

1 ej.
946

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE LA CAVIDAD
BUCAL DE ORIGEN EPITELIAL

TESIS PROFESIONAL QUE COMO PARTE DE LOS
REQUISITOS PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

SOLEDAD SANCHEZ GOROSTIETA.

México, D.F.

MAYO 1979.

15334



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE LA CAVIDAD BUCAL
DE ORIGEN EPITELIAL.**

I N D I C E

I.- INTRODUCCION

II.- PROLOGO

III.- TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

- 1.- Papiloma
- 2.- Queratoacantoma
- 3.- Nevo celular pigmentado

IV.- LESIONES PREMALIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL

- 1.- Leucoplasia
 - a) Disqueratosis
 - b) Carcinoma in situ
- 2.- Leucoedema
- 3.- Eritroplasia
- 4.- Fibrosis submucosa bucal

V.- TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

- 1.- Carcinoma basocelular
- 2.- Carcinoma epidermoide
 - a) De labio
 - b) De lengua
 - c) Del piso de la boca
 - d) De la mucosa vestibular
 - e) Gingival
 - f) Del paladar
 - g) Del seno maxilar
 - h) Verrucoso de Ackerman

- 3.- Linfoepitelioma y carcinoma de células de transición.
- 4.- Melanoma maligno
- 5.- Metástasis de ganglios linfáticos
- 6.- Generalidades de cáncer bucal

I N T R O D U C C I O N

El motivo principal de esta tesis es hacer un estudio más o menos pormenorizado a cerca del tema que me ocupa y que tiene gran importancia, no sólo para mí como persona interesada en cumplir un requisito escolar, sino porque lo es desde el punto de vista salud pública, a cualquier nivel social, tomando en cuenta que ningún ser humano está exento de ser -- atacado por esta clase de anomalías:

TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS EN LA CAVIDAD ORAL DEL TEJIDO EPITELIAL.

En los últimos años se han hecho estudios e investigaciones a cerca de esta patología en la cavidad oral y aunque las etiologías en cada caso pueden -- ser distintas, son detectadas desgraciadamente, --- cuando el mal ya ha proliferado y se hace visible o da una sintomatología característica, momento en -- que el paciente asiste a consulta médica.

Son muy pocos los casos en los que se puede detectar uno de ellos en sus inicios, por lo general el pa--- ciente consulta al Odontólogo para la curación de -- algún otro mal que le aqueja y al efectuar el examen clínico y el radiográfico, que nos ayudará al diag-- nóstico, nos damos cuenta de que existe un tumor que seguramente irá creciendo con el transcurso del tiem

po, observamos detenidamente las características -- del mismo y procediendo, si lo juzgamos conveniente, a biopsiar el tumor observado, detectando así a muy buen tiempo el comienzo de un mal que tal vez po---dría tener consecuencias fatales.

Toca al Odontólogo encargarse de hacer un estudio -- pormenorizado de cada uno de sus pacientes, auxiliándose de todos los medios que puedan estar a su al---cance como son: los semiológicos, rayos x, historia clínica, biopsias, etc., considerando que cada uno - de ellos es un caso importante, y de esta manera poder estar en condiciones para detectar cualquier patología.

PROLOGO

ANATOMIA E HISTOLOGIA

A continuación, procederé en una forma breve a describir la situación exacta de la boca, considerando a ésta como parte principal en el estudio que me -- ocupa:

LA BOCA: Es una cavidad situada en la cara, por debajo de las fosas nasales y por encima de la región suprahioides, se divide en 2 porciones por medio de los arcos dentarios, la parte ántero-lateral se llama vestíbulo de la boca y la otra es la boca propiamente dicha.

El vestíbulo de la boca tiene forma de herradura y -- está limitado por los labios y las mejillas en su -- pared ántero-lateral, y por los arcos dentarios en -- su pared pósteros interna, ambas mitades se unen en -- el surco o canal vestibular superior e inferior, es -- tos canales presentan en la línea media un repliegue mucoso llamado frenillo del labio.

Contiene 6 paredes a saber:

- 1.- Anterior formada por los labios
- 2.- Posterior formada por el velo del paladar y el -- istmo de las fauces
- 3.- Superior por la bóveda palatina
- 4.- Inferior por la lengua y piso de la boca

5.- Dos paredes laterales constituidas por las mejillas

Podemos decir que en la boca encontramos como elementos principales: las encías y los dientes, y -- como órganos anexos: las glándulas salivales y las amígdalas.

El vestíbulo de la boca se halla separado de la -- cavidad bucal por los arcos dentarios que se superponen cuando la boca está cerrada y se separan --- cuando ésta se abre.

La encía es una fibromucosa que cubre los arcos alveolares por sus caras vestibular y lingual, al -- nivel del borde libre de los arcos dentarios, termina en festones cuya concavidad abarca la cara -- vestibular y lingual del cuello del diente, y cuyos extremos contiguos se unen entre sí. Estas extremidades se insinúan en los intersticios dentarios donde la encía se prolonga a manera de punta llenando así dicho intersticio, formándose la papila dentaria.

DIENTES: Los dientes son cuerpos duros, de coloración normalmente blanca, que se implantan en los alveolos de los maxilares.

El número de dientes es de 20 para la dentición -- temporal y de 32 para la permanente.

Por su forma los dientes se dividen en: incisivos caninos, premolares y molares.

Primera dentición:

Maxilar superior: 4 incisivos 2 caninos 4 molares

Maxilar inferior: 4 incisivos 2 caninos 4 molares

Segunda dentición o permanente:

Maxilar superior: 4 incisivos 2 caninos 4 Premol.
6 molares

Maxilar inferior: 4 incisivos 2 caninos 4 Premol.
6 molares

Todos los dientes están formados por una porción libre blanca llamada corona y una porción cónica amarillenta que se encuentra dentro del alveolo -- llamada raíz, estas dos partes se encuentran unidas por el cuello, el cual está al nivel de la encía.

Cada uno de los dientes posee una anatomía diferente y característica.

El diente se encuentra constituido por los siguientes tejidos o capas:

La corona: está formada de afuera hacia adentro -- por "el esmalte", es el más resistente de los tejidos, se encuentra en contacto con la cavidad bucal e histológicamente lo constituyen prismas hexagona-

les unidos por una substancia interprismática y por su base libre lo forma la cutícula de nasmyth.

La dentina: es el tejido más abundante del diente y está en contacto con el esmalte y la pulpa, se encuentra constituida por túbulos dentinarios unidos por dentina intermedia, éstos contienen en su interior fibrillas de Thomes que proceden de los odontoblastos, estas fibrillas están rodeadas por la capa granulosa de Kolliker.

También encontramos los espacios interglobulares de Csermack.

La pulpa: Es la parte vital del diente y la encontramos al centro de éste, es de color rojo debido a que está vascularizada, posee fibras elásticas llamadas odontoblastos, a estas células corresponde la formación de dentina.

Vasos y nervios de los dientes:

Reciben sangre arterial de la Arteria Dentaria Inferior en las piezas inferiores y de la suborbitaria para los superiores.

La circulación venosa se inicia al nivel de la pulpa La circulación linfática comienza también en la pulpa de donde salen conductos que pasan por el ápice, siguen para las piezas superiores, algunos salen por el orificio suborbitario y otros por orificios secundarios para desembocar en los ganglios cervicales -

y submaxilares.

La inervación de las piezas superiores se realiza por los ramos del maxilar superior. Los inferiores son inervados por los ramos del dentario inferior, rama del maxilar inferior.

GLANDULAS SALIVALES

Las más importantes son:

- a) La parótida
- b) La submaxilar
- c) La sublingual

Parótidas: son dos glándulas que están incluidas en el espacio que deja la apófisis mastoides y la rama ascendente del maxilar, están encerradas por una cápsula de tejido conectivo fibroso, es una glándula tuboalveolar compuesta, de tipo seroso que posee un conducto excretor llamado de Stenon que desemboca a la altura del segundo molar superior.

Submaxilares: Están situadas contra la cara interna del cuerpo del maxilar inferior, son glándulas alveolares compuestas, la mayor parte de sus unidades secretorias son de tipo seroso, posee una cápsula bien definida y cuyo conducto excretor se llama de Warton.

Sublinguales: No están netamente encapsuladas, es--

tán situadas cerca de la línea media, por debajo de la mucosa del piso de la boca, la mayor parte de -- sus alveolos son de tipo mucoso, poseen tabiques de tejido conectivo y 4 ó 5 conductillos llamados de Rivinus o de Bartholin.

Aparte de estas que son las principales existen --- otras llamadas accesorias que reciben el nombre según la posición en la que se encuentren: ejemplo -- labiales, malares, del velo del paladar, etc.

AMIGDALAS:

Son tres: palatina, lingual y faríngea.

- Son masas linfoides situadas en el istmo de las fauces:

La palatina: es la más grande, está colocada entre los dos pilares del velo del paladar y unida por -- arriba con la amígdala faríngea por medio de franjas adenoideas. Por abajo se une también a folículos cerrados que llegan hasta la base de la lengua y forman en conjunto un anillo de tejido adenoideo que recibe el nombre de anillo linfático de Waldeyer. Tienen estrecha relación con epitelio plano -- estratificado, poseen centros germinativos y los espacios existentes entre ellos se hallan ocupados -- por tejido linfático difuso.

La amígdala faríngea, que también se le conocía como adenoide, está formada por nódulos linfáticos -- separados por tejido linfático laxo debajo del epi-

telio cilíndrico pseudoestratificado que recubre la nasofaringe.

El tejido amigdalario que se halla al comienzo del tubo digestivo, está destinado a actuar como defensa contra agentes infecciosos para los cuales se producen anticuerpos.

La lingual se halla en el techo de la lengua está compuesta por nódulos linfáticos en estrecha relación con epitelio plano estratificado, muchos de estos nódulos poseen centros germinativos, los espacios que existen entre estos centros son ocupados por tejido linfático difuso.

LABIOS:

Están constituidos por fibras musculares estriadas y tejido conectivo fibroelástico, la parte externa está cubierta por piel conteniendo folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas y están sumamente vascularizados, lo cual les da el característico color rojo.

MEJILLAS:

La membrana que reviste las mejillas tiene una capa de epitelio plano estratificado no queratinizado.

LENGUA:

Está compuesta principalmente de músculo estriado - con fibras agrupadas en haces entrelazados y dispuestos en 3 planos.

PAPILAS DE LA LENGUA:

Filiformes: son estructuras altas, estrechas de forma cónica constituidas por lámina propia y epitelio, son muy numerosas y forman hileras paralelas que atraviesan la lengua.

Fungiformes: Contienen un núcleo central de lámina propia de ella se proyectan papilas secundarias que penetran en el epitelio de revestimiento.

Caliciformes: Existen 7 a 12 distribuidas a lo largo de la línea en forma de V, cada una contiene una papila primaria central de lámina propia.

Hemisféricas: análogas a las de la piel, cubren a las papilas caliciformes y a toda la mucosa del dorso de la lengua.

MEMBRANA PARODONTICA:

Este tejido está formado por haces gruesos de fibra colágena, las porciones de las fibras que se inclu-

yen en tejido duro reciben el nombre de fibras de "Sharpey", los nervios de la membrana inervan los dientes.

PALADAR DURO:

Es el techo de la boca y está constituido por epitelio de tipo plano estratificado queratinizado, en la línea media hay un reborde óseo al cual el epitelio se fija por lámina propia que recibe el nombre de rafé, del cual nacen haces de tejido conectivo que se irradian hacia afuera.

PALADAR BLANDO:

Es la continuación hacia atrás del paladar duro, -- contiene fibras musculares, está compuesto de tejido conectivo dispuesto como aponeurosis, presenta las siguientes capas:

- 1.- Epitelio plano estratificado
- 2.- Lámina propia que contiene unas cuantas glándulas
- 3.- Capa muscular
- 4.- Lámina propia gruesa
- 5.- Epitelio plano estratificado no queratinizado.

LA SALIVA:

La secreción de todas las glándulas salivales recibe el nombre de saliva, es líquida y contiene restos celulares, bacterias y leucocitos, entre los tres pares de glándulas principales secretan dos tipos de saliva, uno de estos tipos es acuoso y el otro contiene moco, su composición puede ser variable según estímulo con el que se inicia la secreción, contiene: sales, gases y material orgánico entre éstos se hallan 2 enzimas: la ptialina también llamada amilasa salival, que hidroliza el almidón y lo convierte en maltosa y la maltasa salival que desintegra la maltosa en glucosa, y la mucina.

La saliva tiene varias funciones entre las cuales se citan las siguientes:

- 1.- Lubrica y humedece la mucosa bucal y labios facilitando de esta manera la articulación.
- 2.- Limpieza de algunas de las caras de los dientes de restos alimenticios y de restos celulares ayudando con esto a protegerlos de la caries.
- 3.- Humedece el alimento y lo transforma en una masa semisólida para facilitar su deglución.

En condiciones normales la saliva es ligeramente ácida y su P.H. está entre 6.5 y 6.8

1.- TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

PAPILOMA

Es una neoplasia generalmente benigna que tiene su origen en el epitelio, cuando se presenta en la -- laringe o en la vejiga urinaria se considera como lesión premaligna según Tiecke. (1)

Características clínicas: es un tumor que se caracteriza por poseer prolongaciones digitaliformes; -- produce una lesión rugosa, por lo general el tumor es pediculado pero puede ser también de tipo sesil, puede presentar color blanco o grisáceo, su forma -- se asemeja a la de la coliflor, no es de gran tamaño. Pindborg, Shafer y Tiecke opinan que se localiza generalmente en: labios, mucosa bucal, lengua -- pero preferentemente en paladar, su crecimiento es muy lento.

Histología: el papiloma se halla cubierto por un -- epitelio escamoso estratificado, sostenido por bandas de tejido conjuntivo fibroso vascularizado, en algunos casos puede presentar hiperqueratosis, y -- según Shafer, tiene como característica principal -- una proliferación de las células espinosas en es--- tructura papilar.

Tratamiento: El tratamiento debe ser la extirpación

completa, tomando tejido sano, es decir tratando de abarcar un poco de tejido en donde se encontraba -- asentado el papiloma.

Pronóstico: La recidiva del papiloma es muy rara, - pero de cualquier manera se debe remitir muestra al histopatólogo.

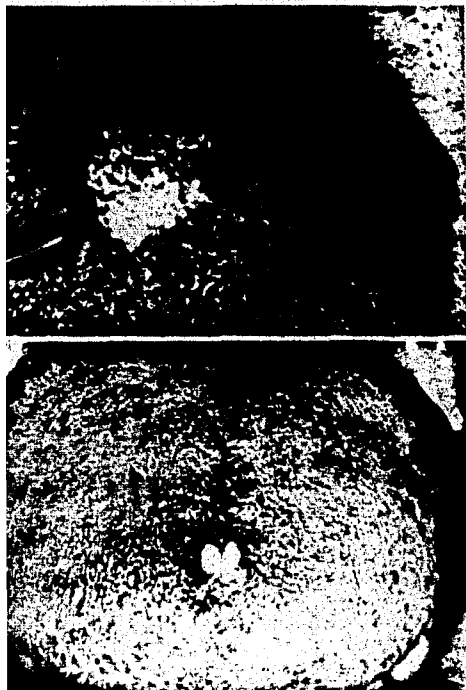


Figura 2-1. Papiloma.

Los papilomas linguales grande (A) y pequeño (B) ilustran la variación del aspecto clínico de la lesión. La microfotografía revela muchas prolongaciones dactiliformes (1) que contienen un núcleo central de tejido conectivo (2), que componen la lesión.

QUERATOACANTOMA

Esta lesión es muy semejante a una lesión cancerosa y fácilmente se le puede confundir, sin embargo es tumor epitelial benigno.

Características clínicas: Según Shafer (2) es más frecuente en varones que en mujeres, y las zonas más afectadas son las mejillas, nariz y dorso de las manos. Las lesiones en el interior de la boca casi no existen.

Son lesiones en forma de ombligo, empieza muy pequeña hasta adquirir un diámetro de 1.0 a 1.5, con un núcleo de queratina, adquiere su máximo tamaño más o menos de 6 a 8 semanas y una vez que expulsa el núcleo empieza a sanar, pero a veces puede durar mucho más tiempo.

Características histológicas: La superficie de esta lesión está formada por epitelio escamoso estratificado, y la cubre una capa de paraqueratina, -- sus células epiteliales no son atípicas.

El tejido conectivo de la lesión, presenta infiltrado inflamatorio crónico, los rasgos más característicos de esta lesión se encuentran en el margen, debiendo tener cuidado de enviar al histopatólogo la lesión completa ya que como se dijo anteriormente es muy similar a una lesión cancerosa:

Tratamiento: Esta lesión se trata por excisión, --
su recidiva no es muy común.

NEVO CELULAR PIGMENTADO

Este término se aplica a cualquier formación de la piel con pigmentación melánica, se les llama así porque están formados por células névicas. Son de origen congénito de color tumoral, existe la siguiente clasificación según Shafer:

- a) **Intradérmico:** se llama así porque aparece en la piel de las personas, puede ser plano o abultado y puede tener pelos, es frecuente encontrarlo con pigmentación parda y se esparce por todo el cuerpo, aunque es poco frecuente que se presente en plantas de los pies y en las palmas de las manos, es de origen hereditario.
- b) **Limítrofe:** Tiene características iguales que el intradérmico, y sólo existe diferencia histológica.
- c) **Compuesto:** Consta de dos elementos es decir que puede existir un intradérmico y superpuesto un limítrofe.
- d) **Melanoma infantil:** Es un nevo que tiene la propiedad de aparecer en niños pero algunas veces aparece en adultos, este nevo tiene la caracte

rística de que histológicamente es maligno pero - clínicamente es benigno, aunque cuando se presenta en niños puede convertirse en maligno antes de la pubertad.

- e) Nevo azul: se puede presentar como una lesión claramente limitada en forma redonda u oval, - es de color azuloso o negro azuloso, se presenta en el tronco y extremidades y generalmente existe desde el nacimiento, está compuesto de melanoblastos, es una lesión lisa y raras veces puede presentar manifestaciones malignas.

Todos los nevos suelen aparecer en la boca de preferencia en la encía, labios y paladar a excepción del infantil.

Histología: Nevo intradérmico.- Está compuesto por cordones de células névicas y están rodeadas en su parte superior por tejido conjuntivo colágeno de tal manera que no se hallan en contacto con el epitelio superficial.

Nevo limítrofe.- Las células névicas hacen contacto con el epitelio superficial éste suele ser delgado, estos nevos se pueden transformar en malignos.

Nevo compuesto.- Tiene características del limítrofe y del intradérmico.

Melanoma infantil: Tiene 3 clases de células; fusiformes, ovals y gigantes, son pleomórficas, -- mononucleares o multinucleares, suele haber acti-

vidad limítrofe.

Nevo azul: Los melanoblastos son de origen meso dérmico, se agrupan de forma irregular, contienen prolongaciones citoplásmicas largas y un núcleo oval, sus haces son paralelos a la epidermis.

Tratamiento: Es de suponerse que no se van a extirpar todos los nevos que existan en el cuerpo, pero si se debe proceder a hacer la excisión de todos aquellos que están en contacto o en constante roce con la ropa, como puede ser en la cintura, el cuello, los que aparezcan en la cavidad bucal, éstos serán los primeros en intervenirse debido a que están expuestos al roce constante de los alimentos, cepillado, etc., se deberán extirpar los que empiecen a crecer o a ulcerarse.

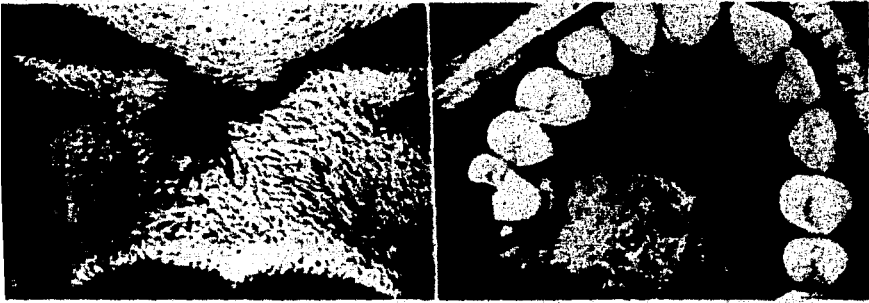


Figura 2-4. Nevo celular pigmentado.
Observamos ejemplos típicos de nevo cutáneo (A) y del paladar (B).

LESIONES PREMALIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL

LEUCOPLASIA

Es una lesión premaligna que aparece en forma de placa blanca, presentándose con mayor frecuencia en la mucosa bucal, encía, piso de la boca, lengua y paladar duro.

Etiología: las causas más frecuentes suelen ser: el tabaco, el alcohol, falta de limpieza bucal, irritación local, sífilis, deficiencia vitamínica, trastornos endócrinos, radiación actínica, alimentos calientes, traumatismos, etc.

El tabaco: los componentes químicos del tabaco y sus productos terminales de combustión, tales como alquitranes y resinas, son sustancias irritantes capaces de producir alteraciones leucoplásicas, no sólo en la combustión sino también en la mascada del mismo. En los fumadores de pipa se puede observar una lesión llamada estomatitis nicotínica, que se empieza a manifestar por un enrojecimiento e inflamación seguido de un aspecto nodular o papular engrosado que puede ser blanco o grisáceo con un punto rojo en el centro de cada nódulo con un orificio que se dilata de una glándula accesoria alrededor del cual existe bastante infiltrado ce-

lular inflamatorio.

Alcohol: es irritante de las mucosas, y por lo tanto también se considera causa probable en la etiología de la leucoplasia y del cáncer bucal.

Irritación crónica: Pueden existir muchas causas de irritación asociadas a la etiología de la leucoplasia, y como tales debemos considerar a la maloclusión que como consecuencia produce el mordisqueo en los carrillos, las prótesis mal adaptadas, dientes filosos o fracturados que con el roce constante producen irritación.

Sífilis: Se puede suponer que la frecuencia de la leucoplasia es mayor en pacientes sífilíticos sin que se pueda afirmar que en todos los casos de sífilis se presente leucoplasia.

Deficiencia vitamínica: La deficiencia de vitamina A produce metaplasia y queratinización de algunas estructuras epiteliales y en especial de glándulas y mucosa respiratoria, asociando a ésto la aparición de leucoplasia. También se supone que la deficiencia de complejo B es otro factor que contribuye al desarrollo leucoplásico.

Características clínicas: Ya se indicó en párrafos anteriores los sitios de predilección de esta lesión, así mismo que se presenta como una placa --

blanca o grisácea y pueden presentarse ulceracio--
nes, estas placas pueden presentarse muy pequeñas
o abarcando gran parte de tejido, casi siempre es
indolora, según Tieceke (1).

Shafer y Tieceke coinciden en que esta lesión es --
común de la 5a. década de la vida en adelante y --
opinan que es más frecuente en hombres que en muje
res.

Características histológicas: las enfermedades leu
coplásticas pueden ser distintas histológicamente,
dependiendo desde ese punto de vista su grado de -
malignidad, debido a que son precancerosas.

DISQUERATOSIS

Es una lesión leucoplásica premaligna, se caracteriza porque las células epiteliales maduran en --- forma anormal, existiendo queratinización también anormal de la célula individual, distribuyéndose - en forma desordenada, núcleos gigantes, citoplasma eosinófilo, núcleos hipercromáticos con mitosis, - hiperplasia basilar, es una enfermedad progresiva, es decir tiene distintas etapas pero nunca se podrá diagnosticar cuando es reciente o avanzada y tampoco se sabrá si evolucionará en forma maligna al carcinoma in situ.

Características clínicas: Pindborg señala dos tipos de disqueratosis: (4)

Congénita: existe atrofia reticular de la piel con pigmentación, hiperhidrosis, anemia aplásica, distrofia de las uñas y leucoplasia oral. La pigmentación aparece en cara, cuello y tórax. En la boca aparecen vesículas y ampollas de los 5 a los 7 --- años de edad, tienden a romperse y se ulceran, la mucosa se atrofia y la lengua pierde sus papilas a causa de la recidivación. Posteriormente aparece - leucoplasia.

Folicular: (enfermedad de Darier) existen lesiones cutáneas en forma de placas duras asperas, son de color rojizo, su tamaño no es muy grande, pueden -

existir lesiones que se queratinizan bastante y en tonces presentan ulceraciones, transformándose en verrugas y costras que despiden un olor fétido, -- ataca a hombres y mujeres en la misma proporción. Es una enfermedad que ataca la piel pero también -- la mucosa oral, en ésta se presenta en forma de -- pápulas aplanadas que presentan la tendencia de -- formar zonas queratinizadas, es una enfermedad hereditaria.

CARCINOMA IN SITU

Las características neoplásicas de esta enfermedad atacan sólomente el epitelio escamoso sin invadir otra clase de tejido, de ahí su nombre, es decir - es una lesión intraepitelial sin características - invasivas. Zegarelli (5), dice que no es un carcinoma puesto que no tiene características invasivas, sino más bien una disqueratosis avanzada, puesto - que se presenta en forma de placas queratósicas -- blancogrisáceas o pueden presentarse de color rojizo brillante. El lugar de elección puede ser cualquier lugar de la boca, pero con mayor frecuencia en el piso, en la lengua, tejidos del paladar --- blando o de las amígdalas.

Histológicamente se observa hiperqueratosis, acantosis y disqueratosis, se encuentra abultamiento - del epitelio.

El tratamiento casi siempre es de extirpación total de la lesión, se recomienda también suprimir irritantes, tales como alcohol, tabaco, etc., las lesiones extendidas suelen ser tratadas con denudación, cuando la parte afectada es el labio se utiliza con mucha frecuencia, los rayos X no están -- indicados.

LEUCOEDEMA

Es una enfermedad crónica muy frecuente que tal vez no se le pueda considerar como patológica, su aspecto es opaco grisáceo con arrugas gruesas, que afectan gran parte de la mucosa vestibular de la boca, y se extiende a la superficie vestibular de los labios, Zegarelli (6) considera que se trata de una anomalía hereditaria, sin embargo Pindborg (7) dice que estos casos suelen estar asociados al hábito del tabaco.

El paciente se queja de mudación de los tejidos, sin existir otros síntomas importantes.

Características histológicas: Existe aumento en el espesor del epitelio con edema intracelular en la capa espinosa, una capa parqueratósica y gruesos brotes epiteliales alargados irregularmente.

El citoplasma se pierde y los núcleos están ausentes claros y picnóticos (8).

Casi no se le considera como una enfermedad y no hay asociación con alteraciones premalignas, por lo tanto no se necesita ningún tratamiento.

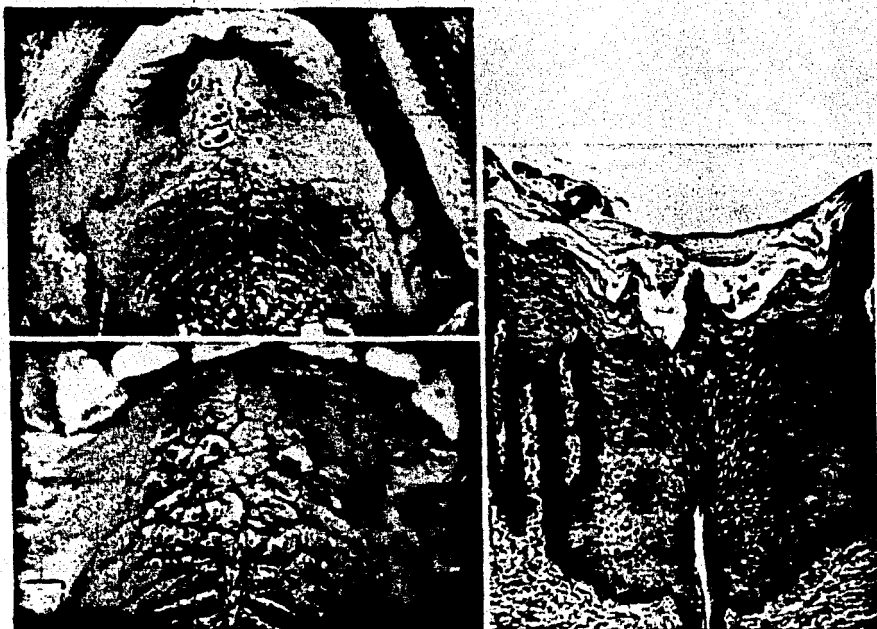


Figura 2-6. Estomatitis microfónica.

Las zonas nodulares engrosadas dejan ver minúsculos orificios glandulares (A y B). En la microfotografía se ve el engrosamiento del epitelio adyacente a los orificios (C).

ERITROPLASIA

Es una lesión que puede evolucionar de una simple displasia al carcinoma in situ o al invasor, raramente aparece pero cuando existe casi siempre se encuentra en el velo del paladar, aunque es más frecuente en el pene.

Características clínicas:

Shafer describe 3 tipos de lesiones (9):

- a) Forma homogénea.- Placa definida con superficie aterciopelada de color rojo brillante.
- b) Mezclada: Está entremezclada con placas leucoplásticas, también de color rojo no tan brillante como la homogénea.
- c) Moteada: lesiones blandas también rojas con placas muy pequeñas blancas, su contorno no está limitado, puede aparecer en cualquier lugar de la boca.

Aparentemente no hay predilección por sexo o edad.

Características histológicas: Existe atrofia epitelial con atipia o carcinoma que puede abarcar desde una lesión leve a una grave.

Existen prolongaciones de tejido conectivo, extendiéndose a gran profundidad entre el epitelio, y éste es muy delgado, los vasos capilares de estas

prolongaciones se encuentran muy dilatados, no existe ortoqueratina o paraqueratina, todo esto hace - que la lesión adquiera el tono rojo.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica de la lesión.

FIBROSIS SUBMUCOSA BUCAL

Es una enfermedad muy singular que tal vez pueda asociarse a la ingesta de alimentos con demasiado condimento o de picantes, Pindborg y Shafer (10) coinciden en que este proceso patológico se presenta principalmente entre los hindúes pero también ha sido observada en otros países inclusive en Estados Unidos.

Pindborg define la enfermedad "como una enfermedad insidiosa crónica que afecta cualquier parte de la cavidad bucal y a veces la faringe. A veces se acompaña de la formación de vesículas, se presenta asociada a una reacción inflamatoria yuxtaepitelial seguida de una alteración fibroelástica de la lámina propia, con atrofia epitelial que produce rigidez de la mucosa que causa trismus y dificultad para deglutir..."

Características clínicas: El síntoma inicial puede ser la sensación de ardor como si se tuviera luz dentro de la boca, seguido de ulceraciones, vesículas o inflamación en el paladar, esto puede ir acompañado de resequeidad o sialorrea hasta presentarse la rigidez de la mucosa que lógicamente producirá inmovilidad, pérdida del gusto, dificultad al tragar, y cambio de la coloración, tornándose tanto la mucosa como el paladar en un tono blanquecino. Esta enfermedad es considerada precancerosa.

rosa debido a que puede existir atipia epitelial, existe atrofia del epitelio.

Los vasos sanguíneos se estenosan y los fibroblastos se reducen, el tejido conectivo se torna hialino.

Tratamiento: Aplicación de hidrocortisona y la administración de corticosteroides alejan esta enfermedad por temporadas

TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

CARCINOMA BASOCELULAR: Es una enfermedad que según estudios, se cree que es ocasionada por los rayos ultravioleta que son producidos por el sol, se supone que ataca con más facilidad a personas blancas y aunque no es un cáncer que tenga metástasis, si no es cuidado y atendido con oportunidad puede atacar órganos viscerales.

Es muy raro que aparezca en la cavidad oral, por lo general aparece en la cara o en el cuero cabelludo, es decir en las superficies expuestas al sol.

Características clínicas: Se observa como una pápula pequeña con elevación, tiene un color pardo rojizo que se ulcera mostrando una costra que se cae y vuelve a recibir hasta formar un borde liso que va creciendo si no es tratado.

Es más frecuente en el tercio medio de la cara, aunque se origina en la mucosa oral puede aparecer ahí por infiltración, no presenta dolor.

Características histológicas: Existen células basales uniformes que invaden la mucosa subyacente, se tiñen, existe mitosis, hay aparición de nidos o islas de células con membranas celulares imprecisas

Tratamiento: Puede ser la excisión quirúrgica o la radiación, aunque la recidiva es frecuente en ambos tratamientos, el pronóstico por lo general es bueno.

Tumores benignos y malignos de la cavidad bucal



Figura 2-17. Carcinomas basocelular.

El tumor del labio superior (A) es una pequeña lesión costrosa con borde indurado circundante evidente. La lesión de la nariz (B) es una úlcera superficial, mientras que el carcinoma basocelular del labio inferior (C) es también una úlcera con costra.

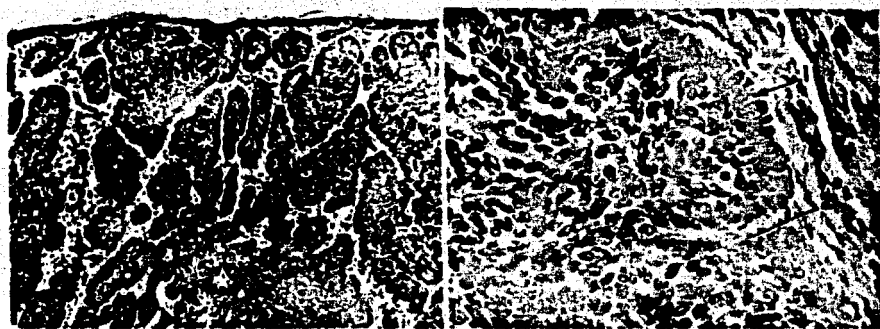


Figura 2-19. Carcinoma basocelular.

La fotomicrografía de poco aumento (A) fue tomada de la periferia indurada de una lesión, afuera de la ulceración, y muestra las hojas y nidos de células parecidos a los de la capa basal. Con mayor aumento (B) esta similitud es más clara; además, la polarización periférica de las células (1) y las mitosis (2) son evidentes.

CARCINOMA EPIDERMOIDE

Opina Shafer (11) que es una de las neoplasias malignas que con más frecuencia se encuentran en la boca, mencionando como causas etiológicas las más frecuentes:

Tabaco, alcohol, sífilis, deficiencias nutricionales, luz solar, otros factores como sépsis, irritación, etc.

Mediante estudios de investigación que fueron hechos por personas dedicadas a establecer las diferentes causas de esta patología, se concluye mediante estadísticas numéricas que efectivamente el cáncer bucal existe con más frecuencia en pacientes asiduos o carentes de las causas arriba mencionadas

Características histológicas:

Hay manifestaciones de queratina, del epitelio escamoso derivan capas y nidos de células grandes -- con membrana celular definida, formación de perlas epiteliales o de queratina.

Los carcinomas que no están bien diferenciados --- pierden semejanza con el epitelio escamoso, presentando dificultades en el diagnóstico debido a que las células malignas de división rápida no tienen características específicas.

En general los carcinomas epidermoides pueden aparecer en distintas regiones de la cavidad bucal, -

presentando cada uno de llos características que -
pueden ser clínicas, histológicas, etc.

CARCINOMA DE LABIO

La mayoría de los autores opinan que este cáncer es más frecuente que aparezca en el labio inferior y - se presenta casi siempre en hombres de edad avanzada, aunque puede aparecer también en personas jóvenes pero esto es muy raro.

Etiología: Ya se ha mencionado en párrafos anteriores la etiología de estos carcinomas pero en especial de éste se supone que uno de los factores predisponentes es la pipa, es decir el tabaco consumido de esta forma, también puede ser la exposición constante al sol, sobre todo en las personas blancas, la mala higiene casi siempre va asociada a este tipo de cáncer.

Características Clínicas: Inicialmente aparece como una pequeña placa blanca un poco elevada que variará de acuerdo con la edad del paciente, adquiriendo la apariencia de una úlcera con bordes duros y elevados, estas lesiones pueden ser confundidas con verrugas o llagas lo cual nos induce a diagnosticar - erróneamente iniciando un tratamiento equivocado y dejando así avanzar el cáncer, que en sus inicios - puede ser extirpado sin que haya alcanzado a involucrar otros tejidos. Por lo general este carcinoma - en los primeros meses no presente ningún síntoma, - pero en las últimas etapas debido a la invasión en

el tejido muscular y nervioso produce dolores sumamente intensos, existe hemorragia y necrosis, presentando también invasión de los ganglios linfáticos regionales.

Este cáncer tarda un poco en presentar metástasis -- pero cuando se presenta ataca los ganglios submentonianos y submaxilares.

Características histológicas: Existen variaciones -- en el tipo de células, como son las que están bien diferenciadas y son parecidas al tipo de células -- existentes u originarias, y las que no son diferenciadas o son pobremente diferenciadas y son difíciles de reconocer. Existe hiperchromatismo, figuras -- mitóticas en abundancia e invasión epitelial del tejido conjuntivo fibroso de la submucosa subyacente. Se pueden clasificar por su grado de malignidad --- respecto al tipo de células en: bien diferenciadas, medianamente diferenciadas y pobremente diferenciadas. Deduciendo que el tumor que contiene mayor número de células bien diferenciadas será el menos -- maligno.

Tratamiento: El tratamiento irá acompañado al tipo de tumor dependiendo del tiempo que éste tenga y de la iniciación que haya alcanzado, pudiendo ser la -- simple excisión quirúrgica de la pequeña parte del

tejido afectado o de la radical incluyendo órganos más importantes, emplándose al mismo tiempo, en -- algunos casos radiaciones.

CARCINOMA DE LA LENGUA

Opina Zegarelli (12) que este cáncer causa más --- muertes que cualquier otra lesión de este tipo localizada en cabeza o cuello, ésto se debe a que es un órgano completamente móvil y además muy irrigado lo cual provoca metastatización y asevera que se localiza con mayor frecuencia en el borde lateral.

Pindborg y Shafer (13) coinciden en que ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres de los 50 a los 60 años de edad, aunque Shafer no descarta la posibilidad de que se pueda presentar en personas jóvenes.

Etiología: No existen causas precisas que determinen el desarrollo de este cáncer, pero en estudios realizados se le observa acompañado de otras enfermedades como sífilis o leucoplasia, pero ésto no quiere decir que siempre se le observe de esta --- forma, también puede aparecer sin ninguna otra alteración, puede atribuírsele como causa la irritación constante debido a caríes, fracturas, prótesis desajustadas, falta de limpieza, etc.

Características clínicas: En sus primeras fases se presenta como una úlcera que no causa dolor pero puede haber infección presentándose finalmente do-

lor, conforme avanza se convierte en una masa fungosa exofítica que puede infiltrarse en capas profundas de la misma lengua.

Shafer afirma (14) que las lesiones cercanas a la base de la lengua pueden ser particularmente indiosas debido a que no presentan síntomas hasta -- que el caso es muy avanzado y dice también que las lesiones de la parte posterior suelen ser las más malignas, produciendo metástasis, su pronóstico es malo.

Tratamiento y pronóstico: En este caso no se pueden combinar cirugía y rayos x, sin embargo muchos radioterapeutas prefieren el uso de agujas de radio o perlas de radón suprimiendo los rayos x, lo cual -- les permite salvar el tejido adyacente. En el párrafo anterior se indicó que el pronóstico es malo.

CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA

Estas lesiones se presentan casi siempre en el segmento anterior bilateral a la línea media, se presenta más en hombres de edad avanzada de la 5a a la 6a. década, ocupa el 15 % de los cánceres bucales.

Etiología: las causas de este tipo de lesión pueden ser las mismas de los cánceres anteriores.

Características clínicas: se produce leucoplasia, aparece en forma de úlcera indurada que puede ocasionar dolor, a veces invade en forma directa las glándulas salivales, linguales y submaxilares, la base de la lengua, las encías contiguas debido a la cercanía de estas partes con el piso de la boca. Existe metástasis que se hace común cuando -- hay invasión en ganglios linfáticos submaxilares.

Tratamiento y pronóstico: Se recomienda usar los rayos X y el uso de radio a la cirugía, pues la -excisión casi siempre es recidivante.

El pronóstico es regular, y el promedio de supervida es de 5 años.

CARCINOMA DE LA MUCOSA VESTIBULAR

Esta lesión se puede presentar a lo largo de la línea de oclusión o por debajo de ella, se presenta más o menos al final de la 5a. década y es más frecuente en varones que en mujeres.

Etiología: Pindborg escribe (15) que la causa principal puede ser la masticación constante de baya de betel, cal apagada y tabaco, aunque afirma que la baya por si sola no produce este cáncer, o al menos hay menos incidencia, esta costumbre de conservar esta mascada en la boca es muy usual en la India, donde ocurren estos casos con mucha frecuencia, estas personas mantienen en la boca esta mezcla durante el día y durante la noche, lo cual ayuda a desarrollar el cáncer oral 60 veces más que en una persona que no tiene este hábito.

Características clínicas: Es una lesión, igual que las anteriores, en forma de úlcera dolorosa, existe induración e infiltración de tejidos profundos, aunque a veces se presenta en forma superficial y la proliferación se sucede hacia afuera, invadiendo tejidos contiguos. En la mayoría de los casos existe metástasis y el sitio de predilección son los ganglios linfáticos submaxilares.

Tratamiento: Puede ser la combinación de cirugía -- con rayos X, dependiendo de la duración que tenga - el cáncer. El pronóstico depende de la existencia - de metástasis por lo regular el promedio de sobrevi da es de 5 años en un 28 % de los pacientes.

CARCINOMA GINGIVAL

Algunos autores como Zegarelli (16) opinan que este cáncer es más frecuente en la mandíbula y en la parte posterior, estas lesiones son difíciles de detectar debido a que la encía está adherida al hueso y esto hace que el carcinoma se esconda e invada este tejido, además suelen confundirse muy frecuentemente con infecciones normales de la boca.

No es tan alto el porcentaje de esta patología, algunos autores lo calculan del 10 al 12% y generalmente es personas de edad avanzada, existe más frecuencia en hombres que en mujeres.

Etiología: No se puede decir con exactitud el origen de este cáncer, pues se desconoce la existencia de algún agente causal, se puede suponer que dado que en este sitio hay bastante acumulación de micro-organismos y además existen cálculos que se adhieren a ella produciendo irritación y tal vez sea ésta una de las causas de dicha patología, aunque no se sabe con certeza si esto podría ser posible, puesto que a pesar de que los cálculos poseen micro-organismos, se supone que no son éstos sino la irritación producida en la encía la que va a ayudar a desencadenar este tipo de cáncer, sin llegar a asegurarlo, de ahí la importan-

cia de la constante limpieza bucal, suponiendo según Glickman (38) que esta formación de cálculos se deba al descuido por parte del paciente de su higiene bucal.

En algunos casos cuando se hace una extracción y en este lugar existe un tumor, éste invade el espacio dejado por el diente, o en su defecto si no existe invasión, el cáncer evoluciona rápidamente.

Características clínicas: Shafer (17) dice que este cáncer se presente como una úlcera pudiendo presentarse como una zona erosiva o también una proliferación exofítica, granula o verrucosa, puede presentar aspecto de neoplasia maligna o no, o a veces presentarse con dolor o sin él, se puede presentar con más frecuencia en zonas desdentadas, la encía marginal presenta lesiones primarias con más frecuencia que la libre.

La cercanía de este tejido al hueso hace que se produzca una rápida invasión.

Cuando este caso sucede en el maxilar superior hay invasión hacia seno maxilar, hacia el paladar o hacia los pilares amigdalinos, en cambio en la mandíbula hay extensión hacia el piso de la boca o hacia los carrillos.

La metástasis de los ganglios submaxilares y cervicales es común en esta patología.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento más adecuado es la cirugía, debido a que los rayos x pueden afectar el hueso produciendo osteoradionecrosis, el pronóstico es desfavorable considerando -- que muy pocos pacientes sobreviven a la intervensión más de 5 años.

CARCINOMA DEL PALADAR

Este tipo de cáncer no es muy frecuente y cuando se presenta lo hace en personas de edad madura, -- casi siempre invade los huesos afectando la cavidad nasal y los senos maxilares.

Características clínicas: Se manifiesta en forma de lesiones mal definidas (18) que se ulceran causando dolor y suelen extenderse a un lado de la línea media aunque a veces se llega a extender incluyendo la encía lingual o el pilar amigdalino y muchas veces la fúvula, el tumor del paladar duro invade hueso, el del paladar blando invade la nasofaringe. La metástasis a ganglios linfáticos submaxilares es muy común.

Etiología: Pindborg (19) mediante estudios realizados, ilustra casos en los cuales es muy frecuente el cáncer del paladar, en personas que acostumbran fumar cigarros con el extremo encendido en la boca, o aquí en México es muy común observar personas -- que se dedican a lanzar llamas, con el fin de recibir unas cuantas monedas de las personas que los miran con curiosidad, el resultado es un gran carcinoma de células escamosas con placas leucoplásicas en la periferia.

Estos hábitos se observan en el Sur de la India, --

Filipinas, Cerdeña, Jamaica, Venezuela y algunas Islas del Mar del Caribe así como en México.

Tratamiento y pronóstico: se utiliza la técnica quirúrgica y los rayos X, pero debido a la poca frecuencia de esta patología no se puede definir con exactitud cuál de los dos tratamientos sea el más adecuado, el pronóstico es igual al del cáncer gingival.

CARCINOMA DEL SENO MAXILAR

La mayor parte de este tipo de cáncer es de células escamosas (20), según Zegarelli, desarrollándose en la mitad inferior del antro muy cerca de las raíces de los molares y premolares.

Casi siempre es asintomático o con síntomas muy leves de dolor, no es muy común pero es muy peligrosa debido a que presenta signos cuando la lesión ya está muy avanzada.

Características clínicas: SE puede presentar dolor dental, inflamación del reborde alveolar, sensación de relleno en los ápices posteriores o aflojamiento en los mismos, puede presentar una sensación de quemazón o parestesia a lo largo de la rama del nervio maxilar superior, según Zegarelli (21). Frecuentemente se presenta como molestia primaria la obstrucción unilateral o la descarga nasal. (22).

Shafer escribe (23) que puede presentarse únicamente la lesión en el piso del seno ocasionando malestar en las estructuras bucales, cuando es atacada la pared mesial suele haber obstrucción nasal, la afectación del techo produce afección

del ojo, la de la pared lateral ocasiona abultamiento de la mejilla. Ocurre la ulceración de la cavidad bucal o de la piel en fases muy avanzadas.

Cuando existe metástasis invade ganglios linfáticos submaxilares y cervicales.

Tratamiento y pronóstico: Se emplean rayos X y -- por medio de agujas de radio insertadas en seno o masa tumoral, también es aconsejable la cirugía, en ocasiones la hemimaxilectomía da buenos resultados. El pronóstico es malo, en estudios realizados se concluye que sólo el 10 % de 49 pacientes vivieron más de 5 años.

CARCINOMA VERRUCOSO DE ACKERMAN

Shafer (24) nos dice que este carcinoma es epidermoide y tiene como particularidad su lentitud de crecimiento, es exofítico y sólo invasor en superficie, que su potencial metastásico es bajo y que su evolución no es agresiva.

Características clínicas: continúa diciendo que es enfermedad común en personas entre la sexta y séptima década y tiene mayor incidencia en varones, que por lo común su sitio de predilección es la mucosa vestibular y encía o reborde alveolar, pero también se puede presentar en paladar y el piso de la boca, dice que es una neoplasia fundamentalmente exofítica y de naturaleza papilar -- con superficie guijarrosa y en ocasiones cubierta con una película leucoplásica, las lesiones de la mucosa vestibular pueden extenderse bastante antes de atacar las estructuras contiguas y las de la encía proliferan hacia tejido blando fijándose en periostio, invadiendo y destruyendo la mandíbula.

Los ganglios linfáticos regionales están sensibles y crecidos como si tuvieran un tumor metastásico, nos dice también que existe dolor al masticar, pero no existe hemorragia.

La etiología no es conocida con certeza, pero la mayoría de los pacientes son grandes fumadores o acostumbra(n) inhalar sustancias, o poseen prótesis mal adaptadas.

Características histológicas: El mismo Shafer nos habla de estas características, haciendo mención de que pueden ser engañosas debido a que tienen aspecto inofensivo, existiendo marcada proliferación epitelial y penetración hacia tejido conectivo, no llegando a constituir verdadera invasión. El epitelio está bien diferenciado y existe poca actividad mitótica, con pleomorfismo e hiperchromatismo, y es característico encontrar los espacios fisurados -- que se cubren con una capa gruesa de paraqueratina, extendiéndose desde la superficie hasta zonas profundas de la lesión, este detalle es una característica para no confundir el tumor verrucoso, continúa diciendo que aunque las lesiones sean extensas la membrana basal no es dañada.

Tratamiento y pronóstico: Shafer (25) recomienda el tratamiento quirúrgico y debido a que el crecimiento es lento la excisión debe ser conservadora sin procedimientos mutilantes.

El pronóstico suele ser más favorable que todos los carcinomas bucales anteriores.

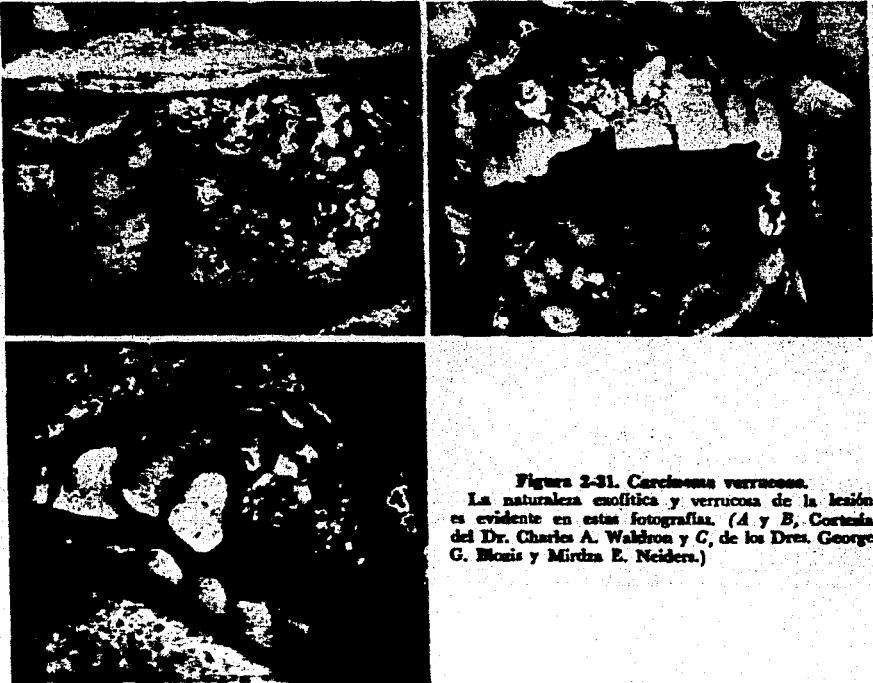


Figura 2-31. Carcinoma verrucoso.
La naturaleza escófica y verrucosa de la lesión es evidente en estas fotografías. (A y B, Cortesía del Dr. Charles A. Waldron y C, de los Dres. George G. Elzsis y Mirza E. Neidera.)

LINFOEPITELIOMA

Esta patología está catalogada por varios autores como grandemente maligna, es una lesión cuyo origen principal es la nasofaringe aunque según ----- Tieceke (26) aparecen con mayor frecuencia en la región cerca de las trompas de Eustaquio y la foseta de Rosenmuller, originándose en las masas -- del tejido linfoide cubiertas de epitelio, participando ambos tejidos en el proceso maligno.

La etiología es completamente desconocida.

Características clínicas: Es posible que se presente como una lesión muy pequeña que casi siempre está oculta, a veces es elevada y un poco roja, rápidamente se produce metástasis ganglionar presentándose aumento de volumen en los ganglios. Cuando se localiza cerca de las trompas de Eustaquio presenta dolor intenso, imposibilidad a la deglución y al habla.

Por lo regular se presenta en pacientes jóvenes - (26 años) y en varones más que en mujeres.

Por ser esta una lesión tan pequeña y en sus principios asintomática es muy peligrosa porque no se le puede detectar a tiempo y además avanza rápidamente.

Histología: Shafer y Tiecke (27) coinciden en que se compone de células indiferenciadas que proliferan formando un listón, las epiteliales son grandes redondas o poliédricas con contornos imprecisos y citoplasma algo eosinófilo, poseen núcleos grandes, ovales o vesiculares conteniendo uno o dos nucléolos ligeramente acidófilos.

Tratamiento y pronóstico: Se considera que la radioterapia es la más efectiva debido a que estas lesiones son altamente sensibles a los rayos X. El pronóstico es malo.

CARCINOMA DE CELULAS DE TRANSICION

Este carcinoma es muy parecido al linfoepitelioma por lo tanto posee las mismas características generales que éste,

Características Clínicas: Su localización es la misma que el linfoepitelioma pero además puede -- aparecer en el paladar, en las amígdalas farín---geas, en los pilares tonsilares, en la cámara nasal y en los senos paranasales (28), al igual que el anterior la invasión a ganglios linfáticos es temprana y como consecuencia la metástasis a ---- otros órganos. Aparece como una lesión ulcerada o fungosa. La edad para que aparezca este cáncer varía de los 30 a los 59 años.

Características histológicas: Posee células epiteliales más o menos grandes, redondas poliédricas con citoplasma ligeramente basófilo, los núcleos son grandes y redondos, pudiendo ser ligera o intensamente basófilos conteniendo uno o varios nucleólos pequeños e indistintos. Sus células tienden a crecer en forma de cordones, capas o masas, mostrando diversos grados de actividad mitótica (29).

Tratamiento: Cuando se presenta en lugar accesible se puede aplicar la cirugía, pero por lo regular se aplica la radioterapia por ser este tumor sensible a los rayos X.

MELANOMA MALIGNO

Como su nombre lo indica este tumor es altamente maligno y Shafer (30) nos dice que algunos investigadores clasifican estos tumores en dos tipos: melanótico y nevocítico, indicando que el nevocítico se origina de un nevo limítrofe mientras que el melanótico se origina en lesiones melanóticas no nevoides, y cita como ejemplos: la melanosis precancerosa de Dubreuilh o la efélide melanótica de Hutchinson, pero en cualquiera de estos casos nos dice Shafer, evoluciona de las siguientes --- formas:

- 1.- En la afélide melanótica de Hutchinson
- 2.- Como en melanoma de extensión superficial
- 3.- Como nódulo

En cambio Tiecke (31) nos dice que proceden de -- los melanoblastos de los nevos.

Características clínicas: Tiecke (32) nos dice que este melanoma se disemina en forma amplia y rápidamente hacia órganos más que ningún otro tumor, - pero no sólo se puede presentar en boca, también - tiene predilección por la piel, los ojos, la mucosa vaginal y los órganos respiratorios superiores;

presentándose en estos lugares como una lesión primaria.

Shafer indica (33) que tiene predilección por el reborde alveolar y el paladar, aunque también se puede presentar en el maxilar inferior, mejillas, carrillos, lengua y piso de la boca.

Coinciden varios autores en que es más frecuente en hombres que en mujeres y se presenta casi siempre después de los 30 años.

La lesión se puede presentar en forma tumoral, cambiando de color pardo rojizo a negro. Desgraciadamente estos signos se presentan mucho tiempo antes de que aparezcan los síntomas clínicos, y por este motivo para el Odontólogo debe ser de gran importancia la observación de cualquier mancha con estas características dentro de la cavidad bucal, ya sea que aumente o no de tamaño.

Características histológicas: Nos dice Tiecke (34) que las células tumorales son grandes y con citoplasma eosinófilo conteniendo gránulos de melanina, y estas células contienen núcleos vesiculares y nucleolos prominentes, siendo rasgos notables el pleomorfismo y las figuras mitóticas típicas y atípicas.

Añade Shafer (35) que las células son de forma -- cuboide o fusiforme, observando en las lesiones -- no ulceradas alteraciones limítrofes consistentes en aflojamiento y proliferación hacia abajo de -- células epiteliales hacia el tejido conectivo y -- juzga que es de suma importancia la comprobación de esta actividad limítrofe para poder establecer el diagnóstico correcto de melanoma.

Tratamiento y pronóstico: Varios autores coinci-- den en que el tratamiento es la extirpación radical quirúrgica y debido a que es altamente metastásico debe haber disección de los nódulos linfáticos regionales. Sin embargo el pronóstico suele ser malo, debido a que estos pacientes tienen un promedio de sobrevida de más o menos 5 años, en condiciones favorables, pero casi siempre es mortal.

METASTASIS EN GANGLIOS LINFATICOS

Para comprender la metástasis en los ganglios linfáticos es necesario explicar brevemente el funcionamiento de este sistema llamado linfático.

Este sistema está compuesto de vasos de calibre muy pequeño, los cuales se inician en los tejidos como capilares linfáticos y que uniéndose unos con otros formarán vasos de mayor calibre, éstos desembocan en ganglios linfáticos y a su vez filtran el contenido recibido el cual recibe el nombre de linfa, que vuelve a la circulación linfática desembocando más tarde a la venosa pasando al corazón, después a la circulación arterial y regresando a los tejidos, cumpliéndose así su ciclo fisiológico (36).

El sistema linfático está encargado de retornar las proteínas a la circulación, filtra la linfa y produce células de defensa.

Cuando las células tumorales penetran en los espacios linfáticos pasando por los vasos linfáticos a los ganglios regionales produciéndose el crecimiento de las células en los senos linfáticos. Hay invasión en los ganglios más cercanos de ciertas patologías malignas como el cáncer bucal, con el funcionamiento ya mencionado del sistema ganglionar se comprenderá fácilmente el porqué es casi --

siempre mortal esta invasión.

Sin embargo cuando está indicada la intervención -
quirúrgica debe ser completamente radical.

METODOS DE TINCION CITOLOGICA EN EL DIAGNOSTICO DEL CANCER EN LA BOCA

Según Zegarelli (37), las lesiones malignas representan cerca de un 5% de todas las neoplasias malignas y puesto que su índice de curación está en relación directa al tamaño del tumor, es evidente que, al menos por ahora el aumento de este índice de curación dependerá principalmente del diagnóstico precoz.

El fácil acceso a la cavidad bucal permite la exploración directa y para la obtención de biopsias de lesiones sospechosas; la muestra biopsica puede obtenerse sin molestar demasiado al paciente y con muy poco esfuerzo para el médico, el diagnóstico precoz de las lesiones malignas puede parecer fácil pero cerca de 2 de cada 3 casos tienen mal resultado terapéutico, generalmente porque el tumor, en el momento del diagnóstico, había alcanzado ya un grado de desarrollo superior al que es accesible el éxito terapéutico. Debiendo ser obligatorio utilizar todos los medios de que se disponga para el diagnóstico precoz en aquellos enfermos sospechosos de cáncer.

Uno de los métodos usados en el diagnóstico del --

cáncer es la citología exfoliativa. Los estudios realizados con este método han demostrado que las células exfoliadas de las lesiones epiteliales malignas pueden diagnosticarse de forma exacta y suelen proporcionar la señal precoz de la presencia de procesos malignos.

La citología oral exfoliativa es un método relativamente nuevo en el campo del diagnóstico citológico.

Existen casos que basándose en características clínicas se diagnostican como tumores benignos, pero los estudios citológicos hicieron pensar en neoplasias malignas, confirmándose posteriormente el diagnóstico de cáncer.

Hay pruebas válidas de que el diagnóstico citológico puede reflejar con exactitud los componentes histológicos de una lesión en la gran mayoría de las muestras, y de que proporciona un método adicional de diagnóstico de las lesiones malignas en sus estadios más precoces. También se ha descrito un alto grado de exactitud en los estudios en lesiones malignas experimentalmente inducidas en la mejilla de hámster.

Ante todo debe decirse que la citología exfoliativa

va oral no sustituye a la biopsia. Siempre que se encuentre una lesión sospechosa, la biopsia es el método diagnóstico de elección. Sin embargo, por desgracia, hay lesiones en las que el aspecto clínico aparentemente benigno da cierta reticencia a realizar una biopsia o provocan ciertos comentarios como "volveremos a mirar esta lesión en la próxima visita". En esta lesión aparentemente inocua que puede ser un estadio precoz en la lesión maligna, en la que generalmente no se realiza la biopsia, pero en la que la citología exfoliativa puede ser importante al descubrir la verdadera naturaleza de la lesión.

El diagnóstico citológico oral puede ser útil también en la obtención de datos que complementen a los obtenidos por biopsia; puede actuar también un buen método preventivo en las exploraciones sucesivas de los cánceres tratados es un método excelente para revisar las lesiones orales no malignas que pueden convertirse en malignas.

T E C N I C A S:

La técnica de la obtención de una muestra es muy sencilla; puede realizarse en cualquier consulta -

dental o médica. SE han ideado y ya pueden obtenerse equipos individuales que contienen todos los -- materiales necesarios: 2 portas de vidrio, un es-- carbador en forma de depresor lingual, un fijador como puede ser el alcohol etílico al 95%, un papel de historia clínica, y un lápiz para marcar los -- portas.

Se sugiere la siguiente técnica:

1.- Realizar una completa historia clínica del enfermo anotando todos sus datos, la historia clínica, la descripción de la lesión y el diagnóstico - clínico.

2.- Escribir el nombre del enfermo y la fecha en - el porta.

3.- Humedecer una gasa esponjosa con agua corriente y limpiar la superficie de la lesión.

4.- Humedecer la terminación del escarbador y es-- carbar firmemente toda la superficie de la lesión. En los casos de ulceración puede provocar alguna - hemorragia que se detiene con facilidad. En las -- lesiones queratinizadas es mejor desprender antes toda la superficie queratinizada antes de obtener la muestra; de otra manera se pueden obtener célu

las superficiales anucleadas, que no sirven para el diagnóstico.

5.- Inmediatamente extender el material obtenido por toda la superficie libre del porta, formando así una capa muy fina.

6.- Colocar rápidamente varias gotas del fijador encima del porta o colocar el porta en un vaso que contenga el fijador. El porta debe mantener el con tacto con el fijador durante 15 minutos. Los portas fijados se secan entonces al aire libre.

7.- Enviar los portas y la historia a un laboratorio adecuado para que realice el estudio citológico.

INFORME CITOLOGICO

El informe citológico establece generalmente un diagnóstico que caé dentro de una de estas cinco categorías:

Tipo I: Células normales

Tipo II: Ligera atipia, pero sin señales de transformación maligna.

Tipo III: Alteraciones nucleares indeterminadas --
Este dato refleja una intensa atipia nu-

clear, asociada muchas veces a displasias
epiteliales.

Tipo IV: Sugestivo de cáncer

Tipo V: Cáncer seguro

INFORME CITOLOGICO

El informe citológico establece generalmente un --
diagnóstico que cae dentro de una de estas cinco --
categorías:

Tipo I: Células normales

Tipo II: Ligeramente atípica, pero sin señales de trans-
formación maligna.

Tipo III: Alteraciones nucleares indeterminadas. -
Este dato refleja una intensa atipia nu--
clear, asociada muchas veces a displasias
epiteliales.

Tipo IV: Sugestivo de cáncer

Tipo V: Cáncer seguro

Se ha dicho que en todos los enfermos cuyas mues--
tras estén incluidas dentro del tipo II pueden rea--
lizarse muestras sucesivas con el fin de obtener -
una mayor valoración de la atipia observada. En --
todos los enfermos cuyas muestras estén incluidas
dentro de los grupos II y V, la biopsia y el diag--
nóstico histológico son el paso obligado.

NEOPLASIAS MALIGNAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS CONSIDERACIONES GENERALES

El carcinoma epidermoide o de células escamosas es la neoplasia maligna de la boca, representando por lo menos un 90% de todos los cánceres bucales. Puede presentarse en cualquier lugar de la boca, pero las localizaciones más frecuentes están en los labios, lengua y en el suelo de la boca, que representa aproximadamente el 70% de todos los cánceres de la boca. Sin embargo el carcinoma epidermoide puede también presentarse en la mucosa bucal, en los tejidos del paladar, en las encías, y en algunos casos raros, como un tumor primitivo de los maxilares.

HALLAZGOS CLINICOS

Aunque el aspecto clínico del carcinoma epidermoide varía mucho, dependiendo del lugar exacto de origen, su grado de evolución (precoz o tardío), su forma clínica (fungoso, verrugoso o infiltrativo) y de los efectos de las irritaciones o episodios traumáticos superpuestos (alimentos y líquidos irritantes, empastes dentales, caninos cortantes, etc.) la mayoría de los carcinomas presentan ciertos aspectos clínicos que, cuando se encuen---

tran deben hacer pensar en una neoplasia maligna y obligan a una investigación más extensa.

ETIOLOGIA:

Aunque se ha dicho que factores sistémicos (virales, bioquímicos, genéticos y otros) son las causas más importantes de todos los cánceres, aún no se conoce la naturaleza exacta de estas lesiones. Sin embargo se ha comprobado que muchos factores predisponentes tienen un papel importante en el desarrollo de los cánceres en la boca.

Los irritantes físicos, como son los dientes mellados, los empastes mal adaptados, los bordes ásperos de las prótesis, etc., desempeñan sin lugar a dudas algún papel, pero se ha exagerado su participación exacta en todo el cuadro etiológico. Los irritantes químicos como el exceso de tabaco, se encuentran entre los pocos factores locales que pueden relacionarse de forma definida con el cáncer de la boca. Se ha establecido que el fumar pipa, el fumar cigarros, la masticación de tabaco y la degustación de rapé actúan como factores desencadenantes o excitantes en los cánceres de la boca. Los irritantes térmicos como son los alimentos y líquidos calientes y el excesivo calor de la boqui

lla de la pipa o del humo del tabaco deben considerarse también como factores excitantes de potencia.

Los estados de malnutrición, como los que acompañan o se asocian a cirrosis hepática, alcoholismo y el síndrome de Plummer-Vinson, se ha visto estadísticamente que desempeñan también un importante papel en el cáncer en la boca, probablemente como factores predisponentes. Existe una correlación entre la sífilis y el cáncer de la boca (labio y lengua), pero, al igual que los estados de mal nutrición, la sífilis es probable que sea un factor predisponente más que un factor primario o inicial.

Los rayos solares (radiación actínica) pueden desempeñar su papel en el cáncer de la boca, pero sólo en relación al cáncer del labio y, sobre todo en las personas de piel clara cuya mínima pigmentación con melanina les proporciona una protección inadecuada contra los rayos del sol. La correlación entre los rayos solares y el cáncer es más importante sobre todo en los carcinomas de células basales de la cara.

EVOLUCION

El carcinoma epidermoide de la boca, como las otras formas de cáncer, invade siempre los tejidos cir-

cundantes por invasión directa. De hecho, la extensión a los tejidos vecinos se ve facilitada en la boca por las mínimas barreras naturales de esta -- región. Por ello, no es rara la extensión de una - lesión del suelo de la boca a la base de la lengua, encía y mandíbula, y una lesión primitiva de los - tejidos gingivales o palatinos invade directamente el hueso que hay por debajo.

El carcinoma epidermoide puede crecer también por metástasis, produciéndose la diseminación a distan- cia por vía linfática y por los vasos sanguíneos - venosos y arteriales. Sin embargo, la vía más fre- cuente de metastatización son los conductos linfá- ticos, cuyas delgadas paredes permiten fácilmente el paso de las células neoplásicas. Pueden despren- derse pequeños nidos celulares que son transporta- dos a lo largo de la luz del vaso hacia los gan- - glios linfáticos de drenaje, donde quedan atrapa- dos. En otros casos, las células neoplásicas cre- - cen a lo largo de las paredes internas de los vasos linfáticos hasta alcanzar los ganglios de drenaje. Los ganglios linfáticos que se afectan más frecuen- temente por metastatización de los carcinomas in- traorales son los submandibulares y los cervicales. Otros grupos de cadenas ganglionares, como la sub- mental, supraclavicular, etc., pueden afectarse tam-

bién pero no es tan frecuente.

Se han visto algunos casos de metástasis por vía sanguínea, siendo más frecuente la diseminación venosa que la arterial. Mediante la diseminación venosa de los carcinomas de la boca suelen afectar se sobre todo los pulmones, hígado y huesos, mientras que los riñones, glándulas endócrinas y la médula ósea se afectan sobre todo por invasión arterial.

TRATAMIENTO:

El tratamiento del carcinoma de células escamosas de la boca, como cualquier cáncer, depende de muchos factores como: la localización y tamaño del tumor, la presencia o ausencia de metástasis, el grado histológico de la lesión, la edad y salud del enfermo, y de la destreza del especialista. Por ello ciertos carcinomas epidermoides reciben un mejor tratamiento por la extirpación quirúrgica otros por radioterapia, y aún hay otros en que lo mejor es combinar los dos métodos. Aunque en el tratamiento del cáncer se han descubierto y utilizado una gran variedad de agentes quimioterápicos como el uretano, la mostaza nitrogenada, los derivados de la tietilenmelamina, los antagonistas del

ácido fólico y las sustancias radiactivas, su efec
tividad en el cáncer de la boca es muy limitada.

CONCLUSIONES

Sería inútil volver a repetir todas las consecuencias que ocasionan estas enfermedades, y aunque algunas de ellas no se pueden considerar de resultados funestos, sí se consideran de atención rápida y efectiva para que no degeneren en alguna patología trágica, así mismo, es recomendable que el Odontólogo aconseje a sus pacientes las medidas profilácticas que considere convenientes, debido a que algunas de estas enfermedades se originan de la falta de limpieza bucal.

Es de gran importancia señalar que el operador debe reunir las cualidades necesarias para poder efectuar un buen estudio oral sobre todo cuando se sospecha acerca de la existencia de algún más que se pudiera considerar de resultados graves y así estar en condiciones de detectar a tiempo una patología maligna de fatales consecuencias.

Como conclusión final añadiré que desgraciadamente la mayoría de las enfermedades, sobre todo las malignas, son de etiología desconocida, lo cual nos limita para poder prevenirlas.

- (1) Tiecke, Richard W., Fisiología Bucal, 1a. Ed. 1960, Editorial Interamericana, S.A. Pag. 157
- (2) Shafer, William G., Tratado de Patología Bucal 3a. Ed. Editorial Interamericana, Pag. 84
- (3) Thoma, Kurt H., Patología Bucal, 2a. Ed. Esp. Tomo II.
- (4) Pindborg, J. J., Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral, 1968, Editorial Salvat Editores, S.A.
- (5) Zegarelli Kutscher, Edward, Diagnóstico en Patología Oral, 1972, Salvat Editores, Imprenta Hispanoamericana, Pag. 302.
- (6) Idem., Pag. 253
- (7) Pindborg, J.J., Atlas de Enfermedades de la - Mucosa Oral, 1968, Editorial Salvat Editores, S.A., Pag. 112
- (8) Shafer, William G., Tratado de Patología Bucal, 3a. edición, Editorial Interamericana, Pag.100
- (9) Idem., Pags. 102 y 103
- (10) Idem., Pag. 104
Pindborg, J.J., Atlas de Enfermedades de la - Mucosa Oral, Pag.116
- (11) Shafer, William G., Tratado de Patología Bucal, 3a. Ed., Editorial Interamericana, Pag. 107
- (12) Zegarelli Kutscher, Edward, Diagnóstico en Patología Oral, 1972, Salvat Editores, S.A., -- Pag. 266.
- (13) Pindborg, J.J. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral, Idem. Pag. 46.

- (13) Shafer, William G., Tratado de Patología Bucal, Idem. Pag. 115.
- (14) Idem., Pag. 116
- (15) Pindborg, J.J., Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral, Idem. Pag. 50
- (16) Zegarelli Kutscher, Edward., Diagnóstico en Patología Oral, Idem., Pag. 267
- (17) Shafer, William G., Tratado en Patología Bucal, Idem., Pag. 119
- (18) Idem., Pag. 120
- (19) Pindborg, J.J., Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral, Idem., Pag. 54.
- (20) Zegarelli Kutscher, Edward, Diagnóstico en - Patología Oral, Idem., Pag. 267
- (21) Idem., Pag. 267
- (22) Shafer, William G., Tratado de Patología Bucal, Idem., Pag.121
- (23) Idem., Pag. 121
- (24) Idem., Pag. 123
- (25) Idem Pags. 124 y 125
- (26) Thiecke, Richard W., Fisiología Bucal, Idem., Pag. 227.
- (27) Idem., 227
- (28) Idem Pag. 227
- (29) Idem Pag. 229
- (30) Shafer, William G., Tratado de Patología Bucal, Idem., Pag. 126
- (31) Tiecek, Richard W., Fisiología Bucal, Idem., Pag. 230.
- (32) Idem., Pag. 230
- (33) Shafer, William G., Tratado de Patología Bu-

cal, Idem., Pag. 127

(34) Tiecke, Richard W., Fisiología Bucal, Idem., Pag. 230.

(35) Idem., Pag. 230

(36) Apuntes del Dr. Fernando Sandoval

(37) Zegarelli Kutscher, Edward, Diagnóstico en - Patología Oral, Idem. Pág. 267.

(38) Glickman, Irving, Periodontología Clínica, - 1a. Ed. Español, 1974, Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., Pag. 202

Quiroz Gutiérrez, Fernando, Tratado de Anatomía Humana, 11a. Ed. 1973, V.3, Editorial -- Porrúa, S.A.

Ham, Arthur W., Tratado de Histología, 7a. - Edición.

Ville, Claude A., Biología, sexta edición