

LA PIEL EN EL CONTEXTO DE LA MEDICINA Y SUS ESPECIALIDADES

Tumores benignos de la mucosa oral

Ricardo Juan Bosch García, Norberto López Navarro
y Enrique Herrera Acosta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Universidad de Málaga. Málaga.
España.

La confluencia en la cavidad oral de distintos especialistas (dermatólogos, otorrinolaringólogos, estomatólogos, cirujanos maxilofaciales y especialistas de digestivo) a menudo crea en el paciente, e incluso en el médico general, dudas acerca de las competencias de cada uno ante determinados problemas. La dermatología incluye las mucosas dermopapilares (las que tapizan cavidades en contacto directo con el exterior) entre los aspectos de los que debe ocuparse, y es el dermatólogo quien, por sus conocimientos en patología tumoral de la piel y anejos, quien mejor puede orientar respecto a la benignidad o malignidad de las lesiones tumorales de la mucosa oral.

Los problemas en la cavidad oral a menudo son vividos con gran ansiedad por los pacientes, que con frecuencia temen que se trate de lesiones malignas que llevan a un desenlace fatal tras una progresión penosa de la enfermedad. Por ello incluiremos en este trabajo algunos cuadros no propiamente tumorales, pero que por sus características son motivo de cancerofobia o que, con cierta frecuencia, nos remite el médico de familia para descartar malignidad.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS LESIONES BENIGNAS DE LA MUCOSA ORAL

Aunque en ocasiones es imprescindible el estudio histopatológico, en un alto porcentaje de casos la clínica permite diferenciar claramente las lesiones benignas de los procesos malignos más frecuentes en esta localización, el carcinoma epidermoide, o de otros como el melanoma, el angiosarcoma o el linfoma. El conocimiento de sus características permite tranquilizar de forma rápida al paciente, evitándole mantener el estado de preocupación importante que suelen comportar las lesiones orales.

Correspondencia: Dr. R.J. Bosch.
Cátedra de Dermatología. Facultad de Medicina.
Universidad de Málaga.
Bvd. Louis Pasteur, 32. 29071 Málaga. España.
Correo electrónico: ricardobosch@aedv.es

TABLA I. Características clínicas generales de las lesiones benignas y malignas de la mucosa oral

LESIONES BENIGNAS	LESIONES MALIGNAS
Desarrollo lento	Desarrollo rápido
Superficie mucosa conservada	Superficie mucosa alterada, blanquecina y a menudo ulcerada
Límites bien definidos	Límites difusos
A menudo encapsulado	No encapsulado
Sobreelevado, pediculado, o con bordes despegados	Nodular, infiltrante
Comprime estructuras vecinas	Destruye tejidos circundantes
No da adenopatías	Puede dar adenopatías

TABLA II. Datos clave para diferenciación de lesiones benignas y malignas

Desarrollo	Congénito. Desde la infancia. Reciente aparición
Velocidad de crecimiento	Lenta. Rápida.
Localización	Zona de roce o peculiar Lengua: dorso. Cara ventral Paladar (duro, blando) Mucosa yugal. Encías Suelo de la boca
Superficie de la mucosa	Conservada. Queratósica. Blanca. Ulcerada. Sangrante
Delimitación y características de la lesión	Buena. Imprecisa. Empastamiento. Infiltración

pación importante que suelen comportar las lesiones orales.

Las características clínicas diferenciales fundamentales de las lesiones benignas de la mucosa oral respecto a las malignas se exponen en la tabla I, y en líneas generales son lógicamente las mismas que en cualquier otra zona. Deben establecerse en todos los casos mediante la anamnesis y la exploración física, tratando de recoger la información referente a todos los aspectos que se indican en la tabla II.

Por tratarse de una cavidad no visible de ordinario, salvo por un examen dirigido a este fin y a menudo inducido por alguna molestia o sensación especial cuando las lesiones alcanzan un cierto tamaño o causan alteraciones de la superficie, con frecuencia es imposible determinar el tiempo de evolución de una tumoración, ya que puede haber estado presente durante mucho tiempo sin que el paciente la haya detectado.

La localización de la lesión es importante, dadas las diferentes características y estructuras existentes en las distintas zonas de la cavidad oral. La mucosa que tapiza las paredes de la cavidad oral presenta glándulas salivales menores, pero es distinta la fibromucosa, con epitelio más fino y lámina propia más densa que la mucosa yugal del paladar blando y endolabial, que tiene más capas de células claras sin queratinización y tejido fibroso laxo. Los labios están recubiertos por una semimucosa con cierto grado de queratinización. La lengua es un órgano muscular muy irrigado y presenta en su dorso las

papillas filiformes y fungiformes, limitadas posteriormente por la V lingual dibujada por las papillas caliciformes. En la zona posterior de sus caras laterales conviene recordar la presencia de tejido linfático que forma parte del anillo de Waldeyer y cuya inflamación en ocasiones puede hacer pensar en una lesión tumoral, y en la cara ventral la plica fimbriata, venas del plexo sublingual e inserción del frenillo. El suelo de la boca es asiento frecuente de lesiones malignas, en especial de carcinoma epidermoide en pacientes fumadores y bebedores, que no debe confundirse con estructuras anatómicas propias de la zona como la plica sublingual y la desembocadura de los conductos de Blandin-Nuhn de las glándulas sublinguales en la base del frenillo.

Es fundamental la exploración minuciosa de toda la mucosa oral, para lo que es imprescindible disponer de una luz que pueda iluminar esta cavidad, generalmente una simple linterna. Debe establecerse el color y las características de la superficie de la lesión en relación con las propias de la zona de la mucosa donde asienta. El raspado con un depresor muestra el carácter desprendible o no en las lesiones blancas e inmediatamente debe palparse la lesión para apreciar su consistencia blanda, semielástica o dura, su buena o mala delimitación y la infiltración del tejido circundante. Ante cualquier lesión de la mucosa oral, siempre debe realizarse también la exploración de los ganglios en las zonas submentoniana, submandibular, preauricular y retroauricular y las cadenas cervicales laterales y supraclaviculares.

TIPOS DE TUMORACIONES BENIGNAS DE LA MUCOSA ORAL

Las tumoraciones benignas que podemos encontrar en esta localización pueden provenir, lógicamente, de cualquiera de los componentes tisulares de la zona: epitelio, tejido conjuntivo, vasos, nervios, glándulas salivares y otros.

Proliferaciones epiteliales

El epitelio oral puede proliferar inducido por diferentes agentes, sin que se la pueda considerar propiamente una tumoración, pero dando lugar a cuadros que debemos considerar en este trabajo, pues en ocasiones plantean diagnóstico diferencial con diversos tumores. Estas lesiones pueden deberse a agentes infecciosos de diverso origen (viral, micótico e incluso bacteriano), ser malformaciones névicas u obedecer a la presencia de componentes tisulares que no deberían estar en esta localización (tabla III).

Cuadros inducidos por agentes infecciosos.

Papiloma. Este término, usado a menudo para designar histopatológicamente proliferaciones epiteliales benignas de causa imprecisa y en el lenguaje vulgar para la verruga plantar, debe reservarse para las lesiones debidas al virus del papiloma humano (VPH) en las mucosas, mientras que en la piel hablamos de verrugas. En esta localización pueden tener un carácter de transmisión sexual, y se aislan los genotipos propios de las lesiones

TABLA III. Proliferaciones epiteliales no propiamente tumorales

De origen infeccioso	
Virus del papiloma humano	Verrugas, condilomas
Herpesvirus tipo 5	Leucoplaquia oral vellosa
Cándidas	Candidiasis crónica Glositis romboidea mediana
¿Otros gérmenes?	Lengua saburral Lengua negra vellosa
Otras infecciones	Papilitis foliada
No infecciosas	
Por alteración del epitelio de diverso origen	Nevo blanco esponjoso Leucoedema
Por presencia de elementos tisulares anormales	Gládulas sebáceas (mal de Fordyce) Melanocitos: lentigo simple de las mucosas. Nevos pigmentocelulares

de la zona genital, o llegar a partir de lesiones cutáneas en los dedos por el hábito frecuente en los niños de morderse o chuparse las lesiones de los dedos. El desarrollo de lesiones malignas por genotipos oncogénicos es totalmente excepcional, al contrario de lo que ocurre en el cérvix uterino, y menos a menudo en la zona anogenital de pacientes generalmente inmunodeficientes. Clínicamente aparecen como lesiones exofíticas papilomatosas en cualquier localización de la mucosa oral, pero son más frecuentes en los labios y en la lengua (fig. 1). Suelen tener color blanquecino por la hidratación de la capa córnea. En ocasiones es necesario para el diagnóstico el estudio histopatológico, que muestra leve hiperqueratosis con paraqueratosis y acantopapilomatosis con vacuolización celular marcada en capas profundas del epitelio, pues en las mucosas es normal cierto grado en las capas altas. Una forma especial de lesión por VPH es la denominada hiperplasia epitelial focal o enfermedad de Heck, ligada a los genotipos 13 y 32, en la que parece haber una base genética de predisposición, por lo que se ha descrito especialmente en niños indios americanos. Se presenta como pápulas sésiles, redondeadas u ovaladas y múltiples, llegando a producir un aspecto de empedrado.

Leucoplaquia oral vellosa. Es un proceso descrito por Greenspan en pacientes seropositivos, aunque se ha visto también en pacientes trasplantados sometidos a inmunosupresores e incluso en inmunocompetentes. La lesión no es una tumoración, pero puede plantear diagnóstico diferencial con una leucoplasia premaligna, puesto que se presenta como placas blancas asintomáticas con formaciones filiformes en su superficie, generalmente en las caras laterales de la lengua (fig. 2). A diferencia del Muguet, no se desprenden al raspar con el depresor y no hay infiltración. En la histología las formaciones vellosas aparecen como proyecciones hiperqueratósicas con paraqueratosis y cúmulos de gérmenes (a menudo *Candida*), en cuya base hay hiperplasia epitelial con balonización celular, como ocurre en algunos procesos virales. El papel causal del Herpesvirus tipo 5 (virus

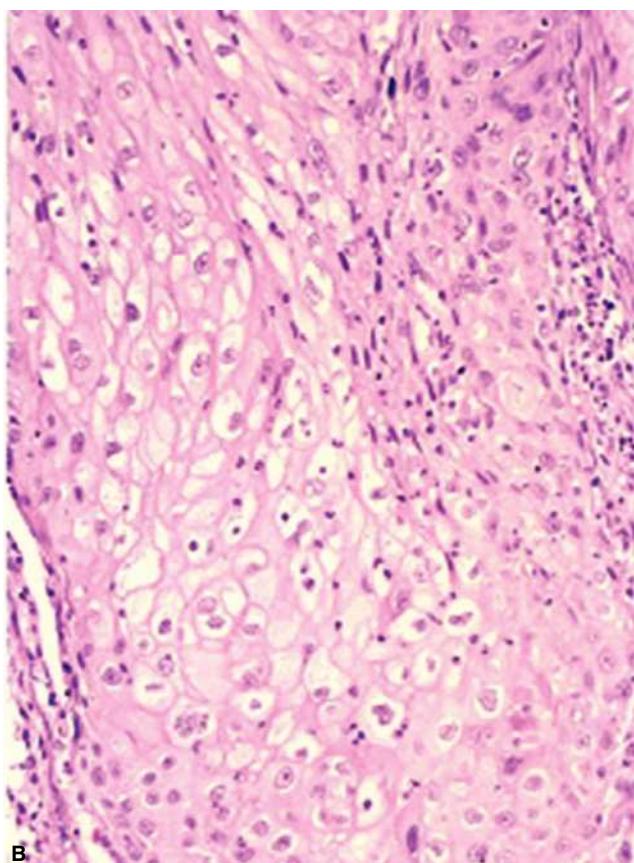


Figura 1. Lesión cuyos aspecto papilomatoso y vacuolización en capas bajas confirman su origen viral.

88

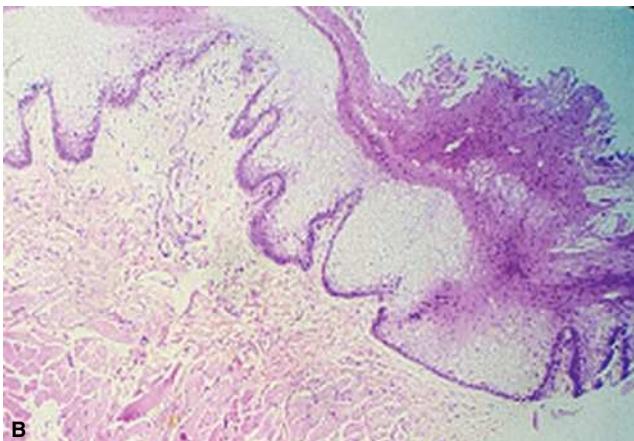


Figura 2. Leucoplaquia oral vellosa con sus proyecciones paraqueratósicas características.

de Epstein-Barr) está avalado por estudios de inmunofluorescencia y de hibridación de ADN, aunque pueden intervenir otros agentes patógenos. Su tratamiento no es imprescindible, pero pueden utilizarse queratolíticos, y se ha visto su regresión con aciclovir sistémico.

Cuadros por infección candidásica. Las formas hiperplásicas crónicas de candidiasis en pacientes diabéticos o con anemia ferropénica y en relación con prótesis dentarias, aparecen como placas blanquecinas con en-

grossamiento epitelial con presencia de cándidas en las capas superficiales. Dentro de este grupo se ha incluido también la llamada glositis romboidea media o losán-gica media en la zona central del dorso de la lengua, en la que se ha incriminado también una persistencia del tubérculo impar (fig. 3).

Papilitis foliada. Se debe a la inflamación de estructuras linfoides en la parte posterior de la cara lateral de la lengua. El paciente nota una alteración y en ocasiones

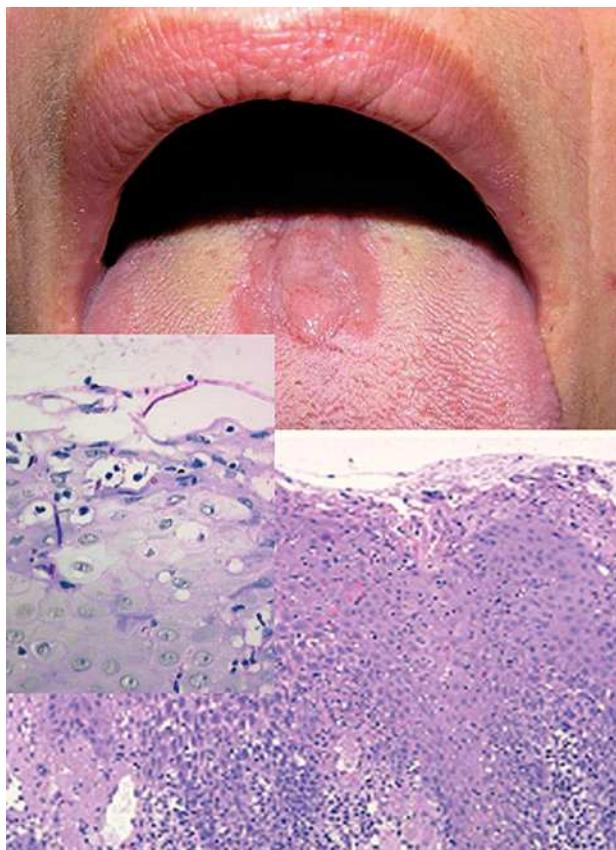


Figura 3. Frecuente e intrascendente glositis romboidea mediana con su componente inflamatorio y parasitación candidiásica.

sensibilidad en la zona, que muestra una superficie algo abollonada, con cierto empastamiento local (fig. 4). La localización y sus características generalmente permiten el diagnóstico y su resolución con tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, sin necesidad de estudio histopatológico.

Alteraciones epiteliales no infecciosas. *Nevo blanco esponjoso.* Trastorno genético de las queratinas que se



Figura 4. Elevación irregular en la parte posterior de la cara lateral de la lengua propia de la papilitis foliada.

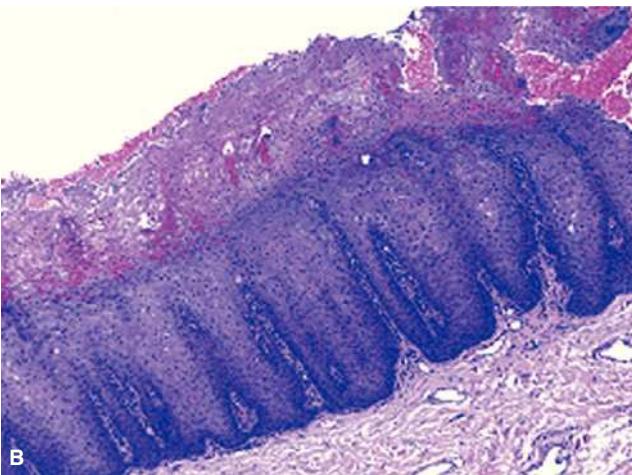
transmite de forma autosómica dominante. El cuadro suele empezar en la infancia con placas blanquecinas asintomáticas de consistencia elástica que presentan un desarrollo progresivo en la mucosa oral, y a veces también genital y esofágica. Se estabilizan en la pubertad y no tienen tendencia a malignizar. La histopatología muestra un epitelio acantósico con presencia en la zona alta de células claras con citoplasma amplio y sobre éstas una banda de células aplanasadas (fig. 5).

Leucoedema. Se trata de una variante anatómica relativamente frecuente de la mucosa, especialmente en la raza negra, que afecta de forma difusa fundamentalmente a la mucosa yugal. Se debe al aumento del grosor del epitelio, que además presenta edema intracelular. Debe realizarse diagnóstico diferencial con el nevo blanco esponjoso, aunque hay datos que apuntan a que sean entidades relacionadas.

Mal de Fordyce. Es una alteración frecuente, especialmente en la semimucosa de los labios, y motivo frecuen-

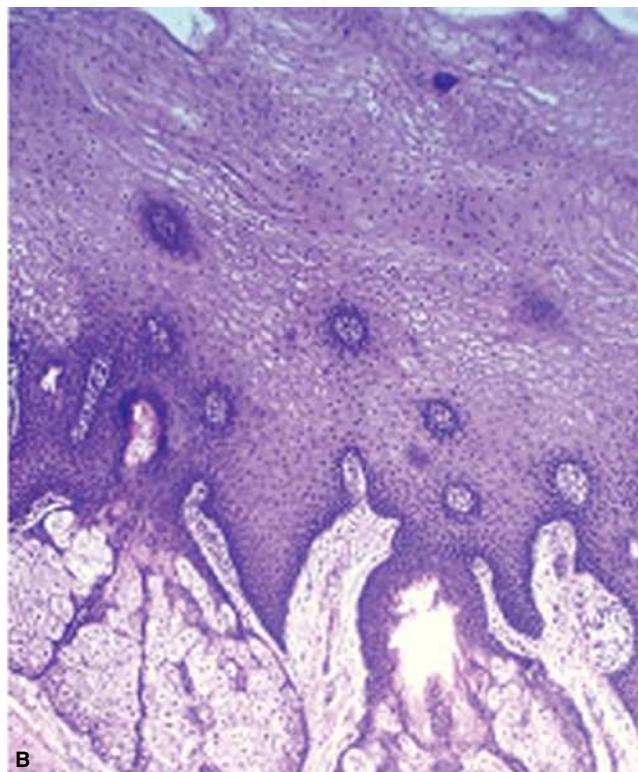


Figura 5. Nevo blanco esponjoso, para cuyo diagnóstico es básico su carácter familiar y la imagen histopatológica con presencia en la zona alta de células claras con citoplasma amplio y, sobre éstas, una banda de células aplanasadas.





A



B

Figura 6. Lesiones blanquecinas del mal de Fordyce en los labios, motivo frecuente de cancerofobia.

90

te de cancerofobia. Se presenta como lesiones blanquecinas milimétricas, generalmente múltiples, debidas a la existencia anómala de glándulas sebáceas en esta localización (heterotópicas) (fig. 6). No tienen ninguna tendencia a la malignización, pero en ocasiones se requiere su destrucción por motivos estéticos.

Lesiones melanocíticas benignas. En las mucosas no debe haber melanocitos habitualmente, pero no es extraño que pueda haberlos dando lugar a máculas parduscas de extensión variable que pueden ponerse de manifiesto en distintos momentos de la vida. El lentigo simple de mucosas es relativamente frecuente, especialmente en los labios, y tiene repercusión estética, aparte de causar preocupación por temor a la malignidad. En la mucosa yugal puede ocurrir como rasgo racial entre los gitanos, y debe distinguirse de otras pigmentaciones por amalgamas, medicamentos, etc. Los nevos en la mucosa oral son raros, pero pueden presentarse. La mayoría son de tipo intradérmico y se localizan en la mucosa yugal, seguidos por los nevos azules, que predominan en el paladar duro.

Proliferaciones del tejido conjuntivo

Fibromas. Los auténticos fibromas son poco frecuentes en la boca. Las lesiones que suelen designarse con ese nombre y constituyen las formaciones benignas más comunes de la mucosa oral no son auténticos tumores. Se tratan en realidad de hiperplasias fibrosas, con proliferaciones de fibroblastos y depósito de haces de colágeno debidos a la irritación mantenida o al mordisqueo de



Figura 7. Las frecuentes lesiones denominadas fibromas son hiperplasias fibrosas por roce.

la mucosa. Clínicamente aparecen como lesiones ovaladas, sésiles o pediculadas de crecimiento lento recubiertas por mucosa normal, blanquecina o algo papilomatosa o inflamada (fig. 7). Pueden aparecer en cualquier lugar de la mucosa oral, aunque son más frecuentes en la lengua o zonas sometidas a estímulos irritativos o traumáticos. El tiempo necesario para el desarrollo de estas lesiones generalmente es largo pero, como ya se ha indicado, a menudo el paciente desconoce su evolución y consulta de forma urgente cuando las detecta.

Procesos fibrosos con aspecto y localización particulares. En relación con el tejido conjuntivo, pero con



Figura 8. Hiperplasia gingival por medicamentos que debe distinguirse de la fibromatosis gingival hereditaria.

peculiaridades debidas a su localización se consideran cuatro procesos:

Hiperplasia gingival. No es propiamente una tumoreación, pero puede llegar casi a ocultar los dientes (fig. 8). Presenta un aumento de las fibras colágenas y puede ocurrir sin una causa conocida o inducida por medicamentos, especialmente antiepilepticos (fenitoína) y ciclosporina, pero también verapamilo, nifedipino, diltiazem y otros muchos. Conviene diferenciarla también de la fibromatosis gingival hereditaria, los infiltrados en el curso de una leucemia y la hiperplasia gingival por falta de cuidados en la zona.

Morsicatio bucarum. Consiste en la presentación de una zona sobreelevada en la mucosa geniana de ambas mejillas a nivel de la línea de cierre de la dentadura. Es el roce de los dientes, que a menudo se ven perfectamente marcados en la zona, lo que causa esta alteración inicialmente edematosa, pero que después se fibrosa y estabiliza.

Diapneusia bucal. Es también una alteración de naturaleza hiperplásica que se presenta como un nódulo hemiesférico recubierto de mucosa normal, generalmente a nivel de la cara interna de las mejillas. Se produce por succión a través de un espacio en la dentadura, que al principio produce una sobreelevación de consistencia edematosa y posteriormente se organiza y endurece.

Épulis. Con ciertas peculiaridades, y en estrecha relación con su localización dentro de la cavidad oral, está el denominado épulis, término acuñado por Virchow que literalmente significa «encima de la encía». Este nombre se reserva en la actualidad para procesos benignos de crecimiento lento que se originan en esta localización, entre los que se distinguen tres variedades clínico-histológicas: *a)* épulis fibroso, compuesto por haces de colágeno y algunos fibroblastos (fig. 9); *b)* épulis angiomatico o granulomatoso, con proliferación vascular y reacción inflamatoria similar a la existente en el granuloma telangiectásico (el denominado épulis del embarazo o granuloma gestacional es una proliferación de este tipo que se da en ocasiones en la encía a partir del quinto mes del embarazo; no es una verdadera neoplasia sino una hiperplasia derivada de un estado fisiológico



Figura 9. Épulis fibroso por proliferación de fibroblastos en la encía.

TABLA IV. Formaciones fibrosas de la mucosa oral

Fibromas
Procesos particulares con fibrosis
Hiperplasia gingival: idiopática, medicamentosa
Morsicatio bucarum
Diapneusia bucal
Épulis: fibroso; angiomatico-granulomatoso (del embarazo); de células gigantes (fisurado)

TABLA V. Lesiones vasculares benignas de la mucosa oral

Granuloma telangiectásico
Épulis angiomatico
Granuloma gestacional
Tumor glómico
Nevo azul en tetina de goma
Malformaciones vasculares capilares
Otras lesiones no tumorales
Telangiectasias (síndrome de Rendu-Osler y otros procesos)
Lago venoso
Dilataciones del plexo venoso sublingual

particular), y *c)* épulis de células gigantes o granuloma reparativo de células gigantes: presenta abundantes células con numerosos núcleos dispuestos irregularmente, aparece como una tumoreación rojiza que se ulcerá y sangra fácilmente a nivel de una pieza dentaria alterada a nivel de la encía; se desconoce el origen exacto, aunque se cree que derivan de los osteoclastos; en algunos textos se añade a su denominación el adjetivo «periférico» para distinguirlo de otro proceso histológicamente idéntico que ocurre en seno de la encía. Se designa como épulis fissuratum de Sutton a la lesión de este tipo localizada en el fondo del surco gingivamaxilar, que presenta una fisura central con dos partes que se besan. Se debe habitualmente al roce de una prótesis mal ajustada.

Lesiones vasculares (tabla V)

Granuloma telangiectásico. Es la proliferación vascular más frecuente en las mucosas. Aparece como una lesión

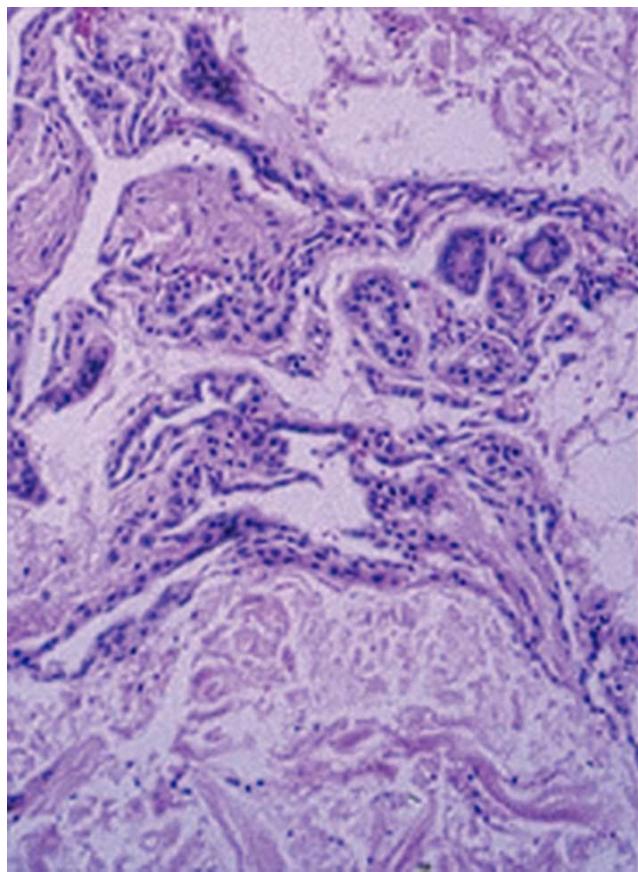
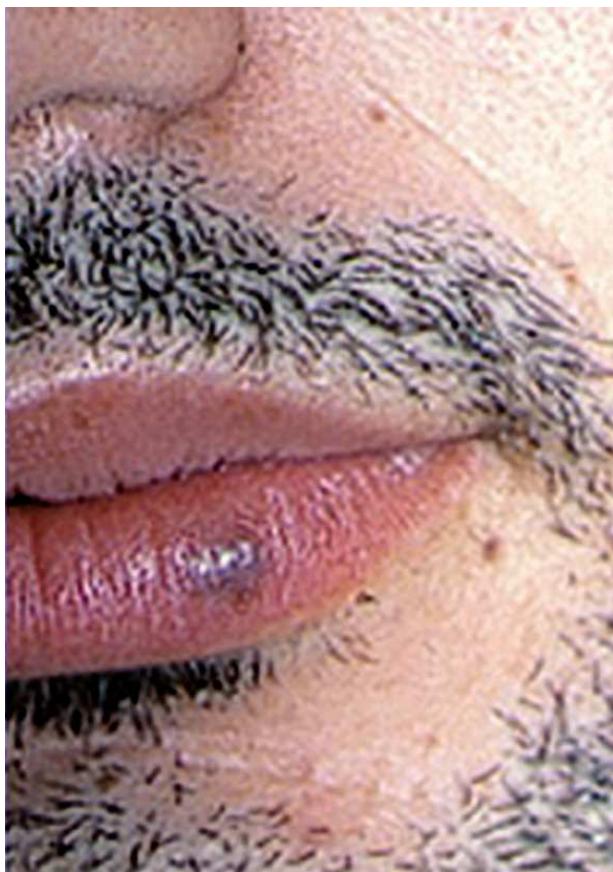


Figura 10. Tumor glómico en el labio, en el que pueden verse las características células glómicas por fuera de las endoteliales de los vasos.

92

blanda, rojiza, fácilmente sangrante y a menudo con cierta pediculación. La localización más frecuente es en la encía (épulis angiomatoso o granulomatoso), seguido de labios, lengua, mucosa yugal o prácticamente cualquier localización. Estas lesiones son algo más frecuentes en la mujer y ya se ha comentado el denominado granuloma gestacional (épulis del embarazo), que se desarrolla al parecer por el estímulo de cálculos adherentes a los dientes durante este periodo.

Tumor glómico o glomangioma. La presencia de tumoraciones de este tipo ocurre en ocasiones en los labios y otras zonas de la mucosa oral, especialmente en su forma múltiple. Se presentan como pequeñas elevaciones rojovioláceas, a menudo sin el dolor espontáneo o a la presión típico de esta lesión cuando asienta en la piel, en las extremidades y a menudo en el lecho ungual. En estos casos es muy importante la detección por fuera de las células endoteliales que tapizan los espacios vasculares de células glómicas, relacionadas con las comunicaciones arteriovenosas (fig. 10), que permite diferenciarlos de las lesiones propias del nevo azul en tetina de goma (*blue rubber bleb naevus*), cuya sospecha obligaría a descartar una posible afección digestiva.

Malformaciones vasculares capilares. En niños afectos de los antiguamente conocidos como hemangiomas capilares, no es infrecuente la afección oral, donde son importantes los problemas por ulceración y sangrado y

las dificultades para la alimentación, que pueden obligar a tomar alguna iniciativa terapéutica. En esta localización es frecuente también la concomitancia de un componente linfático más o menos profundo. La presencia de dilataciones vasculares (telangiectasias) en labios, lengua, velo del paladar, encías, etc., debe hacer pensar en la posibilidad de telangiectasia hereditaria benigna o síndrome de Rendu-Osler, u otros procesos como ataxiatelangiectasia de Louis Bar, angiomas encefalotrigeminal de Sturge-Weber-Krabbe, u otras. No tumorales, pero muy frecuentes son los denominados lagos venosos, que se presentan como una lesión azulada, algo sobreelevada, compresible, del tamaño de una lenteja, especialmente en el labio inferior de personas de mediana o avanzada edad. También motivo de consulta por cancerofobia es la presentación en la cara ventral de la lengua de dilataciones varicosas del plexo sublingual que aparecen como formaciones lineales rojovioláceas amplias. No hay que olvidar la predilección del sarcoma de Kaposi por afectar a la mucosa oral, en particular el paladar duro y las encías. En pacientes pertenecientes a grupos de riesgo, la observación de placas eritematovioláceas en estas localizaciones obliga a la práctica de una biopsia.

Otras formaciones de aspecto tumoral en la cavidad oral de diversos orígenes

En la cavidad oral se presentan con cierta frecuencia tumoraciones provenientes de estructuras y tejidos aje-

TABLA VI. Formaciones de aspecto tumoral en la cavidad oral de diversos orígenes

De las glándulas salivales
Quiste mucoide o mucocele
Adenoma pleomorfo. Mioepitelioma
De origen neural
Neurilemoma o schwannoma
Neurofibroma
Tumor de células granulosas (de Abrikosoff)
De otros orígenes
Leiomoma, rabdomioma
Condromas
Lipomas
Toro mandibular o palatino

nos a la propia mucosa oral, y conviene conocerlas (tabla VI).

Tumoraciones en relación con glándulas salivales. Nos referimos aquí a los de las glándulas salivales menores diseminadas en la mucosa oral, pues los tumores de las glándulas salivales mayores (parótidas, sublinguales y submaxilares) presentan cuadros de otra índole que competen a otras especialidades.

Mucocele o quiste mucoide. Es la formación de origen glandular más frecuente en la mucosa oral, y no se trata de una lesión tumoral, sino quística. Aunque su eleva-

ción y su crecimiento pueden sugerir al paciente un tumor, su aspecto translúcido y el hecho de que en ocasiones disminuye hasta casi desaparecer y luego reaparece generalmente permiten su diagnóstico clínico (fig. 11). Además, la punción de la lesión produce la salida de un contenido mucoso filante característico. Se debe a la acumulación de la secreción de glándulas salivares menores en el seno de la piel, tras la rotura, posiblemente traumática, del conducto de excreción. La localización más frecuente es en la cara interna del labio inferior, pero puede observarse en cualquier otra zona con glándulas de la mucosa oral. En el suelo de la boca se conocen con el nombre de ránula y pueden alcanzar un tamaño importante y crear problemas mecánicos para la masticación y la deglución.

Tumor mixto de glándulas salivales o adenoma pleomorfo. Es una proliferación neoplásica benigna relativamente frecuente en la parótida, pero que con mucho menor frecuencia puede desarrollarse a partir de las glándulas salivales menores. Suele verse a partir de los 40 años, y sin preferencia de sexos. Se trata de un tumor de crecimiento lento, consistencia dura y tamaño < 2 cm, aunque excepcionalmente pueden ser bastante mayores, generalmente en labio superior o paladar. La histopatología, con componente epitelial y glandular con células de aspecto diverso en estroma mucoide y cartilaginosa, es imprescindible para el diagnóstico. Mucho

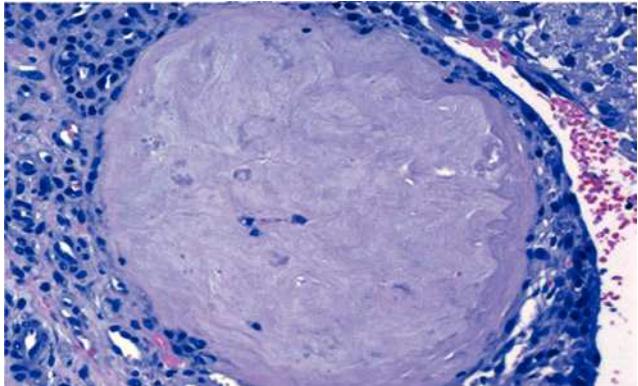
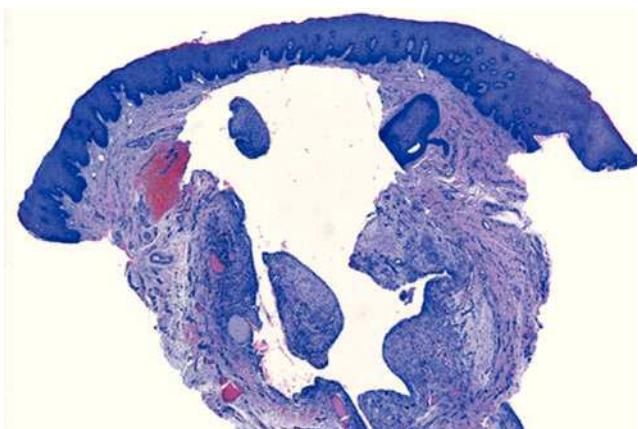


Figura 11. Quiste mucoide muy frecuente en la cara interna de labio inferior, con su característico aspecto translúcido y posibilidad de experimentar cambios en su tamaño, por acumulación de material mucoide filante.

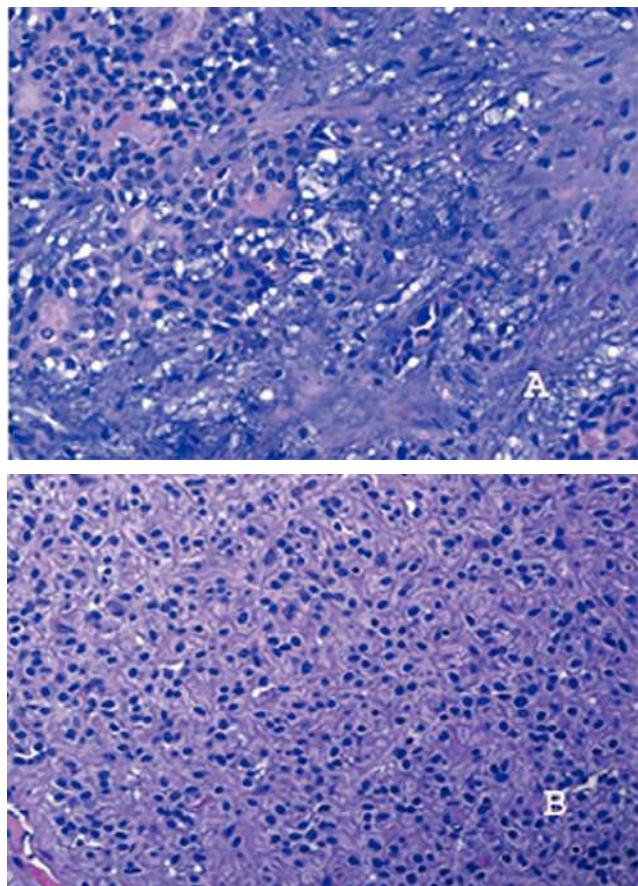


Figura 12. Tumor glandular benigno, clínicamente inespecífico, en el que la histopatología demuestra la variedad de celularidad y estroma en el adenoma pleomorfo (A), y la presencia masiva de células mioepiteliales en el mioepitelioma (B).

94

más raro aún es el mioepiteloma. En esta lesión todas las células son mioepiteliales, pero se la considera una variedad de adenoma pleomorfo (fig. 12).

Tumores provenientes de los nervios. Son relativamente frecuentes y su presencia puede indicar algún proceso sistémico.

Neurilemoma o schwannoma. Es un tumor generalmente solitario, que puede aparecer a cualquier edad y presentarse como una pequeña elevación indolora de crecimiento lento en la lengua, la mucosa yugal, el paladar, etc. La observación histopatológica de una tumoreación encapsulada con los característicos cuerpos de Verocay y las zonas con estroma edematosa dan el diagnóstico.

Neurofibroma. Tumoreación compuesta por células de Schwann, fibras nerviosas y cantidades variables de colágeno maduro, que pueden aparecer como una masa submucosa solitaria, habitualmente en la lengua, o ser múltiples dentro del cuadro de neurofibromatosis.

Neuromas mucosos múltiples. Forman parte del síndrome de Sipple o de las neoplasias endocrinas múltiples tipo 3 (MEN III), junto a alteraciones morfológicas

diversas y, en casi todos los casos a partir de la segunda década, desarrollo de carcinoma medular de tiroides y a menudo también de feocromocitoma (fig. 13).

Tumor de células granulosas o tumor de Abrikossoff. Se trata de una tumoración relativamente frecuente en la cavidad oral, y de origen también probablemente neural. Su presentación clásica es una formación intradérmica, bien circunscrita, elevada, firme y asintomática, con preferencia por el dorso de la lengua, aunque puede verse en otras áreas de la cavidad bucal, epitelio a menudo con hiperplasia seudoepitelomatosa, acumulación de células grandes con citoplasma pálido lleno de gránulos débilmente eosinofílicos, PAS positivas y diastasarresistentes (fig. 14).

Tumoreaciones de otros orígenes

Los leiomiomas y rabdomiomas son tumores musculares raros que pueden localizarse en ocasiones en lengua u otras zonas bucales. También los condromas y los lipomas se pueden observar ocasionalmente en la cavidad bucal.

Toro mandibular o palatino. Es una formación que puede observarse en ocasiones; pese a no ser propiamente tumoral, puede parecerlo. Se trata de protuberan-

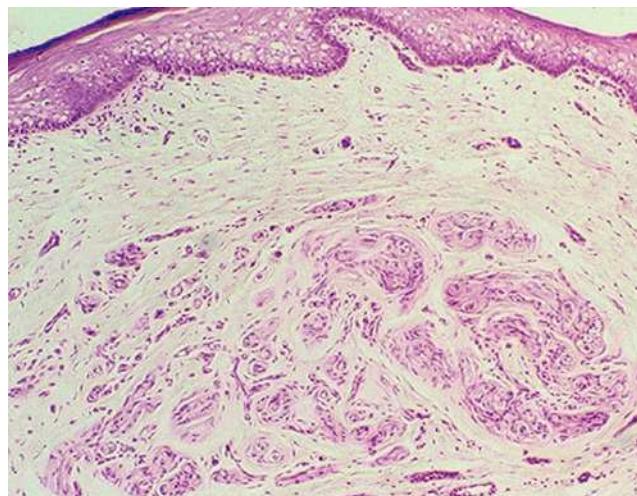
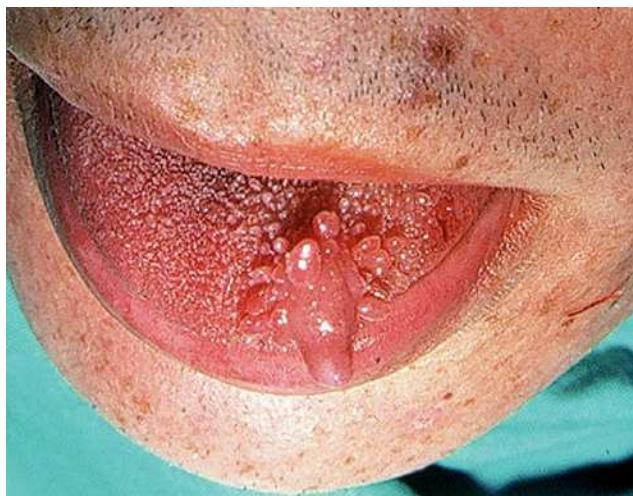


Figura 13. Neuroma en la lengua, cuya presencia debe hacer sospechar un síndrome de Sipple o neoplasias endocrinas múltiples tipo 3 (MEN III).

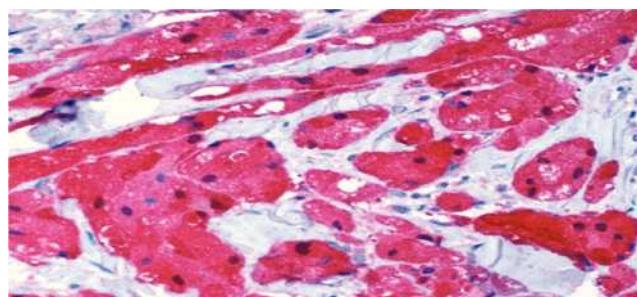
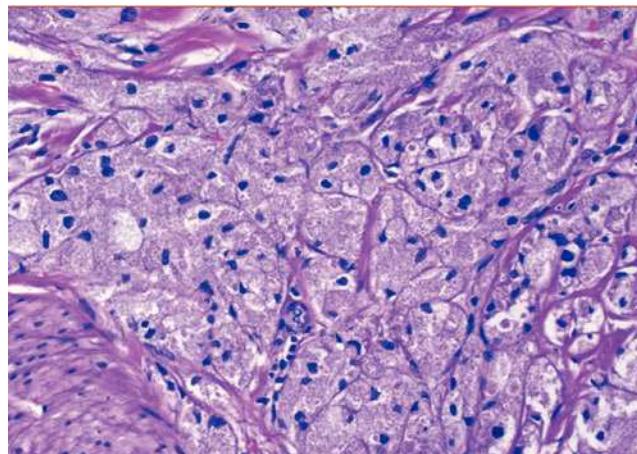


Figura 14. Tumor de células granulosas (Abrikosoff), en su localización más frecuente en la lengua, que muestra las características células grandes con gránulos débilmente eosinófilicos, PAS positivos.

cias óseas que aparecen como resaltes en paladar o cara interna del maxilar inferior, recubiertos por mucosa normal, algo pálida o con erosiones debidas a traumatismos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ship JA, Pelan J, Ross K. Biología y anatomía patológica de la mucosa oral. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz S, et al, editores. Dermatología en medicina general. 6.^a ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005. p. 1207-23.

- Henhe RP, Guerin-Reverchon I, Mide-Langosch K, Koppang HS, Longing T. In situ detection of human papillomavirus types 13 and 32 in focal epithelial hyperplasia of the mucosa. *J Oral Pathol Med*. 1999;18:419-21.
- Archard HO, Erc JW. Focal epithelial hyperplasia: an unusual oral mucosal lesion found in Indian children. *Oral Surg*. 1965;20:201-12.
- Greenspan D, Greenspan JS, Hearst NG, et al. Relation of oral hairy leukoplakia to infection with human immunodeficiency virus and the risk of developing AIDS. *J Infect Dis*. 1987;155:475-81.
- Eisenberg E, Krutchkoff D, Yamase H. Incidental oral hairy leukoplakia in immunocompetent persons. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992;74:332-3.
- Resnick L, Herbst J, Ablashi DV, et al. Regression of oral hairy leukoplakia after orally administered acyclovir therapy. *JAMA*. 1988;259:384-8.
- Richard G, De Laurenzi V, Didona B, Bale SJ, Compton JG. Keratin 13 point mutation underlies the hereditary mucosal epithelial disorder white sponge nevus. *Nat Genet*. 1995;11:453-5.

8. Piqué E, Palacios S, Jordán D. Leucoedema frente a nevo blanco esponjoso. A propósito de un caso. *Actas Dermosifiliogr.* 2000;91:408-11.
9. Laskaris G. Atlas de enfermedades orales. Barcelona: Masson; 2005. p. 385-7.
10. Buchner A, Hansen LS. Pigmented nevi of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 36 new cases and review of 155 cases from the literature. Part I: A clinicopathologic study of 36 new cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987;63:566-72.
11. Sapp JP, Eversole LR, Wysocky GP. Lesiones del tejido conjuntivo. En: Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona: Elsevier; 2005. p. 287-302.
12. Weiss SW, Goldblum JR. Benign tumours and tumour-like lesions of blood vessels. En: Enzinger and Weiss's soft tissue tumours. 4.^a ed. St. Louis: Mosby; 2001. p. 868.
13. Cawson RA, Evenson JW. Salivary gland disease. En: Oral pathology and diagnosis. Color atlas with integrated text. Philadelphia: WB Saunders; 1987. p. 12-18.
14. Carapeto FJ, Navarro M, Domínguez M, Grasa MP, Bosch R, Faci J. Tumor mixto de glándulas salivares menores. Estudio clínico-histológico y ultraestructural. *Actas Dermosifiliogr.* 1984;75:43-50.
15. Walddrom CA. Mixed tumor (pleomorphic adenoma and myoepithelioma). En: Ellis GL, Anclair PL, Gnepp DR, editores. *Surgical pathology of the salivary glands.* Philadelphia: WB Saunders; 1991. p. 103.
16. Shiomori T, Udaka T, Tokui N, Morio T, Ohbuchii T, Suzuki H. Giant myoepithelioma of the upper lip. *Acta Otolaryngol.* 2005;894-8.
17. Weedon D. Neural and neuroendocrine tumors. En: Skin pathology. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997. p. 810-1.
18. Stewart JCB. Benign non-odontogenic tumors. En: Regezzi JA, Scuibba JJ, editores. *Oral pathology. Clinical-pathologic correlations.* Philadelphia: WB Saunders; 1989. p. 369-89.