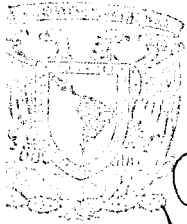


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Rev. y Autorizada
M. J. Castañeda

ASPECTOS GENERALES DEL CARCINOMA ORAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a n

VICTORIA ARACELI SOTO SUAREZ
NATIVIDAD HIDALGO NAVA



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

no realizarla; el retraso disminuye mucho las probabilidades - de la curación, es decir el odontólogo es quien debe tomar la- iniciativa, tomando las disposiciones necesarias del caso.

Siempre debemos tener en cuenta la finalidad de la biop^osia; establecer el diagnóstico cuanto antes para poder iniciar lo más pronto posible el tratamiento curativo. En esta enferme^odad resultan vitales algunos días, e incluso las horas. Esto - significa que deben tomarse todas las medidas encaminadas al - tratamiento precoz.

Si se sospecha o diagnostica un cáncer bucal, debemos - informar de ello al paciente en función de su capacidad para - recibir el diagnóstico; debemos conocer a los radiólogos, ciru^ojanos u oncólogos de cabeza y cuello de mayor competencia en - la región, pudiendo así crear confianza al paciente, indicándo^ole o sugiriéndole el médico capaz de llevar a cabo el trata--- miento indicado para su alivio.

Al estar seguros de la presencia de cáncer bucal no de- bemos ser alarmistas, tenemos que asumir una actitud que permi^ota al paciente asistir sin retraso a la consulta. Y de prefe- rirlo así, dejar al médico especialista que se encargará de -- dar más detalles al enfermo y la atención definitiva.

II.- DEFINICIONES

Antes de continuar con la discusión generalizada encaminada a aumentar la tendencia a sospechar de cáncer, debemos de finir algunos terminos empleados adelante tales como:

TUMOR: Es un crecimiento nuevo anormal de los tejidos, independientemente del resto del cuerpo, y sin ningún propósito útil. Tumor es término general que abarca a todas las neoplasias benignas y malignas.

NEOPLASIA: Es sinónimo de tumor, por lo tanto éstas -- pueden ser benignas o malignas, un carcinoma es una neoplasia-maligna.

TUMOR BENIGNO: Estos tumores solo crecen por contigüidad; suelen estar encapsulados, por lo que no invaden tejidos-vecinos; su desarrollo es lento y no se extiende a través de su foco de origen, salvo por un crecimiento propio; no producen metástasis. Estos tumores pueden ser tratados mediante intervenciones quirúrgicas relativamente conservadoras. Las radiaciones carecen de utilidad en estos casos.

TUMORES MALIGNOS: Son ampliamente peligrosos, crecen rápidamente, al ser mal identificados y mal tratados suelen resultar mortales, presentan cápsula muy endeble o no la presentan, producen metástasis.

CANCER: La palabra cáncer es un termino general que -- abarca a todos los tumores malignos dependiendo de su origen -

Epitelial.

CARCINOMA: Tumor maligno de origen epitelial, como por ejemplo carcinoma de labio, lengua, tiroides, etc. el carcinoma representa el 92 por 100 de todos los tumores malignos.

LESION PRIMARIA: Se entiende un tumor inicial por ejemplo si nace en lengua y se extiende a un ganglio linfático, la lesión lingual es primaria, la lesión que abarcó es un foco secundario.

METASTASIS: Son focos secundarios de una enfermedad maligna, un nuevo crecimiento secundario es una metástasis abarca uno, dos o tres ganglios aproximadamente.

Después de haber dado definiciones que se hacían necesarias, podemos mencionar que el carcinoma predomina como cáncer bucal. Para un conocimiento útil de una enfermedad particular es preciso conocer su frecuencia; podemos decir que las neoplasias malignas de la cavidad bucal se clasifican en dos grupos: **CARCINOMAS** y **SARCOMAS**. A estas neoplasias se les incluye en el grupo del cáncer, es de importancia que cada enfermo sea estudiado separadamente determinándose el procedimiento terapéutico más adecuado que ha de seguirse, después de considerar todos los factores que ejerzan alguna influencia sobre el pronóstico. Es también muy importante determinar desde un principio si el tratamiento que se va a poner en práctica se hará con la esperanza de tener una curación radical o si sólo servirá como

una medida paliativa.

El pronóstico dependerá de la situación de la neoplasia y de su grado de malignidad, según haya podido determinarse - en los exámenes histopatológicos (biopsia) más que de cualquier otro factor.

Todo esto nos hace pensar en las mayores responsabilidades de la clase odontológica, en lo que se refiere al descubrimiento prematuro y al diagnóstico de las neoplasias malignas de la cavidad bucal. En esta forma se abre por medio del diagnóstico, una esfera mayor de actividades al clínico bucal, trayendo como consecuencia la prevención y el tratamiento más eficaz del cáncer bucal en sus períodos incipientes.

Hablaremos un poco del carcinoma epitelial el cual ocupará la mayor parte de nuestras notas; la etiología de este - aún es desconocida pero se cree que es determinado por una -- irritación crónica ya sea traumática, biológica o química; égtas son sólo las causas que más adelante mencionaremos ampliamente.

Cuando realizamos una Historia Clínica al paciente, nos encontramos que durante el interrogatorio éste refiere haber - notado un "grano", que en realidad es un nódulo; otras veces - la lesión inicial es una úlcera que aparece unas semanas antes de consultar con el odontólogo o con el médico. El odontólogo - a quien por lo general se le consulta muy poco en lo que se re

fiere a enfermedades patológicas bucales, muchas veces practica las extracciones creyendo que esta es la causa de la lesión. Nuevamente vemos la falta de conocimientos acerca del cáncer bucal, no es otra cosa sino la tendencia tradicional de consagrarse preferentemente al tratamiento local de los dientes, -- dando la mínima atención a los adyacentes y lesiones de la boca.

III. HISTORIA DEL CANCER.

En el año de 1938, antes de la Segunda Guerra Mundial, - se celebró por primera vez en el mundo la Semana Internacional contra el Cáncer.

México tuvo el honor de que su folleto de divulgación de lucha contra el cáncer, fuera el único aceptado por la Unión-Internacional contra el Cáncer, traduciendo íntegramente al - francés y publicado en el Libro Conmemorativo, en París.

Terminada la Segunda Guerra Mundial, las actividades de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Internacional Contra el Cáncer, se han armonizado y dándole toda la importancia al problema, se estableció que el primer domingo de abril de cada año, se celebrase mundialmente el Día Internacional del Cáncer. Todo ello para hacerles recordar a los no-médicos y a los médicos, la existencia de este terrible azote y la necesidad de unir esfuerzos, ciencia creadora y recursos económicos, para lograr vencer algo que constituye no sólo la mancha negra de la medicina, sino aún de la biología, porque no debe olvidarse que los animales también padecen este mal.

Todos los países incluyendo el nuestro, están luchando - activamente contra el cáncer. En el año de 1941 se fundó la - Campaña Nacional contra el Cáncer dentro del antiguo Departamento de Salubridad Pública y hoy esta lucha continúa y está a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, pero es-

de notarse que gran número de organismos como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Dirección de Sanidad Militar, el Servicio Médico de los Ferrocarriles, etc., y muchas instituciones privadas, lo mismo que hospitalarias de los Estados, están contribuyendo a obtener diagnósticos oportunos y a lograr la curación de un alto porcentaje de cancerosos. En el año de 1969 se celebraron sesiones científicas dedicadas al Cáncer en un gran número de sociedades médicas y en hospitales de la República lo cual contribuye a la lucha contra el cáncer.

Mientras nuevas luces vengan a iluminar la sombra, que sobre todo en terapéutica específica y sencilla existe, nadie deberá olvidar que acudir prontamente a su médico o a los servicios médicos respectivos y ser tratado adecuadamente por cirugía y por radiaciones.

Enunciaremos las personalidades que contribuyeron para el descubrimiento del cáncer y problemas afines:

En 1903 el premio de Física fue adjudicado a los esposos Curie y a Becquerel por sus trabajos sobre Radiactividad.

En 1910 Kossel el premio Fisiología y Medicina por sus investigaciones en Proteínas Celulares, especialmente en el núcleo (primordial en el desarrollo del cáncer).

En 1941 Otto Warburg Premio de Fisiología y Medicina por sus-

trabajos sobre metabolismo celular, especialmente aplicable a los tejidos cancerosos.

En 1959 Severo Ochoa y Arturo Komberg reciben el premio-
Novel de Fisiología y Medicina por sus trabajos sobre la Síntesis de los componentes de las células, cuyas variaciones -- son primordiales en el génesis de los cánceres.

En 1962 el premio Novel fue obtenido por J. D. Watson -- F.A.C. Crick y H. F. Wilkins por sus investigaciones sobre la estructura molecular de los componentes celulares cuya modificación es básica en transformación cancerosa.

En 1965 el premio Novel de Fisiología y Medicina fue conferido a tres científicos del Instituto Pasteur de París, que son por su trabajo sobre genética trascendentales para el conocimiento del origen y naturaleza de los cánceres André -- Lwoff, Jacques Monod y Francois Jacob.

En 1966 recibió el premio Peyton Rous por el descubri--- miento de tumores inducidos por virus y Charles B. Huggins -- por el descubrimiento de tratamiento hormonal del cáncer progrático, se realizó el reconocimiento algo tardío pues los trabajos de Rous datan de hace 40 años y de Huggins de hace 25 -- años.

Para terminar afirmamos que la mente y la mano del hombre no pueden, no deben descansar, hasta que el cáncer este vencido.

A) Frecuencia en función de edad y sexo.

La frecuencia del cáncer de la boca es muy diferente en diversas estadísticas y en países distintos.

Va desde el 3 hasta el 45 por 100 de todos los tumores malignos. En Panamá se asegura que el 9 por 100 de los cánceres afectan la boca.

Mientras que en Estados Unidos el cáncer bucal constituye la octava forma más común de cáncer en el hombre, y la duodécima en la mujer, en algunas regiones del mundo (como en Hong-Kong) representa la forma más frecuente de cáncer humano. En los Estados Unidos el cáncer bucal comprende cerca del 3% de todos los tumores malignos. Sin embargo en ciertas regiones del Lejano Oriente, los carcinomas bucales ascienden generalmente a casi el 70% del total de afecciones malignas del hombre.

La distribución Anatómica del cáncer en la boca es en orden de frecuencia: labio, lengua, encía, glándulas salivales, piso de boca, mucosa de paladar blando y duro, amígdalas y mejilla.

En relación a la frecuencia por sexo, edad y localización hay ciertas diferencias por la actividad de factores diversos en el sexo, por ejem. en el sexo masculino es más frecuente en un 90% debido al mayor consumo de tabaco y alcohol, en el sexo femenino la frecuencia es del 53%.

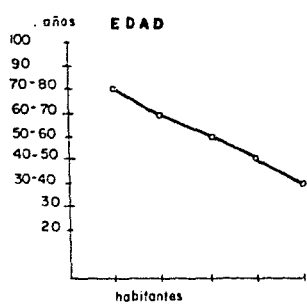
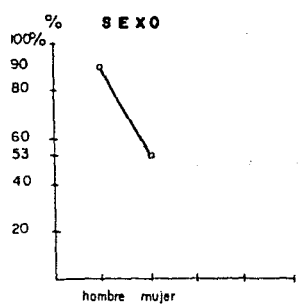
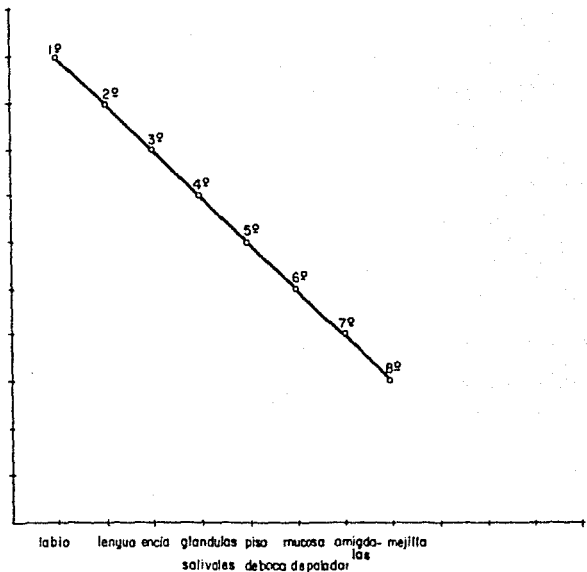
En países como Panamá se acostumbra fumar con el cigari-

llo invertido.

Algunos autores mencionan que el consumo de alcohol especialmente de concentración elevada, es un factor muy importante sobre todo en los sujetos que beben 200 c.c. o más al día.

Aunque existen tumores a cualquier edad, se trata fundamentalmente de una enfermedad del hombre maduro y del anciano. La edad promedio se encuentra entre los 50 años y en casos - muy raros a los 30 años. La mayor parte de los cánceres de la boca se presentan en una etapa de la vida en que los dientes, a consecuencia de caries, resorción ósea o desintegración alveolar obligan a visitar al dentista. Por lo tanto los exámenes cuidadosos realizados por dentistas bien informados sobre pacientes en edad de cáncer permitirán salvar vidas.

En general el cáncer de la boca es más frecuente en el hombre, la mayor parte de las mujeres demostraron una misteriosa inmunidad contra los tumores de la boca, esto hasta hace unos años, ya que las estadísticas actuales vienen a demostrar que la actividad de la mujer, así como los campos de trabajo que abarcan hacen pensar que cada día, aumentan diferentes enfermedades que antes unicamente en el hombre predominaban. Como ejemplo notable, el Carcinoma Labial que ha empezado a presentar la mujer. Las estadísticas de 1973 demuestran que de cada 100 carcinomas de labio no más de 4 o 5 mujeres - presentan esta lesión, pero si es más frecuente en el carcinoma de Lengua, Paladar y Amígdalas en la mujer en 8 por 100.



B) Frecuencia del Cáncer en diferentes países.

El cáncer bucal representa un índice bajo en relación a la presencia de cáncer en otras áreas del organismo y frecuencia en otros países, los cánceres de mama, del pulmón, gástrico, etc., presentan en algunos países un índice más elevado, y así tenemos que:

En América Latina, el cáncer que más frecuentemente se observa es el de cuello uterino, le sigue el de mama, continúa el de la piel y el del aparato digestivo.

En EE.UU., el cáncer más frecuente es el de mama, le sigue el de cuello uterino y el del aparato digestivo, pero al noroeste de éste país el cáncer del estómago es el de máxima frecuencia no quedando atrás el del pulmón.

En Chile, en este país las estadísticas mostraron que el cáncer más frecuente es el del aparato digestivo, y de menor frecuencia son el del pulmón y el de mama.

En Inglaterra se ha elevado el número de pacientes con cáncer en el pulmón, le sigue el del aparato digestivo y vejiga.

En los países Escandinavos, el cáncer del aparato digestivo ocupa un primer plano, le sigue el de cuello uterino.

En Japón país donde el cáncer gástrico ocupa el primer lugar, en segundo lugar de frecuencia se encuentra el cáncer de mama.

En la India y Tailandia, el cáncer más frecuente es el de la boca y orofaringe, le sigue el cáncer cervico-uterino y el cáncer corial.

En Australia, las encuestas realizadas señalan a el cáncer de la piel como predominante no quedando atras el del pene y pulmón.

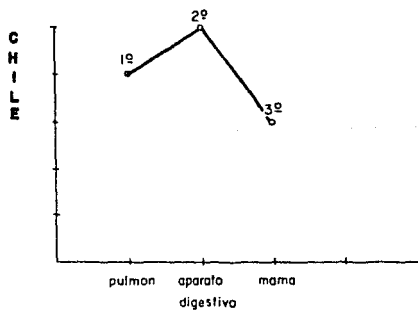
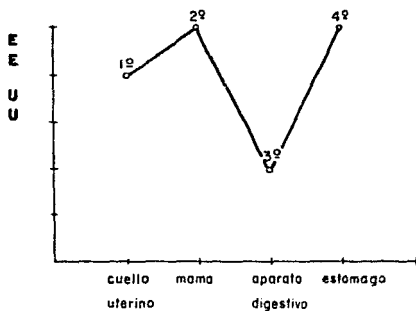
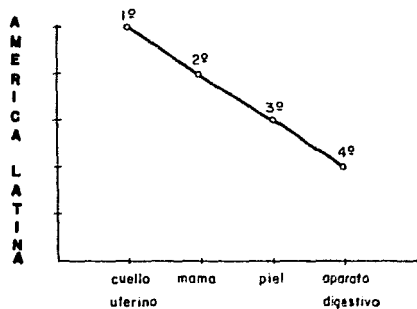
En Egipto y países cercanos, el cáncer de vejiga y cuello uterino, aunque no en frecuencia elevada.

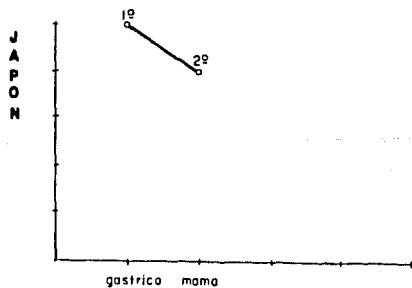
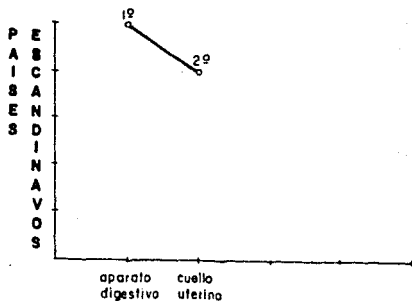
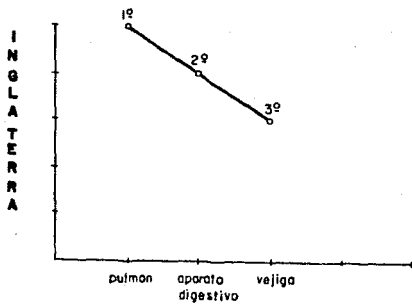
En Indonnesia, se refiere el cáncer corial como número uno, continuando en segundo lugar el cáncer de mama y en tercer lugar el del aparato digestivo.

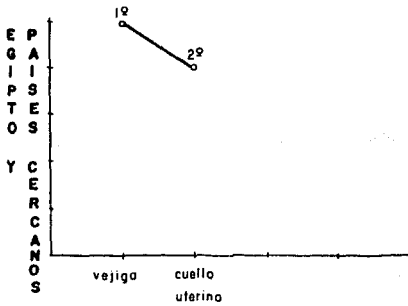
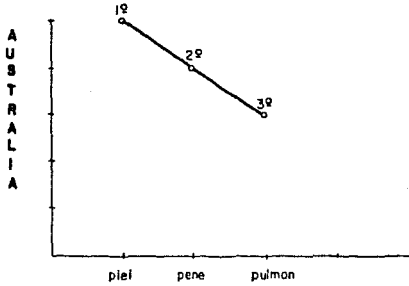
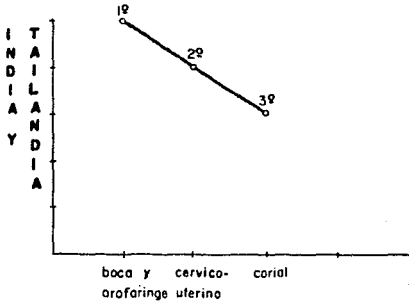
En países del Africa del Sur, el cáncer del hígado y cuello uterino ocupan el primero y segundo lugar respectivamente le sigue el del pene y piel.

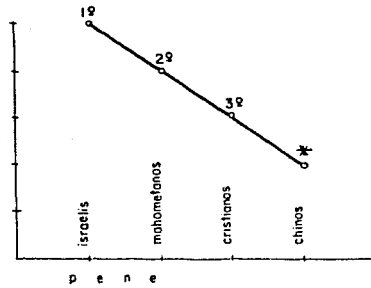
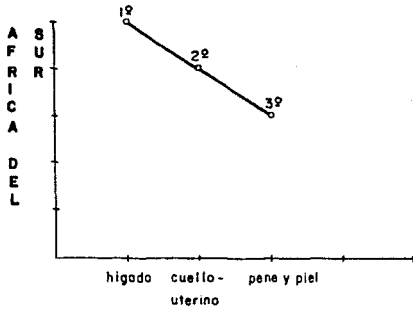
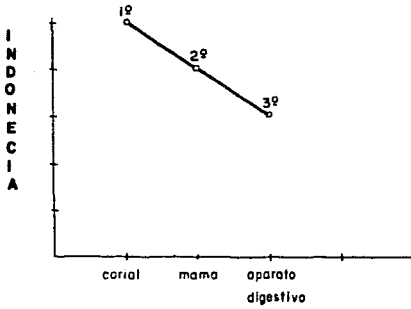
El cáncer del pene, se observa en países donde la circuncisión se realiza tempranamente (Isrrailies, Mahometanos y -- Cristianos), China presenta en menor número este cáncer.

ESTADISTICAS DE CANCER EN DIFERENTES PAISES









* China presenta en menor porcentaje este cáncer

IV. ASPECTO GENERAL DEL CANCER BUCAL.

No todas las variedades de los tumores malignos progresan o destruyen los tejidos con la misma rapidez; es decir, - en cada organo, tejido o región se presentan y distinguen diferentes grados de malignidad. Existen grados progresivos en las neoplasias malignas que afectan el mismo tejido del mismo organo; hay tumores malignos de crecimiento lento, otros de - invasión rapidísima, de evolución continua y debastadora, dando lugar a pensar de su malignidad elevada, pero por fortuna los tumores de desarrollo rápido e incurable son raros en la boca.

Según Broders clasifica en cuatro grados la malignidad - histológica de los tumores malignos y que son:

- 1o. Las células diferenciadas es de 75 por 100
- 2o. " " " " 50 a 75 por 100
- 3o. " " " " 25 a 50 por 100
- 4o. " " " " 0 a 25 por 100

Sin embargo se prefiere la clasificación que los designa como sigue:

- 1.- Células bien diferenciadas.
- 2.- Células indiferenciadas.
- 3.- Células parcialmente diferenciadas.

En una forma general se puede establecer una relación de

los distintos lugares donde ocurre con mayor rapidez el desarrollo cancerígeno, ocasionado por carcinoma epidermoide, --- cuando más maligno es el tumor mayor es la rapidez con que -- crece y produce metástasis destruyendo tejidos sanos, al desa llarse hacia la parte posterior de la cavidad bucal, el grado de malignidad aumenta, siendo más severo y de mayor maligni-- dad; en labios, lengua y piso de boca, no así en paladar duro donde es de menor malignidad de igual manera el paladar blan-- do, encía inferior y mejilla.

En la parte posterior de la boca, los tumores que ocupan esa zona con una evolución rápida y más destructiva, producen metástasis de mayor malignidad y tienen un pronóstico. La evo lución y desarrollo de un cáncer bucal están unidos desde el momento que se presenta el paciente ante el Odontólogo de ahí parte un tiempo de observación para la importancia del diag-- nóstico precoz.

Cuando el paciente observa o nota por primera vez una le sión en su boca no acudiendo al Médico u Odontólogo en busca de atención, se ha perdido un tiempo precioso, no sucediendo en pacientes bien informados que suelen actuar pronto, presen tando una lesión para un diagnóstico precoz. Sin embargo, es-- to no suele suceder con frecuencia en cualquier tipo de le--- sión, la ignorancia, el miedo y razones económicas dan lugar a un diagnóstico tardío, en el que desgraciadamente en ocasio

nes ya no hay curación posible.

El paciente que sospecha de una lesión cancerígena y se presenta rápidamente al Médico u Odontólogo y el retraso de atención adecuada es por ausencia de ética profesional trae consecuencias trágicas, cuando se le da tratamiento de una simple lesión como:

- 1.- Enjuagues bucales de diferentes tipos.
- 2.- Aplicaciones tópicas sumamente variables como: anti-sépticos sencillos hasta caústicos.
- 3.- Modificación de dientes fracturados y prótesis mal ajustadas a los que se les atribuye el problema sin sospechar que las lesiones sean de origen canceroso.
- 4.- Dedicación a observaciones de 1 a 2 semanas, donde el tiempo es importante.
- 5.- Extracciones de uno o más dientes, sin sospechar la presencia de cáncer que se ha desarrollado alrededor de éstos.
- 6.- Biopsia mal manejada con un resultado negativo y una falsa sensación de seguridad al desechar la posible malignidad.
- 7.- Extirpación quirúrgica defectuosa; hechas sin estudio anatomopatológico del tejido, en este caso por que la lesión es pequeña confundiendo con un tumor benigno sin mucha importancia.

8.- Punción de una lesión primaria que puede semejar un simple absceso o bien un transtorno inflamatorio supurado.

9.- Pruebas terapéuticas de distintos tipos, ciertos cánceres han recibido tratamiento de Sífilis o incluso de Angina de Vincent, prolongando este tratamiento - por meses y lógicamente sin ningún resultado positivo.

10.- Tratamiento conservador de leucoplasia, que ha sufrido degeneración maligna no reconocida.

Un cáncer pequeño de 1 cm. puede no considerarse como -- tal, algunos de los cánceres menores se encuentran entre los tumores de crecimiento más rápido y de tratamiento difícil, - nunca una lesión que ante la vista del Odontólogo sea pequeña no debe descartarse la posibilidad de un cáncer ya que es claro clínicamente un cáncer pequeño (1 cm.), puede originar metástasis muy peligrosas en cualquier zona de la cavidad bucal donde se localice, llevándonos a una actitud de expectación.- Así como un cáncer de 2.5 cm. de diámetro puede resultar fá-- cil de tratar en cuanto al aspecto macro y microscópico, aún-- cuando estas lesiones son muy similares.

Hay ocasiones que el paciente recuerda perfectamente el día que apareció la lesión; en cáncer de la boca es una enfer-- medad incidiosa que al iniciarse es indolora impidiendo la --

asistencia del paciente al Cirujano Dentista, lo cual es muy importante ya que el paciente no presenta dolor provocando un diagnóstico erróneo. Lo contrario a otras enfermedades en boca que son algunas veces muy dolorosas, citando como ejemplo el Herpes el cual es sintomático. Pero cabe mencionar que los síntomas ayudan a formarse una impresión general, pero no se establece el diagnóstico.

En ocasiones un cáncer primario puede ser parte del cuadro de un cáncer avanzado incluso las metástasis ya empiezan a producirse. Conforme avanza el cáncer hacia la parte posterior de la cavidad bucal (medio húmedo y aséptico), llegando a faringe se hace cada vez más incidioso, de esta manera podemos afirmar que es raro encontrar cánceres pequeños en regiones posteriores de boca, también es raro que una lesión local de paladar blando, amígdalas, base de lengua o faringe llame la atención del paciente al inicio de este, y muchas veces ya ocurrieron metástasis cervicales, con cierta frecuencia el primer signo que menciona el paciente es un ganglio crecido en el cuello, el cual debe ser estudiado de inmediato no descartando un cáncer primario, en general es fácil localizar este cáncer primario a nivel de amígdalas, base de lengua, hipofaringe en ocasiones el paciente se queja de dolor a nivel de la garganta, con cambio de voz, cuando el cáncer llega a atacar las amígdalas o el paladar blando se llega a confundir --

con un absceso o una angina de Vincent.

Un cáncer bucal puede presentarse como una excrecencia - tisular chica de aspecto cartoso, una placa berrugosa o plana o bien una úlcera infiltrada, casi siempre hay endurecimiento incluso en las lesiones pequeñas, signo de una lesión cancero sa, hay pérdida de flexibilidad y elasticidad, la lesión cuan do no es tratado eficientemente, siendo únicamente con medicacio nes ajenos al cáncer naturalmente ésta no cede, hay induracio n como característica principal, al hacer la exploración - con los dedos se nota una masa sólida, pero cuando existen du das acerca de la naturaleza de la lesión es conveniente solici tar la biopsia. Al aumentar de tamaño un cáncer son más nota bles los síntomas, hay dolor general en la boca, siendo más bien una molestia que el dolor verdadero, la impresión inici al es que semeja un nódulo o una úlcera inofensiva, en ésto hay variaciones de un día a otro; el paciente espera una curaci o n por medidas locales y finalmente a los seis meses muestra una lesión que ha persistido, casi siempre en esta etapa el diagnóstico es evidente.

Un cáncer bucal de un tamaño medio varía de 3.15 cm. de diámetro existe casi siempre una úlcera superficial con dureza característica, incluso hay úlceras necróticas de límites y bordes duros que puede sangrar fácilmente a la exploración. Es frecuente que el cáncer se acompañe de una leucoplasia, --

confundiendo al odontólogo, afirmando que esta es la única le si ón pre sen te. Al evolucionar un cáncer es de esperarse una infiltración cada vez más profunda; aparecen úlceras, hay necrosis de tejidos blandos, duros y tejidos vecinos con infección, ocasionalmente se encuentran afectados los dos maxilares, llega a extenderse de modo tal que impide la deglución, el dolor aumenta cada vez más, en esta etapa es cuando se manifiesta totalmente el cáncer.

Los cánceres bucales presentan clínicamente focos comunes, de acuerdo en los sitios en los que se presentan dentro de la cavidad bucal, las metástasis cervicales sólo se presen tan después de cierto tiempo de la evolución del cáncer, y la posibilidad de curación disminuye en forma desalentadora; estas metástasis alcanzan un gran tamaño presionando nervios u otras estructuras ocasionando Síndrome de Horner, puede así presentarse el edema de la cara y cuello. El carcinoma de células basales presenta bordes elevados, nodulosos y brillantes, con el centro deprimido, en la lesión que afecta el ala de la nariz hay aspecto perlado.

Cuando el paciente de edad media o avanzada, al notar el progreso del cáncer envejecen cada vez más se preocupan menos por su aspecto y hábitos, dejando escapar los alimentos de la boca, arroja o deja escurrir un líquido viscoso en esta etapa el tratamiento es casi inútil, el dolor es cada vez más inten

so en lengua, piso de boca, maxilares, garganta, oreja, etc. En casos de cáncer de lengua esta suele hacerse más dura e -- incluso perder su movilidad llegando a hacerse la amputación-- expontánea de la misma, al abarcar zonas más profundas se pro-- ducen hemorragias excesivas, hay anemia, debilidad, mal nutri-- ción ocasionando la muerte por diversas causas asociadas al -- cáncer.

V. ETIOLOGIA DE CANCER BUCAL

Mucho se ha hablado de las posibles causas que originan un cáncer, por su malignidad y su naturaleza aún no definida, por los sufrimientos que casi siempre determina y la mortalidad --- que causa cuando se le abandona así mismo o por su tratamiento-inadecuado. Sabemos que el cáncer es una alteración celular -- que puede presentarse en el hombre, el cual no presenta inmunidad a dicho padecimiento.

Entre los factores etiológicos responsables del cáncer bucal, pueden citarse de tal manera que al irlos mencionando nos daremos cuenta, que directamente no se les acredita como causas principales, pero si como factores desencadenantes, cada -- uno de ellos vienen a corroborar un antecedente predisponente - del cáncer bucal.

Desconocemos el mecanismo en el cual las células adoptan - "bruscamente" características malignas y admitimos desconocer - la o las causas profundas que lo originan. Al hacer un interrogatorio al enfermo, descubrimos un panorama donde se exponen -- hábitos a los que indirectamente se les cree responsables de la presencia del cáncer bucal tales como:

- A) Irritación Crónica.
- B) Tabaquismo.
- C) Rayos Solares.
- D) Sífilis.

- E) Leucoplásia.
- F) Factores Dentales.
- G) Factores Socioeconómicos.
- H) Factores Cancerígenos.
- I) Deficiencias.
- J) Factores Protectores.
- K) La Edad.

A) Irritación Crónica.- Es sabido que la irritación crónica debida a una anomalía de larga duración puede terminar en carcinoma. de hecho varios tipos de irritación contribuyen a producir lesiones cancerosas o precancerosas en la piel, en los labios y mucosa oral. La dermatitis es un factor que puede dar paso a la iniciación del cáncer bucal. Mencionaremos específicamente los agentes causantes tales como:

Alergias por contacto, ocupacional, venenata, por detergentes, grasas, aceites, cetonas, disolventes, ciclohexano, derivados del cloro, ésteres,, hidrocarburos, mercurio, parche adhesivo, queratolíticos, yodo, drogas, sustancias químicas, ácidos, alcalis cáustico, por alimentos; carne, frutas, leche, pescado etc., por plantas; primula, rhus diversiloba, rhus radicans, rhus toxico, diudrón (hiedra venenosa), rhus venenata (zumaque) senecio jacoboea (senecio o ambrosia), alergias por polen otros agentes específicos tales como; colorantes, cosméticos, frío atmosférico, pañales (dermatitis de Jacket), pie-

les (excluye alergias a pelos, escamas de animales y polvo).

B) Tabaquismo.- Es una variedad de irritación crónica que es capaz de desencadenar fenómenos cáncerosos precancerosos o ambos. Se ha visto cáncer en personas que acostumbran masticar el tabaco localizándose principalmente en el surco gingivobulbar, donde se deposita el producto. En algunas regiones de -- oriente es costumbre extendida entre varones principalmente masticar nuez de betel de la cuál se acepta que es agente cancerígeno, pero para que ésto suceda deberá mezclarse con tabaco y la alimentación sea deficiente. A hora bien el fumador de más de 20 cigarrillos al día puede tomarse dicho hábito en cuenta en la presencia del cáncer, ya que hay pruebas convenientes de que un contacto prolongado del tabaco con la mucosa oral dan -- lugar a una leucoplasia y de ahí a un cáncer, principalmente en individuos sensibles, también es casi seguro que el humo del tabaco estimula directamente el desarrollo de las lesiones malignas. Se conocen casos que dependen en forma directa del humo del tabaco, en especial el cigarro puro, hemos dicho que el fumar tiene por consecuencia una leucoplasia que debe considerarse como una lesión precancerosa de gran peligro, es recomendable cuando se sospeche de una irritación crónica, leucoplasia, o tumor maligno, evitar el uso del tabaco. El cáncer de la boca ocasionado por pipa de arcilla es subsecuente de irritación, -- así mismo el uso excesivo de alcohol.

C) Rayos Solares.- Es otra forma de irritación crónica que se presenta por una excesiva exposición al sol y que es una alta frecuencia de presencia de cáncer en labios y piel, principalmente en campesinos, granjeros, leñadores, marineros, vacacionistas, algunos autores opinan que en el labio inferior prominente o grueso puede intervenir en la etiología del cáncer - específicamente por presentar menos protección a los rayos solares y calor atmosférico.

D) Sífilis.- Uno de los principales factores relacionados con el cáncer bucal es la sífilis, ocasionándolo principalmente en labios, lengua, piso de boca y superficie bucal, la sífilis es una enfermedad que se adquiere por contagio directo producida por la Espiroqueta Palidum, es una enfermedad de la cual dentro de condiciones de higiene absoluta se presta para el desarrollo del cáncer. Es evidente que no hay que pensar en la sífilis al diagnosticar una lesión bucal, hacerlo así disminuye las posibilidades de curación, el cáncer es lo primero que debemos tomar en cuenta. En lesiones sífilíticas linguales con leucoplasias extensas no es suficiente una biopsia; serán necesarias varias antes de poder asegurar con certeza de que no se ha iniciado la degeneración maligna.

E) Leucoplasia.- Es un proceso de caracteres clínicos bastante variable, en los que probablemente interviene el tipo de estímulo que produce la lesión, la predisposición tisular --

F) Factores Dentales.- Entre estos factores podemos considerar la irritación ocasionada por dientes rotos, agudos o cariados, prótesis mal ajustadas, coronas y obturaciones y sepsis bucal agregando a esto una higiene bucal defectuosa o ausente - ya que la higiene bucal es medida profiláctica y anticancerosa. Cuando la irritación es grande o extensa, no sólo con corregirlas prótesis o extraer la pieza dental se solucionará el problema, hay que tratar el caso como lesión precancerosa tomando las medidas necesarias, dependiendo de la extensión de la irritación. Algunas veces el cáncer se está desarrollando en el cuello mismo o al rededor de la pieza que será extraída y que sin un estudio minucioso éste pasará inadvertido.

G) Factores Socioeconómicos.- Varios investigadores en el mundo han observado un aumento progresivo de mortalidad por cáncer en grupos socioeconómicos de bajo nivel; este aumento se refiere a cáncer de labios, lengua y parótida. En general las cifras de mortalidad que indican los resultados elevados en trabajadores no especializados, no incluyen tan ampliamente a miembros de una situación económica elevada, cada grupo socioeconómico presenta causas predisponentes que requieren mayor esfuerzo educacional respecto a detección del cáncer. Una campaña - - - también reforzada y entrenada para cualquier nivel socioeconómico. Disminuirá la tardanza para el diagnóstico y el tratamiento precoz.

H) Factores Cancerígenos.- Hace mucho tiempo se enfocó la atención a nivel de laboratorio, en el papel de varios agentes externos, conocidos como cancerígenos, químicos y de los rayos X o de radio en la etiología de los tumores. Las radiaciones ionizantes se pueden considerar como desencadenantes de la presencia de cáncer, principalmente en personas que trabajan recibiendo radiaciones (gabinetes radiológicos, laboratorios de radioisotopos, instalaciones de energía nuclear etc.), también se puede desarrollar en personas que recibieron una sola vez radiaciones en forma intensa; no sólo puede determinar la aparición de cánceres locales o regionales, sino también producir leucemias o tumores linfoides, es decir cánceres sistémicos. - Algunos de los agentes de mayor importancia de los que se sabe ahora que pueden producir cáncer en el hombre son; el arsénico, alquitrán, brea, parafina sin refinar, petróleo crudo y sus derivados, benceno, colorantes de anilina, rayos X, radiaciones de radio, rayos ultravioleta, etc.

I) Deficiencias.- Se puede considerar como agente causante a las deficiencias nutricionales, las cuales repercuten de manera decisiva en individuos con anemia, avitaminosis, aclorhidria, disfagia crónica y atrofia de la mucosa bucal y de la faringe.

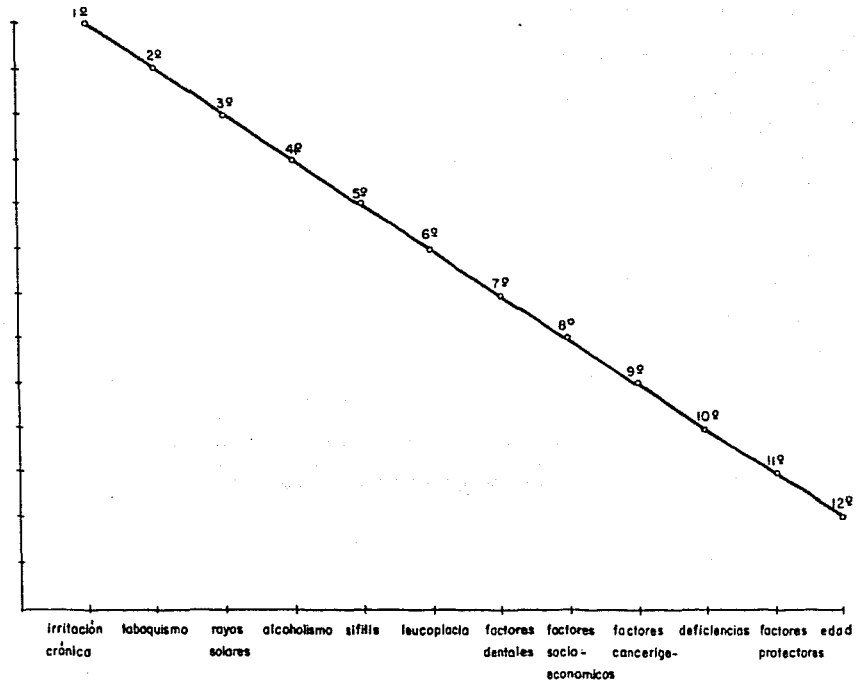
J) Factores Protectores.- La irritación crónica como ya se dijo no produce por sí sola el cáncer; un individuo con bajo índice de protección puede sufrir con más facilidad un cán-

cer, frente a una irritación relativamente breve; también podemos decir que se consideran como posible causa, los factores de tipo hormonal. Las cicatrices hipertróficas y frecuentemente consecutivas a quemaduras son sitios favorables a la aparición del cáncer.

K) La Edad.- Podemos considerar como otro factor importante en el estudio de la etiología de los cánceres a la edad; las estadísticas de mortalidad de cáncer confirman que se observa mayor número de cancerosos en personas después de los 50 y 60 años aún cuando se ha presentado en niños y adolescentes.

Todos estos factores se agrupan bajo el nombre de irritación y se considera que ya sean de naturaleza mecánica, física, química o biológica, son capaces de conducir directa o indirectamente a la cancerización de los tejidos.

GRAFICA DE LA ETIOLOGIA DE CANCER ORAL POR FRECUENCIA



VI HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un factor muy importante en el diagnóstico Odontológico. No basta que el Odontólogo, haya aprendido a reconocer clínicamente unas cuantas enfermedades, es necesario que también haya estudiado un gran número de pacientes, durante un período más o menos largo, y que esté habituado a escribir la anamnesia de todos y cada uno de los enfermos. Esto le servirá no sólo para estudiar debidamente el caso, sino también para determinar los errores del diagnóstico, nunca debe confiarse a la memoria, es necesario escribir en una hoja clínica todos los datos y hallazgos importantes que durante el estudio y observación se descubran.

La historia clínica constituye en general un paso fundamentalmente importante que durante el estudio se haga para llegar a el diagnóstico, que bien puede tratarse de una lesión maligna en cavidad oral. Es evidente que una historia clínica perfectamente realizada desempeña un papel muy importante, pero también debemos comprender bien sus limitaciones.

Al hacer la historia clínica completa, de aquellos pacientes, debemos tomar en cuenta estos tres principios de la diagnosis.

Una vez delineada la esfera del diagnóstico Odontológico, conviene estudiar todos los diversos elementos que constituyen la diagnosis. Tres son los principios fundamentales en que des

cansa el diagnóstico correcto de hecho en cualquier tipo de enfermedad:

1.- LA TECNICA. esta incluye la recopilación sistemática de los diversos datos clínicos y hallazgos de laboratorio de este último hablaremos más adelante, y que son indispensables para el estudio de la enfermedad. Es el procedimiento correcto, preciso y que debe seguirse, al hacer la historia clínica.

2.- LA CLINICA. Abarca el exámen y el estudio minucioso y sistemático de la boca en particular y del organismo en general, con el objeto de conocer su estado físico. La clínica es el auxiliar del Odontólogo, para formarse un juicio más o menos exacto de la enfermedad.

3.- LA EXPERIENCIA Y LA HABILIDAD. Incluye no sólo la experiencia adquirida en la práctica y en la observación constante de las enfermedades de la boca, sino también los conocimientos teóricos adquiridos en las aulas acerca de las ciencias médicas y biológicas, que son la base de la Odontología Científica, el criterio y la capacidad mental del Odontólogo forman parte de ella.

La exactitud del diagnóstico está subordinada a estos tres principios fundamentales. Cuando más completos sean los datos obtenidos con la técnica y con la clínica más precisa, será la determinación del estudio físico del paciente y más exacto el diagnóstico.

El diagnóstico correcto depende de la exactitud de los -- hallazgos clínicos, es preciso considerarlo como un problema -- clínico. Cada enfermedad constituye por sí sola un problema -- distinto. La ciencia tiene como mira la clasificación del cono cimiento humano.

Para estudiar el diagnóstico de manera científica, es necesario clasificar los diversos problemas clínicos, con el obje- to de simplificar la labor del Odontólogo y hacer del diagnósti- co un procedimiento ordenado y sistemático.

HISTORIA CLINICA

I.- FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

- a).- Nombre
- b).- Edad
- c).- Sexo
- d).- Raza
- e).- Ocupación
- f).- Estado Civil
- g).- Domicilio
- h).- Nacionalidad
- i).- Teléfono

DIRECTO (la persona que -
se esta atendiendo)

2.- INTERROGATORIO:

INDIRECTO (a un familiar-
cuándo se es me
nor de edad)

INDIRECTA (a simple vista

3.- EXPLORACION FISICA:

ARMADA (percusión, auscul-
tación, explora - -
ción)

4.- ANTECEDENTES FAMILIARES: (consanguineos)

- a).- Lugar que ocupa en el ramo familiar.

b).- Estado de salud; de los padres, hermanos, etc.

1.- Enfermedades actuales

2.- Enfermedades anteriores

3.- Amígdalas.

4.- Tórax

5.- Senos nasales accesorios

6.- Ojos

7.- Oídos

8.- Nariz

9.- Corazón

10.- Pulmones

11.- Diabetes

12.- Hemofilia

13.- Enfermedades venéreas

14.- Condiciones mentales y nerviosas

5.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

a).- Filmicos T.B.

b).- Alergia

c).- Diatesicos (Diabetes)

d).- Lueticos (Sifilis)

e).- Tipo sanguíneo, si ha habido transfusiones sanguíneas, Intervenciones quirúrgicas, traumáticas etc.

f).- Enfermedades propias de la infancia.

6.- ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS:

- a).- Tabaquismo
- b).- Etilismo (Alcoholismo)
- c).- Higiene personal
- d).- Salubridad e higiene (Aereación de la vivienda)
- e).- Comida valanceada en cantidad y calidad (Grasas, proteínas, lípidos)
- f).- Comida no valanceada en calidad y cantidad
- g).- Vacunas D.P.T. (Difteria, Tosferina. Tetanos)
- h).- Vacunas antipolio

7.- PADECIMIENTO ACTUAL: (Preguntar)

- a).- Que le duele
- b).- Como le duele
- c).- Con que le duele
- e).- Duración del dolor
- f).- Frecuencia del dolor
- g).- Intervalos del dolor
- h).- Es espontaneo o probocado
- i).- Cuando le duele coincide con alguna posición por ejemplo; al acostarse, al levantarse, por la mañana o bien por la noche etc.

8.- APARATOS Y SISTEMAS:

- a).- DIGESTIVO; desde boca, salivación normal, sialorrea, hematemesis, labios, encías, dientes, lengua, carrillo, pala--

dar, maxilar y mandíbula, piso de boca, senos maxilares, ganglios linfáticos, cara, amígdalas higiene. DIENTES; caries, -- abrasión, erosión, oclusión movilidad, enfermedades de la pulpa, coronas fracturadas, raíces, dientes sin pulpa, lesiones - periapicales fistulas, sarro, periodontosis, anormalidades. - ESOFAGO; anomia esofático (sensación de que se atora al tragar por estrechamiento), ya que puede consistir la presencia de un tumor cancerígeno. ESTOMAGO; Sensación de agruras antes de ingerir alimentos, sensación de ardor, úlcera gástrica, dolor abdominal, agrandamiento del estómago, etc., INTESTINOS: Defecación continúa, consistencia de la misma, frecuencia de evacuación, color, olor, melena (salida de sangre negruzca intestinal por el ano), hematoquesis (salida de sangre por el ano - y que es de color rojo).

b).- APARATO CARDIOVASCULAR: Dolor, disnea de pequeños -- y grandes esfuerzos, si hay inflamación de parpado y pies por la mañana, taquicardia.

c).- APARATO RESPIRATORIO: Si hay tos con o sin expectoración muco-purulenta, si al acostarse hay dificultad al respirar o bien con el ejercicio se presenta la dificultad de respirar, al subir o bajar escaleras.

d).- SISTEMA NERVIOSO: Paciente con estado emocional alterado, si presenta parálisis en algunas partes del cuerpo, parestesia (parálisis incompleta).

e).- APARATO GENITO URINARIO: Micción (orinar) cuantas veces al día, olor, color, salida de sangre antes o después o combinación de ambas, prostatitis (inflamación de la prostata), pujo (sensación de querer seguir evacuando), tenesmo (insatisfacción de la orina).

9.- TALLA DEL PACIENTE:

- a).- Alto arriba de 1.70 mt.
- b).- Mediano 1.65 mt.
- c).- Bajo menos de 1.60 mt.

10.- CONSTITUCION:

- a).- Gruesa
- b).- Gordo
- c).- Mediano
- d).- Delgado

11.- CONFORMACION:

- a).- Bien o mal conformado
- c).- Estético o no estético

12.- ACTITUD:

- a).- Local
- b).- General
- c).- Libremente escogida
- d).- Libremente forzada

13.- MARCHA:

- a).- Si es normal se coloca no característica

b).- Si tubo alguna fractura (claudicante) referida según del miembro inferior de que se trate o ambos.

14.- MOVIMIENTOS ANORMALES:

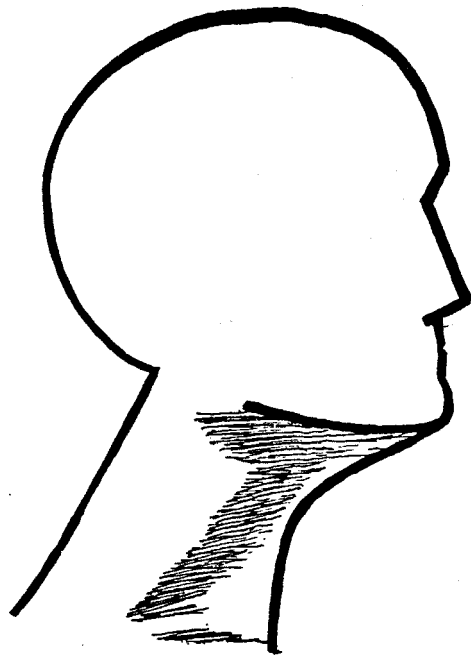
a).- Tics; psicomáticos generalmente de la cara

b).- Movimientos coreicos; sólo en estado de conciencia, -
cuándo esta dormido manifiesta estas convulsiones.

c).- Convulsiones; Tónicas (cuándo son rápidos)
Crónicas (prolongados)

ESQUEMAS PARA SITUAR TUMOR Y REPRODUCCION DE METASTASIS

46



VII CANCER DE LABIO

La frecuencia del cáncer en labio ocupa un primer plano en relación a las otras estructuras de la cavidad oral, según la teoría de diferentes autores (Zagarelli, Kutsscher, Hyman, Lester Burket), refieren esta frecuencia, principalmente en el labio inferior (95 por 100). El hombre es más afectado que la mujer (90 - 98 por 100) y casi siempre es el labio inferior a nivel del vermillion, aunque la lesión se puede presentar en cualquier zona del labio inferior, superior o ambos, también se puede presentar en la unión de los tercios medios, frenillo y mucoza del labio y comisura de labio.

Los labios están cubiertos por un tipo de piel modificada que presenta una transición entre la piel de la superficie del cuerpo y el de la mucosa bucal, la lesión presenta el aspecto de una úlcera verrugosa o escamosa y es más frecuente en individuos de piel clara que en los de piel oscura, puede presentar una área escamosa blanquesina contra la superficie rosa, y que no demuestra tendencia a curarse, sino que aumenta lentamente, sugiriendo la posibilidad de cáncer, la costra puede hacerse más gruesa formando a veces una masa callosa o puede dar lugar a una úlcera rodeada o delimitada por un borde grueso, sin embargo algunas veces las células en crecimiento, apilan una capa sobre otra, después una masa de tejido sobresale de la piel del labio semejando una verruga o teniendo una superficie carnosa -

irregular o granulada, las masas celulares pueden crecer hacia adentro, sin alterar la superficie libre del labio, pero produciendo un engrosamiento.

Los carcinomas labiales se descubren tempranamente, y al momento del tratamiento, sólo un pequeño porcentaje presentan metástasis a ganglios regionales linfáticos, o bien pueden incluso metastatizar los ganglios submandibulares y submentonianos, generalmente suelen durar en la zona hasta 10 años, en el labio una lesión pequeña de aspecto escamoso con presencia de una fisura, no teniendo experiencia esto parecería una simple lesión inofensiva y muchas veces el retraso de unas semanas en la decisión definitiva para el diagnóstico y tratamiento, puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

Sus causas son debidas generalmente a irritación crónica, tales como fumar en demasia o bien una defectuosa oclusión de los dientes anteriores e incluso una exagerada exposición a los rayos solares. El tratamiento de elección para un cáncer es la intervención quirúrgica, la exsición de los tumores labiales, produce un elevado porcentaje de curaciones.

El carcinoma de células fusiformes, constituye una variante del carcinoma de células escamosas y habitualmente aparece en los labios.

El adenocarcinoma, es otra de las variantes de las células escamosas, suele presentarse en varones de edad avanzada y en in :

dividuos de raza blanca, afectando principalmente a los labios y preferentemente al labio inferior.

El melanoma maligno, es raro, y los pocos pacientes que lo presentan son de una edad promedio de 50 años, el hombre lo llega a presentar más que la mujer, aunque su localización es principalmente en el paladar duro, lo encontramos también en el labio inferior.

VIII CANCER DE LENGUA

El cáncer de la lengua ocupa un segundo sitio en la frecuencia de cáncer bucal, pero podemos decir que de todos los cánceres de la cavidad oral es el de mayor malignidad, aparece más comúnmente en los bordes rara vez en dorso de la lengua, base de lengua, foramen caecum de las papilas circunvaladas, filiformes y linguales, en la punta de la lengua, en la cara ventral y frenillo lingual.

El carcinoma lingual ejerce como en todos los tumores de esta naturaleza, una influencia etiológica evidente, ataca a los individuos de más de 50 años, en casos muy raros a los 30 años. Es más frecuente en el hombre que en la mujer en una proporción de 6 a 4 por 100 respectivamente.

El paciente presenta una irritación en la lengua, y como antecedente, una o dos semanas antes se le extrajo un diente cariado, creyendo que con esto desaparecería la lesión, las molestias con la masticación y deglución se hacen más intensas, al presentarse ante el Médico u Odontólogo, muestra una ulceración indura en forma de cráter, abarca la cara lateral de la lengua, piso de boca y la apófisis alveolar, en estos casos el paciente suele ser gran fumador de pipa principalmente, Más de la mitad de los enfermos tienen lesiones tanto en lengua como en el piso de la boca, el tercio posterior de la lengua se afecta con mayor frecuencia que el tercio medio y anterior.

Siempre se trata de un carcinoma de células escamosas, el 95 - por 100 corresponde casi siempre al grupo correspondiente de - histólogicamente al grado I o II de malignidad (clasificación de Broders), las lesiones de la base de la lengua son muy malignas, crecen rápidamente y dan metástasis muy difundidas. En el momento de estudiar al paciente, los síntomas han estado -- presentes hasta 4 años, y la duración media de los síntomas es de 12 a 18 meses, la lesión más pequeña mide 1 cm y habitualmente están entre 3 y 4 cm. de diámetro. La frecuencia de las metástasis en enfermos de primera consulta va desde el 31 por 100 en el tercio medio de la lengua y en un 68 por 100 en base de lengua y piso de la boca. La tendencia a dar metástasis, es el factor más aislado e importante para determinar el desenlace de la enfermedad, ya que tiene un efecto importante sobre -- la supervivencia y la curación aparente. Se acepta que las - - metástasis, permanecen confinadas en los ganglios linfáticos - cervicales en casi el 90 por 100 de todos los enfermos.

Clinicamente el cáncer de lengua es un epiteloma pavimen- toso lobulado o tubulado, generalmente a nivel del vertice de las papilas, y también por el surco interpapilar, dando origen a dos tipos, clinicamente que son:

Epiteloma Superficial o Papilar es el tipo habitual de - epiteloma leucoplásico, se presenta como una placa más o me- nos extensa regular y dura que se agrieta espontáneamente o --

por el frotamiento constante contra los dientes, las grietas, son el punto de partida de la ulceración cancerosa, crece en la superficie y en todos sentidos, pero muy poco en profundidad.

Epitelioma Profundo o Intersticial, es más raro, forma un tumor duro de forma redonda no se úlcera, sino tardíamente, pero pierde su movilidad desde el principio y se hace adherente a los músculos, los cuáles se dejan invadir fácilmente y el neoplasma crece bajo mucosa sana. El epitelioma profundo tiene tendencia marcada a quedar unilateral y no franquear la línea media. Los puntos de elección de este neoplasma; son la parte media de los bordes y la base de la lengua, en las cercanías del surco glosomigdalítico. En el carcinoma de la base de la lengua hay:

A).- Glositis Atrofica

B).- Glositis Intersticial

C).- Leucoplasia Verrugosa

E).- Degeneración Maligna — En punta y cara lateral de la lengua.

Carcinoma Nodular del borde de la lengua, hay nodulos y dureza característica en esta lesión.

Epitelioma Intersticial, Se presenta como un núcleo duro perdido en el espesor normal, pero cuya movilidad se ha perdido, y a la palpación no demuestra contornos claros, en este pe

ríodo no hay dolor, sólo una ligera molestia, el enfermo se --
 muerde la lengua al hablar y sus movimientos son torpes.

• Epitelioma Superficial, en la mayoría de los casos es muy
 difícil el diagnóstico, sólo en casos en los que el micróscopio nos dice si es un tumor maligno. El mejor signo y el más --
 precoz es la transformación de una placa leucoplásica a la in-
 duración de ella, su engrosamiento lleno de irregularidades, y
 de grietas. Cuando el cáncer es evidente, aparece la ulcera-
 ción, los bordes se caracterizan perfectamente y son de color-
 blanquizco y se han úlcerado cuando el epitelioma ha invadido
 la mucosa, es que el cáncer ha llegado a un período evidente.

El borde o punta de la lengua se observa una ulceración --
 irregular de forma y dimensiones variables, de bordes duros, ri-
 gidos, gruesos y salientes da nacimiento a yemas de mal aspec-
 to, de color gris que secretan un líquido sanguinolento y fétido
 que al menor contacto sangran, las yemas neoplásicas son --
 abundantes, al grado de que la lengua no cabe en la cavidad --
 oral.

Las perturbaciones funcionales son numerosas, desde que --
 el tumor se úlceró hacen del cáncer de la lengua una afección--
 de la más grave y penosa, el dolor que provoca el contacto con
 los alimentos calientes y ácidos así como la fonación, la mas-
 ticación y la deglución llegan a ser intolerables adquiriendo--
 por la noche una agudeza marcada, el dolor se sitúa a nivel --

local y las defensas locales y generales; se sabe que la leucoplasia puede presentarse como signo de lesión precancerosa, sobre todo cuando en su etiología intervienen la sífilis, es decir la leucoplasia de la mucosa bucal se debe a causas distintas de la sífilis. La leucoplasia no luética se considera precancerosa, pero los peligros de degeneración maligna son un poco menores que el tipo luético, la hiperplasia berrugosa y los papilomas deben considerarse como precancerosos. La leucoplasia nunca deberá considerarse como proceso sin importancia, por desgracia, la degeneración maligna en la leucoplasia ha veces se produce sin cambios apreciables en el aspecto de la lesión; en otros casos, las modificaciones son tan sutiles que sólo las descubre un examen minucioso. Cuando se produce degeneración maligna de la leucoplasia es sólo una zona pequeñísima; la transición de precáncer o cáncer se manifiesta cuando se ha producido cambio macroscópico en la lesión; durante las etapas iniciales, estas alteraciones pueden ser tan ligeras que pasan inadvertidas, especialmente en leucoplasias extensas. La leucoplasia se localiza principalmente en mucosa de carrillo, borde y cara bentral de la lengua, mucosa de labios y paladar; clínicamente son manchas blanquesinas de forma y tamaño variable, que tienden a confundirse con superficies lisas o verrugosas que se fisuran o se ulceran y sobre las cuáles es muy frecuente que se desarrollen cánceres, casi siempre de tipo epidermoide.

del tumor e irradia a el oído el dolor y las molestias mecánicas del neoplásma son causas que dificultan la palabra, el grado de hacerla incomprensible, la saliva no puede ser deglutida, en cambio se secreta en exceso por que se observa un escurrimiento continuo a nivel de las comisuras, el olor es fétido percibiéndose a unos metros de distancia.

El paciente en un estado abanzado de enfermedad olvida hábitos antes practicados (El tratamiento de elección es el quirúrgico).

IX CANCER DEL PISO DE LA BOCA

El cáncer del piso de la boca, constituye el 3.5 por 100 - de los tumores malignos de la boca, el carcinoma epitelial, representa el 17 por 100 de los tumores intrabucales, es casi - siempre de naturaleza espino-celular, más frecuente en varones - que en la mujer y más allá de los 40 años, es de tipo más bien - diferenciado y ocurre en personas con antecedentes de tabaquismo o de prótesis mal ajustadas, se ha mencionado también la posibilidad de que el intento de la masticación de alimentos duros realizada careciendo de piezas dentales, constituye un factor etiológico en estos cánceres de piso de la boca. Se localizó en la zona arqueada de la mucosa entre la lengua y el maxilar, pero predomina en la porción anterior, puede aparecer en - la línea media cerca de las papilas de Wartón, también puede localizarse en la mucosa bucal, mejilla, carrillo interno, surcos bucales y vestibulo de la boca.

Los síntomas del cáncer del piso de la boca son poco notables, el enfermo relata la presencia de un nódulo pequeño o una zona dura insensible bajo la lengua y que raras veces presenta a su inicio otros síntomas que despierten la curiosidad del paciente. Al presentarse este ante el Odontólogo o Médico, ya muestra una masa rojisa dolorosa vascular cubierta por una membrana necrótica de color grisáceo, que se origina en el piso de la boca y la cresta alveolar inferior, suele presentar también -

una linfadenitis moderada, en ocasiones hay antecedentes sifilí-
ticos, se extiende rápidamente hacia la porción media y poste-
rior, y cuando se ven por primera vez ya tienen 3 o 4 cm. se --
longitud a lo largo del piso de la boca, y en dirección parale-
la al maxilar, también puede observarse como un tumor fungioso-
que paulatinamente se va adheriendo al maxilar, afectando al --
hueso, pero esto es tardío, en zona media invade a los musculos
linguales, en ocasiones cruza la linea media y ocupa el piso --
entero de la boca.

El carcinoma in-situ (epitelio escamoso), neoplasia intra-
epitelial, no tiene características invasivas, semeja una leuco-
plasia avanzada, es decir, son placas queratólicas grises o -
blancogrisáceas, tienen una superficie irregular y ligeramente-
elevada, se localiza en cualquier zona de la cavidad bucal, --
principalmente el piso de la boca, lengua, paladar y blando y -
amígdalas.

En el cáncer del piso de la boca, en su etapa final, siem-
pre hay dolor continuo, y que suele ser muy intenso, sialorrea,
dificultad al hablar y degluir, hay intensas hemorragias. Algu-
nos autores agrupan a los canceres del piso de boca y de lengua,
a causa de la invasión frecuente del tumor de la lengua al piso
de la boca y viseversa, la frecuencia de las metástasis, el tra-
tamiento y el pronóstico son practicamente iguales. Casi todos-
corresponden a la variedad epidermoide y dan metástasis a los -

ganglios linfáticos regionales, por lo menos la mitad de los --
pacientes ya presentan metástasis en el momento de hacer el pri
mer estudio clínico, o las desarrolla subsecuentemente en el cur
so de la enfermedad, las metástasis linguales presentan rara --
vez un problema clínico, de esto va a depender la duración del-
tratamiento y los resultados.

X CANCER DE LA ENCÍA (GINGIVA)

Este tipo de cáncer aparece en enfermos en cuya edad promedio es de 66 años, pero varia desde los 40 a los 80 años. Únicamente el 2 por 100 aparece en la encía superior a nivel de la línea media, la extensión al piso de la boca ocurre el 14 por 100 de todos los casos y a la mejilla o al labio en el 31 por 100, - en la tercera parte de los enfermos, ya se encuentran las metástasis en los ganglios linfáticos cervicales accesorios, puede haber invasión al borde alveolar y maxilar.

El grado histológico de malignidad de mayor a menor frecuencia; II, le sigue el III, después el IV y finalmente el I, de acuerdo a la clasificación de Broders, este cáncer es más frecuente en la mandíbula, la región molar es la parte más común a la presencia de éste. Estas lesiones nacen a veces a nivel del canino, aunque la parte anterior que corresponde a los incisivos, puede servir de asiento a un cáncer de encía, localizamos también en el reborde o cresta de la encía alveolar marginal libre, papila interdental de encía superior e inferior.

La encía ya normalmente delgada y su firme adherencia al hueso influye sobre el aspecto y conducta de las lesiones cancerosas que se desarrollan en este sitio, hay induración y el estrecho contacto con el hueso es una excusa a la invasión directa a éste.

XI CANCER DEL PALADAR

El cáncer del paladar esta representado por un carcinoma, la mayor parte se presenta en el paladar duro, después en paladar blando, bobeda palatina (cielo de boca) y en la Uvula. Se desarrolla principalmente por fumar el cigarrillo invertido, - esto sucede en países como en Panamá, donde se practica este hábito principalmente la mujer, pero también otras causas que predisponen esta enfermedad, en donde nuevamente el hombre predomina como paciente.

Las manifestaciones clínicas, hay exudado de olor fétido, después de la destrucción de la mucosa superficial, ya que los tejidos se infectan con los gérmenes constituidos en la boca. - En la gran mayoría de esta enfermedad, se observan metástasis en los ganglios linfáticos y sin embargo no van más allá del nivel de las clavículas. La muerte obedece invariablemente a causas locales, como hemorragias, obstrucción e inflamación secundaria, complicadas por la dificultad para degluir en forma apropiada, hecho que ocasiona caquexia e infecciones pulmonares, consecutivas a la inhalación de material extraño.

XII CANCER DE LA MEJILLA (MUCOSA YUGAL)

El carcinoma de la mejilla da la apariencia de un absceso y muchas veces se le trata como tal, presenta una zona rojiza e inflamada con dolor, leve a la masticación o al roce de la zona, cuando el caso es avanzado, el aspecto clínico que presenta, es una necrosis total del cachete con zonas duras y exudado purulento.

El cáncer de la mejilla es la forma anatómica más común, observada en la India. Esta estadística, se debe a una costumbre realizada en ese país, las personas que lo realizan, mantienen durante muchas horas al día una substancia irritante (compuesta por nuez de betel y tabaco), en el interior de la boca dicha combinación ha dado muestras irritación, presentando después en la mucosa yugal zonas rojizas que posteriormente al no ser tratadas dan paso al cáncer de la mejilla y el cuál puede presentar invasión a otras áreas de la boca.

XIII CANCER DE LAS SUPERFICIES BUCALES

El carcinoma de las superficies bucales, puede presentarse en cualquier lugar, desde la comisura de la boca hasta los límites posteriores, y desde el pliegue gingivo-bucal superior hasta el inferior sin embargo el origen más frecuente de los cánceres bucales de este tipo, es la línea de oclusión, en el tercio medio de la mejilla.

Las causas que le originan son entre otras, el humo del -- tabaco, así como substancias químicas tóxicas, el cáncer de la mucosa suele ulcerarse pronto, y por ello se presenta muchas veces, con aspecto de úlcera persistente y en forma de cráter, Estos aspectos clínicos, no teniendo mucha experiencia suelen confundir al Médico u Odontólogo dando tratamientos equivocados.

XIV. BIOPSIA

Con el nombre de biopsia se conoce el procedimiento usado para la extirpación de un fragmento vivo de tejido a efecto -- de realizar su estudio histopatológico, la biopsia es un procedimiento de rutina en el diagnóstico de las enfermedades de la mucosa bucal, no sólo nos permite asegurar el diagnóstico, sino que brinda especialmente en los cánceres informes sobre -- grados de diferenciación, profundidad de la infiltración, extensión de la enfermedad y dar un posible tratamiento.

El estudio histopatológico de las muestras obtenidas de una lesión sospechosa, es de enorme utilidad para el diagnóstico de la boca así como de cualquier otra parte del cuerpo en la que se localice una lesión sospechosa de ser maligna. Las biopsias, no deben reservarse a lesiones evidentemente malignas; -- por lo tanto son más útiles para descartar un tumor maligno en lesiones aparentemente sin gravedad sólo este tipo de aplicaciones permite reconocer precozmente un cáncer, compensando muchas biopsias negativas, a esto es lo que se le llama Medicina Preventiva.

En la Medicina moderna no se debe prescindir de un estudio microscopico optico, para dilucidar o confirmar diagnósticos clínicos y establecer histopatogenias sobre los diferentes mecanismos, productores de enfermedad. En otras épocas el --

diagnóstico histopatológico solamente era realizado para detectar lesiones cáncerosas, mientras que en la actualidad dicho -- estudio se hace extensivo a todo tipo de patología.

El estudio clínico histopatológico comparativo ha demostrado ser tan importante en patología que solamente tiene valor, - como cuadro clínico nosológico definido, aquellos en los que se repiten los caracteres clínico-histopatológicos. Muchas veces - un cuadro clínico puede parecerse a varias entidades nosológico; el cuadro histopatológico suele mantenerse más constante.

La sucesión de imágenes histopatológicas que establecen -- una cinematografía del proceso, se llama histopatogenia. Toda - enfermedad se desarrolla primero en niveles sub-clínicos, meta- bólicos o encimáticos, los que alterados dan lugar a una serie - de orígenes y reacciones ísticas que modifican el modelo normal de un tejido. Toda enfermedad responde a un mecanismo que res-- ponde y demuestra un cambio de la función y morfología de los - tejidos, dicha alteración se plasma en la imagen microscópica - que debe ser interpretada por el histopatólogo.

A) Técnica de Biopsia.

Cualquiera que sea la técnica de obtención del tejido enfermo, se debe tener en cuenta que el patólogo tiene que estudiar tejidos, que deben conservar su morfología, después de haber sido del paciente. Para que cumpla este requisito, el material retirado no se debe traumatizar ni comprimir con pinzas, tan poco dejar sacar sobre una gasa. El bisturí o material cortante, debe ser mantenido con buen filo y es preferible pinzar los tejidos del paciente que se preparan exportaneamente, que la pieza biopsica de la cuál podría quedar inutilizada. Una biopsia puede variar desde la obtención de una pequeña parte representativa de la lesión, hasta la extirpación de todo el tumor seguida de sierra primario o por electrocuagulación.

En general la biopsia se limita a tomar una pequeña parte del tumor, no existen contra indicaciones para ninguna biopsia, es indispensable incluir tejido sano en una buena biopsia, en casos de duda es preferible evitar las zonas más cercanas al hueso, cartilago o dientes, debe recogerse un espesor de tejido suficiente. Hay que incluir en la biopsia la parte del tumor en crecimiento más activo el cuál suele corresponder al borde de la lesión cerca del el tejido normal.

No son necesarios ambientes quirúrgicos especiales, pero si es necesario efectuar una anticepsia local con una medicación

suave, antes de extirpar el tejido se debe anesteciar la zona levemente con anestésicos de superficie (pantocaína etc.), y luego anestésicos inyectables (xilocaína etc.), se aconseja no utilizar anestésicos vasoconstrictores (a drenalina etc.), que pueden determinar una hemostasia transitoria con peligro de hemorragia posterior, cuándo el paciente se ha retirado ha su domicilio. Como anestésico de superficie se pueden utilizar a los de tipo Spray y la anestesia puede realizarse sobre troncos negviosos, en pacientes pusilánimes es conveniente medicarlos previamente con sedantes.

La biopsia puede efectuarse; con bisturí, fórceps o pinzas sacabocados, con punch rotatorio o con agujas de grueso calibre.

Con el bisturí, se pueden realizar excisiones quirúrgicas que implican la extirpación total de una lesión pequeña o incisiones quirúrgicas en las que el bisturí pasa através de la lesión para extirpar un sector de la misma.

El fórceps o pinzas sacabocados el cuál tiene forma de tijeras y de dos pequeños cilindros cortantes en su extremo libre que permiten extirpar lesiones vejetantes o úlceras localizadas en sectores posteriores de la cavidad bucal; a veces con la ayuda de una pinza de dientes de ratón se pueden hacer pliegues de la mucosa que permiten obtener fragmentos de lesiones planas -- por ejemplo en mucosa yugular.

El punch rotatorio, muy utilizado en dermatología, consis-

te en un cilindro de acero de 2 a 10 mm. de diametro que en un extremo tiene un borde circunferencial filoso. A veces el extremo opuesto tiene un vástago que se fija a un porta-punch, la rotación del punch permite obtener fragmentos cilindricos óptimos, que serán extirpados con un corte de tijeras en la base de inserción.

La extirpación con agujas de grueso calibre solamente se utilizan para obtener material profundo de tipo óseo; si este material biopsico es insuficiente para llegar a un diagnóstico histopatológico se impone una extirpación biopsica quirúrgica.

El método de esa endotermia, se requiere cierta habilidad para no carbonizar los tejidos en una biopsia pequeña. El tipo de biopsia que se realiza más a menudo es la llamada de "punción" existen instrumentos especiales para biopsias de raíz de lengua, nasofaríngeo, cavidad nasal, hipofaríngeo y laringe.

En la mayor parte de los casos la biopsia por disección al escapelo de un pequeño bloque de tejido, se emplea una pequeña hoja de bard-parker (No. 15), seguida de electrocuagulación los resultados son semejantes a cualquier otra maniobra. Cuando sea necesario debe someterse la herida a una electrocoagulación para cerrar los vasos linfáticos nunca optar por suturar.

B) Manejo de muestra biopsica.

La extracción biopsica puede ser realizada con un poco de práctica por cualquier Odontólogo o Médico, aunque muchas veces el Odóntologo puede no estar en condiciones de realizarla, si - el equipo de que dispone éste y sus contactos de laboratorio no le permiten obtener un reporte anatomopatológico en tres o cuatro días como máximo se deberá embiar al paciente con el espe- cialista.

La zona por extirpar en las biopsias puede variar de 2 a - 10 mm. de diámetro o más en las exsicciones quirúrgicas.

La muestra debe colocarse en formol al 10% inmediatamente- después de su obtensión cualquier otro método expone a perder - nuestras muestras, el alcohol se utilizará en casos específicos bastante raros aún existe el temor de hemorragias al practicar- una biopsia, con una buena técnica no se pueden producir hemo- rragias que preocupen, bastará la compresión de una gasa coloca da en el interior de la boca sobre el lecho de la zona operada, sostenida por el enfermo durante unos cuanto minutos, para que se produzca la coagulación, sólo en casos de una biopsia profun da y grande, realizada con bisturí podría producirse una hemo- rragia necesaria de cohibir si se ha interesado una arteria, - para ello suele ser suficiente la colocación de material coagu- lante en el lecho (spongostan), y compresión y de ser necesario

un punto de sutura o electrocoagulación.

El material extraído no debe ser pinzado, ni comprimido, - el cirujano es responsable directo de la muestra debe de estar seguro de que está se colocó en el fijador, tomándose las medi das conducentes al laboratorio, para su manejo macro y micrós copico, para después obtener el resultado de dicha biopsia.

C) Reporte de biopsia.

El reporte de biopsia se hace a través de un exámen histopatológico o anatomopatológico, en donde además de anotar las descripciones macroscópicas y microscópicas, se asienta el -- diagnostico definitivo de la enfermedad padecida, dicho reporte es considerado como la corroboración máxima de la enferme-- dad, lo último en está sería la autopsia.

Es indispensable un reporte rápido y debe seguirse en - - contacto con el paciente hasta obtener el reporte de la biop-- sia, para tomar las disposiciones necesarias adecuadas y defi-- nitivas o bien dar el caso por terminado. Se necesita experien-- cia para la valorización del reporte, si los cortes del primer bloque resultaron negativos y la lesión es muy sospechosa de - .ser maligna debe tomarse otra muestra biopsica, nunca debemos pedir al laboratorio que vuelva a examinar la muestra anterior.

En la descripción se hace un resumen de la vista macroscop pica, de la pieza recibida, efectuando una descripción de su -

.forma, dimensión, características tales como; color, presentación con grasa, sangre etc. Consistencia (blando, duro, etc.), - es pieza unica o fragmentada.

El aspecto microscopico de la biopsia como su nombre lo indica es através del microscopio considerando sus características, tipo de células, comparación (entre células sanas y células enfermas) haciendo la consideración de todas sus características. La imagen histopatológica es variable, están formados de diversos tipos celulares que reproducen los elementos normales de la epidemis, se encuentran células basales generalmente mayores y con núcleo más granuloso que lo normal, células espinosas las más características excepto en tumores menos diferenciados, son grandes, poligonales, con citoplasma homogéneo o con puentes intercelulares, la distribución, habitualmente es vesiculosa con un halo periférico pero puede ser verdaderamente granulosa. El tamaño es más grande que lo normal, la tinción es más variable, los núcleos son variables en su tamaño con tendencia -- a ser mayores, las membranas nucleares pueden tener contornos ligeramente irregulares por escotaduras. Ocasionalmente se ven núcleos gigantes o multiples, las figuras mitóticas son numerosas e irregulares, las células queratinizadas son acidófilas -- pueden formar globos epidermicos côneos, como masas sólidas -- que pueden semejar una paraqueratosis o mostrar cornificación unicelular. En ocasiones también se observa un núcleo pignótico

o fragmentado y citoplasma fuertemente acidófila, aveces se observan elementos con una periferia de queratina y una vacuola al rededor del núcleo, que destacan claramente en el tejido, -- también hay células claramente definidas por un halo, pero con el citoplasma vacío, otras monstruosas con variaciones en la morfología y tamaño hasta parecer gigantes con un núcleo o multiples y figuras mitósicas, atípicas, finalmente hay una periferia de células cuboides.

D) Indicaciones para técnica de biopsia.

- 1.- No inyecte anestésico local dentro del tumor
- 2.- No presione la muestra biopsica
- 3.- No tome demasiado tejido normal
- 4.- No tome tejido necrótico
- 5.- No tome tejido cercano al hueso, dientes o cartilago.
- 6.- No use pinzas de tejido
- 7.- No tome demasiado tejido
- 8.- No haga sutura hemostática
- 9.- No tome poco tejido.
- 10.- No forme colgajo
- 11.- Busque tejido en crecimiento activo
- 12.- Ponga el tejido en un buen fijador
- 13.- Combata el sangrado por electrocoagulación
- 14.- Selle los linfáticos por electrocoagulación
- 15.- Asegurece que la muestra llegue al laboratorio
- 16.- Pida un reporte rápido (24 hrs.)

XV. TRATAMIENTO.

El tratamiento utilizado contra el cáncer es principalmente la radioterapia, la intervención quirúrgica y la quimioterapia, de las cuáles las dos primeras cuando se utilizan precozmente al paciente, nos brinda resultados positivos, en los que se ha demostrado que no es sino hasta muchos años después cuando se presenta una reincidencia de dicho tumor la quimioterapia es sólo un conjunto de drogas y su misión principal es eliminar el dolor en casos donde éste sea intenso.

El tratamiento quirúrgico ha sido el medio habitual, por el que se ha intentado la curación radical de esta enfermedad, en tratamientos de cáncer en lengua se ha llegado a la amputación de ésta, más o menos amplia con vaciamiento de los ganglios correspondientes, y sin embargo el resultado no siempre es el esperado, pues solo en casos excepcionales en donde la intervención ha sido precoz logrando buenos resultados. La amputación total por vías naturales, se ha practicado y no siempre se obtienen resultados favorables, pues en su producción de metástasis, se observa a nivel de los ganglios ya sea de un lado o también del otro. Por lo que actualmente más que seguir estos medios radicales, pero de éxito dudoso se hace uso de la radioterapia.

Al practicar o iniciar el tratamiento con radiaciones, no

* siempre está indicado en la actualidad las extracciones de todos los dientes, pero si los dientes con caries (4o.), enfermedades-pulpareas lesiones periodontales, mal posiciones, deben ser extraídos antes de la irradiación, también deben ser corregidos los bordes irregulares y agudos, para una coaptación de tejido blando.

La higiene bucal es fundamental e importante durante la irradiación. Al irse intensificando las radiaciones las reacciones se producen y las molestias son tales que impiden al paciente el paso de los alimentos, obligándolo a una dieta blanda, generalmente rica en carbohidratos, produciendo de esta manera placas bacterianas de gran tamaño, en especial al ir empeorando el problema de xerostomia, el cepillado y los dentríficos los dejan de usar, debido a que las mucosas se vuelven cada vez más dolorosas, es aquí cuándo se señala la combinación del radioterapeuta y el Odontólogo, para que éste último indique las medidas necesarias de higiene bucal, durante las radiaciones ya que las caries constituyen un grave problema durante y después de la radiación, para lograr resultados óptimos de higiene se indicará; el cepillado, remoción de placas, enjuagues bucal y aplicaciones diarias de gel de fluoruro mientras haya dientes que conservar.

Las aplicaciones locales de radio se aplican sobre el tumor durante horas que varía según la cantidad de medicamentos que se apliquen y cuya aplicación requiere conocimientos especiales,

pués no es indiferente hacer penetrar cualquiera de los rayos, - sino sólo determinados de ellos, para lo que se hace uso de los filtros especiales, generalmente de láminas de plomo, las aplicaciones se repiten tantas veces sea necesario, se han visto -- epitelomas úlcerados cicatrizar y no incidir hasta después de algunos años. Actualmente la bomba de colbato presta útiles servicios para las aplicaciones de radio, el número será aplicado de acuerdo a la malignidad del tumor.

Podría pensarse que la quimioterapia es el tratamiento óptimo para el cáncer, por cuánto cabe esperar que las sustancias químicas busquen las células tumorales, donde quiera que se presenten de manera más segura de lo que pueden hacer la cirugía o la radioterapia. La busca de sustancias químicas que -- pueden administrarse por vía intravenosa y que localicen las -- células tumorales y las destruyan, en la actualidad en una de las actividades principales en muchos centros de investigación -- contra el cáncer.

Los anticáncerosos más eficaces hoy conocidos han sido -- clasificados por Kernofsky, en 5 grupos:

- A).- Agentes de Alquilación.
- B).- Antimetabolitos
- C).- Hormonas
- D).- Antibióticos
- E).- Antibióticos y Compuestos Diversos.

A).- Agentes de Alquilación; son radiomiméticos y parecen actuar en el DNA de la célula, la más conocida es la Mostasa Nitrogenada (Thio-Epa) y trietilenmelamina (Tem). En términos generales estos fármacos se utilizan para el cáncer diseminados, son transportados por la sangre y actúan de manera principal en las células en división con metabolismo rápido. Debe mencionarse que estos agentes tienen reacción secundaria importante, principalmente de carácter gástrico-intestinal y hematológico, que resultan de la destrucción generalizada de las células que se dividen rápidamente además de las tumorales.

B).- Los Antimetabolitos; tienen eficacia por la facultad para dificultar la síntesis del DNA o de substituir algunas de las purinas o pirimidinas, que normalmente se presentan en los tejidos. La substitución origina la formación de núcleo-proteínas defectuosas, lo cuál causa la muerte de la célula, en muchos casos la esperanza de eliminar el tumor maligno valiendose de la Ametopterina.

C).- Hormonas; Se han utilizado sistemáticamente para tratar el cáncer mamario y prostático, suelen emplearse cuándo han fracasado los ensayos de extirpación quirúrgica. Las hormonas se emplean con el propósito de producir remisión.

E) Antibióticos y Compuestos Diversos; pueden mencionarse el Uretano, que quizá sea el fármaco más eficaz para eliminar el mieloma múltiple.

Se hace necesario incluir el tratamiento médico el cuál - va a ser la ayuda prestada por el Odontólogo y Médico al pa - ciente, que presenta la lesión bucal que aunque no se afirma, - esté pueda ser un cáncer o no, la posibilidad debe no descar-- tarse, el tratamiento médico es sintomático, consiste en suprimir hemorragias comunes aplicados localmente o por vía digestiva, cuándo el dolor es muy intenso será suprimido con analgesicos aplicados localmente o por vía general.

XVI. C O N C L U S I O N E S

La medicina actual, tiene una marcada inclinación e interés al estudio de las enfermedades mortales, de manera, que - hace algunos años no se sabía ninguna forma de tratar el cáncer o bién los transplantes de tanto exito en el corazón.

La situación socioeconómica del hombre así como su cultura, significan la diferencia entre la salud y la muerte. Es - difícil establecer datos generales y exactos de individuos -- que debido a sus creencias, llamemosle así a la ignorancia, - han dejado avanzar su enfermedad e incluso perdido la vida, - tratando de curar su mal en casa, o bién por medio de la he--chicería, en un país como el nuestro donde las supersticiones- no han desaparecido y la economía mal distribuída influyen en la presencia de diferentes enfermedades.

El cáncer no es la excepción y al igual que otras enfer- medades se presenta en el hombre, así nos hemos podido dar -- cuenta que el sexo masculino y anciano encabezan las estadís- ticas de nuestro tema, debido a que estos han permanecido más tiempo en contacto con todo aquello que pueda debilitar y pro vocar dicha enfermedad.

Las víctimas de los cánceres son reflejo de un penoso -- cuadro clínico, su medio y hábitos corroboran y acrecentan su enfermedad impidiéndoles ver la realidad y desenlace de su en fermedad.

Todo esto podría disminuir considerablemente con el apoyo y participación activa del paciente de ahí depende el éxito del tratamiento y la gran satisfacción de cooperación y -- ayuda del Odontólogo o Médico, al haber podido brindar y aplicar sus conocimientos rápida y satisfactoriamente, para el -- bienestar del hombre.

Hemos de agregar que al elaborar este tema influyeron -- las diferentes patologías bucales con una gran similitud, que en el transcurso como estudiantes encontramos, ayudándonos -- esto a comprender la importancia y positividad de nuestra carrera.

Las futuras experiencias en el trato con nuestros pacientes, será para nosotras un verdadero reto a nuestros conocimientos y decisiones, en las que nunca olvidaremos lo dicho -- en esta tesis y los atinados consejos de nuestros formadores.

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

- R C 261 TRATAMIENTO MEDICO DEL CANCER
 D 6 DE HENRY D. DIAMOND
 EDIT. BARCELONA-MADRID-MEXICO-RIO DE JANEIRO
 MANUEL MARIN Y CIA.
- R C 261 " CANCER "
 D 44 P. DENOIX
 INSTITUT GOSTAVE ROUSSY
 EDIT. ESPAXS
 PUBLICACIONES MEDICAS
- R C 815 MEDICINA BUCAL
 B 83 DR. LESTER W. BURKET
 EDIT. INTERAMERICANA, S. A.
- R K 301 PATOLOGIA BUCAL
 T 458 THOMA KURT HERMAN
 DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA
 DE LOUIS U. HAYES
 EDIT. UNION TIPOGRAFICA HISPANO AMERICANA
 PENSAMIENTO Y VOLUNTAD
 CONRADO ZUCKERMANN
 EDIT. IMPRENTA CASAS, S. A.

TRATADO DE PATOLOGIA

DR. STANLEY L. ROBBINS

EDIT. INTERAMERICANA, S. A.

13 - JULIO - 68

ANATOMIA PATOLOGIA DENTAL Y BUCAL

TOMAS VELAZQUEZ

TALLERES GRAFICOS

EDIT. FOUR NIER, S. A.

1966

R C 815

ENFERMEDADES DE LA BOCA

G 72

DAVID GRINSPAN

EDIT. MUNDI, S. A. C. I. F.

6 - XI - 1970

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES VOL. I

ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

PUBLICACION CIENTIFICA No. 246

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PATOLOGIA BUCAL

S. N. BHASKAR

LIBRERCA "EL ATENEO"

JUN - 1974

SEGUNDA EDICION

MANUAL DE CANCEROLOGIA BASICA

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

IMPRESO EN MEXICO EN LOS TALLERES DE MANUEL CASA.

SEPTIEMBRE / 1963.