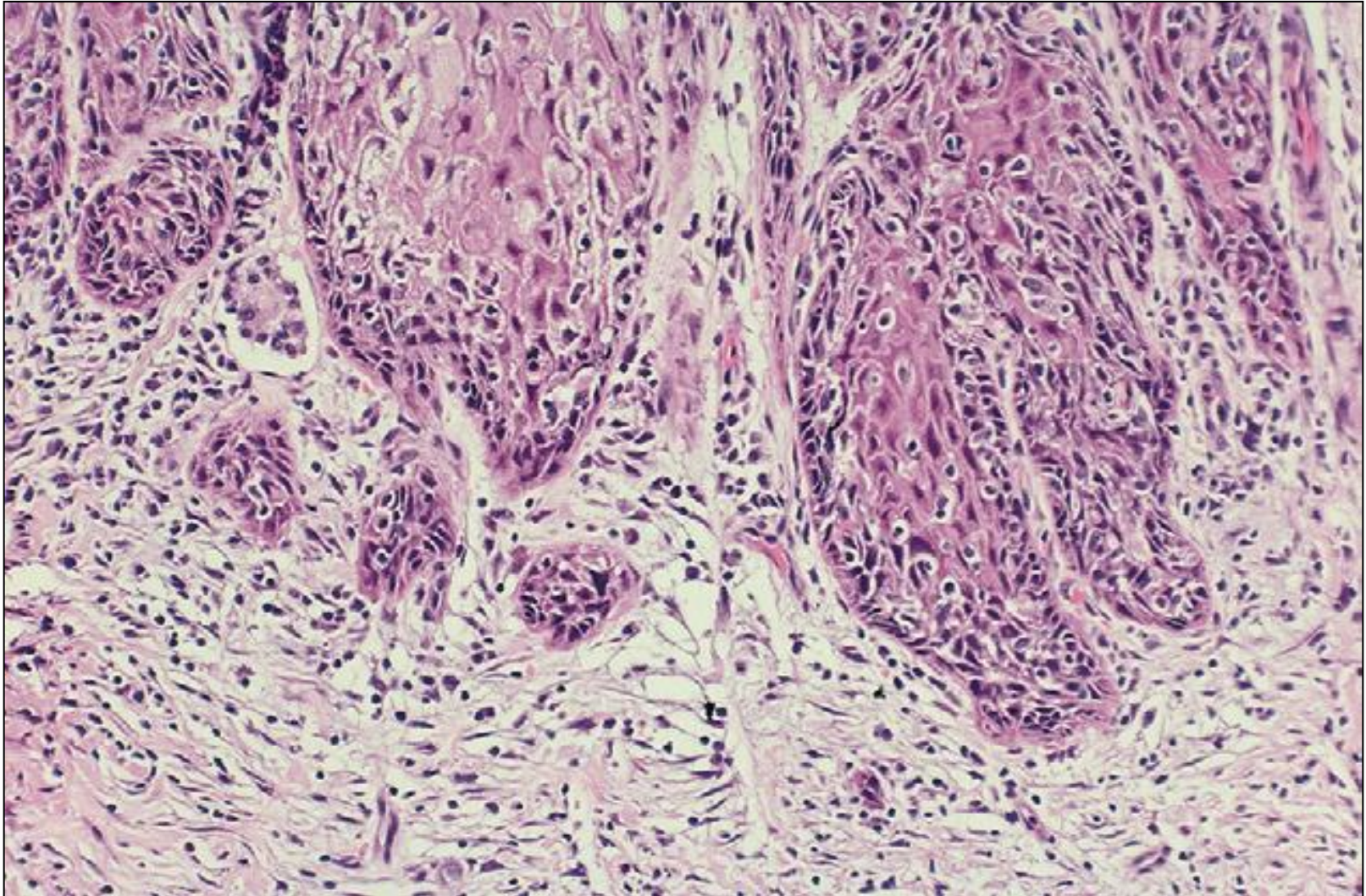
CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral: Carcinoma Escamoso



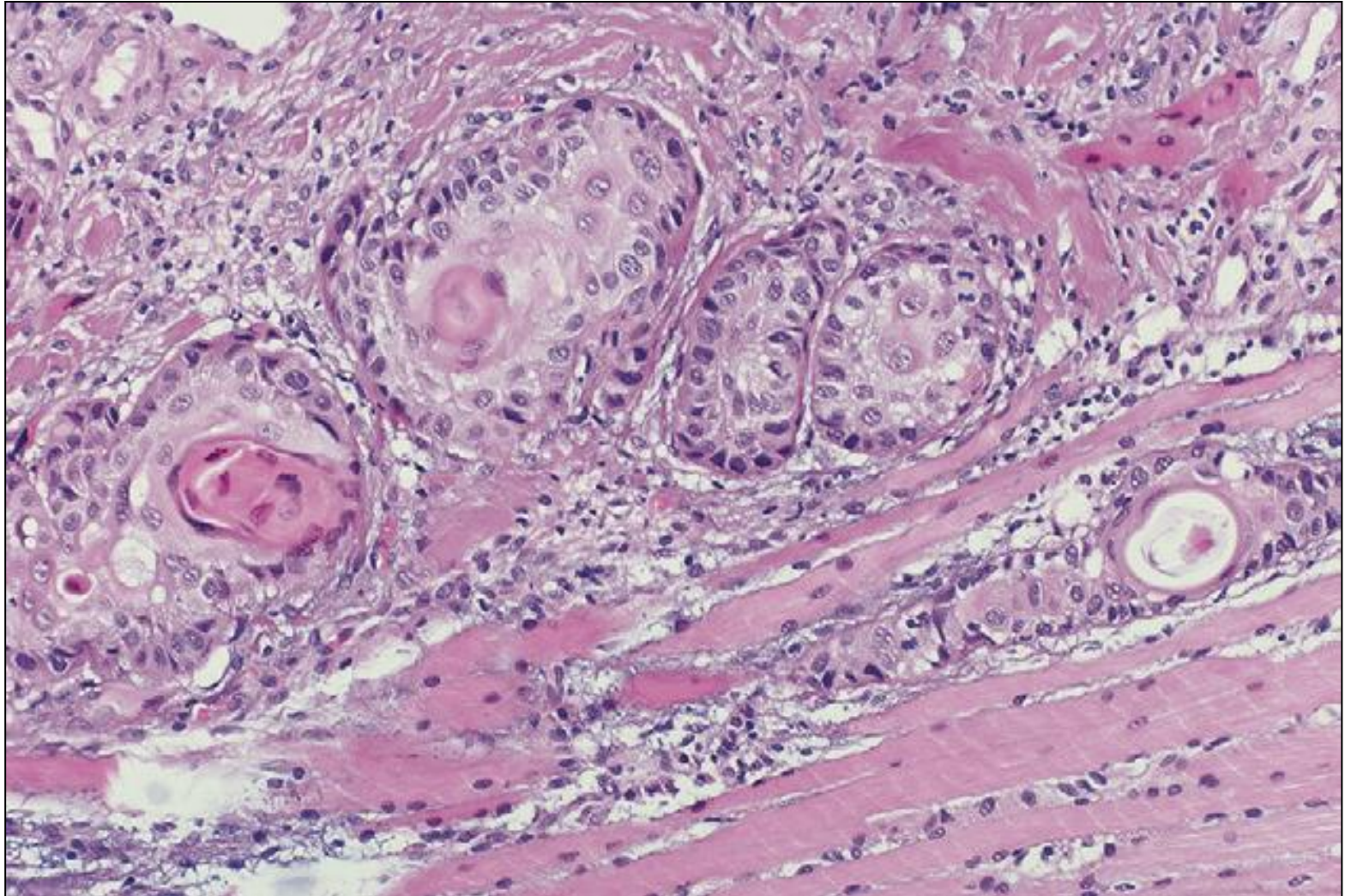
CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral: Carcinoma Escamoso



CAVIDAD ORAL

Mucosa Oral: Carcinoma Escamoso



CAVIDAD ORAL

Quistes Odontogénicos

- La gran mayoría de quistes odontógenos derivan de vestigios de epitelio odontogénico

Inflamatorios

Quiste periapical

Quiste residual

Quiste paradental

Congénitos

Quiste dentífero

Queratoquiste odontógeno

Quiste gingival del recién nacido

Quiste gingival del adulto

Quiste de erupción

Quiste periodontal lateral

Quiste odontógeno glandular

Quiste odontógeno epitelial calcificante (quiste de Gorlin)

CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos

TABLE 10-1 CYSTS OF THE JAWS: EPITHELIAL ORIGIN

Type	Source	Origin of Rests	Cyst Examples
Odontogenic rests	Rests of Malassez Reduced enamel epithelium Rests of dental lamina (rests of Serres)	Epithelial root sheath Enamel organ Epithelial connection between mucosa and enamel organ	Periapical (radicular) cyst Dentigerous cyst Odontogenic keratocyst Lateral periodontal cyst Gingival cyst of adult Gingival cyst of newborn Glandular odontogenic cyst
Nonodontogenic rests	Remnants of nasopalatine duct	Paired nasopalatine ducts (vestigial)	Nasopalatine canal cyst

CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Quiste Periapical

PATHOGENESIS

Preceded by periapical granuloma (chronic inflammation) associated with nonvital tooth

Rests of Malassez stimulated by chronic inflammation

Products of cyst epithelium and inflammation: cause bone resorption

Cyst expands because of increasing osmotic pressure in lumen.

CLINICAL FEATURES

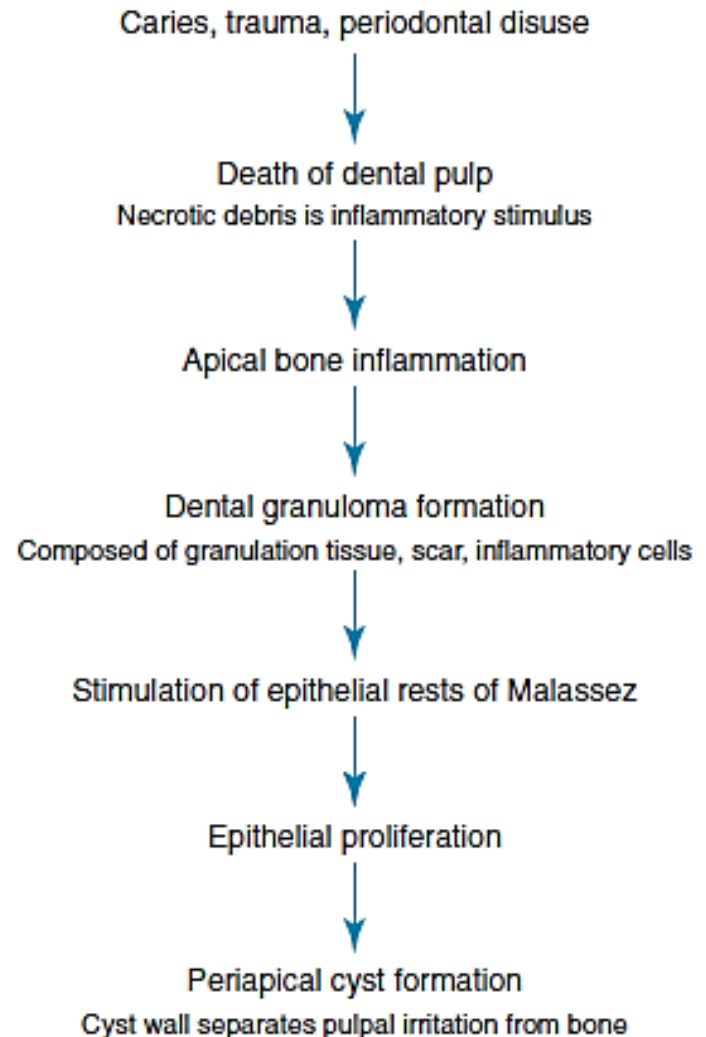
Most common type of jaw cyst

Radiographically, cannot distinguish cyst from preexisting granuloma

Persists if treated by root canal filling only

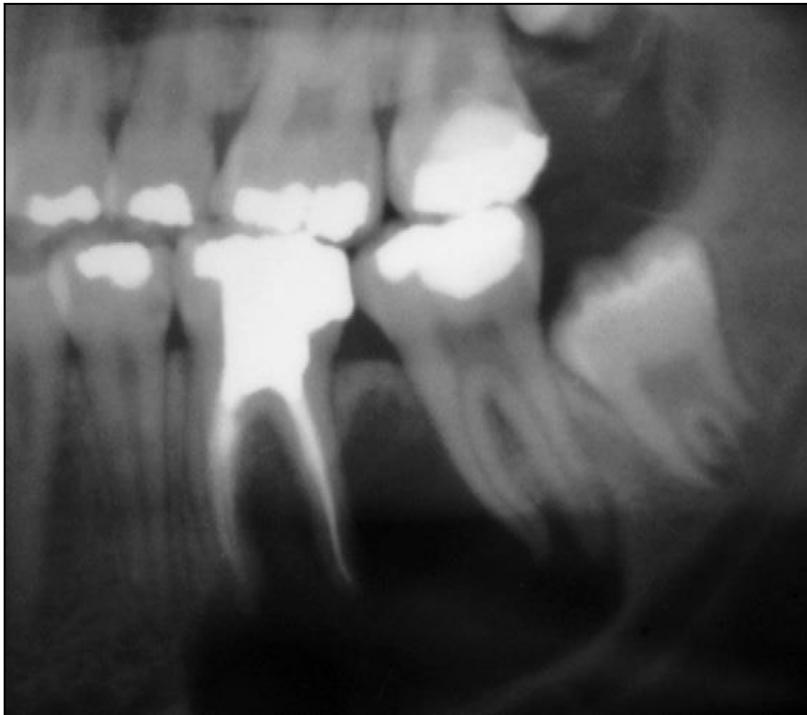
Treated by cystectomy (apicoectomy) and retrograde root filling

Incompletely removed cyst lining results in a residual cyst.



CAVIDAD ORAL

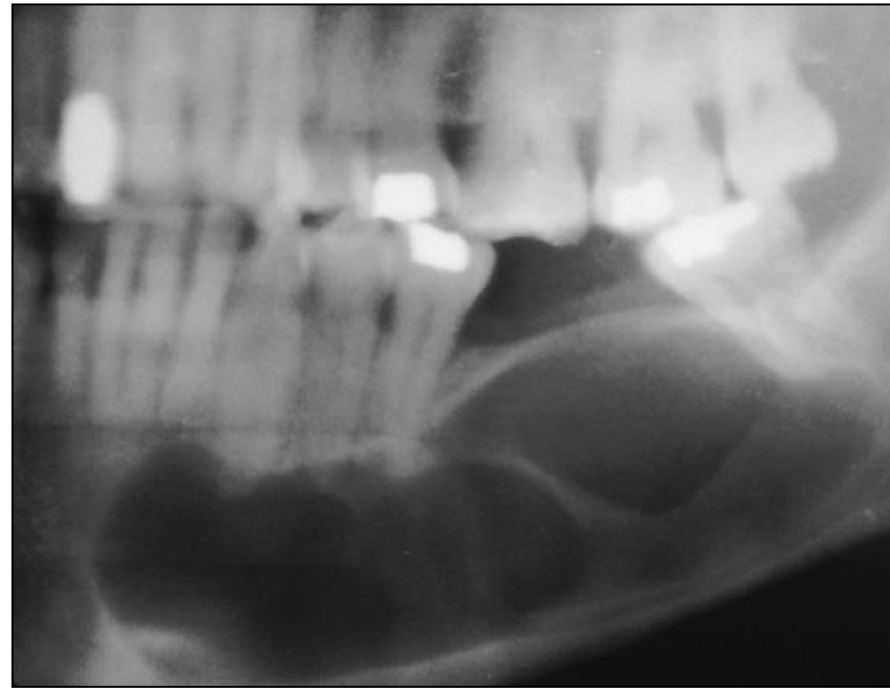
Quistes Odontógenos: Quiste Periapical



CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Quiste Residual

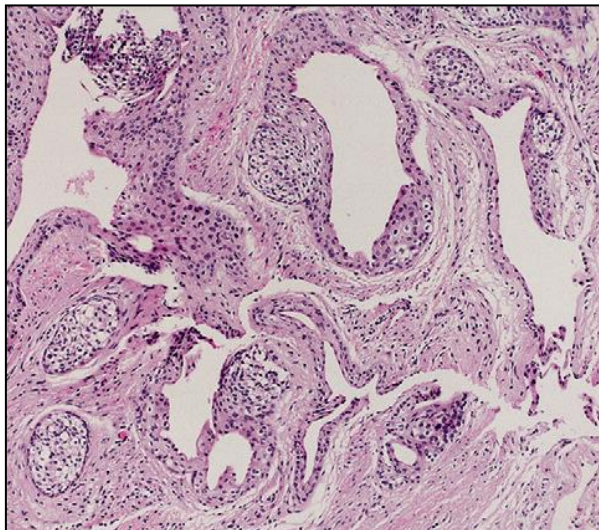
- Es el resultado de la extracción de un elemento dentario necrótico sin la extracción completa del quiste periapical.
- Se suele formar meses a años después del procedimiento
- Su crecimiento gradual puede provocar resorción ósea y debilitamiento del maxilar



CAVIDAD ORAL

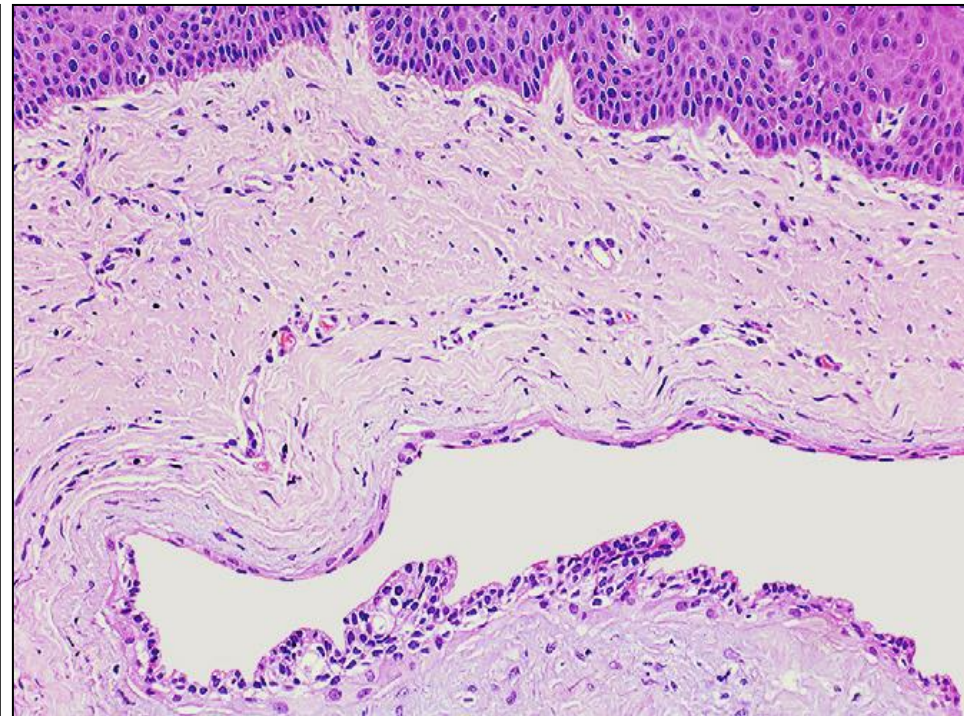
Quistes Odontógenos: Quiste Paradental y Gingival del Adulto

Origin from rests of the dental lamina in bone
Occurs along lateral surface of tooth root
Associated with a vital tooth
Most found in mandibular canine-premolar area
Males affected more than females
Treated by cystectomy; multilocular variant has recurrence potential
Dental lamina rests in soft tissue give rise to gingival cysts of adult.



CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Quiste Paradental y Gingival del Adulto



CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Quiste Gingival del Recién Nacido (Nódulo Bohn)

- Múltiples nódulos a lo largo de las encías en el recién nacido
- Se cree que son originados por la proliferación quística de los fragmentos de la lámina dental que quedan en las encías luego de la formación dental
- Con el tiempo degeneran por sí solos o pueden abrirse a la cavidad oral y desaparecer (Aproximadamente en 3 meses)



CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Quiste Dentífero

CLINICAL

Second most common odontogenic cyst after periapical cyst

Third molars and canine teeth most commonly affected

Stimulus unknown

RADIOGRAPHIC FEATURES

Lucency associated with crown of impacted tooth

HISTOPATHOLOGY

Lined by nonkeratinized stratified squamous epithelium

Proliferation of reduced enamel epithelium

POSSIBLE COMPLICATIONS

Extensive bone destruction with growth

Resorption of adjacent tooth roots

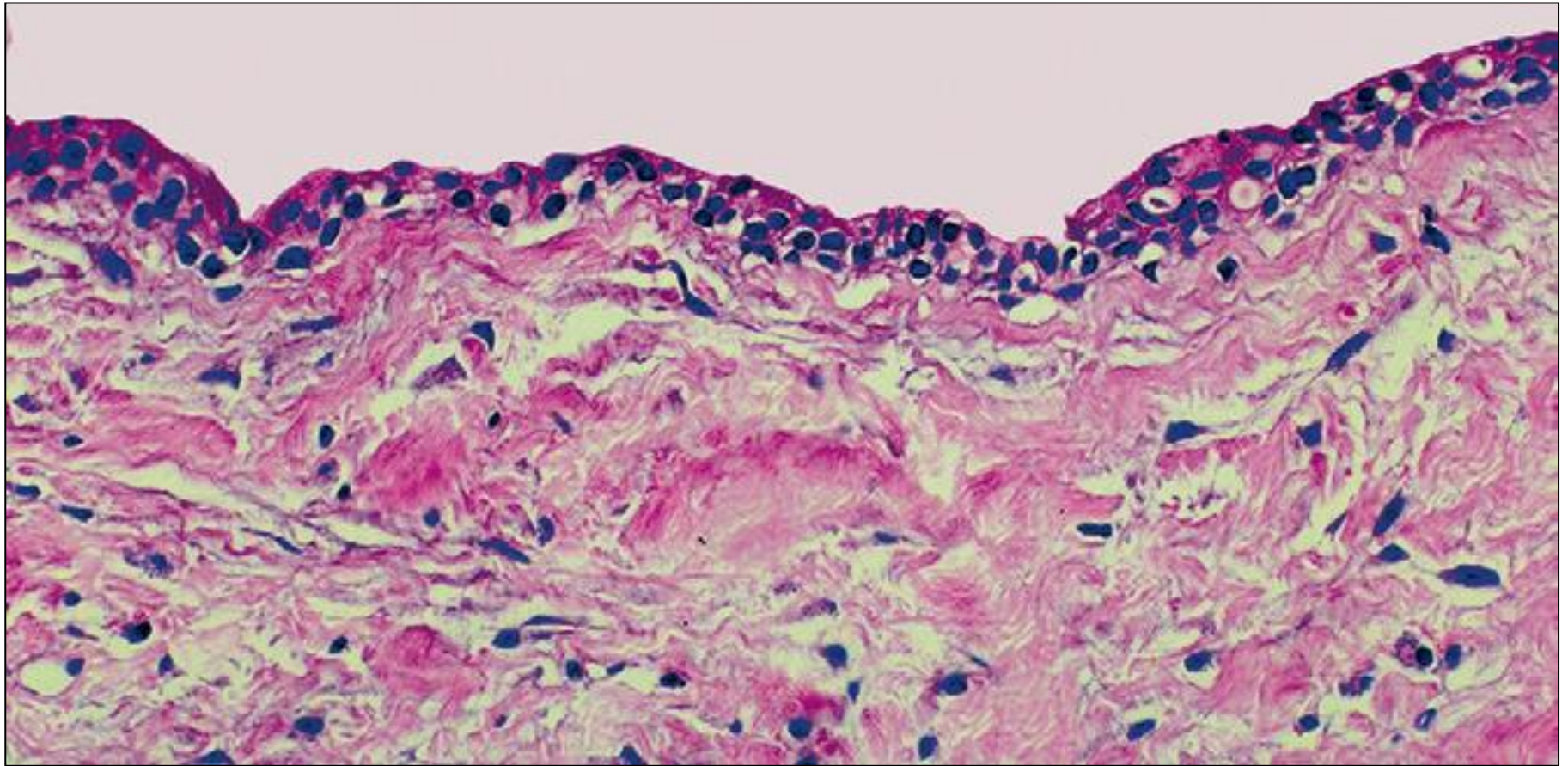
Displacement of teeth

Neoplastic transformation of lining (rare)—ameloblastoma formation; carcinoma very rarely



CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Quiste Dentífero



CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Quiste de erupción

- Es el resultado de la acumulación de fluido dentro del espacio folicular del diente en erupción. Esta recubierto por epitelio reducido del esmalte.
- Con trauma, puede aparecer sangre y formar un Hematoma de la erupción.
- No es necesario tratamiento, ya que la erupción del diente a través del quiste lo hace desaparecer espontáneamente sin intervención



CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Quiste odontogénico glandular

Rare developmental cyst

CLINICAL FEATURES

Adults

Either jaw (anterior > posterior)

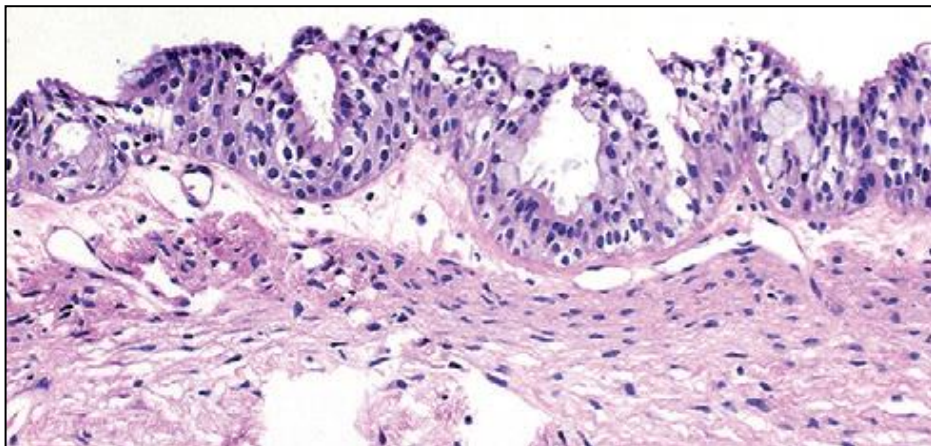
HISTOPATHOLOGY

Focal mucous cells, pseudoducts

Resembles low-grade mucoepidermoid carcinoma

BEHAVIOR

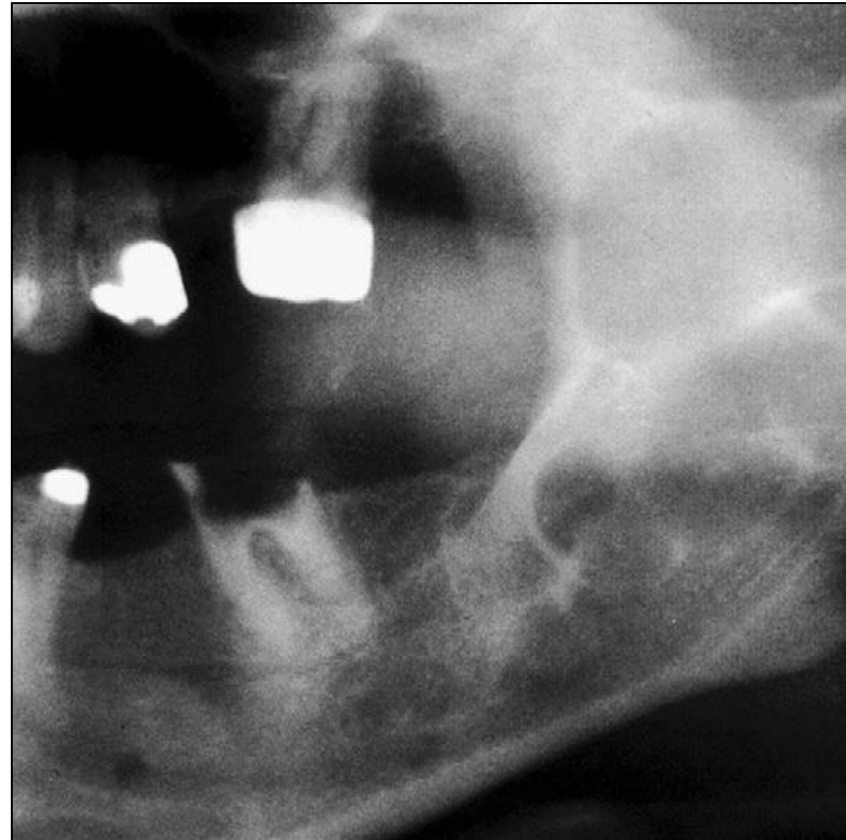
Locally aggressive; recurrence potential



CAVIDAD ORAL

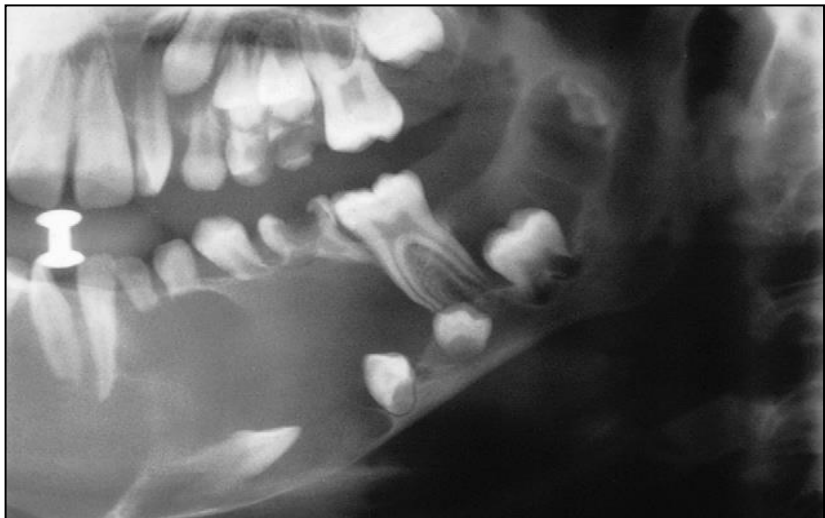
Quistes Odontógenos: Queratoquiste Odontogénico

- Quiste relativamente frecuente (5-15% quistes odontogénicos)
- Edad más frecuente: 10-30 años
- 5% son múltiples (en especial en niños)
- 5% asociados con Síndrome de Carcinoma de Células Basales nevoides
- 40% simulan radiográficamente un quiste dentígero
- Más frecuente en Maxilar Inferior
- Son agresivos y muy recidivantes (más los multiloculares)
- La mitad producen lesión expansiva oral



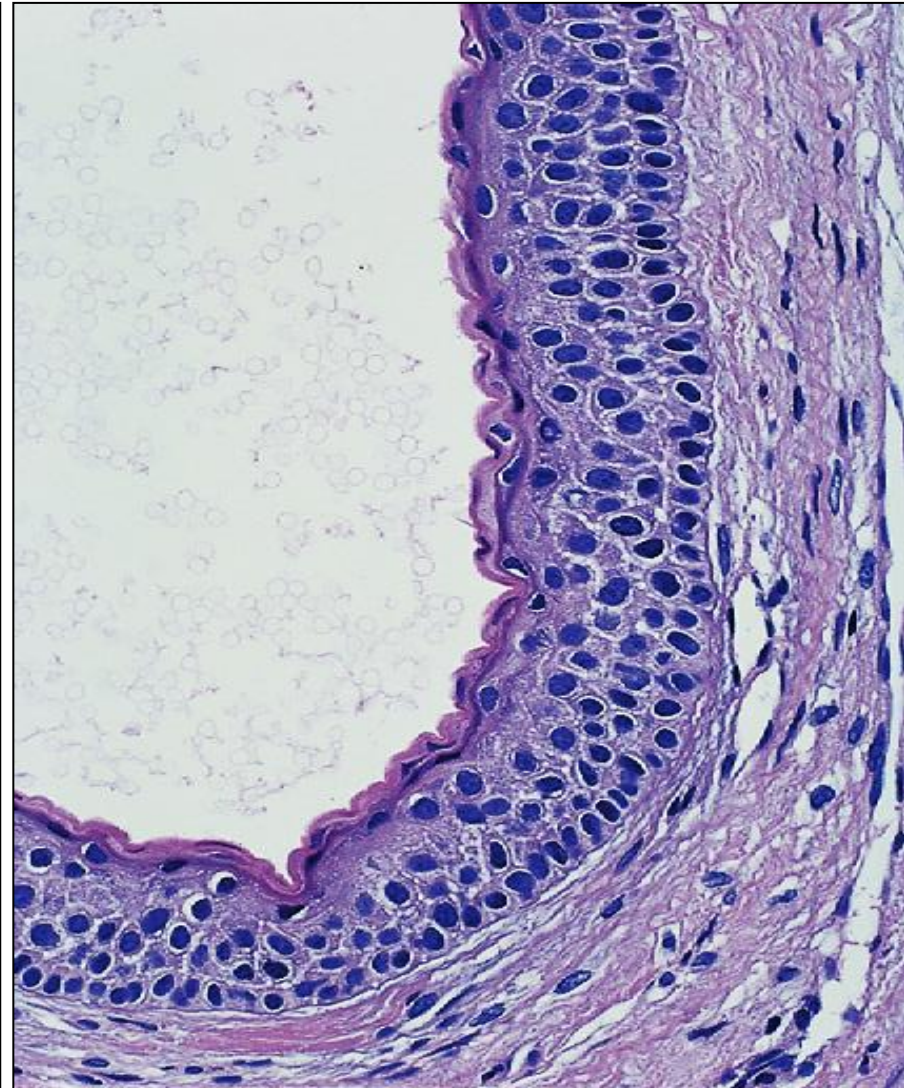
CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Queratoquiste Odontogénico



CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Queratoquiste Odontogénico



CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Quiste odontogénico epitelial calcificante

CLINICAL FEATURES

No distinctive age, gender, or location
Lucent to mixed radiographic patterns

HISTOPATHOLOGY

Basal palisading
Ghost cells and dystrophic calcification
Similar to pilomatrixoma of skin

BEHAVIOR

Unpredictable

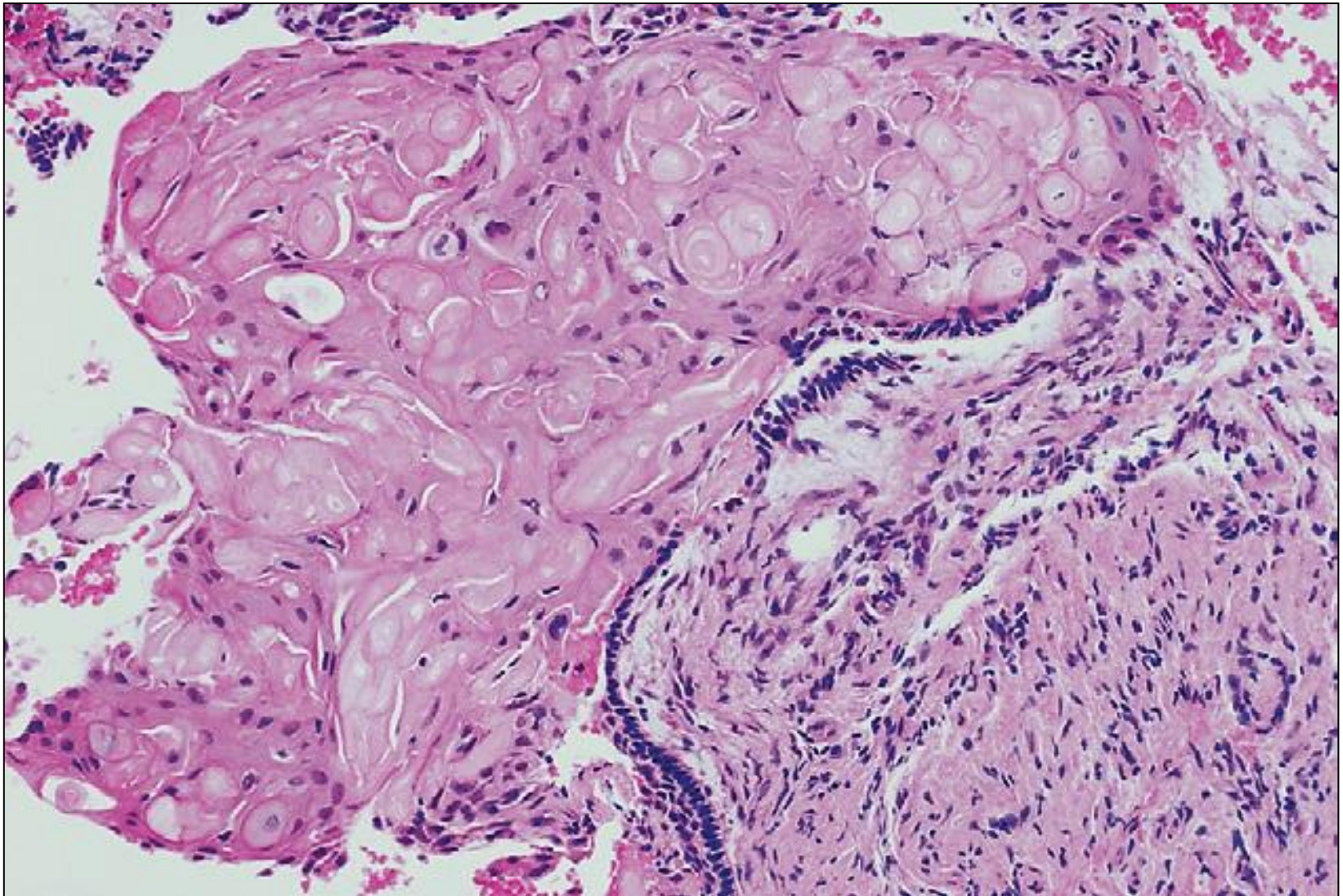
VARIANTS

Odontogenic ghost cell tumor—solid
Odontogenic ghost cell carcinoma—cytologic atypia



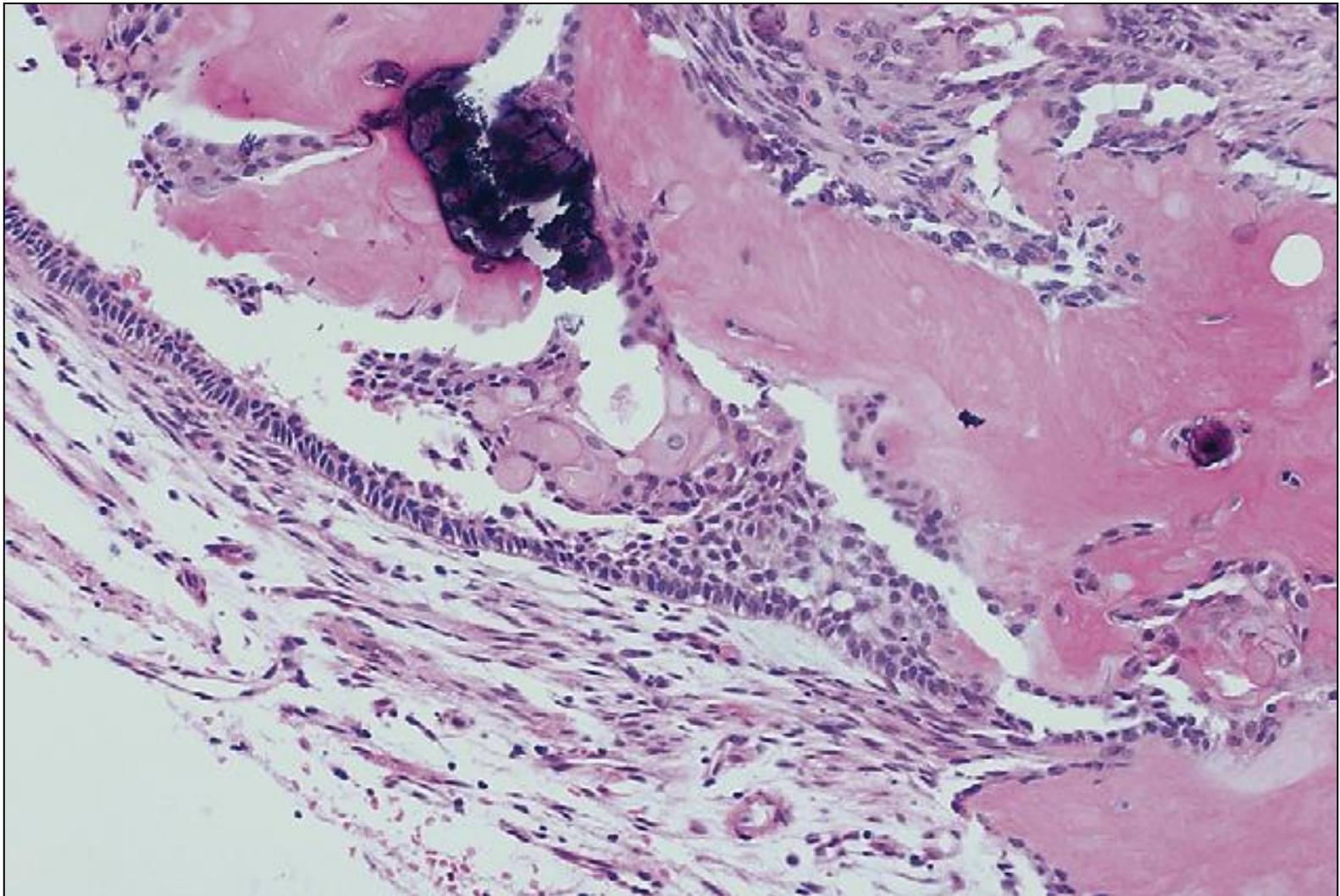
CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Quiste odontogénico epitelial calcificante



CAVIDAD ORAL

Quistes Odontógenos: Quiste odontogénico epitelial calcificante



CAVIDAD ORAL

Tumores Odontógenos

Son derivados de los remanentes epiteliales y mesenquimales odontogénicos

Tumores del epitelio odontógeno

Benignos

Ameloblastoma

Tumor odontógeno epitelial calcificante (tumor de Pindborg)

Tumor odontógeno escamoso

Tumor odontógeno adenomatoide

Malignos

Carcinoma ameloblástico

Ameloblastoma maligno

Carcinoma odontógeno de células claras

Carcinoma odontógeno de células fantasma

Carcinoma epidermoide intraóseo primario

Tumores del ectomesénquima odontógeno

Fibroma odontógeno

Mixoma odontógeno

Cementoblastoma

Tumores del epitelio y del ectomesénquima odontógeno

Benignos

Fibroma ameloblástico

Fibrodontoma ameloblástico

Tumor odontógeno adenomatoide

Odontoameloblastoma

Odontoma complejo

Odontoma compuesto

Tumor odontógeno quístico calcificante (quiste odontógeno calcificante)

Tumor dentinógeno de células fantasma

Malignos

Fibrosarcoma ameloblástico

BOX 11-1 BIOLOGICAL CLASSIFICATION OF ODONTOGENIC TUMORS

BENIGN, NO RECURRENCE POTENTIAL

Adenomatoid odontogenic tumor
Squamous odontogenic tumor
Cementoblastoma
Periapical cemento-osseous dysplasia
Odontoma

BENIGN, SOME RECURRENCE POTENTIAL

Cystic ameloblastoma
Calcifying epithelial odontogenic tumor
Central odontogenic fibroma
Florid cemento-osseous dysplasia
Ameloblastic fibroma and fibro-odontoma

BENIGN AGGRESSIVE

Ameloblastoma
Clear cell odontogenic tumor
Odontogenic ghost cell tumor
Odontogenic myxoma
Odontoameloblastoma

MALIGNANT

Malignant ameloblastoma
Ameloblastic carcinoma
Primary intraosseous carcinoma
Odontogenic ghost cell carcinoma
Ameloblastic fibrosarcoma

CAVIDAD ORAL

Tumores Odontógenos: Ameloblastoma

Benign, aggressive tumor that is invasive and persistent
Sometimes called solid or multicystic ameloblastoma
Adults most commonly affected
Broad age range; mean age, 40 years
Mandibular molar-ramus most commonly affected site
Always radiolucent
Unilocular or multilocular
Slow-growing and typically well defined radiographically
Treated by surgical excision to resection
Recurrence rate higher with conservative treatment



CAVIDAD ORAL

Tumores Odontógenos: Ameloblastoma

- Subtipos Biológicos:

1) Sólido

2) Quístico

3) Periférico

4) Maligno

5) Carcinoma Ameloblástico

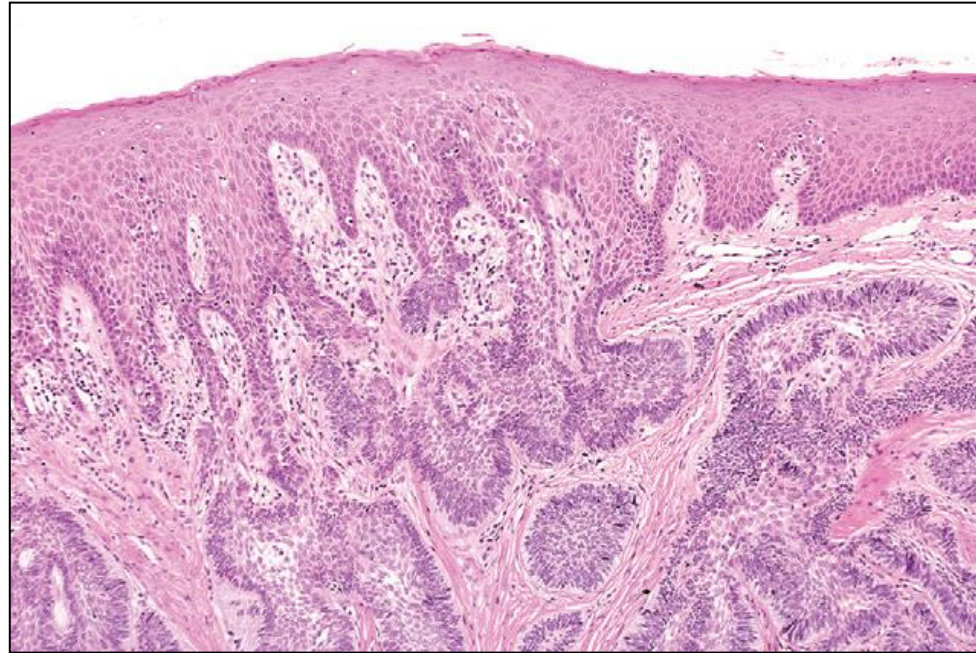


CAVIDAD ORAL

Tumores Odontógenos: Ameloblastoma

BOX 11-5 PERIPHERAL AMELOBLASTOMA

Ameloblastoma developing in gingival soft tissue
May originate from gingival epithelium
Typically does not invade underlying bone
Older adults most commonly affected
Presents as a painless gingival mass
Mandibular gingiva > maxillary gingival
Treated with local excision; rarely recurs



CAVIDAD ORAL

Tumores Odontógenos: Ameloblastoma

BOX 11-6 CYSTIC (UNICYSTIC) AMELOBLASTOMA

CLINICAL FEATURES

Multilocularity and cortical perforation (25% of cases)

HISTOPATHOLOGY

Thin, nonkeratinized epithelium

Basal palisading

Spongiosis

Epithelial invaginations

Subepithelial hyalinization

MICROSCOPIC PATTERNS

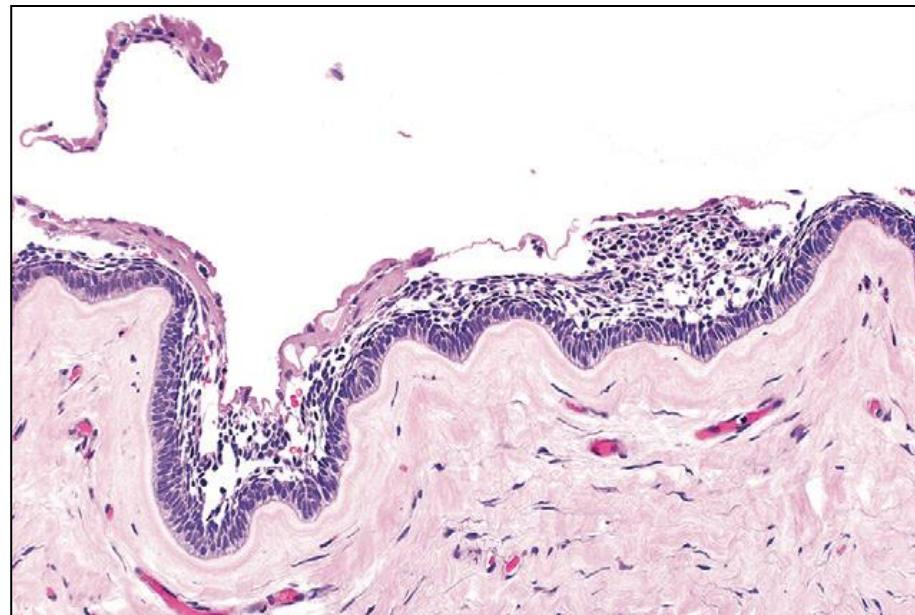
Simple cystic intraluminal growth

Simple cystic with mural invasion

TREATMENT

Excision

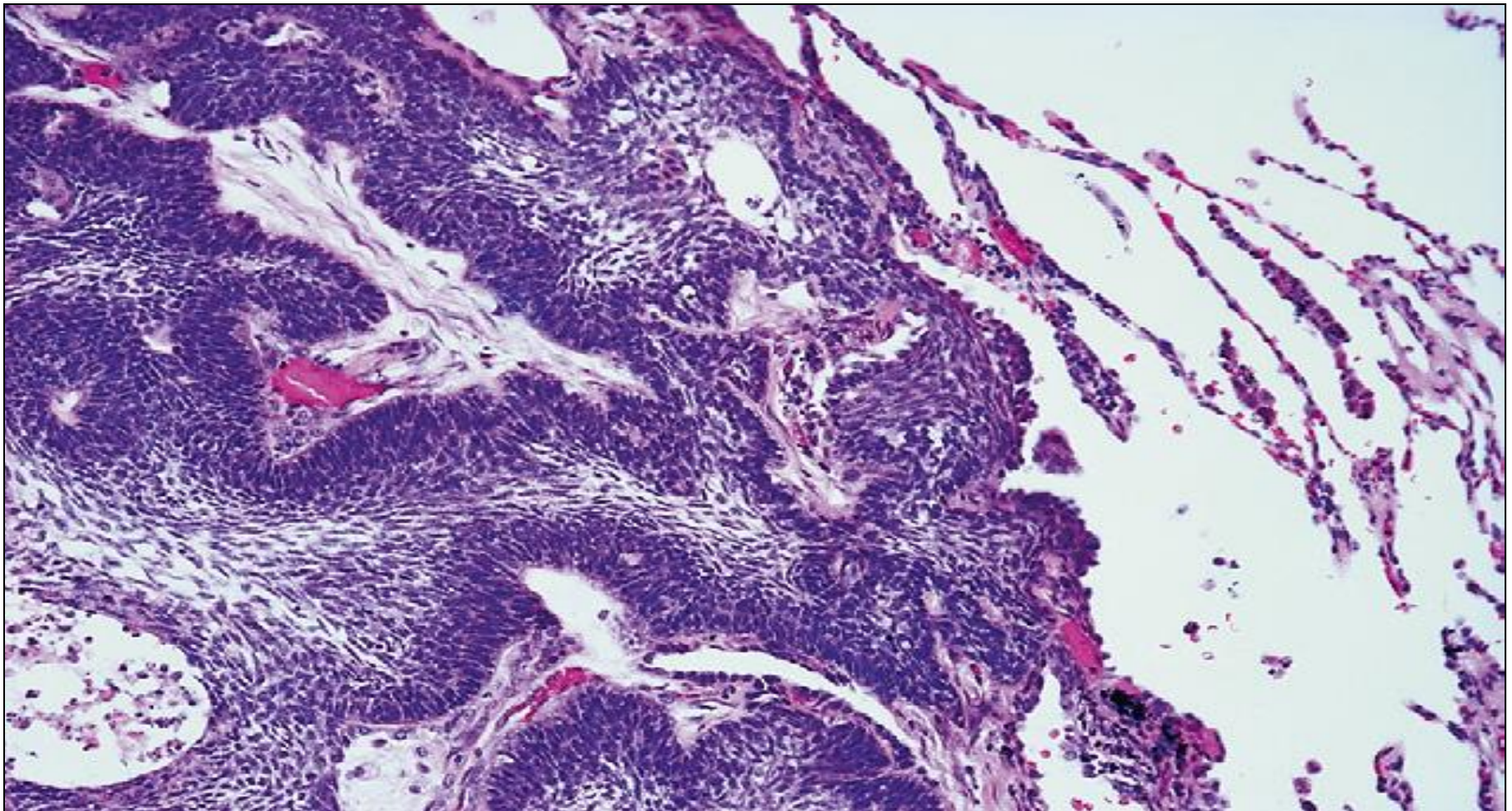
Curettage; recurrence rate as high as 40% (seen as late as 9 years after surgery)



CAVIDAD ORAL

Tumores Odontógenos: Ameloblastoma

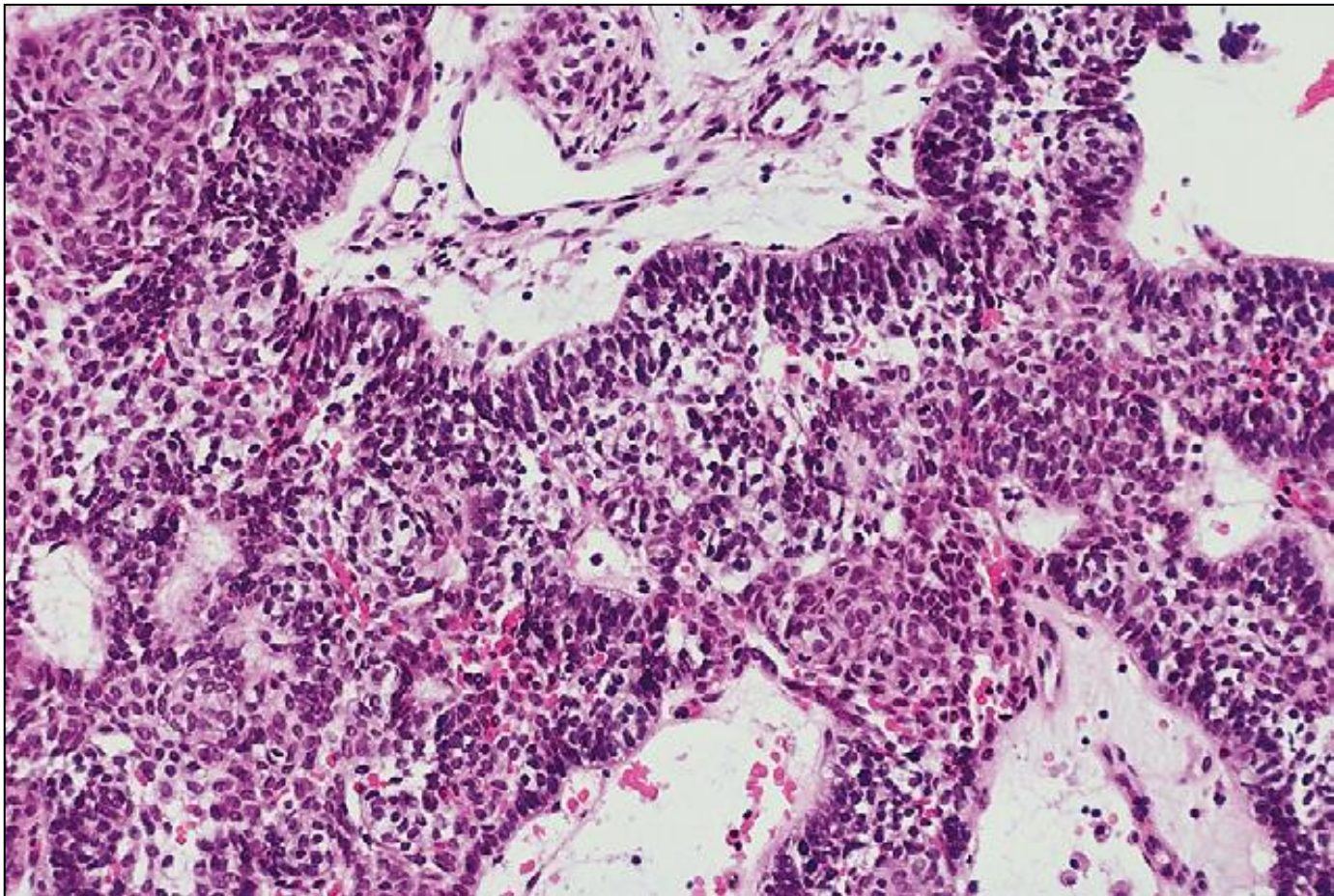
- **Ameloblastoma Maligno** es el que produce metástasis
- Más frecuente en jóvenes (30-40 años) y en maxilar inferior



CAVIDAD ORAL

Tumores Odontógenos: Ameloblastoma

- **Carcinoma amelobástico:** Atipía celular marcada con numerosas figuras mitóticas atípicas

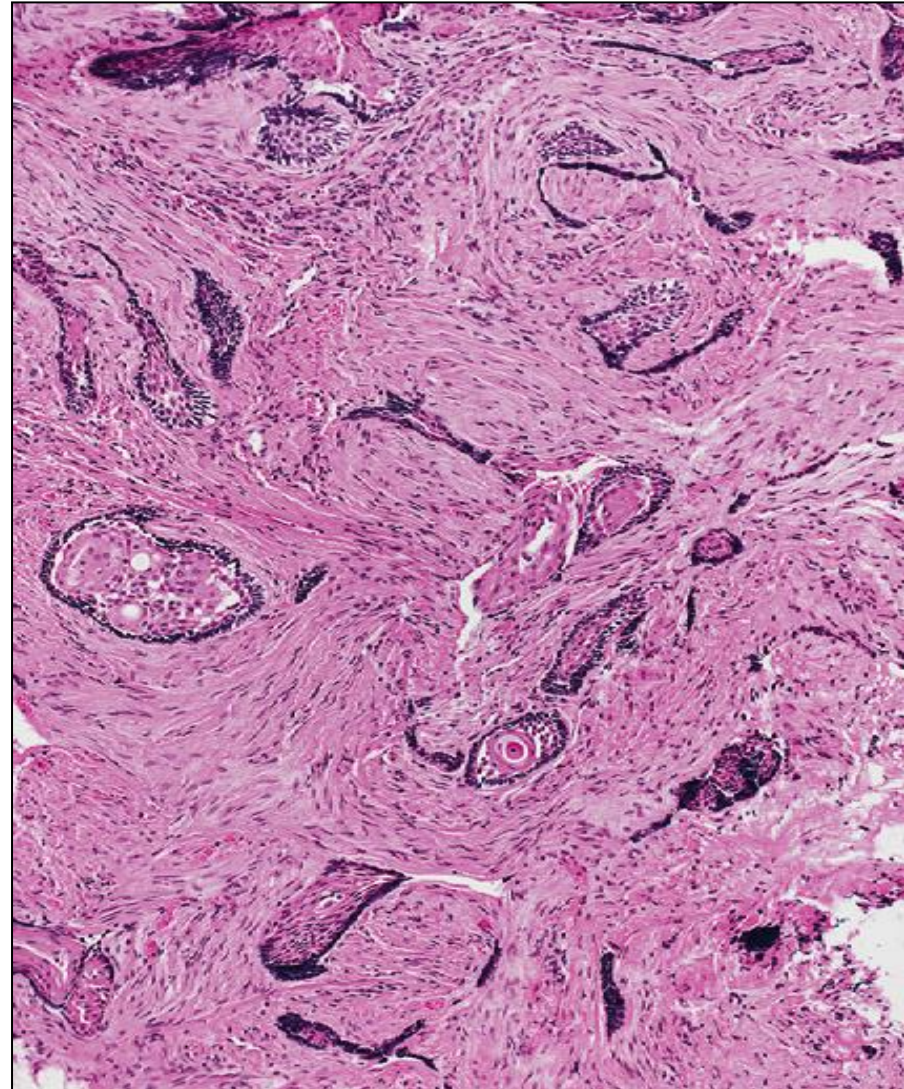
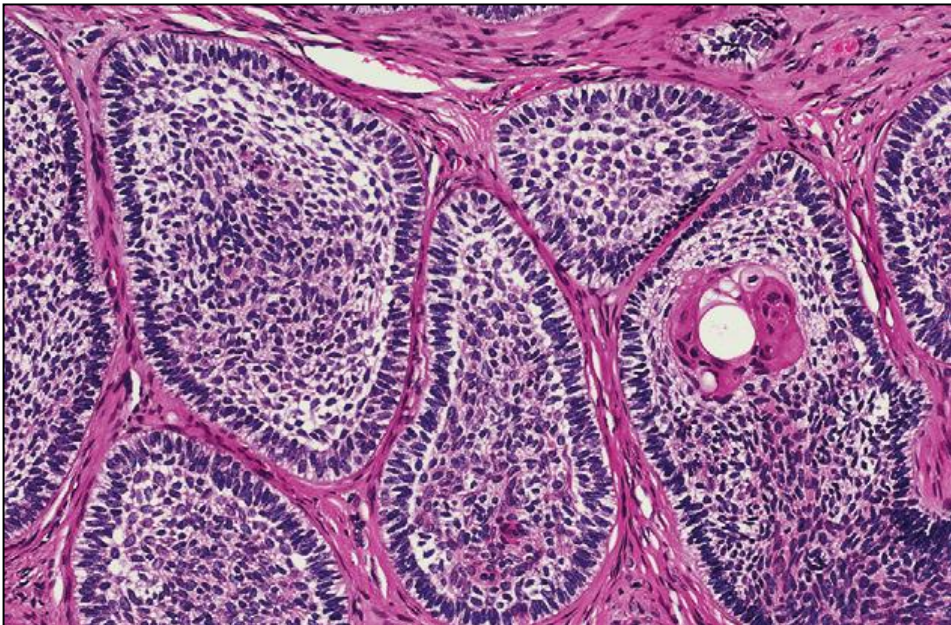


CAVIDAD ORAL

Tumores Odontógenos: Ameloblastoma

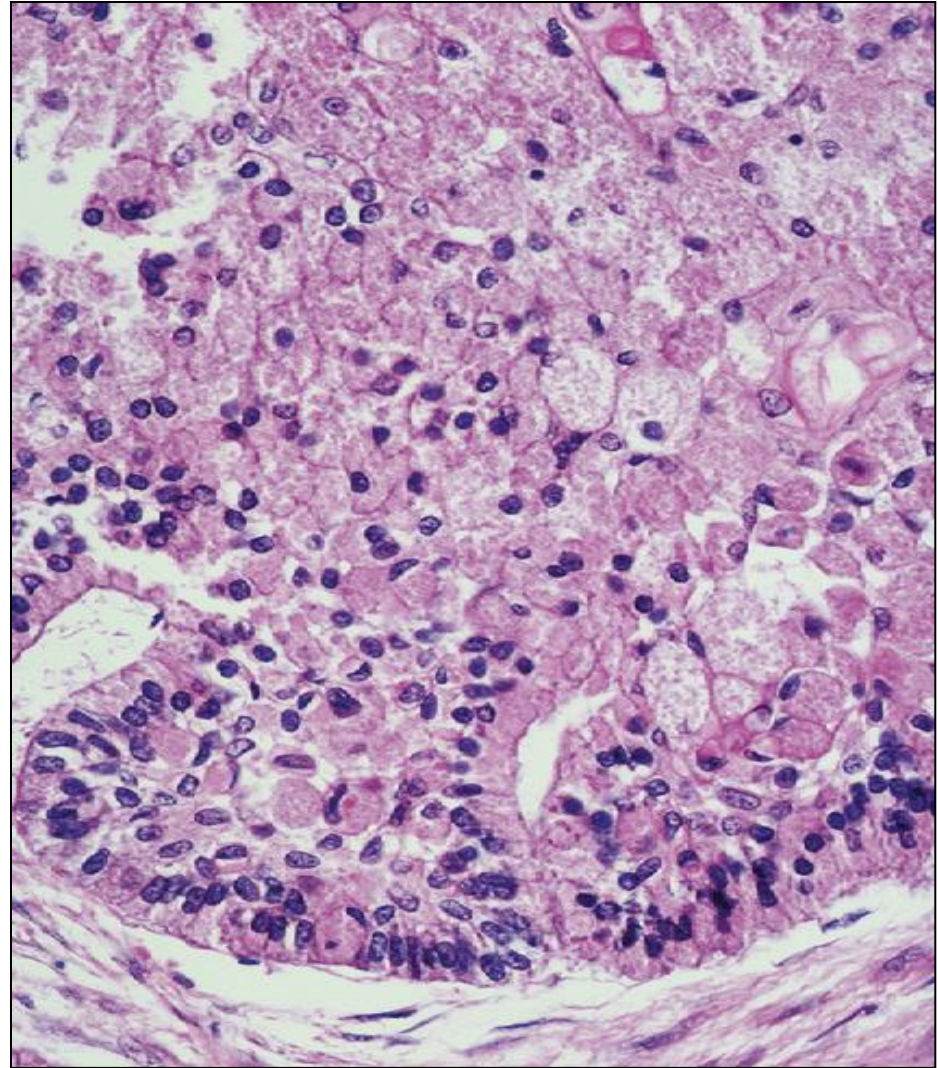
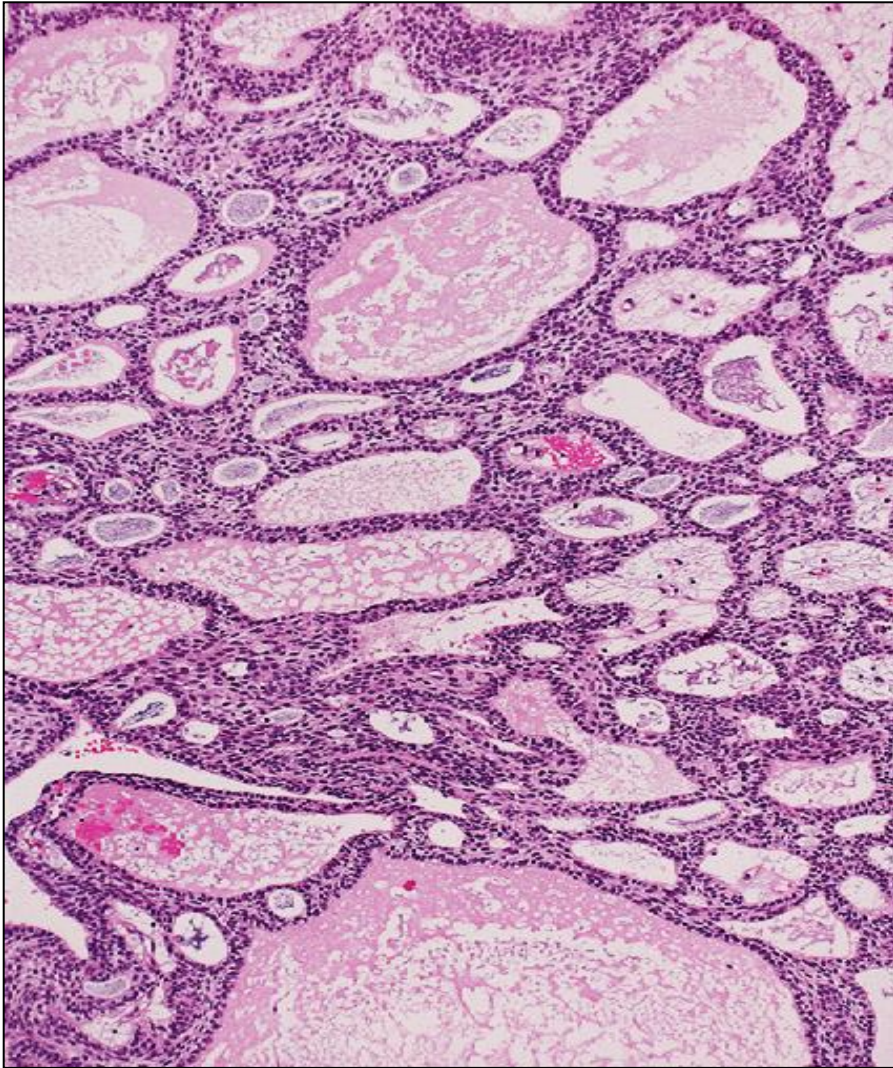
BOX 11-7 AMELOBLASTOMA: HISTOLOGIC SUBTYPES/PATTERNS

All subtypes mimic enamel organ
Peripheral palisades and budding
No hard tissue formation
No clinical significance to subtypes
Microscopic—desmoplastic, follicular, plexiform, granular cell, basaloid



CAVIDAD ORAL

Tumores Odontógenos: Ameloblastoma



PATOLOGÍA DE LA CABEZA Y CUELLO

- ✓ Cavidad Oral
- Vías aéreas altas
- Oído
- Cuello
- Glándulas salivales

VÍAS AEREAS ALTAS

NARIZ

- **INFLAMACIONES:**

- Rinitis infecciosas

- En la mayoría de los casos es por Virus (adenovirus, ECHO virus y rinovirus).
- Abundante secreción catarral
- Etapas iniciales:
 - la mucosa nasal está engrosada, edematosa y de color rojo
 - las cavidades nasales se estrechan
 - cornetes aumentan de tamaño
- Estos cambios pueden extenderse y generar una faringoamigdalitis.
- La infección bacteriana secundaria potencia la reacción inflamatoria y produce un exudado mucopurulento o a veces francamente supurativo.
- Autolimitadas en una semana

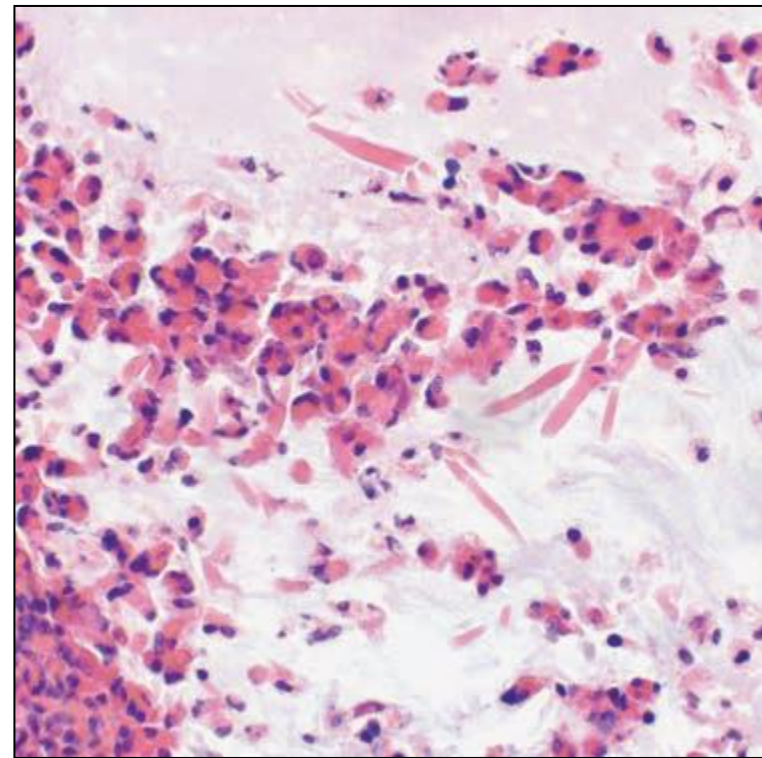
VÍAS AEREAS ALTAS

Nariz

- **INFLAMACIONES:**

- Rinitis Alérgica

- Reacción de hipersensibilidad frente a un alérgeno (pólen de las plantas, los hongos, los alérgenos animales y los ácaros del polvo)
- Es una reacción inmunitaria mediada por IgE, con una respuesta de fase inicial y otra tardía
- Edema de la mucosa, enrojecimiento y secreción de moco, acompañada de una infiltración leucocitaria con predominio de los eosinófilos



VÍAS AEREAS ALTAS

Nariz

- **INFLAMACIONES:**

- Rinitis Crónica

- Secuela de las crisis repetidas de la rinitis aguda, de origen microbiano o alérgico.
- Complicaciones:
 - Infección bacteriana superpuesta
 - Desviación del tabique nasal
 - Pólipos nasales

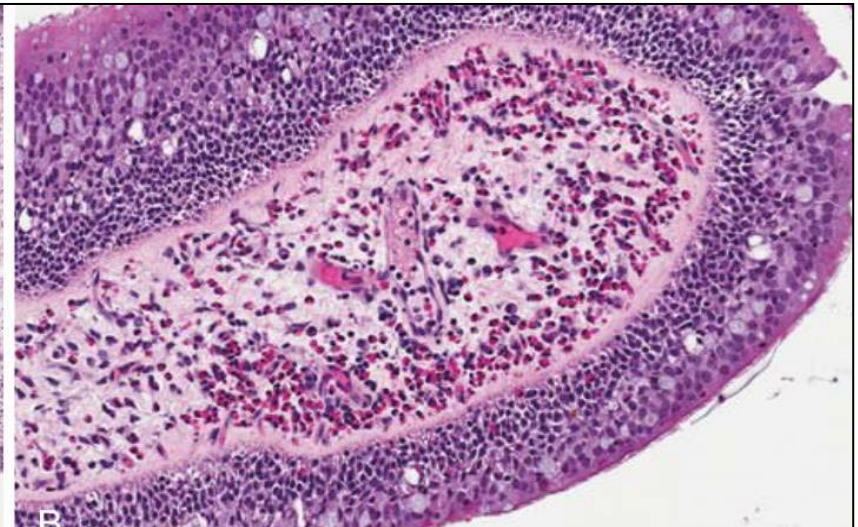
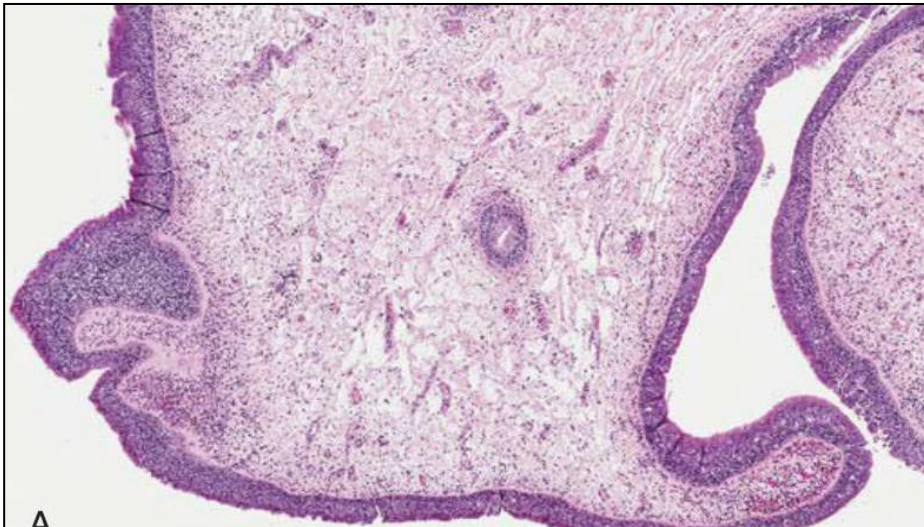
VÍAS AEREAS ALTAS

Nariz

- **INFLAMACIONES:**

- Poliposis nasal

- Elevaciones focales de la mucosa, a veces de hasta 3 a 4 cm
- Con el tiempo y sin tratamiento pueden ulcerarse o infectarse.
- Cuando son múltiples o grandes, llegan a invadir las vías respiratorias y perturban el vaciamiento de los senos.



VÍAS AEREAS ALTAS

Nariz

- **INFLAMACIONES:**

- Sinusitis

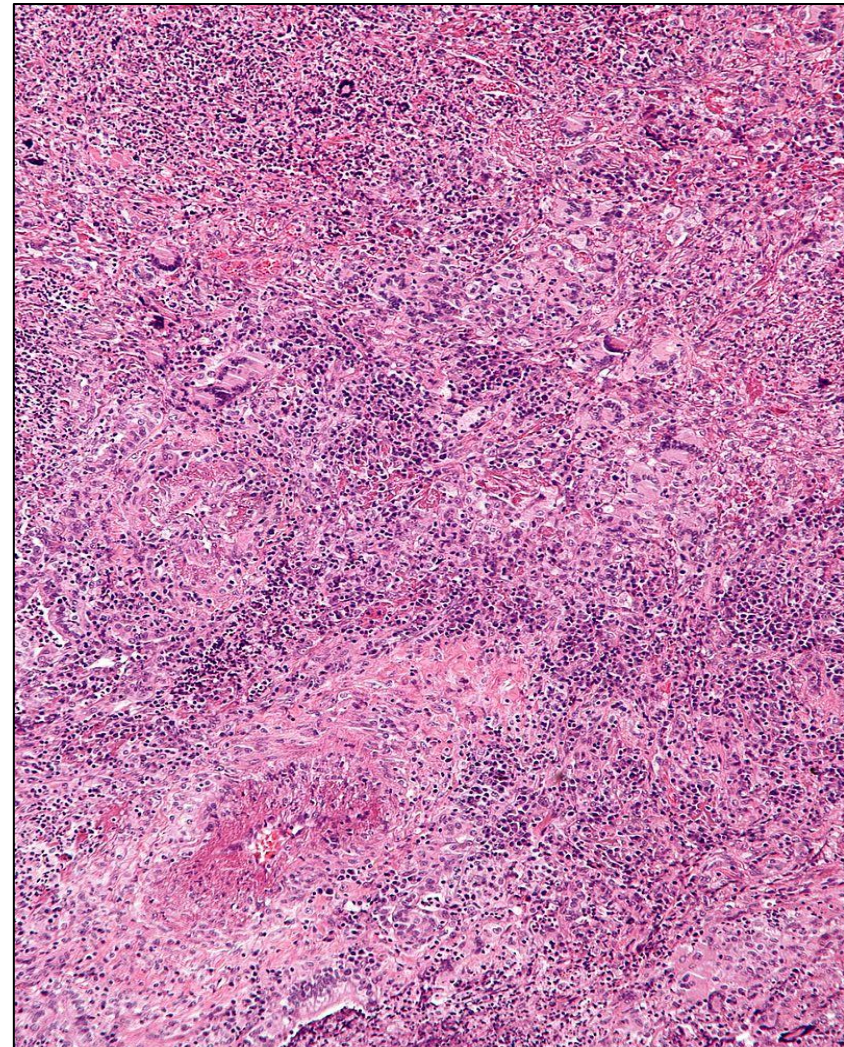
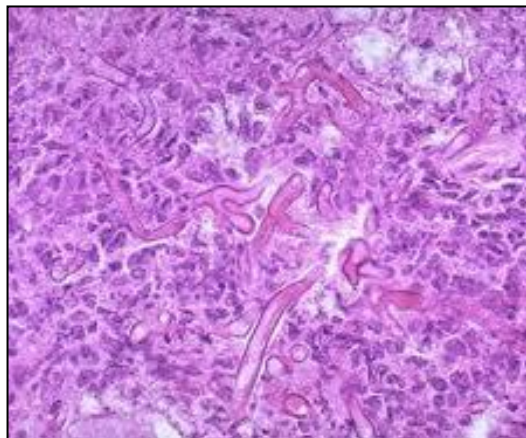
- Sinusitis aguda: originada desde rinitis aguda o crónica, y a veces desde una infección periapical a través del suelo óseo del seno. Se produce un deterioro del vaciamiento sinusal por el edema inflamatorio de la mucosa, reteniéndose así un exudado supurativo (empiema del seno).
- Sinusitis Crónica: Producto de repetición o por prolongación de un evento agudo. Puede ser viral, bacteriana, micótica o mixta. Complicaciones: Diseminación a órbita o penetrar en el hueso circundante para provocar una osteomielitis o transmitirse hacia la bóveda craneal provocando una tromboflebitis séptica de un seno venoso de la duramadre.

VÍAS AEREAS ALTAS

Nariz

• LESIONES NECROSANTES

- Micosis: Mucormicosis
- Granulomatosis (de Wegener)
- El linfoma de linfocitos NK/T extraganglionar



VÍAS AEREAS ALTAS

NASOFARINGE

• INFLAMACIONES

- La faringitis, amigdalitis y Faringoamigdalitis
 - Puede ser
 - Viral: Agrandamiento amigdalino con eritema y dolor marcado
 - Bacteriana: amígdalas agrandadas, enrojecidas salpicadas de puntos blanquecinos correspondientes al exudado que sale de las criptas amigdalinas
- Secuelas tardías de amigdalitis:
- Fiebre reumática
 - Glomerulonefritis postestreptococcica

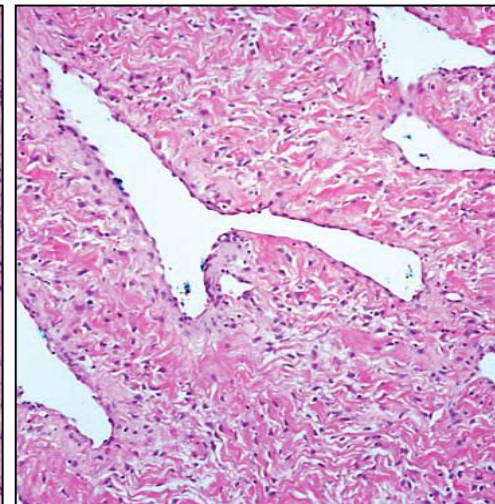
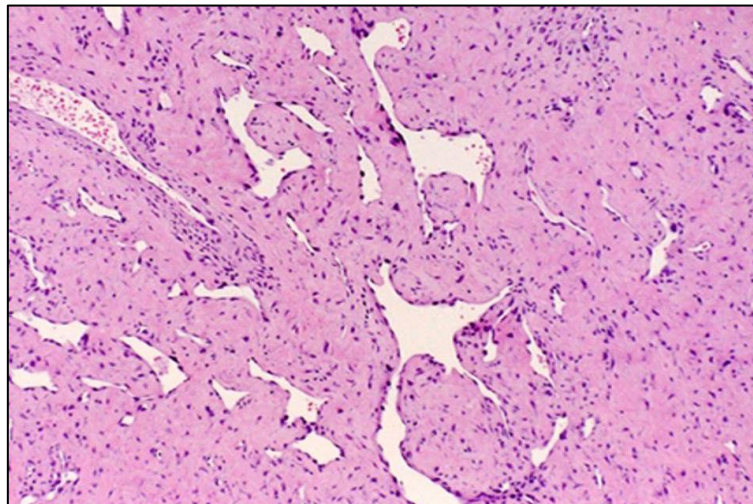
VÍAS AEREAS ALTAS

NARIZ, SENOS Y NASOFARINGE

- **TUMORES:** Poco frecuentes

- Angiofibroma Nasofaringeo:

- Tumor benigno muy vascularizado que aparece casi exclusivamente en adolescentes del sexo masculino, con frecuencia de piel clara y pelirrojos
- Surge en el estroma fibrovascular de la pared posterolateral del techo de la cavidad nasal.
- Complicaciones: Hemorragia y extensión intracraneal (pueden ser letales)
- La resección quirúrgica es el tratamiento de elección



VÍAS AEREAS ALTAS

NARIZ, SENOS Y NASOFARINGE

• TUMORES:

- Papiloma sinusal (de Schneider)
 - Neoplasia benigna originada en la mucosa respiratoria o de Schneider que reviste la cavidad nasal y los senos paranasales.
 - Formas clínicas-patológicas:
 - Cilíndrica
 - Exofítica
 - Endofítica: La más peligrosa por su invaginación al estroma subyacente.

Complicaciones: Compromiso órbita, bóveda craneal o malignización



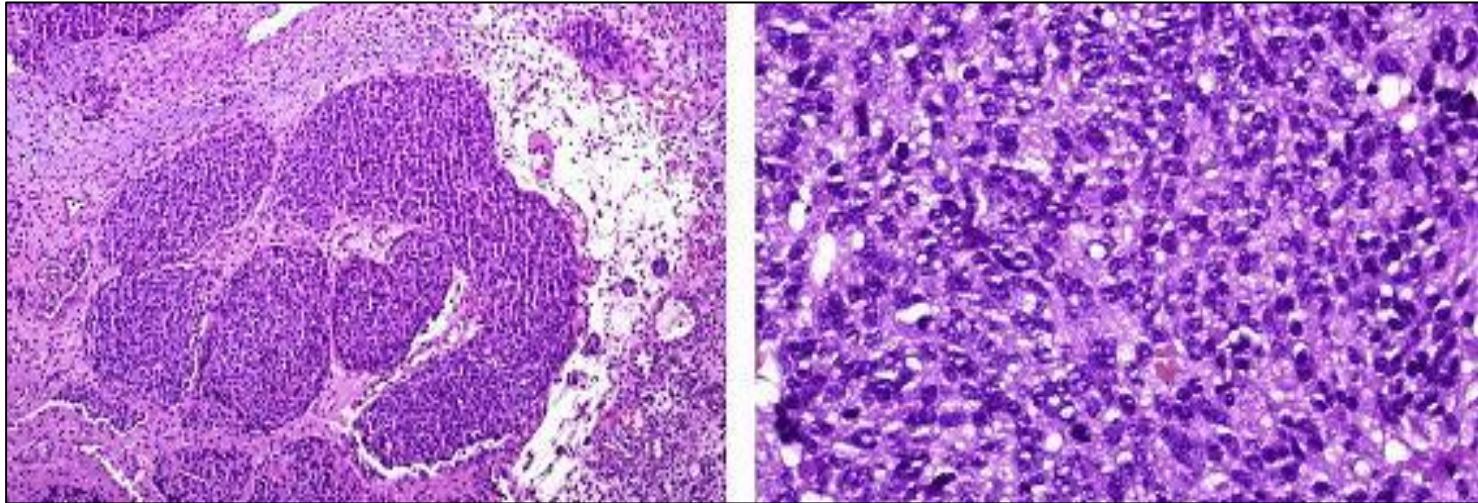
VÍAS AEREAS ALTAS

NARIZ, SENOS Y NASOFARINGE

- **TUMORES:**

- Neuroblastoma olfativo (Estesioneuroblastoma)

- Se originan de las células olfativas neuroectodérmicas presentes en la mucosa, especialmente en la cara superior de la cavidad nasal
- El paciente debuta con obstrucción nasal y/o epistaxis

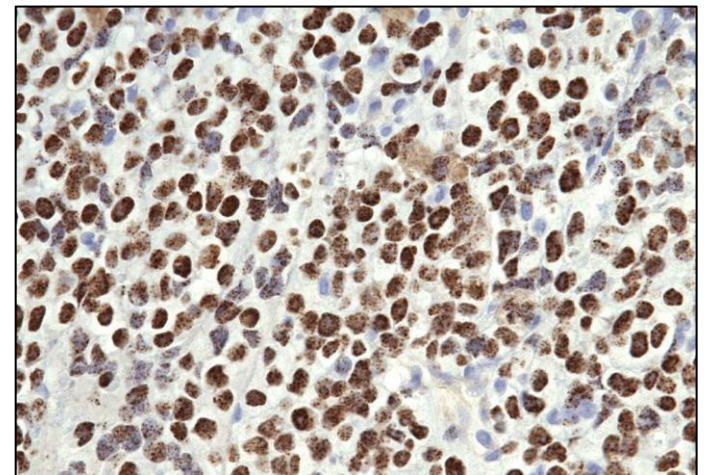
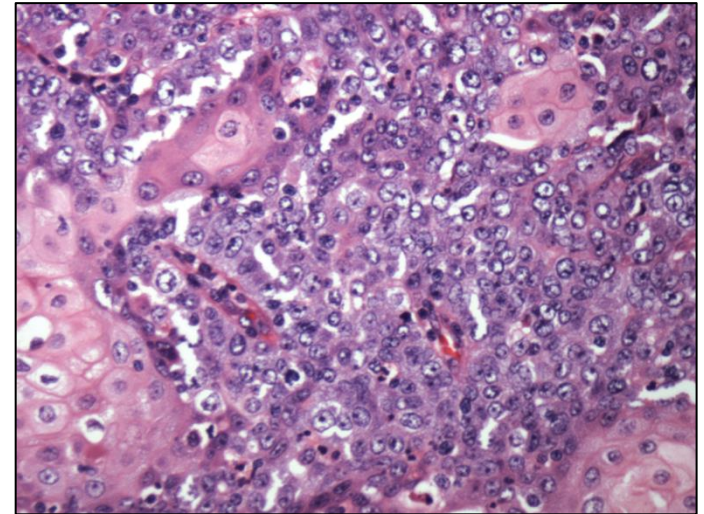


VÍAS AEREAS ALTAS

NARIZ, SENOS Y NASOFARINGE

• TUMORES:

- Carcinoma NUT de la línea media
 - Tumor maligno poco frecuente que puede aparece en la línea media
 - Se presenta a cualquier edad, desde la lactancia hasta el final de la etapa adulta.
 - Se desconoce su incidencia real, ya que es fácil confundirlo con el carcinoma epidermoide poco diferenciado.
 - Es tremendamente agresivo y resistente al tratamiento convencional
 - Se asocia siempre a translocaciones que crean genes de fusión codificantes de proteínas quiméricas compuestas por la mayor parte de NUT, un regulador de la cromatina, y una porción de una proteína “lectora de cromatina”, habitualmente BRD4.
 - Tratamiento: con inhibidores de BRD4-NUT



VÍAS AEREAS ALTAS

NARIZ, SENOS Y NASOFARINGE

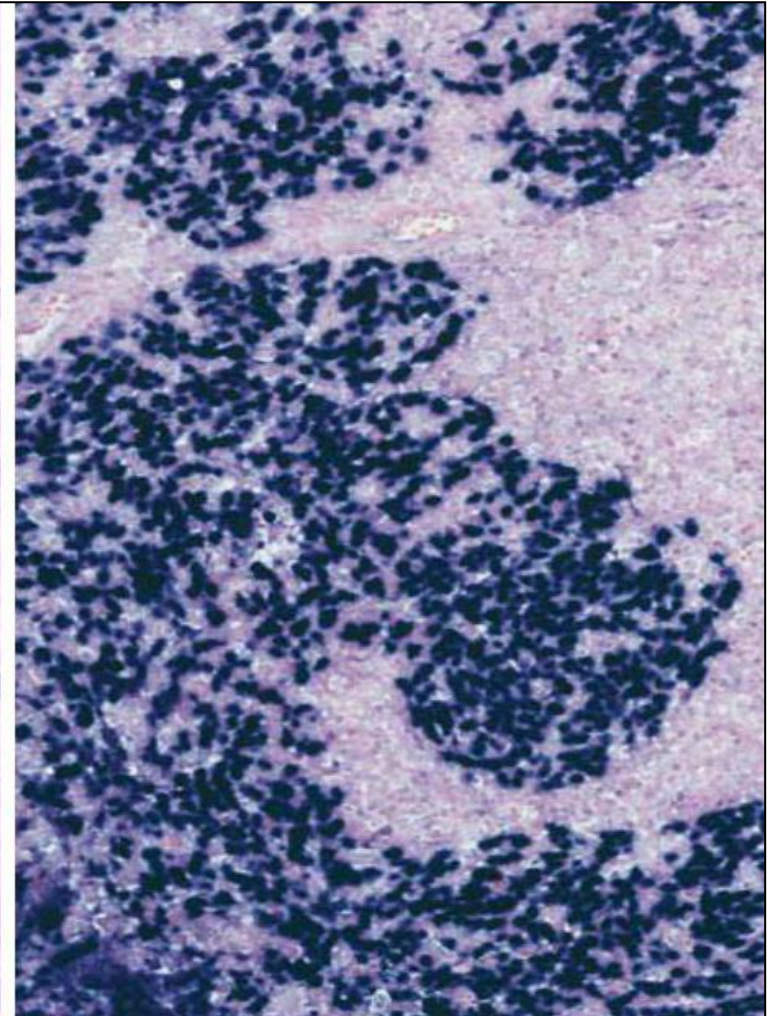
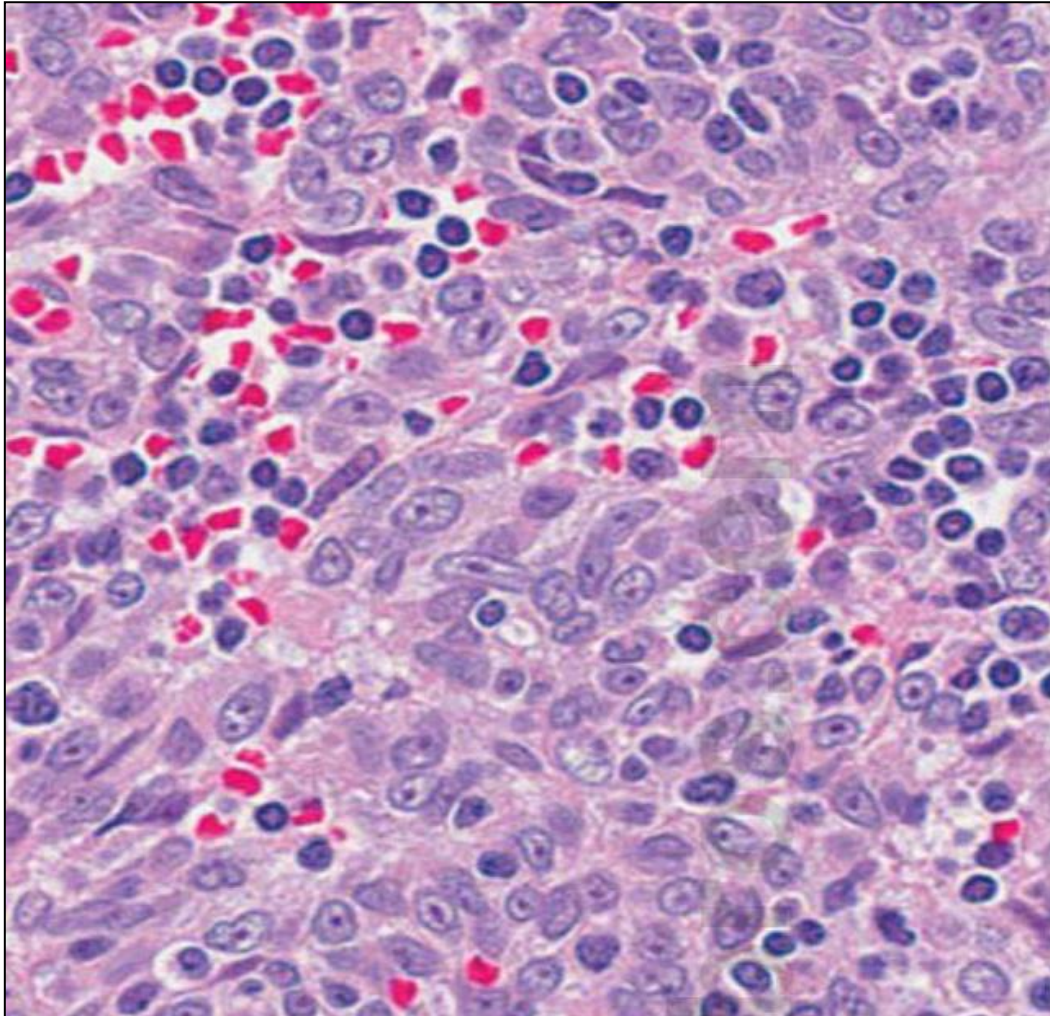
• TUMORES:

• Carcinoma nasofaríngeo

- Son frecuentes en algunas regiones de Africa, donde representan el cáncer más difundido en la infancia. En China son muy habituales entre los adultos, pero pocas veces se dan en los niños
- Clínica: obstrucción nasal, epistaxis y metástasis en los ganglios linfáticos cervicales
- Factores de Riesgo:
 - La alimentación con muchas nitrosaminas (comidas fermentadas y el pescado salado)
 - Tabaco
 - Vapores químicos
 - VEB
- Patrones:
 - Carcinomas epidermoides queratinizantes. Radioresistente.
 - Carcinomas epidermoides no queratinizantes
 - Carcinomas indiferenciados/basaloides que presentan un abundante infiltrado linfocítico no neoplásico (linfoepitelioma: término que no debería usar). Radiosensible.

VÍAS AEREAS ALTAS

NARIZ, SENOS Y NASOFARINGE



VÍAS AEREAS ALTAS

LARINGE

- **INFLAMACION: LARINGITIS**

- Causas:

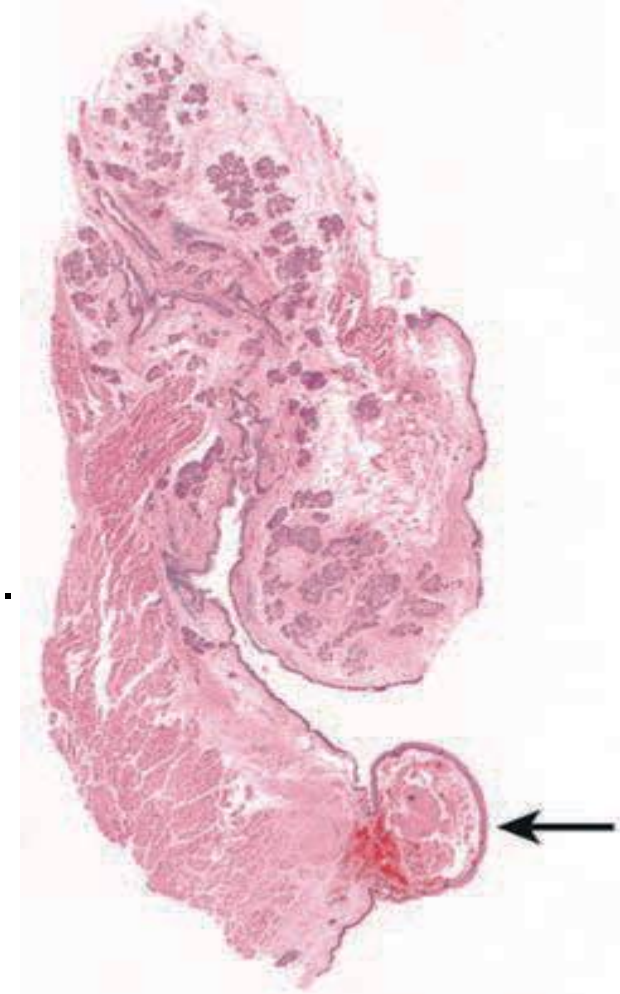
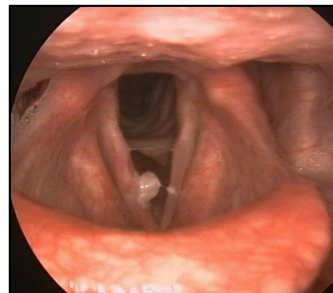
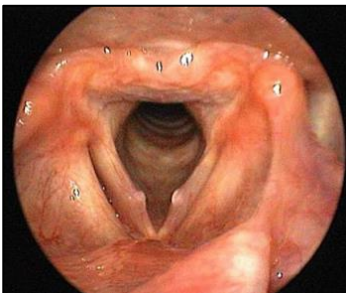
- Formando parte de una infección generalizada de las vías respiratorias altas
 - Exposición a sustancias tóxicas ambientales (humo del tabaco, formol, x ej)
 - Reflujo gastroesofágico
 - Infecciones sistémicas (tuberculosis y la difteria).
- Las infecciones remiten de manera espontánea
 - Cuadros graves: obstrucción laríngea en lactantes/niños (virus sincitial respiratorio, Haemophilus influenzae o los estreptococos B-hemolíticos)

VÍAS AEREAS ALTAS

LARINGE

• **NODULOS (POLIPOS) REACTIVOS**

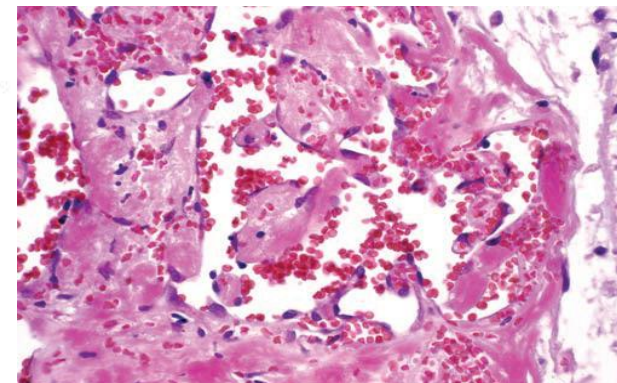
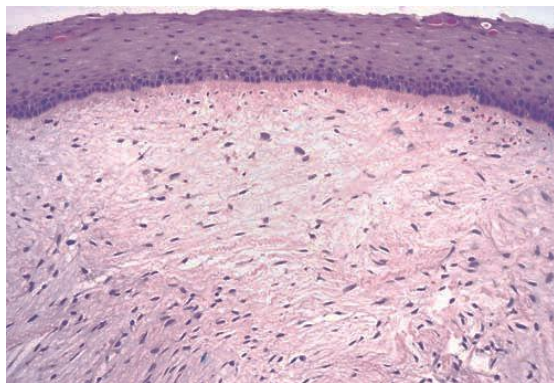
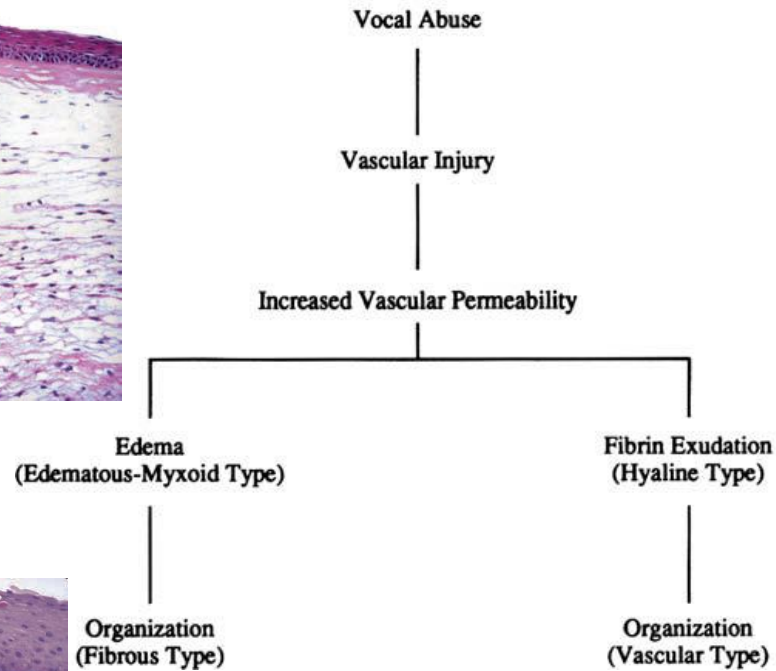
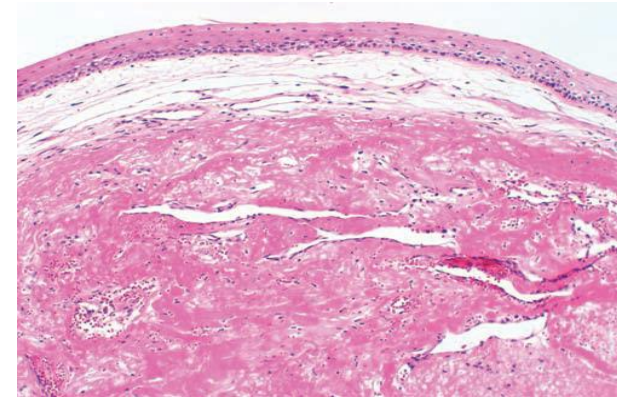
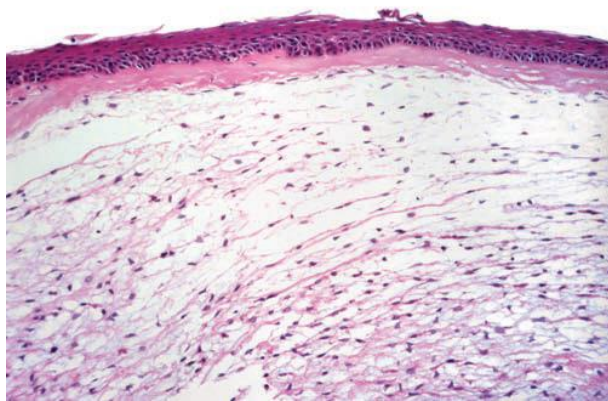
- Surgen en las cuerdas vocales en los grandes fumadores o en las personas que someten sus cuerdas vocales a un gran esfuerzo (*nódulos vocales o del cantante*)
- Son excrecencias lisas, redondeadas, sésiles o pediculadas, que miden pocos milímetros en su eje mayor, situados sobre las cuerdas vocales verdaderas.
- En ocasiones provocan una ronquera progresiva.
- Casi nunca dan origen a un cáncer.



VÍAS AEREAS ALTAS

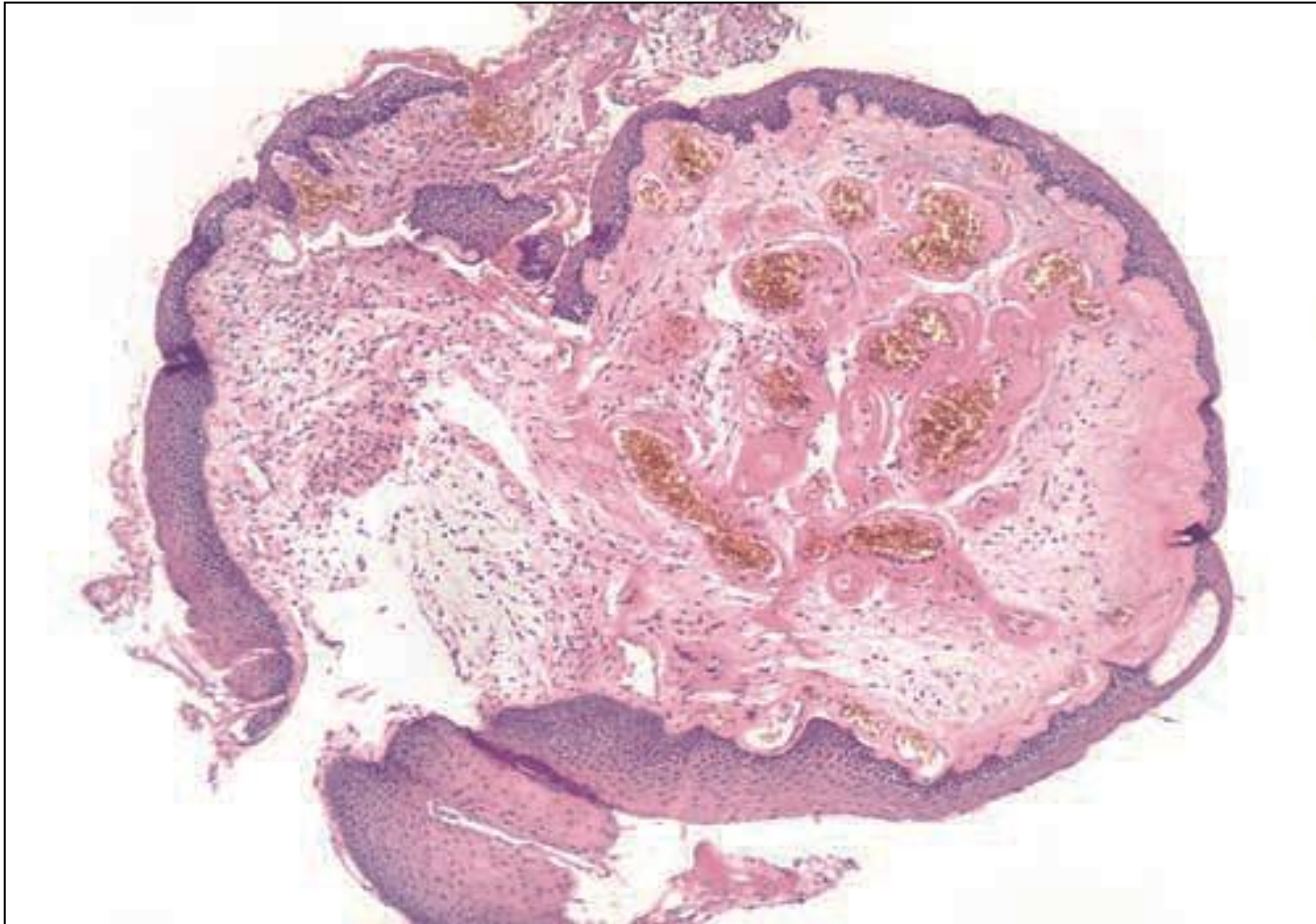
LARINGE

PATHOGENESIS OF VOCAL CORD NODULES



VÍAS AEREAS ALTAS

LARINGE

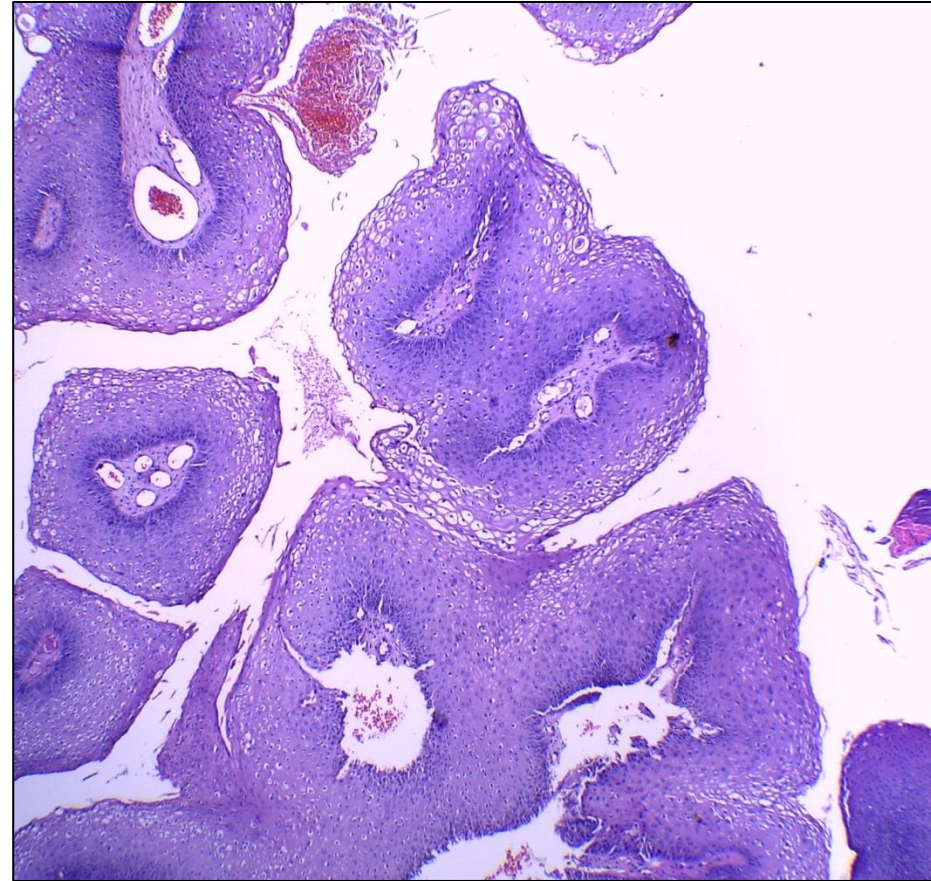
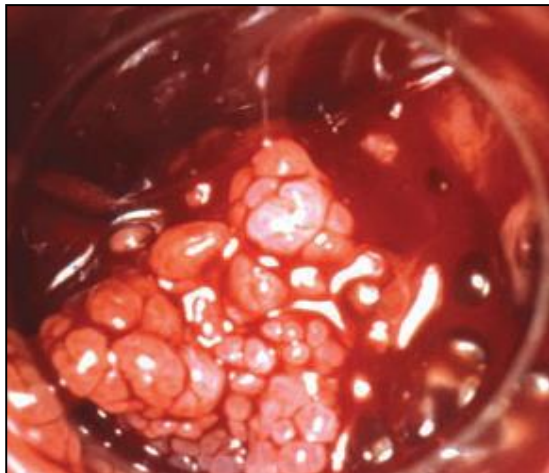


VÍAS AEREAS ALTAS

LARINGE

- **PAPILOMA ESCAMOSO**

- Neoplasias benignas
- Localizadas en las cuerdas vocales verdaderas
- Forman unas proliferaciones blandas que casi nunca miden más de 1 cm de diámetro
- Adultos: Unicos
- Niños/adolescentes: Múltiples (papilomatosis laríngea juvenil)
- HPV 6 y 11



VÍAS AEREAS ALTAS

LARINGE

• CARCINOMA ESCAMOSO

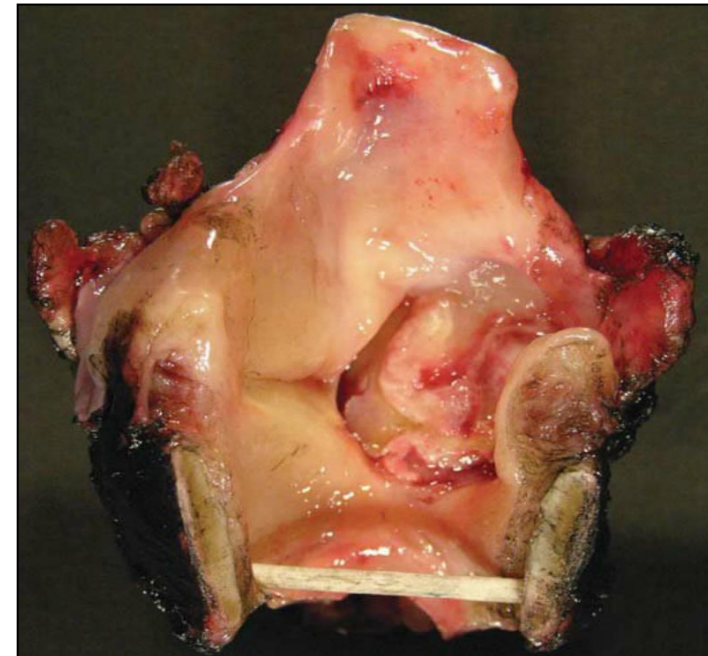
- En la laringe se observa todo un espectro de alteraciones epiteliales:

- Hiperplasia
- Hiperplasia atípica
- Displasia
- Carcinoma in situ
- Carcinoma infiltrante

Se ven como engrosamientos focales lisos de color blanco o rojizo, a veces ásperos por la queratosis, o como lesiones verrugosas o ulceradas irregulares de color rosa blanquecino.

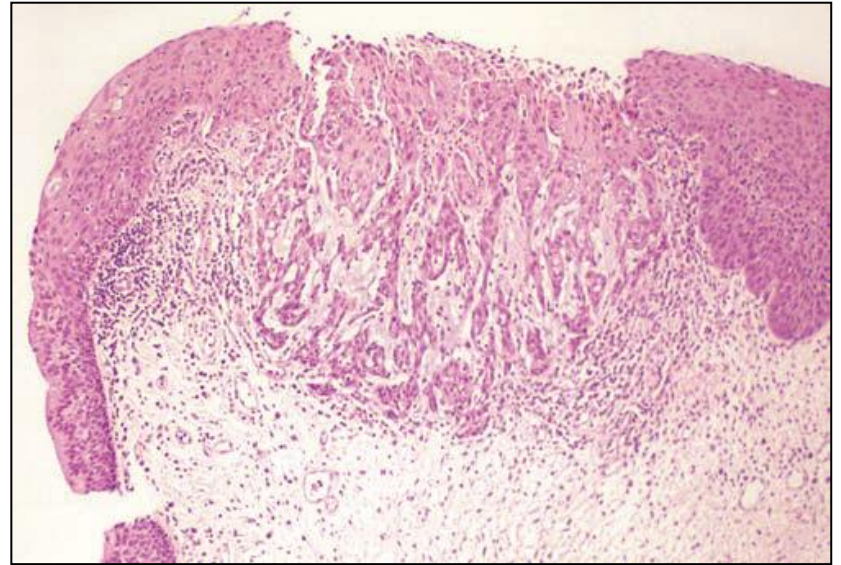
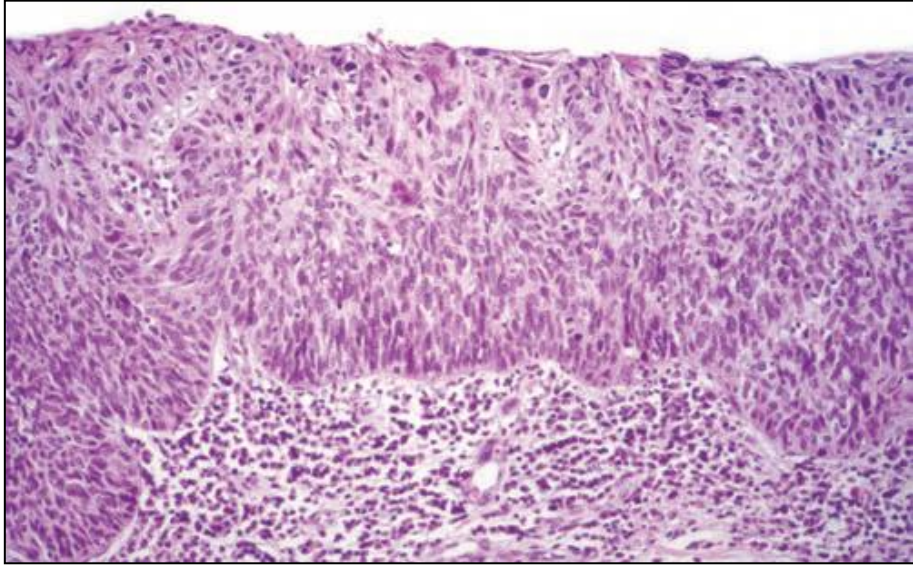
- Factores de riesgo:

- Humo de Tabaco
- Alcoholismo
- Radiación
- HPV



VÍAS AEREAS ALTAS

LARINGE

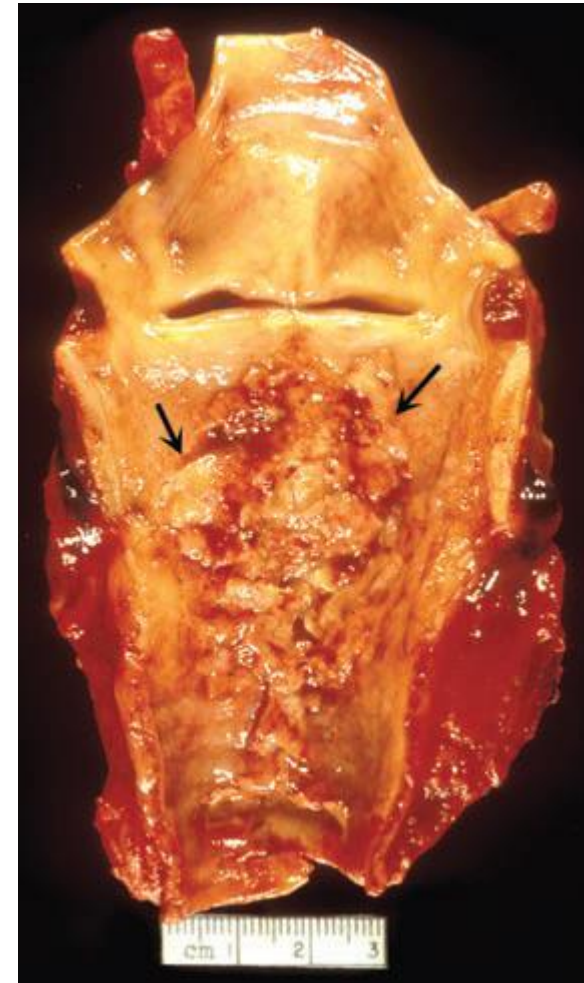
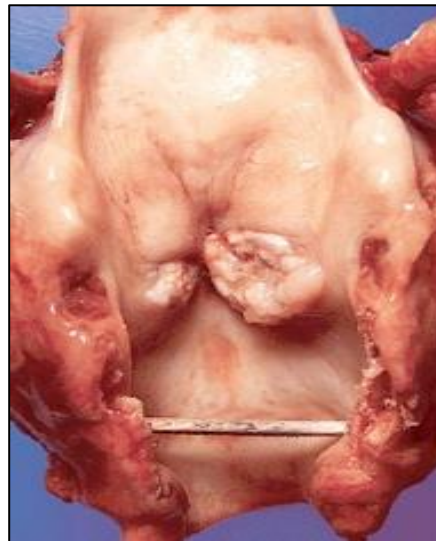
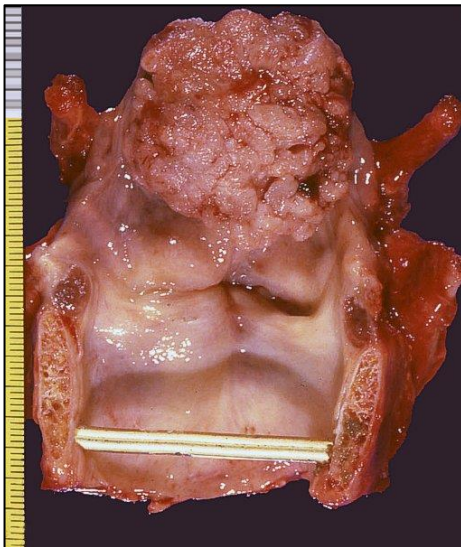


VÍAS AEREAS ALTAS

LARINGE

• CARCINOMA ESCAMOSO

- Se clasifican en:
 - Intrínsecos: Restringidos al órgano
 - Extrínsecos: Nacen o se extienden fuera del órgano
- Se detectan en personas mayores de 50 años
- Clínica: ronquera persistente, disfagia y disfonía
- Clasificación: Supraglótico, Glótico, Infraglótico.

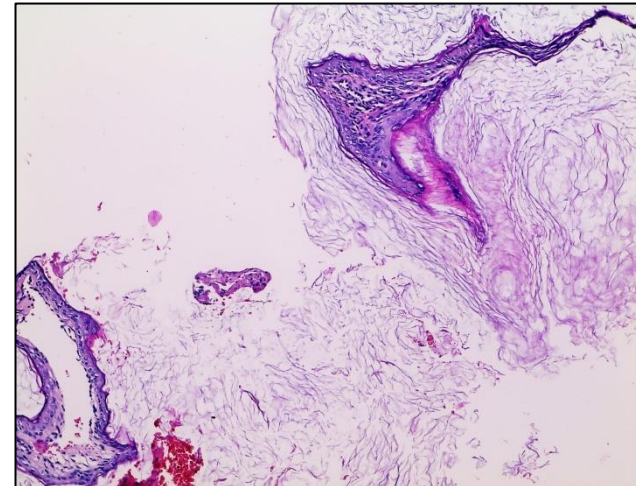


PATOLOGÍA DE LA CABEZA Y CUELLO

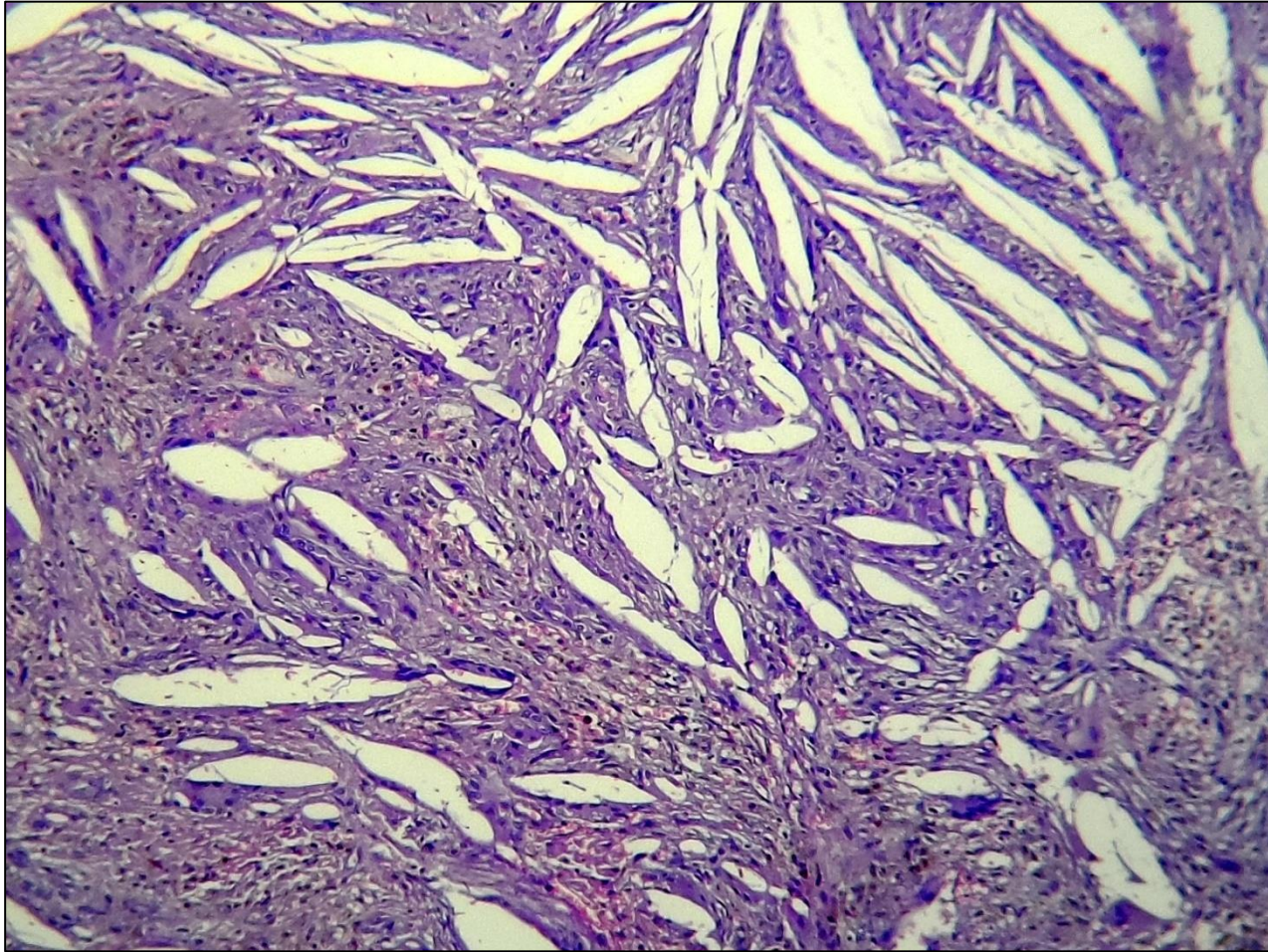
- ✓ Cavidad Oral
- ✓ Vías aéreas altas
- Oído
- Cuello
- Glándulas salivales

OIDO

- **INFLAMACIONES:** aparecen en lactantes y niños
 - Otitis media aguda:
 - Pueden ser
 - Vírales: exudado seroso
 - Bacterianas: exudado supurativo. *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *M. catarrhalis*
 - Otitis media crónica: por OMA no curadas o a repetición
 - *P. aeruginosa*, *S. aureus* o un hongo
- Los colesteatomas están ligados a una otitis media crónica
 - Son lesiones quísticas no neoplásicas
 - Diámetro de 1 a 4 cm
 - Tapizadas por un epitelio escamoso queratinizante o metaplásico secretor de moco y llenas de residuos amorfos (derivados en buena medida del epitelio descamado) y que en ocasiones contienen espículas colesterol.



OIDO



Espículas de colesterol

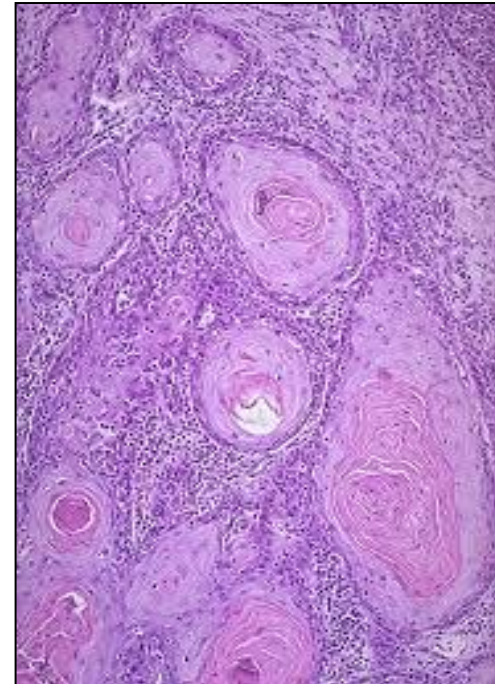
OIDO

- **OTOESCLEROSIS:** Depósito anormal de hueso en el oído medio alrededor del margen que rodea la ventana oval en el que encaja la base del estribo.
 - Los dos oídos suelen estar afectados
 - Al principio existe una anquilosis fibrosa de la base del estribo, seguida en el tiempo por un crecimiento óseo excesivo que lo fija a la ventana oval
 - El grado de inmovilización determina la intensidad de la hipoacusia

OIDO

- **TUMORES**

- Oído externo: Carcinomas escamosos y basocelulares
 - Pabellón auricular: asociados a radiación
 - Conducto auditivo externo: no están asociados a la radiación
 - pueden invadir la cavidad craneal



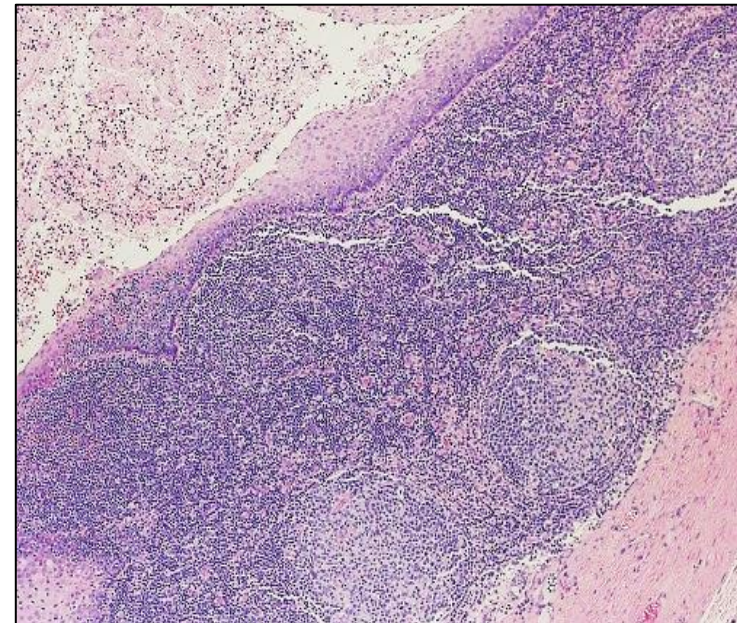
PATOLOGÍA DE LA CABEZA Y CUELLO

- ✓ Cavidad Oral
- ✓ Vías aéreas altas
- ✓ Oído
- Cuello
- Glándulas salivales

CUELLO

• QUISTE BRANQUIAL

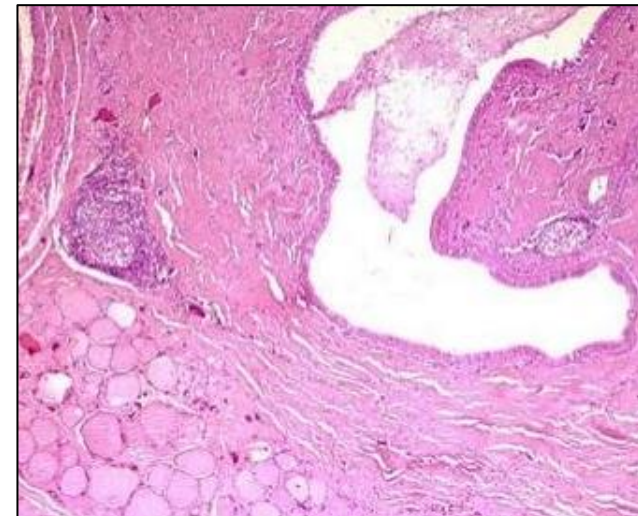
- Surgen a partir de vestigios del segundo arco branquial
- Adultos jóvenes de 20 a 40 años
- Cara superolateral del cuello a lo largo del músculo esternocleidomastoideo.
- Quistes están bien delimitados, su diámetro entre 2 y 5 cm
- El contenido del quiste puede ser transparente, seroso o mucinoso, o albergar residuos celulares granulares descamados.
- Los quistes crecen con lentitud
- Casi nunca sufren una transformación maligna y por regla general se resecan sin problemas.



CUELLO

• QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

- El primordio tiroideo comienza en la región del agujero ciego en la base de la lengua; a medida que se desarrolla la glándula, desciende hacia su posición en la línea media definitiva en la parte anterior del cuello.
- Los vestigios de este conducto embrionario pueden persistir y producir quistes, con un diámetro de 1 a 4 cm, tapizados por un epitelio escamoso estratificado cuando estén situados cerca de la base de la lengua, o por un epitelio cilíndrico pseudoestratificado en puntos inferiores.
- El tratamiento consiste en su extirpación.
- Se ha descrito la transformación maligna del epitelio de revestimiento, pero es infrecuente.



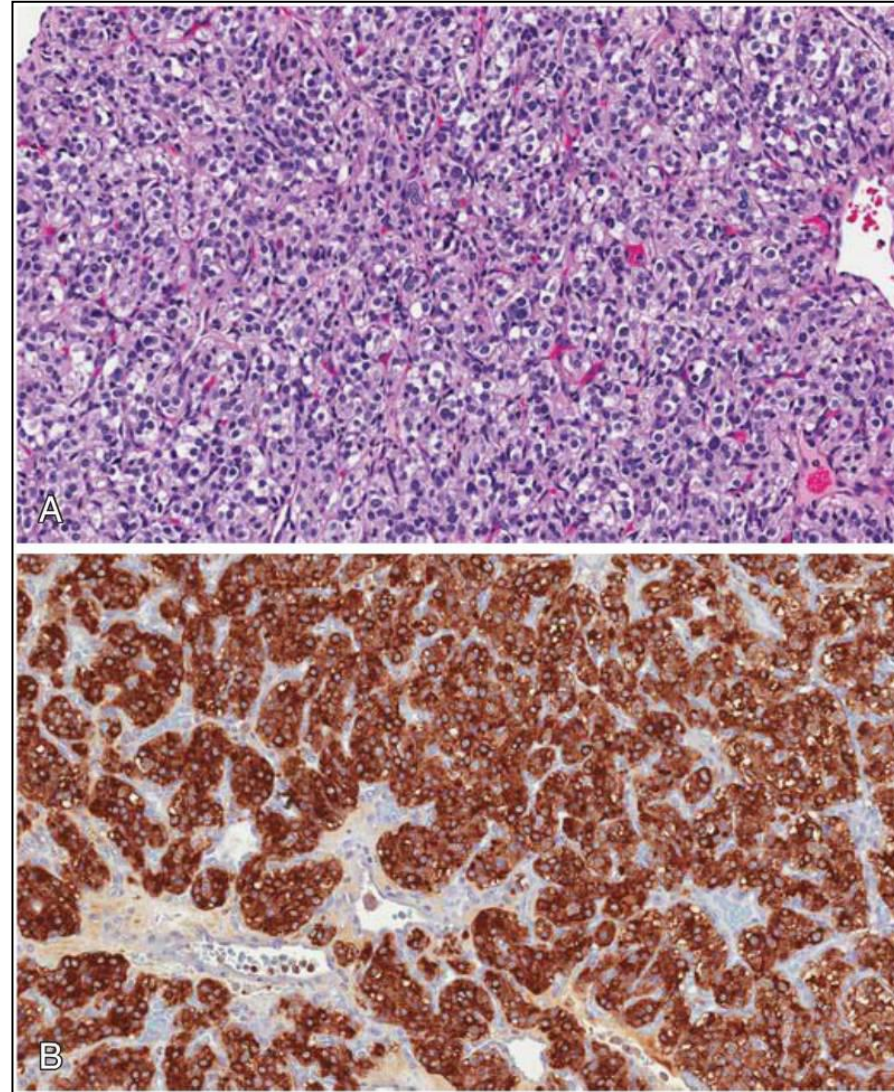
CUELLO

- **PARAGANGLIOMA (TUMOR DEL CUERPO CAROTIDEO)**
 - Los paraganglios son conglomerados de células neuroendocrinas vinculadas a los sistemas nerviosos simpático y parasimpático.
 - 70% de los paragangliomas extrasuprarrenales asientan en la región de la cabeza y el cuello.
 - La incidencia de estos tumores es mayor en personas que viven a gran altura.
 - Los paragangliomas aparecen típicamente en dos localizaciones:
 - Paraganglios paravertebrales (ej: los órganos de Zuckerkandl). Estos tumores tienen conexiones simpáticas.
 - Paraganglios relacionados con los grandes vasos de la cabeza y el cuello, que abarca los cuerpos carotídeos, los cuerpos aórticos, los ganglios yugulotimpánicos, el ganglio nudoso (inferior) del nervio vago y grupos situados alrededor de la cavidad oral, la nariz, la nasofaringe, la laringe y la órbita. Están inervados por el sistema nervioso parasimpático.

CUELLO

- **PARAGANGLIOMA**

- Son masas indoloras de crecimiento lento
- 40 a 60 años
- Habitualmente: son únicos y esporádicos,
- Familiares: AD. en el síndrome de la neoplasia endocrina múltiple de tipo 2
 - múltiples y en ocasiones bilaterales.
- Su recidiva es común tras una resección incompleta
- Malignos: Si da Metastasis



PATOLOGÍA DE LA CABEZA Y CUELLO

- ✓ Cavidad Oral
- ✓ Vías aéreas altas
- ✓ Oído
- ✓ Cuello
- Glándulas salivales

GLANDULAS SALIVALES

- **SIALOADENITIS**

- Causas:

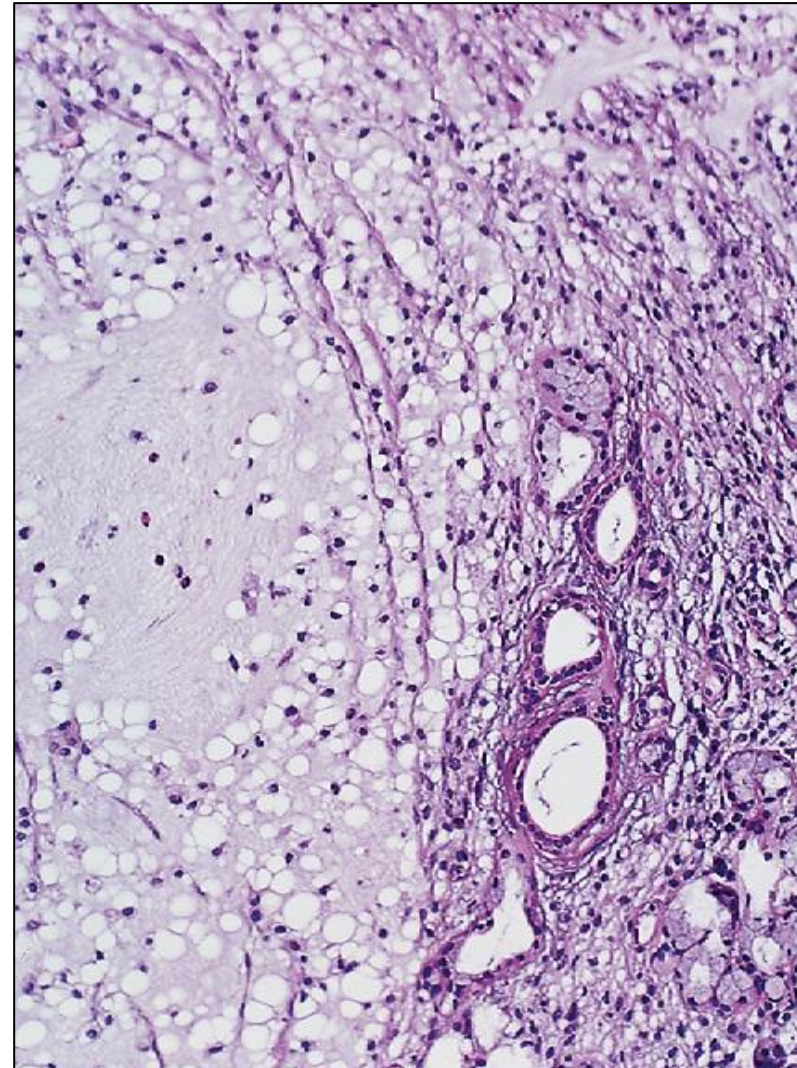
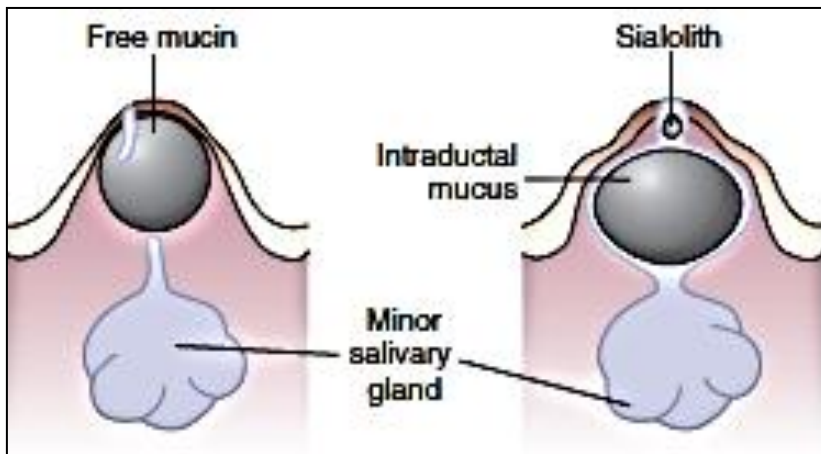
- 1) Traumatismos
- 2) Infecciones víricas: “Paperas”
- 3) Infecciones bacterianas
- 4) Enfermedades autoinmunitarias

- Los mucocelos son el tipo más frecuente de lesión inflamatoria en las glándulas salivales

GLANDULAS SALIVALES

- Mucocele

- Se produce por la rotura de uno de los conductos de la glándula salival, con la consiguiente fuga de la saliva hacia el estroma de tejido conjuntivo a su alrededor.

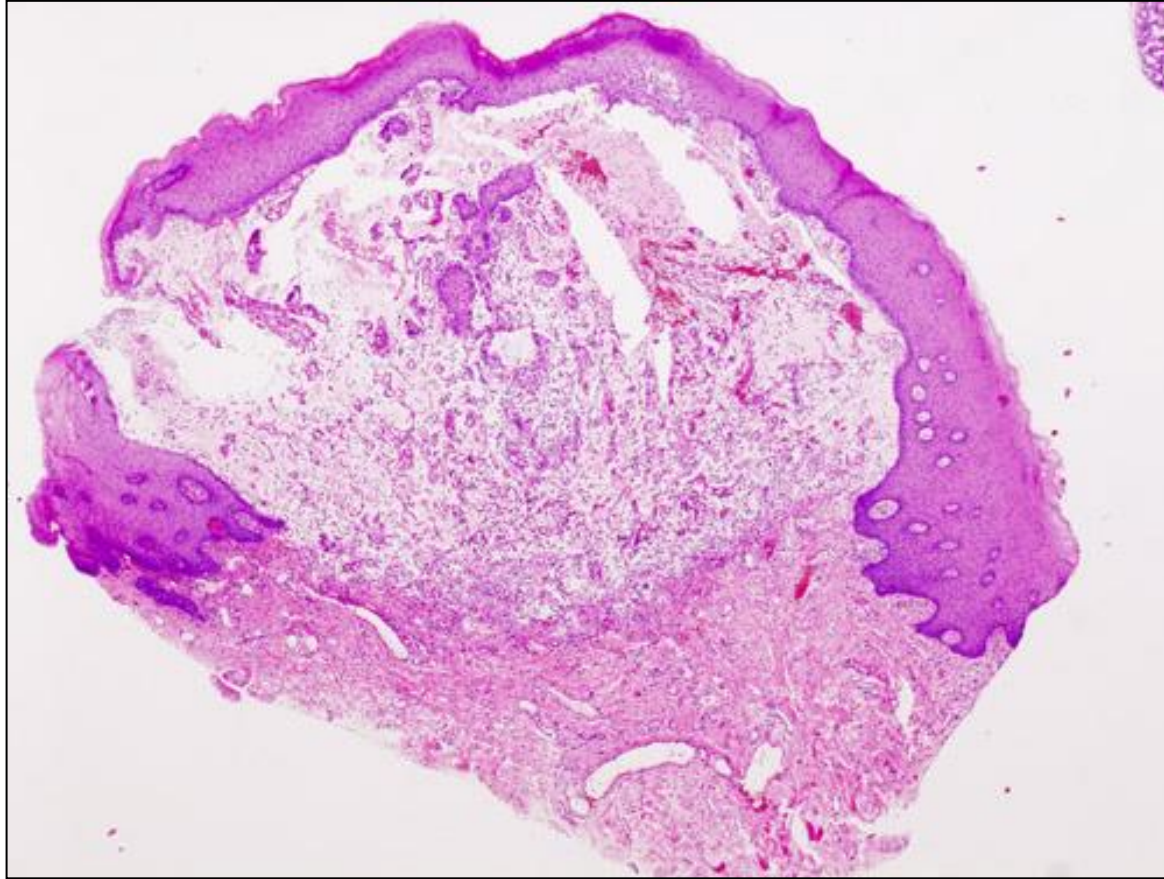


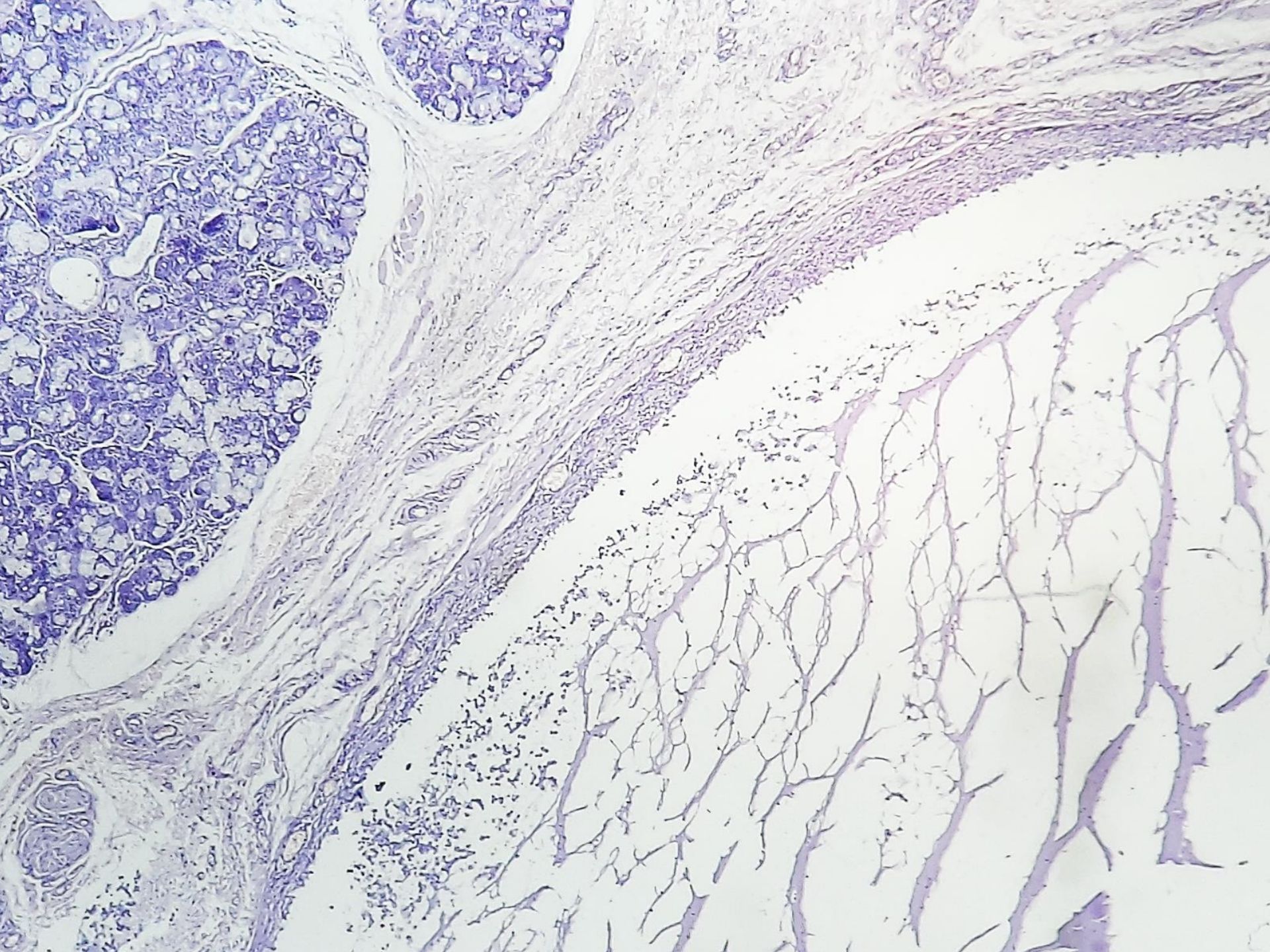
GLANDULAS SALIVALES



Mucocele

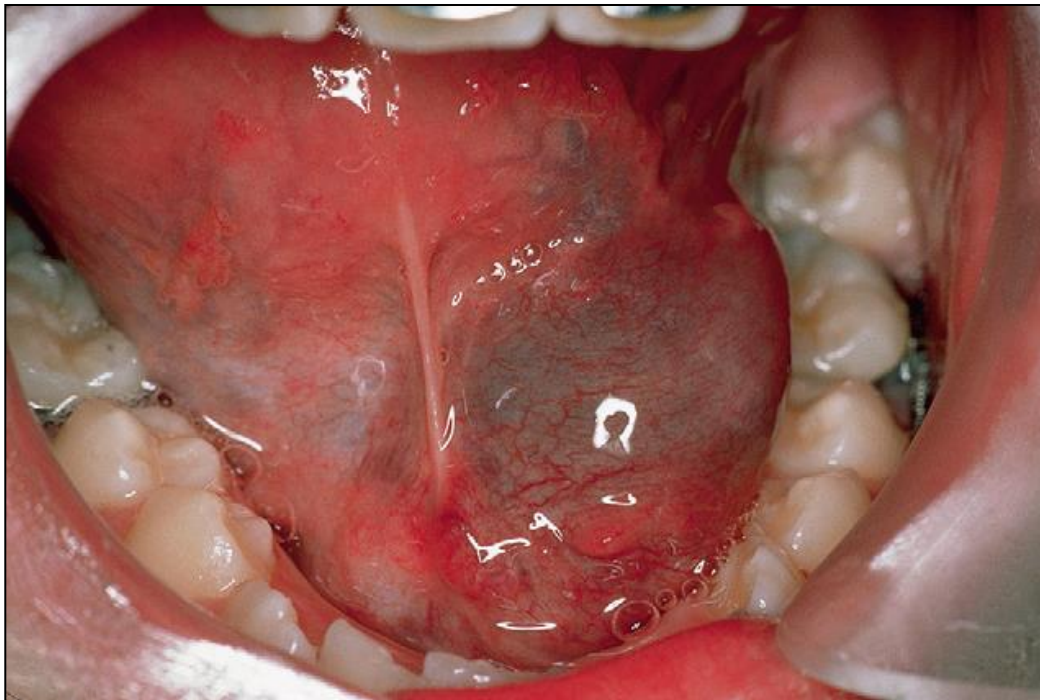
GLANDULAS SALIVALES





GLANDULAS SALIVALES

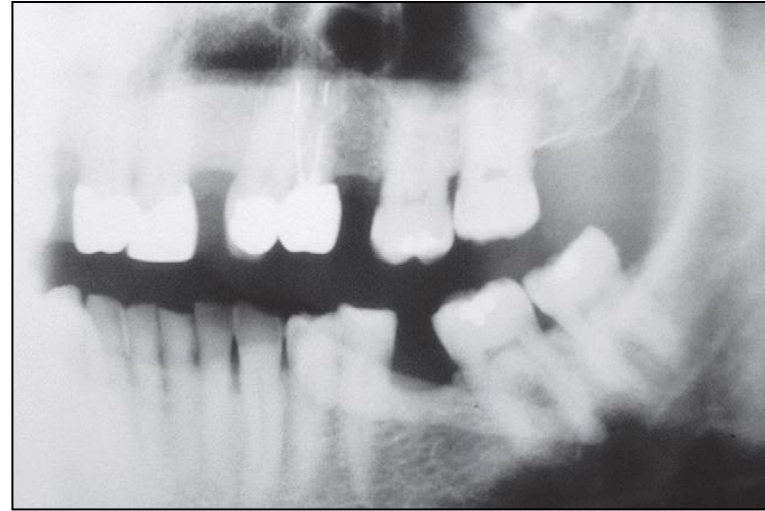
- Ránula: Mucocele originado por el daño del conducto de la glándula sublingual
- Puede aumentar considerablemente de tamaño hasta transformarse en una “ránula cervical”, donde el moco ha disecado el estroma de tejido conjuntivo de unión entre los dos vientres del músculo milohioideo.



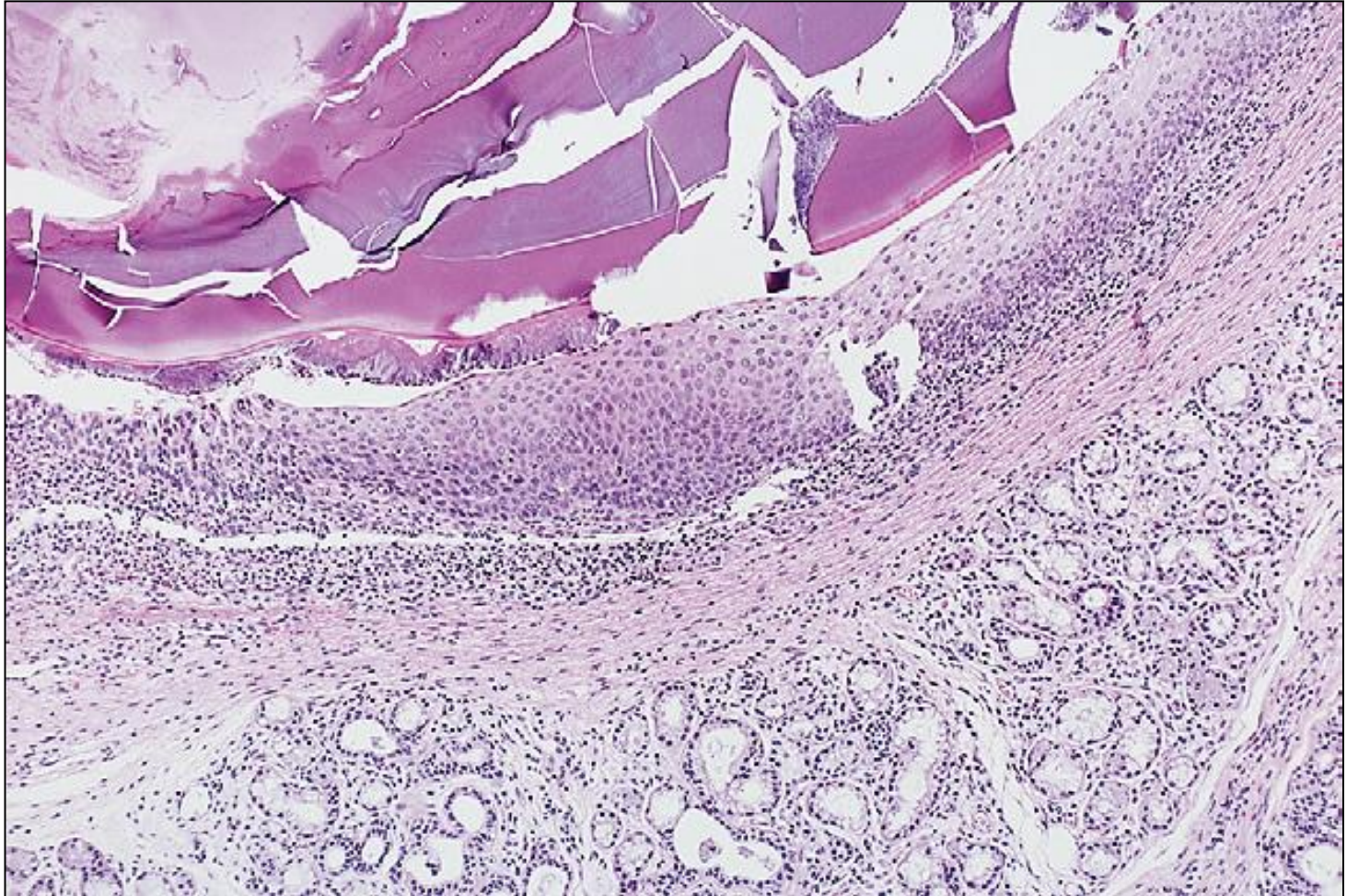
GLANDULAS SALIVALES

- Sialolitiasis:

- Causa subyacente muchas veces no detectada, pero se cree que es por obstrucción del conducto por resto alimenticio o por obstrucción por edema posterior a una lesión
- La disminución de la actividad secretora también puede predisponer a una invasión bacteriana secundaria,



GLANDULAS SALIVALES



GLANDULAS SALIVALES

- Síndrome de Sjogren
- Trastorno inflamatorio sistémico crónico de etiología desconocida
- Mas frecuente en sexo femenino
- Caracterizado por sequedad de boca, ojos y otras membranas mucosas
- Asociado con frecuencia a enfermedades reumáticas con las que comparte ciertas características autoinmunes
- Cuando no está asociado a otra enfermedad autoinmune: SINDROME SICCA (Sindrome de Sjögren primario)

GLANDULAS SALIVALES

Tríada clínica típica

1. xerostomía
2. queratoconjuntivitis sicca
3. otra enfermedad autoinmune (AR mas frecuentemente)

Pero también puede presentar:

1. Sequedad de la piel y las membranas mucosas de nariz, garganta, laringe, bronquios, vulva y vagina
2. La sequedad del tracto respiratorio puede conducir a infecciones pulmonares y a veces a neumonía
3. Alopecia
4. Artritis periferica
5. Pancreatitis, disfagia, alteración función hepática
6. Alteraciones renales

Síndrome de Sjögren

Pesquisa de clínica bucal

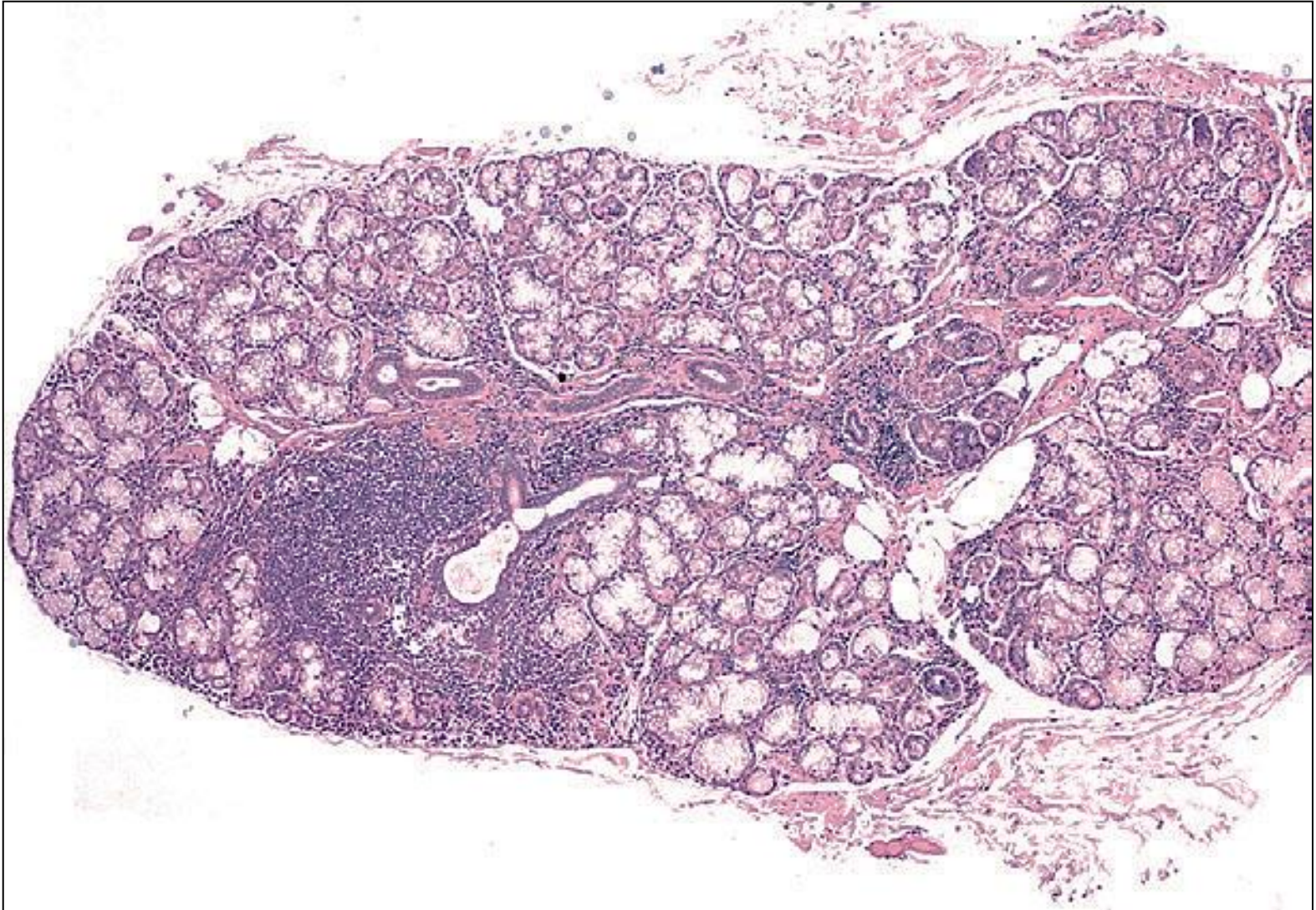
- Ha tenido durante los últimos tres meses, en forma persistente, sequedad de la boca ?
- Ha tenido tumoración recurrente o persistente de sus glándulas parótidas ?
- Frecuentemente toma líquidos para poder deglutir alimentos secos ?
- A tener en cuenta!!: disminución de la saliva, dificultad en la deglución y masticación, anomalías en la sensación del gusto y una mucosa oral lisa y lustrosa

Síndrome de Sjögren

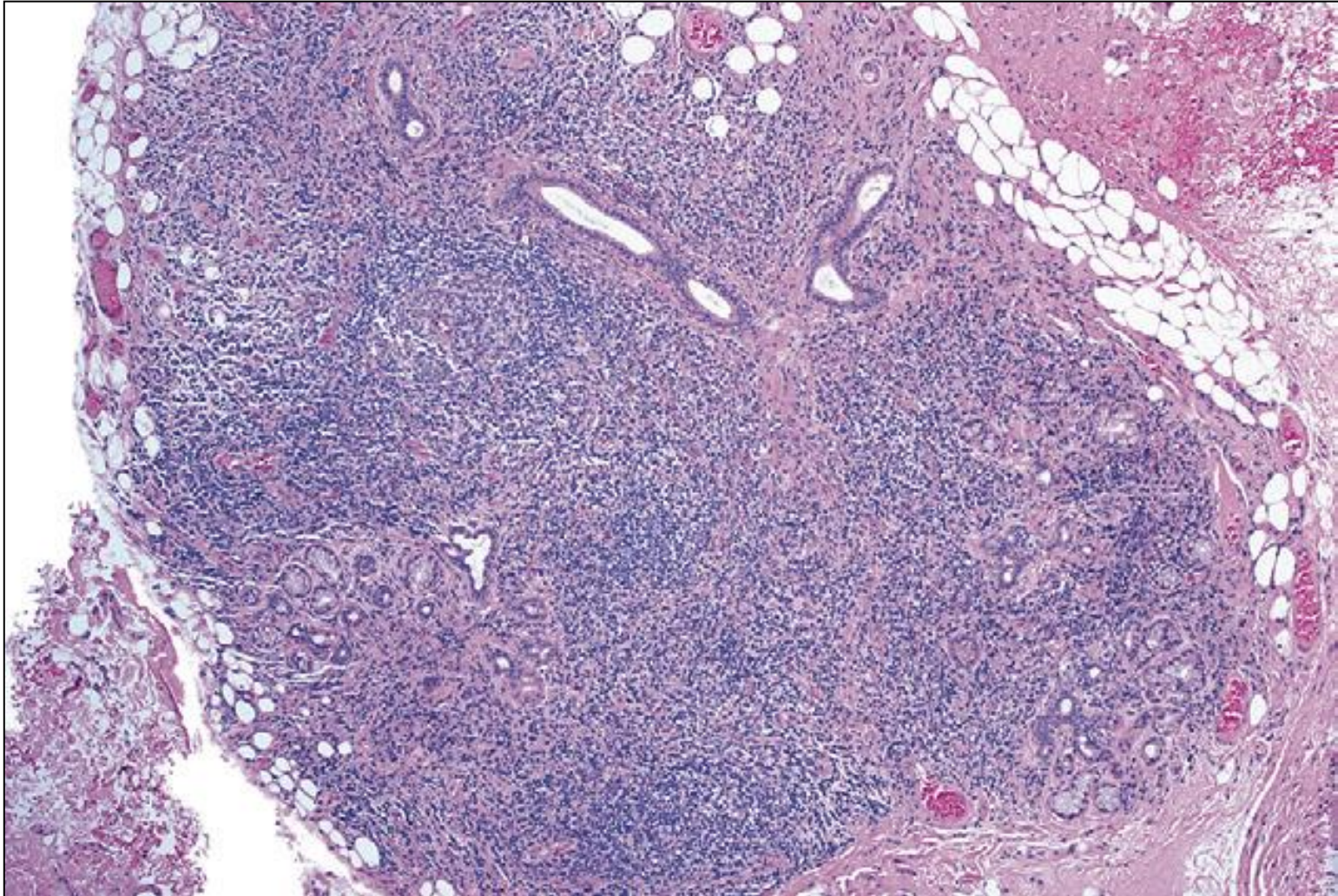
Microscopia

- Biopsia de glándula salival menor: se realiza incisión de 1,5 a 2 cms paralela a la línea del vermillion del labio inferior, y lateral a la línea media
 - Mas de un foco de mas de 50 linfocitos adyacente a acinos normales en un area de 4mm²
 - SIN diltación ductal
 - SIN areas de fibrosis
- Biopsia de glándula salival mayor SOLO si esta agrandada, puede demostrar desarrollo de:
 - Lesión linfoepitelial benigna
 - Linfoma

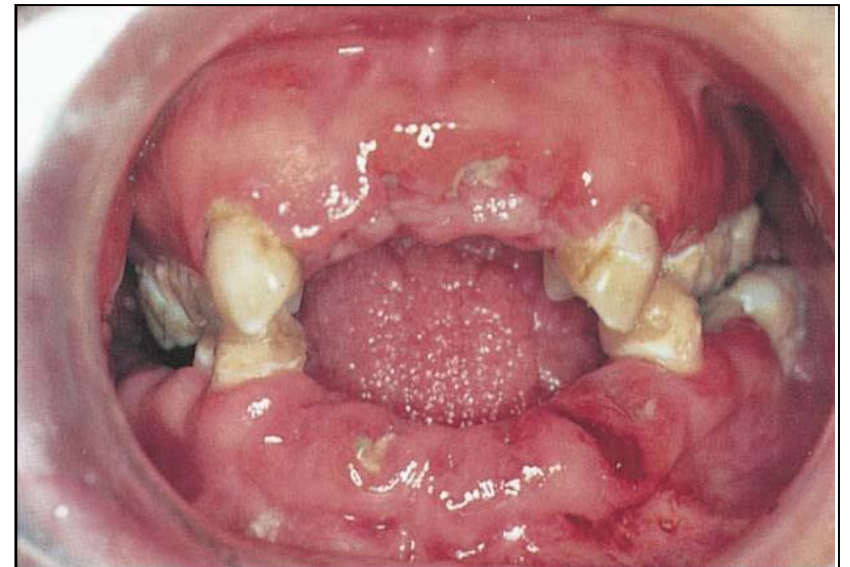
SÍNDROME DE SJOGREN



Síndrome de Sjögren

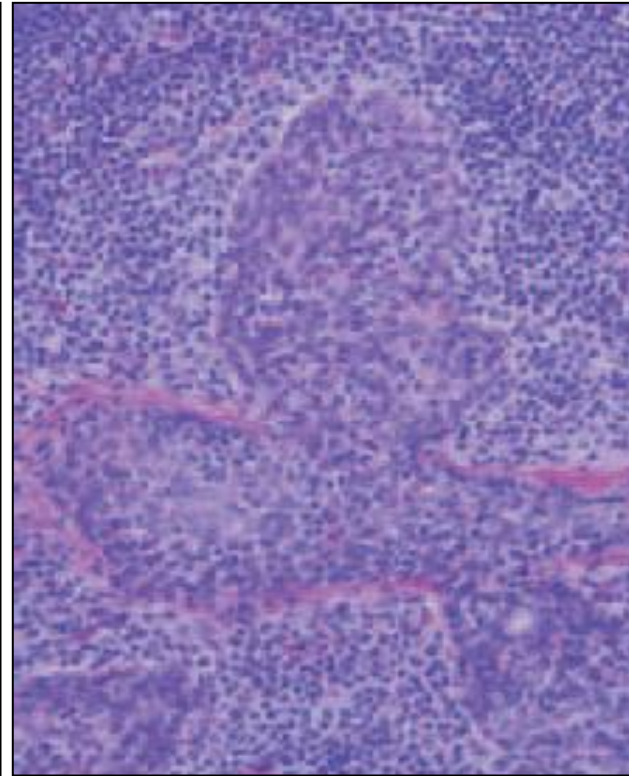
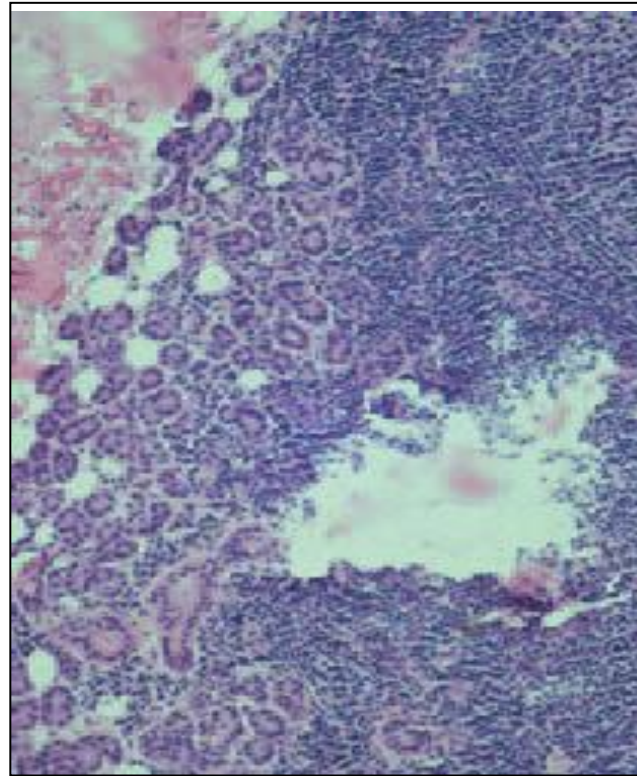
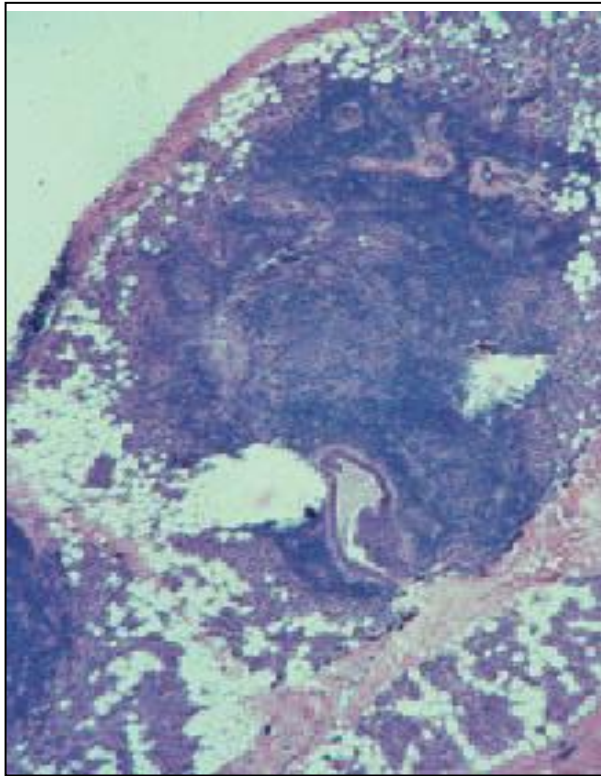


Sindrome de Sjögren



Sindrome de Sjögren

Lesion Linfoepitelial benigna



GLANDULAS SALIVALES

- **NEOPLASIAS**

- Amplia cantidad y variedad de lesiones tumorales
- La probabilidad de que un tumor en una glándula salival sea maligno es más o menos inversamente proporcional al tamaño de la glándula
- No hay criterios clínicos fiables para diferenciar los procesos benignos de los malignos

GLANDULAS SALIVALES

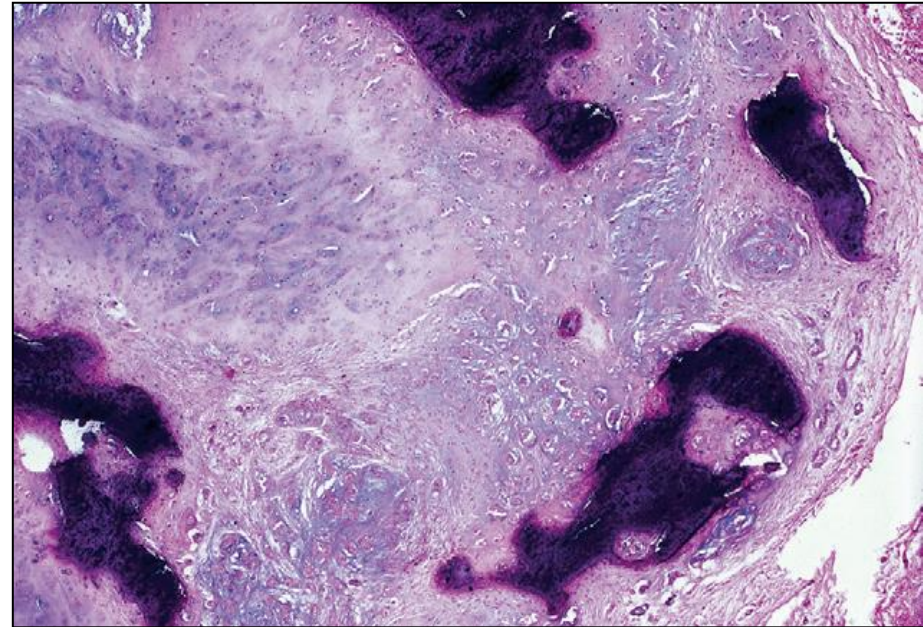
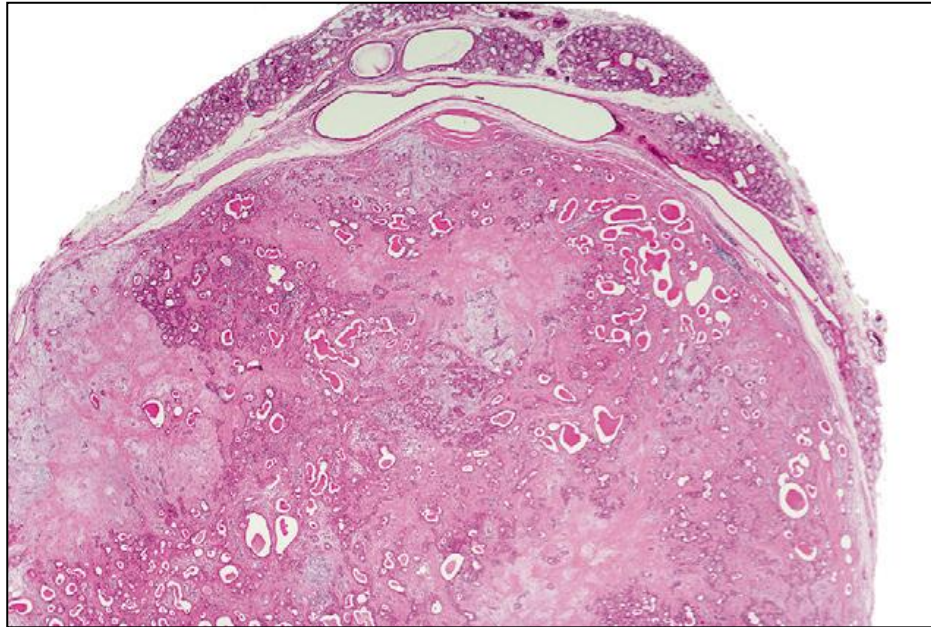
NEOPLASIAS

Benignos	Malignos
Adenoma pleomorfo (50%) (tumor mixto)	Carcinoma mucoepidermoide (15%)
Tumor de Warthin (5-10%)	Adenocarcinoma (SME) (10%)
Oncocitoma (1%)	Carcinoma de células acinares (5%)
Otros adenomas (5-10%) Adenoma basocelular Adenoma canalicular	Carcinoma adenoideo quístico (5%) Tumor mixto maligno (3-5%) Carcinoma epidermoide (1%)
Papilomas ductales	Otros carcinomas (2%)

GLANDULAS SALIVALES

NEOPLASIAS

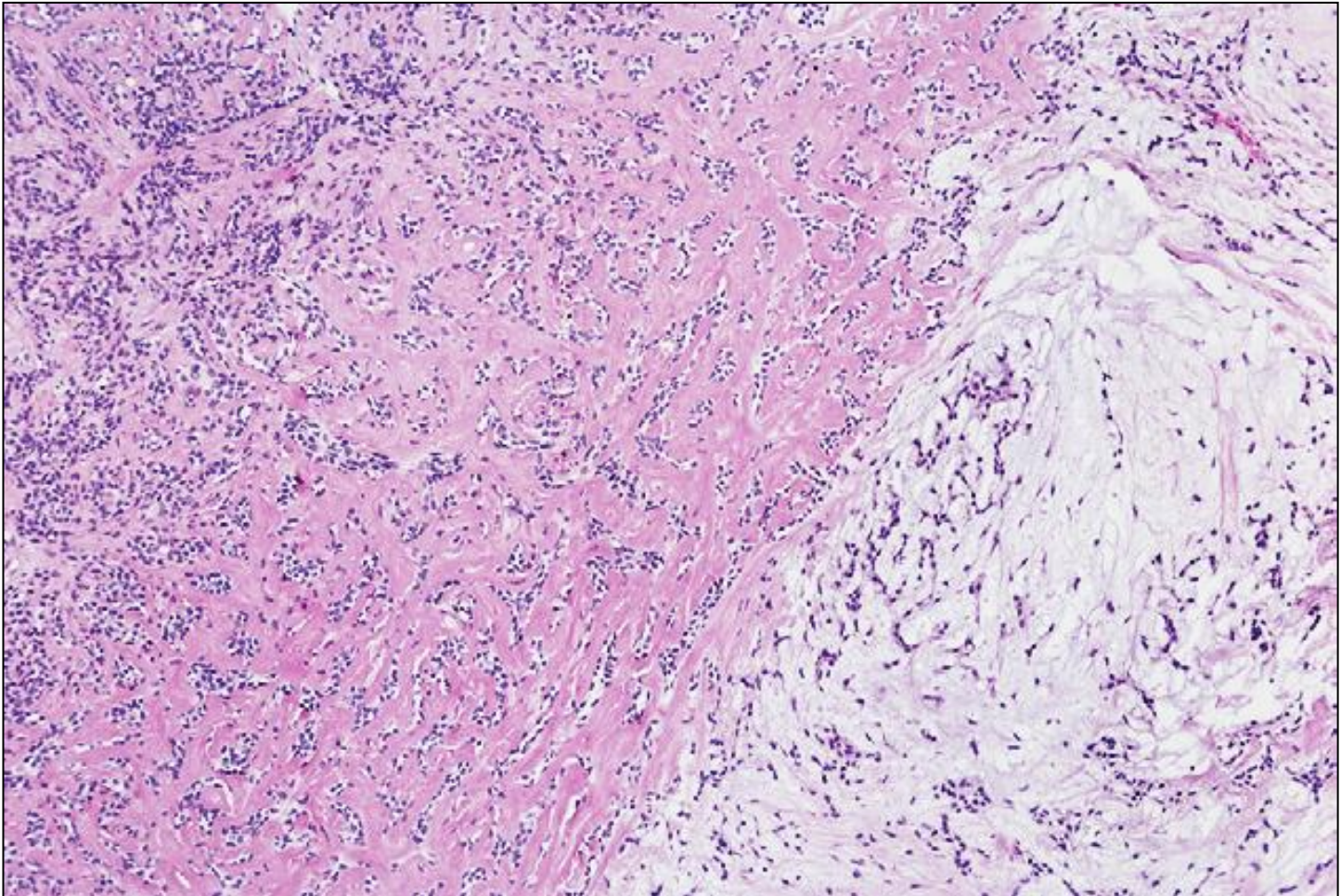
- Adenoma Pleomórfico
- Los adenomas pleomorfos son tumores benignos que constan de una mezcla de células epiteliales y como mesenquimales.



GLANDULAS SALIVALES

NEOPLASIAS

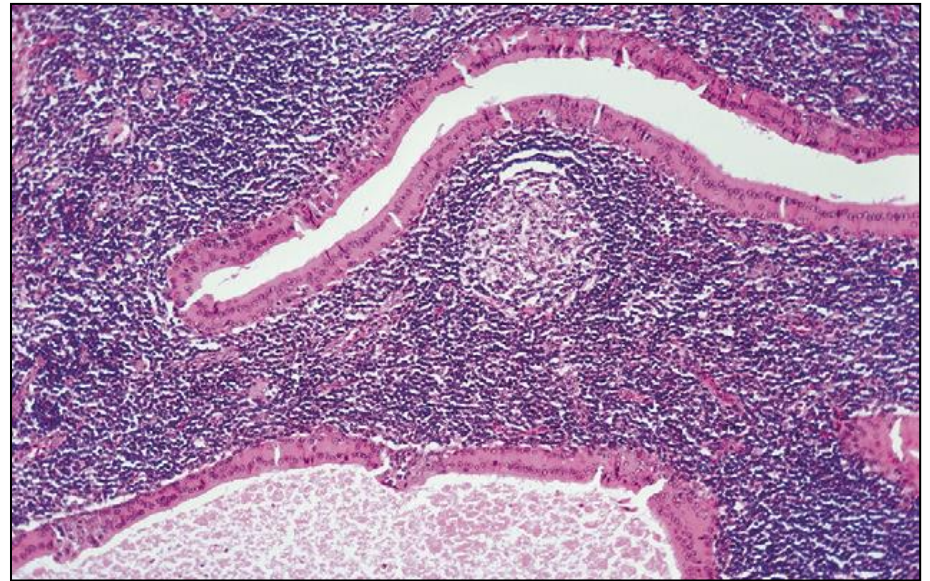
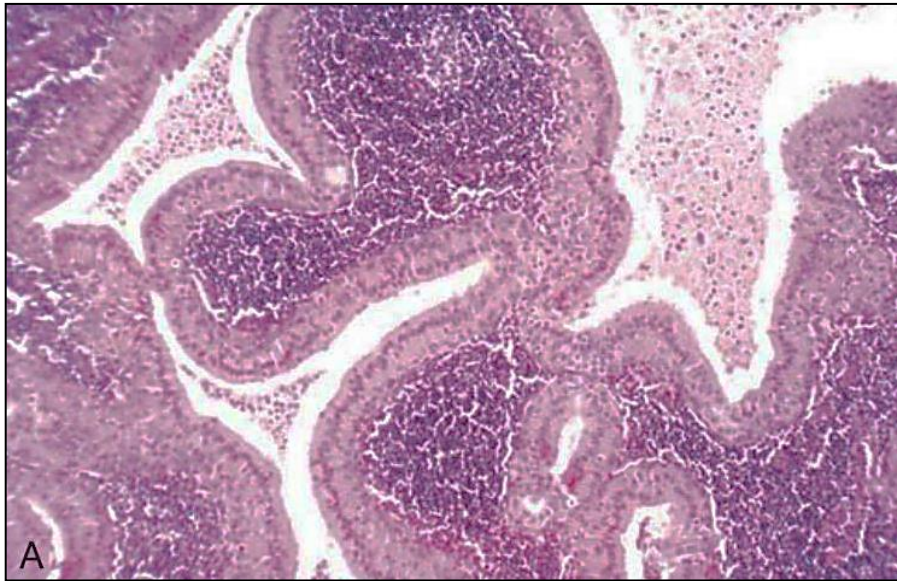
- Adenoma Pleomórfico



GLANDULAS SALIVALES

NEOPLASIAS

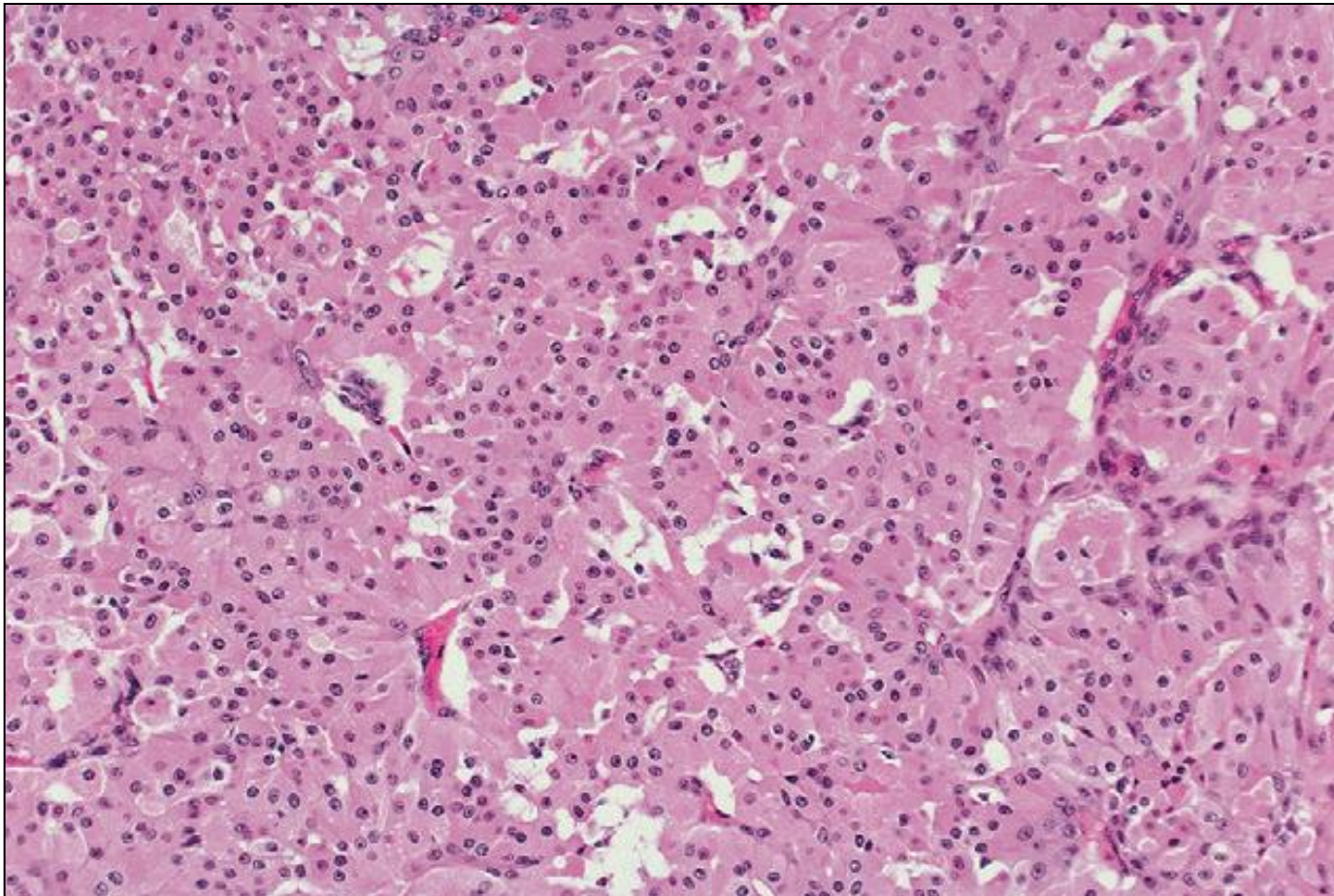
- Tumor de Warthin(cistoadenoma papilar linfomatoso)



GLANDULAS SALIVALES

NEOPLASIAS

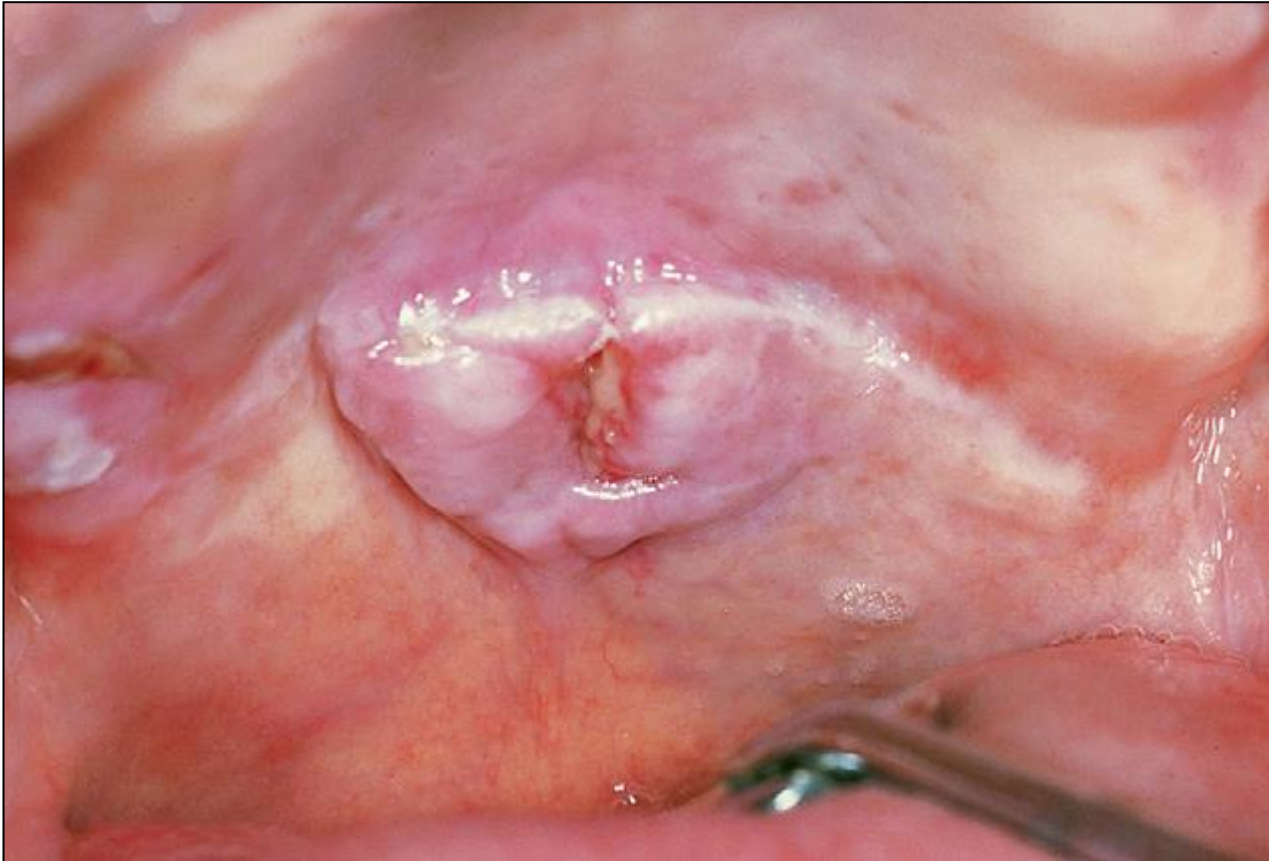
- Oncocitoma



GLANDULAS SALIVALES

NEOPLASIAS

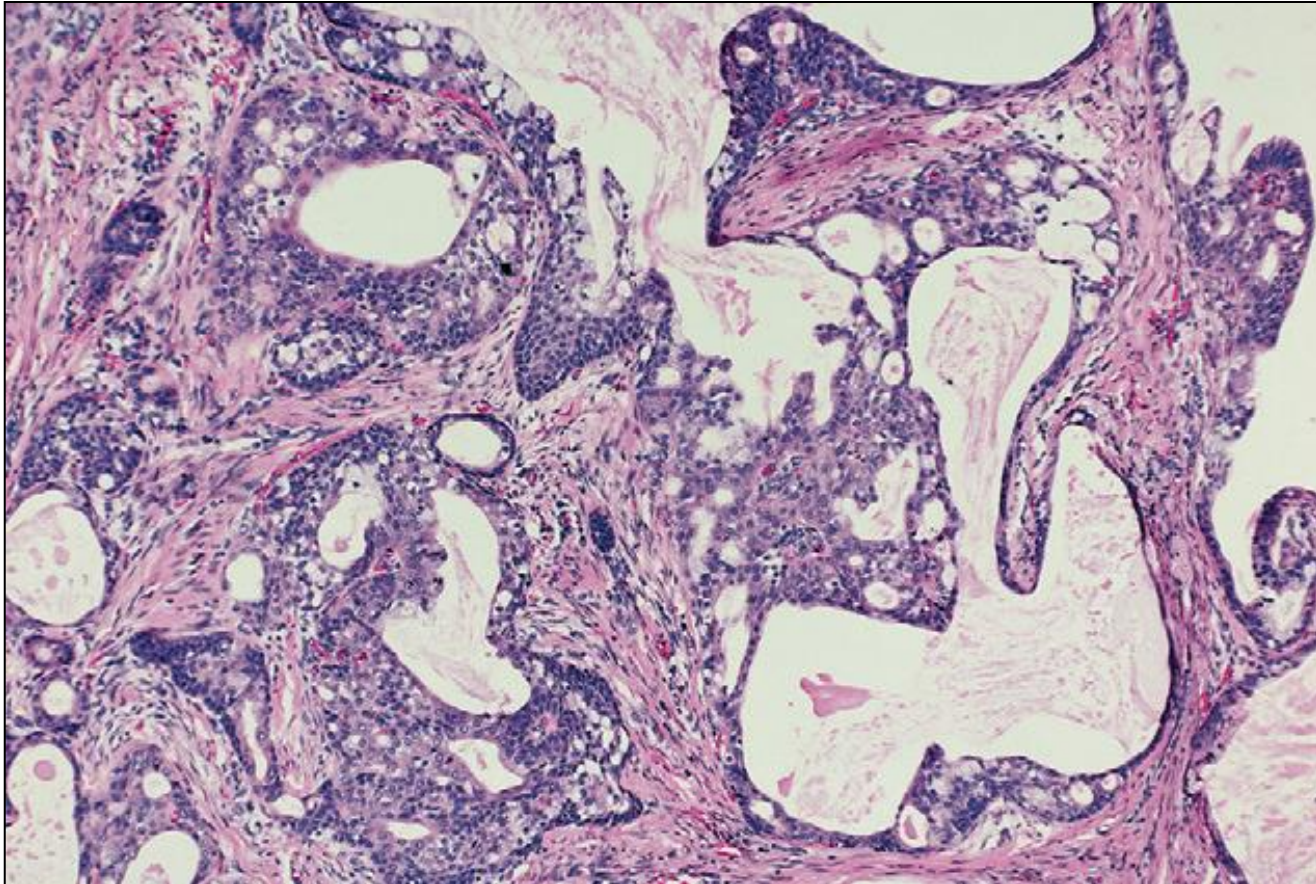
- Carcinoma Mucoepidermoide



GLANDULAS SALIVALES

NEOPLASIAS

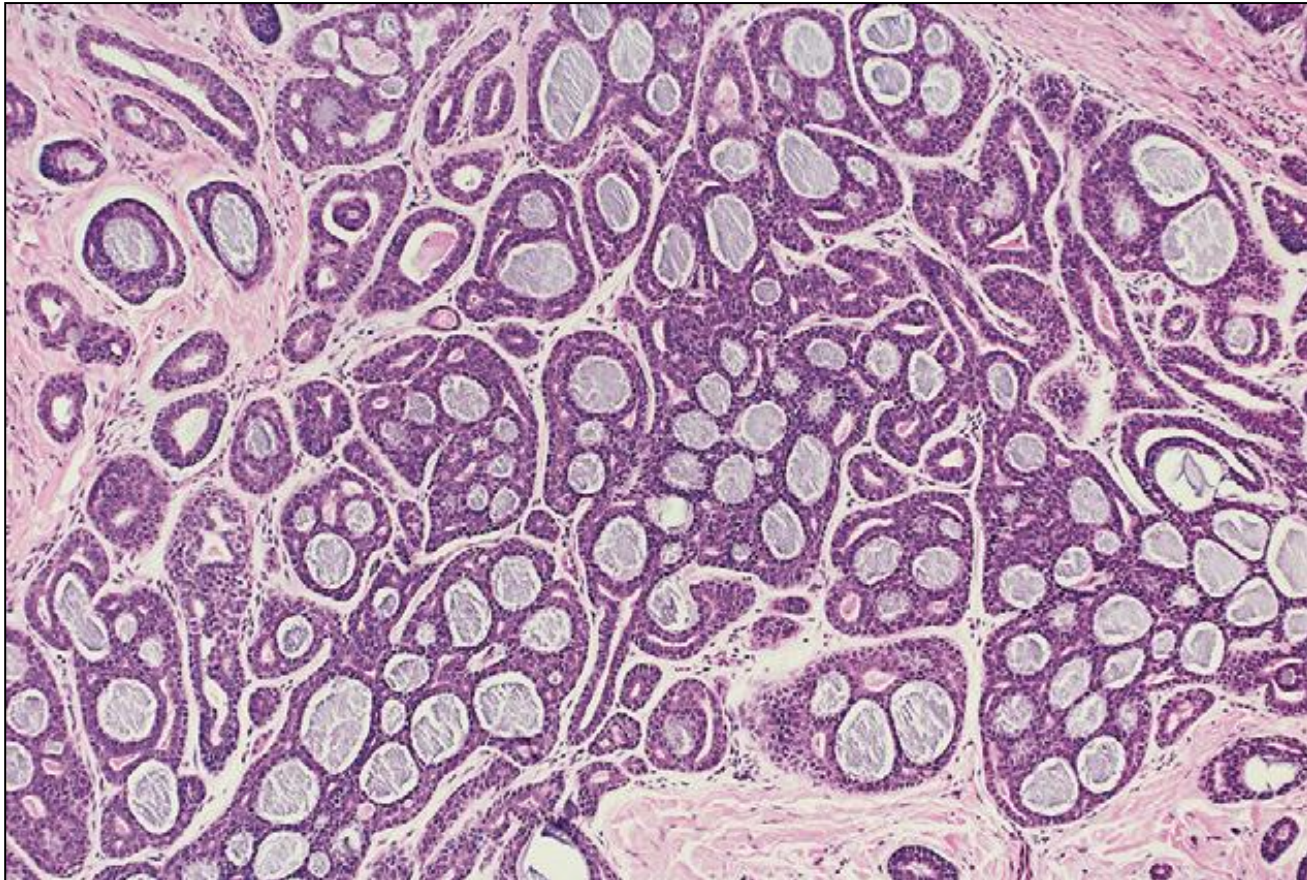
- Carcinoma Mucoepidermoide



GLANDULAS SALIVALES

NEOPLASIAS

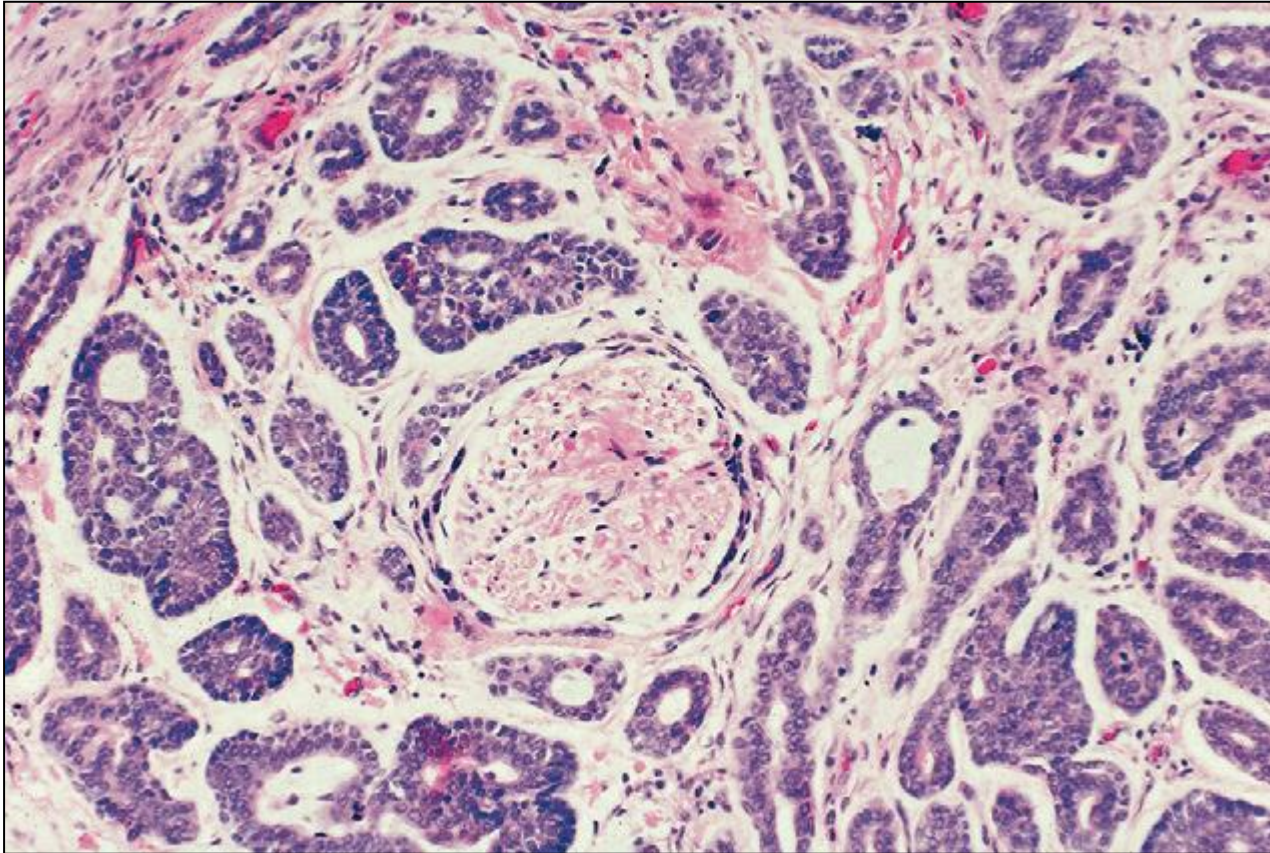
- Carcinoma Adenoideo Quístico



GLANDULAS SALIVALES

NEOPLASIAS

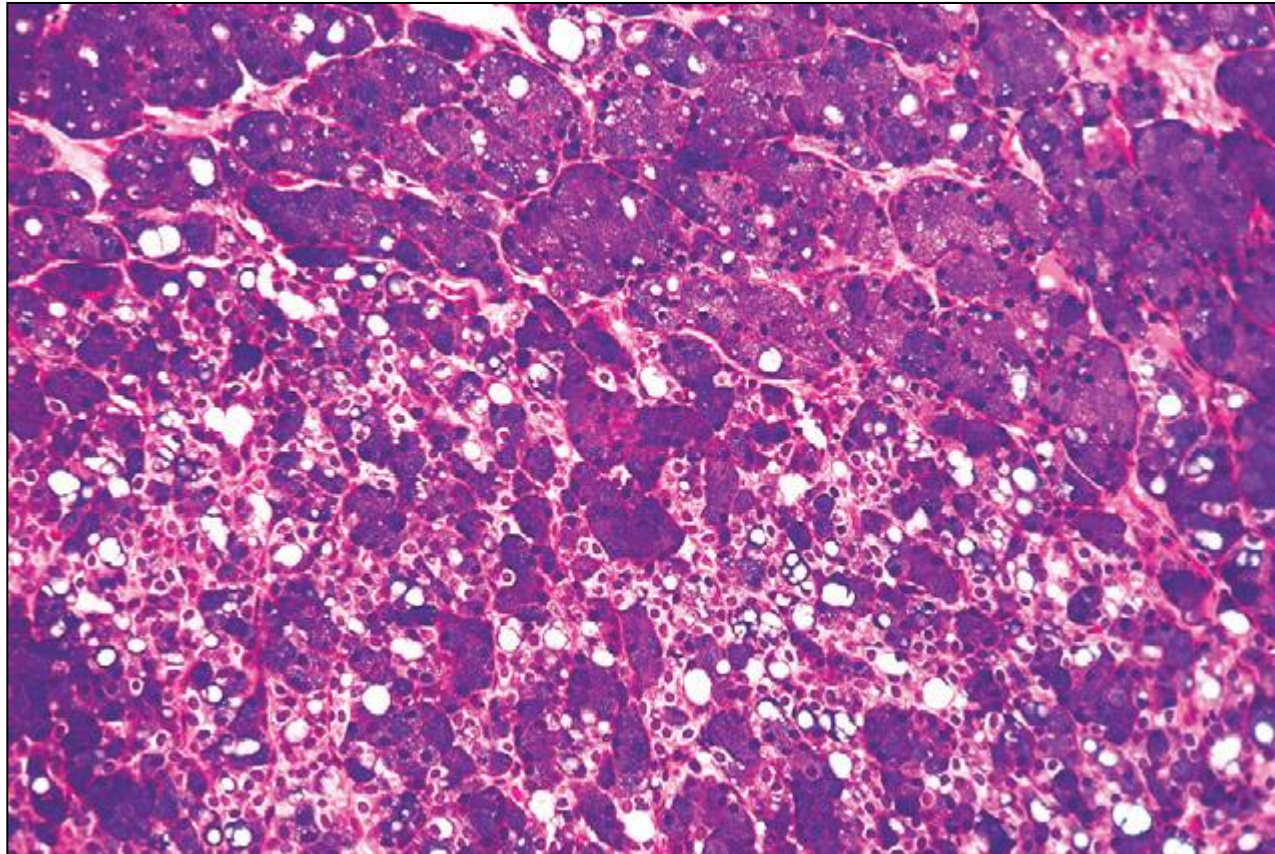
- Carcinoma Adenoideo Quístico



GLANDULAS SALIVALES

NEOPLASIAS

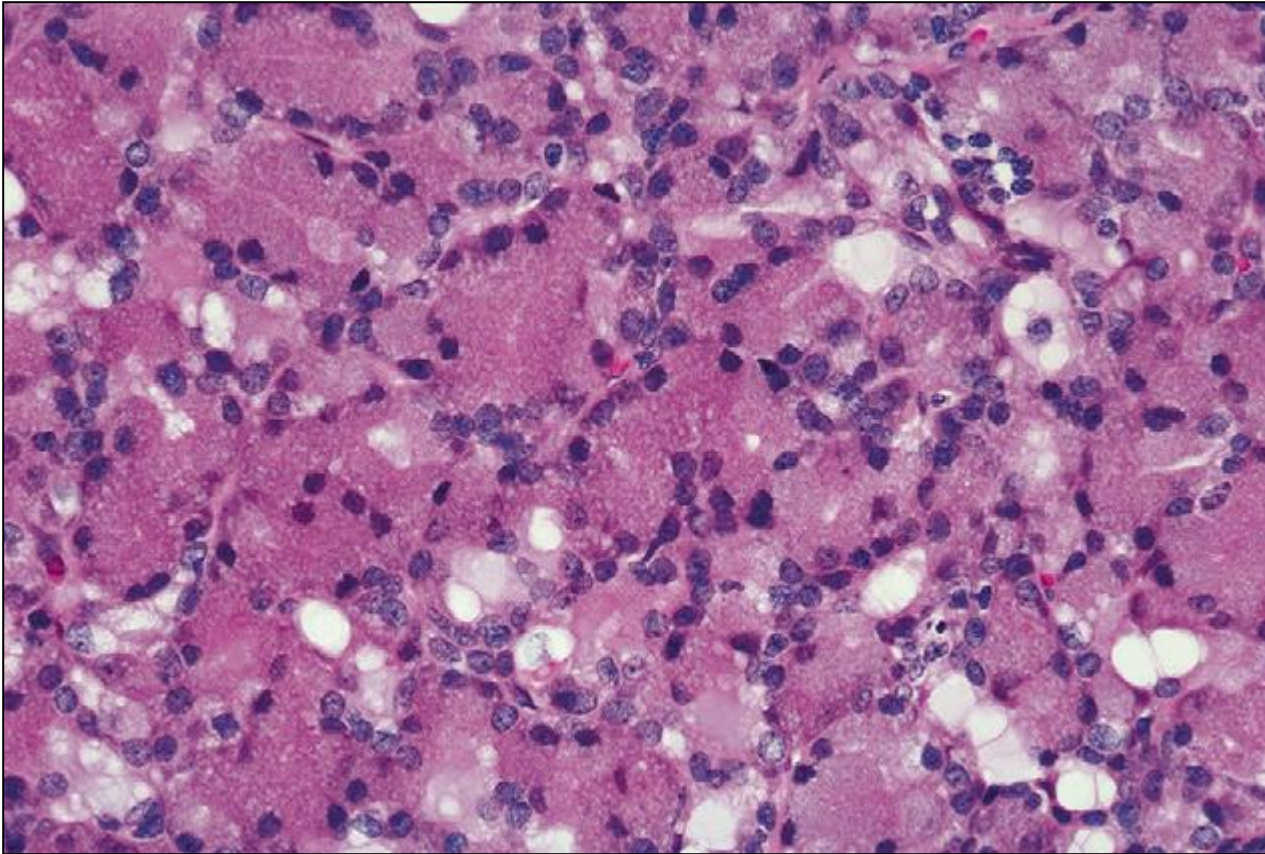
- Carcinoma Celulas acinares



GLANDULAS SALIVALES

NEOPLASIAS

- Carcinoma Celulas acinares



MUCHAS GRACIAS

