



2ej 722

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Dirigi tesis
C.D. Victor Manuel García Bazán
22 de junio de 1982. *[Signature]*

IMPORTANCIA DE LAS ENFERMEDADES BENIGNAS Y MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Norma Josefina Ramos Esparza

México, D. F.

1982





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

T E M A R I O

1. INTRODUCCION . 4
2. HISTORIA DEL CANCER. 5
3. HISTORIA CLINICA. 6
4. CARACTERISTICAS DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS. 14
5. LESIONES BENIGNAS, ETIOLOGIA, HISTOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO: 17
 - a) Mioblastoma de células granulares
 - b) Epulis congénito del recién nacido.
 - c) Síndrome Neuroendócrino
 - d) Neurofibroma
 - e) Papiloma
 - f) Nevo celular pigmentado
 - g) Fibroma
 - h) Osteofibroma osificante central
 - i) Granuloma periférico de células gigantes
 - j) Granuloma central de células gigantes
 - k) Quiste óseo aneurismático
 - l) Xantoma verrucoso
 - m) Telangiectasia hemorrágica hereditaria
 - n) Angiofibroma nasofaríngeo
 - o) Linfangioma
 - p) Condroma
 - q) Osteoma

- r) Torus palatino
- s) Torus mandibular
- t) Exostosis múltiples
- u) Hemangioma

6. LESIONES PREALIGNAS, ETIOLOGIA, HISTOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO. 39

- a) Leucoplasia
- b) Leucoedema
- c) Carcinoma intraepitelial
- d) Eritroplasia
- e) Fibrosis submucosa bucal

7. LESIONES MALIGNAS, ETIOLOGIA, HISTOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO. 47

- a) Carcinoma epidermoide
- b) Carcinoma de labio
- c) Carcinoma de lengua
- d) Carcinoma del piso de la boca
- e) Carcinoma de la mucosa vestibular
- f) Carcinoma gingival
- g) Carcinoma del paladar
- h) Carcinoma del seno maxilar
- i) Carcinoma verrucoso
- j) Linfoma africano de los maxilares
- k) Mieloma múltiple
- l) Mieloma solitario de plasmacitos
- m) Fibrosarcoma
- n) Hemangioendoteloma
- o) Hemangiopericitoma
- p) Sarcoma hemorrágico múltiple de Kaposi
- q) Sarcoma de Ewing

- r) Condrosarcoma
- s) Osteosarcoma
- t) Linfocitelioma y carcinoma de células de transición.
- u) Melanoma maligno

- 8. PROFILAXIS. 76
- 9. BIOPSIA . 77
- 10. CONCLUSIONES . 83
- 11. BIBLIOGRAFIA. 84

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

El estudio de los tumores de la cavidad bucal y estructuras adyacentes — constituye una fase importante de la Odontología, por el papel que desempeña el odontólogo en el diagnóstico y tratamiento de esas lesiones. Aunque los tumores constituyen solo una minoría de los estados patológicos observados por el odontólogo, son de gran importancia porque tienen la capacidad potencial de amenazar la salud y la longevidad del paciente. Será raro que el odontólogo vea muchos de entre la gran variedad de tumores bucales, pero es de enorme importancia que esté familiarizado con ellos para que, cuando se presente uno, pueda realizar el tratamiento apropiado o derivarlo al — terapeuta adecuado.

El cáncer es un grupo de enfermedades que se observan en todas las razas y en todas las edades, no solo en el hombre, sino en todas las especies animales. Sin embargo, se observan diferencias netas en la frecuencia del cáncer, en la localización anatómica y el tipo histopatológico, según las poblaciones humanas. El cáncer muchas veces se ha considerado una enfermedad única, y puede describirse como tal en el sentido de que todo cáncer — se caracteriza por un crecimiento incontrolado de células.

En 1973 la Organización Mundial de la Salud, en su clasificación Internacional de enfermedades relacionadas con Odontología y estomatología reunió 57 neoplasias malignas y 88 neoplasias benignas o procesos de aspecto tumoral en la cavidad bucal y faríngea.

HISTORIA DEL CÁNCER

Antigüedad de la enfermedad:

De manera hipotética, atendiendo a la biología y a la geofísica, podemos considerar que durante el pre-cámbrico, hace miles de milenios, había en la periferia de nuestro planeta poca cantidad de O_2 libre, mezclado con vapor de agua y metano.

El mar contenía CO_2 , NH_3 , era escaso en sales minerales, pobre en Ca y rico en K. La superficie de la tierra estaba iluminada por numerosas descargas -eléctricas y rayos ultravioletas sin filtrar, pues no existía barrera de -ozono. Todo lo anterior favorecía síntesis y orientación molecular, de las combinaciones químicas a base de C.H.N.O.P., sales electrolíticas y agua, -que integraron ácidos aminados y núcleo proteínas, (A.D.N. y R.N.A.); así debieron originarse células aisladas que sacaban su energía de la fermenta-ción, dotadas de gran poder de proliferación. Al formar esas células gra-des masas o conglomerados tuvieron dificultad de intercambio con el medio -ambiente, circunstancia que las precipitaba a la muerte.

Esa posible situación recuerda la teoría de Warburg, secundada por los oncólogos, en el sentido de que la alteración irreversible en la respiración celular, es decir poco O_2 ambiental, es seguido por degradación fermentativa. La hipótesis descrita nos conduce a la idea de que las primeras células que se originaron en el proceso de la aparición de la vida en la tierra fueron similares a las cancerosas.

Posteriormente, la evolución biológica formó células autótrofas con pigmentos, o sea algas cianoficias. A partir de ellas, con la modificación favorable del medio ambiente, las células originaron tejidos formados por células con mucha menor capacidad de reproducción que sus antecesoras. Sin embargo, las células, en un medio ambiente similar al descrito anteriormente, habrán de convertirse habitualmente en cancerosas. Fósiles de criptógamas provenientes de la época del carbonífero, así como reptiles del jurásico, demuestran que padecieron cáncer.

HISTORIA CLINICA

El conocimiento de una técnica de evaluación efectiva es de suma importancia por que la muerte, ciertas enfermedades graves y otros accidentes menores - pueden relacionarse directamente con la anestesia y/o el tratamiento odontológico. Tales complicaciones podrían evitarse en gran parte, **examinando al paciente** antes de iniciar cualquier intervención quirúrgica en el campo odontológico.

Nuestra intención es presentar factores de evaluación que nos permitan determinar si es posible proseguir un tratamiento con relativa seguridad, o bién, en caso contrario, que nos indique la conveniencia de una consulta médica - previa.

EVALUACION DEL PACIENTE

1.- Ficha de Identificación:

nombre del paciente, edad, sexo, ocupación, lugar de nacimiento, dirección, fecha de estudio que se practica.

2.- Antecedentes hereditarios y familiares:

Indicaciones con carácter hereditario (diabetes, neuropatías, tuberculosis, cardiopatías, etc.), estado de salud actual, de la madre, el padre, la esposa e hijos.

3.- Antecedentes personales patológicos:

Sarampión, tosferina, rubeola, viruela, paperas, hepatitis, sífilis.

4.- Antecedentes anestésicos y alérgicos:

Experiencias a la anestesia local y general, alergia a sust. químicas y a medicamentos.

5.- Antecedentes quirúrgicos y traumáticos:

Cuántas intervenciones quirúrgicas tuvo con anterioridad, cuántas fracturas ha sufrido en su vida.

6.- Padecimiento actual:

Se refiere al problema por el cual el paciente se presenta al consultorio.

Posteriormente pasaremos a hacer el interrogatorio de Aparatos y sistemas.

7.- Aparato Digestivo:

- a) **Náuseas.** Es aquella sensación desagradable y penosa que precede del vómito que puede ser provocada por indigestiones, intoxicaciones alimenticias o de otra naturaleza, inflamaciones del estómago (gastritis, etc.).
- b) **Vómitos.** Acto reflejo dirigido por el centro bulbar del vómito y provocado por los estímulos que actúan sobre las mucosas nasal (olores nauseabundos), faringe, del estómago, del intestino, etc.
- c) **Diarrea.** Evacuación de heces fecales líquidas o semilíquidas. Pueden ser causadas por intoxicaciones por medicamentos, por causas infecciosas o parasitarias, por indigestiones, por enfermedades del estómago, también tenemos las diarreas por disfunción fuera del aparato digestivo, pero que se manifiestan en el mismo, como por ejemplo, las diarreas por enfermedades cardíacas., vasculares, renales, hepáticas, nerviosas.
- d) **Anorexia.** Falta o escases notable del apetito, prácticamente todas las enfermedades infecciosas y tóxicas producen anorexia.
- e) **Disfagia.** Dificultad o imposibilidad de ingerir los alimentos, la disfagia es un signo característico de las enfermedades del esófago o de sus órganos vecinos, también las lesiones del sistema nervioso central, los estados neuróticos, las enfermedades infecciosas (la hidrofobia sobre todo), los envenenamientos, etc.

8.- Aparato respiratorio:

- a) **Expectoración.** Expulsión mediante un golpe de tos, del eructo de los bronquios.
- b) **Cianosis.** Coloración azulada de la piel y de la mucosa, sobre todo de los labios, a consecuencia de la escasez de oxígeno en la sangre, puede ser causada por todos aquellos estados morbosos que se oponen a la entrada de aire en los pulmones, como la estrangulación, tumores, cuerpos extraños en la faringe, tráquea y laringo, etc.

- c) **Dinnea.** Respiración difícil, forzada, que requiere un esfuerzo penoso al enfermo. Puede ser por enfermedades pulmonares agudas o crónicas, por obstrucciones laríngeas, etc.

9.- Aparato Circulatorio.

- a) **Palpitación.** La palpitación cardiaca puede ser secundaria a diversas enfermedades (bocio exoftálmico, etc.) o estar provocadas simplemente por una indigestión o emociones y excitaciones diversas, - sobre todo en los individuos con fondo más o menos neurótico.
- b) **Lipotimia.** Desvanecimiento, pérdida repentina y temporal de los sentidos (o sea de la conciencia), provocada por causas diversas como emociones violentas, hemorragias, traumas, decaimiento intenso, hay que recordar que no debemos confundir esta lipotimia o desmayo común con un síncope.
- c) **Edema de los tobillos.** Se presenta en el curso de las enfermedades del corazón descompensado. El edema cardiaco obedece a las leyes de la gravedad y por lo tanto se localiza en el dorso de los pies y al rededor de los maleolos.

10.- Aparato Urinario.

- a) **Poliuria.** Aumento de la secreción urinaria por parte del tejido renal, constituye un síntoma de muchas enfermedades, sobre todo renales y de la diabetes mellitus o insípida.
- b) **Disuria.** Emisión dificultosa de la orina, la padecen todos aquellos individuos afectos de enfermedades del aparato urinario.
- c) **Hematuria.** Es la emisión de sangre por la orina, provenientes de los riñones, de los ureteres, de la vejiga, de la próstata.

11.- Aparato Genital Femenino.

- a) **Dismenorrea.** Es la menstruación irregular y dolorosa que puede manifestarse durante la primera menstruación, aunque también puede manifestarse posteriormente. Puede estar provocada por una afección del útero o de sus anexos, por disfunciones secretoras de las glándulas ováricas y también por causas nerviosas exclusivamente.

- b) Última menstruación, hemorragias, antecedentes de aborto.
- c) Menopausia. Fenómeno fisiológico de involución senil, que consiste en el cese definitivo de las menstruaciones en relación con la anulación concomitante de la función reproductora de los ovarios. Sobreviene en la gran mayoría de las mujeres alrededor de los 45 a 50 años.

12.- Aparato genital masculino.

Alteraciones que se le hayan presentado.

13.- Sistema nervioso.

- a) Parestesia. Cualquier alteración cualitativa de la sensibilidad consecutiva a lesiones del sistema nervioso, por irrigación sanguínea insuficiente del mismo o simplemente de origen psíquico (histerismo).
- b) Parálisis. Abolición, pérdida total de movimiento de los músculos voluntarios, es decir de aquellos que movemos a placer, pueden ser por histerismo o emotivas, o producidas por la neurona central.
- c) Ver como es su sueño, si su carácter es irritable, si presenta temblores, si presenta problemas emocionales.

14.- Sistema músculo esquelético.

- a) Ver si presenta algunas deformaciones en su cuerpo.
- b) Mialgia. Dolor muscular.
- c) Artralgia. Dolor localizado en una articulación, producido por un hecho inflamatorio local, por un trauma, una neuralgia, etc. O también puede ser de naturaleza histórica.

15.- Organos de los sentidos.

visión, gusto, tacto, audición y olfato.

16.- Inspección general.

Después de realizado el interrogatorio anterior pasaremos a la exploración de la cavidad bucal.

La exploración clínica consiste en la recopilación de signos y síntomas que presente el paciente, mediante los métodos de inspección, iluminación, palpación, percusión, auscultación para conocer su estado o situación actual

El examen rutinario y metódico de la cavidad bucal debe tener además como parte de su práctica ordinaria la de procurar la detección oportuna del cáncer, de lesiones sospechosas o precancerosas a fin de lograr el diagnóstico precoz del mismo.

RECONOCIMIENTO MEDIO

Este se inicia cuando el paciente se entrevista con el médico empleando generalmente el método de inspección, a través de diversas etapas, de recolección sistémica de datos fundamentales, para poder enunciar el diagnóstico. Se observa la piel expuesta, como: cara, cuello, brazos, piernas, etc. Se advierte simetría o asimetría, color de la piel, presencia de edema o tumoración, si existen molestias en ganglios linfáticos, inclusive se vé la marcha y complexión del individuo y por último la obtención de los signos vitales.

EXPLORACION DE LA CARA

A través del examen físico de la cara, podemos apreciar asimetría, parálisis, movimientos involuntarios, así como también observar alteraciones en la pigmentación de la piel.

Los labios: Se puede observar en estado de reposo, la presencia de movimientos anormales (convulsiones, parálisis), también la configuración de los mismos (labio leporino), su consistencia, que puede variar por encontrar infiltración edematosa, neoplasias inflamatorias. Igualmente debemos considerar el color de la epidermis.

Para su exploración se retrae el labio colocando a nivel de las comisuras el pulgar y el dedo índice, a fin de invertirlo para su inspección.

En relación con los ganglios linfáticos de la cabeza y cuello, se puede considerar que una lesión buconasofaríngea primaria es importante la participación secundaria de los ganglios linfáticos, pues estos nos llevan al o-

rigen primario de la lesión. Por lo tanto, es importante saber los detalles anatómicos que los constituyen, así como la forma en que están dispuestos y agrupados los mismos ganglios linfáticos.

Mediante la exploración podemos observar: asimetría, pulsaciones anormales, tumores, dificultad de movimiento (flexión, extensión, lateralidad y retracción), alteraciones en el volumen de los órganos que lo forman, masas nodulares, la consistencia y la sensibilidad dolorosa.

La palpación se realiza en extensión y lateralidad del cuello, para lograr así que el dedo pulgar y los dedos de la mano exploradora rodeen y palpen la cadena yugular de ganglios linfáticos.

La articulación temporomandibular, se localiza en la zona profunda de la región maseterina, su inspección permite observar asimetría de cara y cuello, hipertrofia y atrofia muscular e inflamación, así como movimientos anormales funcionales del maxilar (interferencias oclusales, fracturas, trastornos de la articulación temporomandibular). La palpación de la A.T.M. - en movimientos masticatorios, de fonación y mímica facial permite detectar chasquidos, sensibilidad dolorosa, etc.

La exploración se realiza colocando los dedos índice y medio, en ambos lados a nivel del tragus aproximadamente.

Al efectuar el reconocimiento de la boca se valora el vestibulo constituido por la mucosa de los labios, carrillos y región gingival, y el vestibulo lingual. En ellos podemos ver presencia de vesículas, úlceras y el color de la mucosa, además de la consistencia mediante la palpación.

La revisión, se inicia partiendo de la comisura bucal, tanteando con el pulgar y el dedo índice para concluir con los pilares anteriores del paladar retrayendo el carrillo con un espejo.

Al registrar el paladar en sus regiones dura y blanda, se observa: forma general, la coloración de la mucosa, presencia de lesiones, pérdida de substancia congénita o adquirida (paladar hendido, goma), alteraciones en el volumen y el movimiento mucular, al examinar también podemos sentir la consistencia, fluctuación y exostosis.

Para reconocer la región, se deprime el dorso de la lengua con un espejo y se ilumina bien el lugar, se observan la mucosa del paladar, úvula, amígdalas, pilares amigdalinos y pared posterior de la orofaringe.

En consideración a que la lengua es un órgano importante en el diagnóstico de algunas enfermedades, debemos procurar su exploración para detectar alteraciones congénitas o adquiridas, traumatismos, volúmen, cambios en la coloración y movimientos anormales.

Para efectuar la exploración olínica, se toma la punta de la lengua con gase entre los dedos pulgar y medio, se atrae la lengua e introduce un abatelenguas y presionando ligeramente, se examina la base de la lengua con el dedo enguantado para detectar alguna anomalía no apreciada en la inspección visual. Retraemos el carrillo, dirigimos la lengua a un lado y otro de la comisura para examinar los bordes y su parte ventral.

La lengua erguida permite inspeccionar el piso de la boca y apreciar el color de la mucosa, ulceraciones, abultamientos, anomalías en el frenillo lingual y la identificación de las glándulas salivales.

Las glándulas salivales están constituidas por las glándulas parótidas, sublingual y submaxilar, su inspección permite apreciar el volúmen e irregularidades en el funcionamiento, así como su consistencia y la presencia de sensibilidad dolorosa a la presión.

Para juzgar el funcionamiento se seca la mucosa, a fin de advertir la salida de la saliva por los conductos denominados: Stenon, Warton y Bartholin o de Rivinus.

La palpación se efectúa mediante el empleo de la técnica bimanual, consistente en la introducción de un dedo enguantado a la cavidad bucal para colocarlo en la región sublingual con el propósito de localizar las glándulas salivales, mientras la mano opuesta se emplea para limitar con los dedos las glándulas sublingual y submaxilar.

La inspección de las encías proporciona datos de cambio en su color, alteraciones en la forma y volúmen, mediante la auscultación, se aprecia sensibilidad al dolor, consistencia y problemas de tipo parodontal.

La inspección de los dientes implica vigilar las anomalías de forma, superficie, número, alteraciones en el volumen y coloración, así como pérdida de sustancia y órganos dentarios, de vital importancia en los procesos de masticación y nutrición.

La palpación permite apreciar movilidad dentaria, el dolor localizado e irradiante. La percusión permite estimar problemas parodontales y apicales. Durante la exploración de la mandíbula podemos apreciar alteraciones en su forma, pérdida de continuidad de la región, sensibilidad dolorosa y movilidad anormal.

NOTAS:

Los ganglios internos que pertenecen a la cadena yugular interna, reciben linfáticos de la nuca, piel de la cara y mucosa, de la parte superior de las vías digestivas y respiratorias, fosas nasales, cavidad bucal, laringe, parte superior de la tráquea y cuerpo tiroides.

Los ganglios externos que pertenecen a la cadena de ganglios supraclaviculares, reciben linfáticos del cuero cabelludo, piel y músculos de la nuca, piel de la región pectoral y mamaria y además los ganglios de las axilas.

CARACTERÍSTICAS DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS

Para poder diferenciar una neoplasia, debemos tener presentes cuales son las características que en un momento dado debemos de considerar. Para lo cual las enuncio a continuación:

DIFERENCIAS DE LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

	TUMOR BENIGNO	TUMOR MALIGNO
Estructura:	Parecida al tejido de origen.	Frecuentemente atípica.
Modo de crecer:	Habitualmente, crecimiento sólo expansivo y formación de cápsulas.	Crecimiento infiltrativo y expansivo, de modo que no se forma una cápsula definida.
Ritmo de crecimiento:	Puede detenerse o regresar.	Cesa raras veces; es habitualmente progresivo - hasta producir la muerte.
Metástasis:	No Existen	Existen frecuentemente.
Consecuencias clínicas:	Solamente peligrosas por localización y complicaciones accidentales.	Intrinsecamente peligrosas por su crecimiento - progresivo, infiltrativo y por las metástasis.

En toda entidad nosológica, hay ciertos signos y síntomas que identifican la enfermedad, en el caso de las neoplasias malignas se pueden apreciar características como las siguientes:

1. Aspecto, a simple vista podemos observar:

- a) tumoración, masa o aumento de volúmen.
- b) Ulceración con pérdida de sustancia más o menos amplia.
- c) Consistencia dura o blanda, quizá una combinación de las dos.

2. Forma, es la configuración que puede adoptar el tumor:

- a) Nodular de límites imprecisos.

- b) Esferoidal
 - c) Poliyoide
 - d) Papilar
 - e) Granulosa
 - f) Mucosa, vegetante
 - g) Placas induradas.
3. Coloracion, ésta se dá dependiendo de la estructura que invade el tumor:
- a) Blanquecina: Carcinoma
 - b) Rosácea: Sarcoma
 - c) Negro : Melanoma
 - d) Verde: Cloroma
 - e) Verde obscuro: Hepatoma
 - f) Amarillo naranja: Carcinoma renal
 - g) Rojo: Hemangioma.
4. Dimensiones, éstas pueden variar desde la más pequeña que pasa inadvertida debido a que está oculta por tener sólo unos milímetros de diámetro, hasta alcanzar masas de un kilogramo de peso.
5. Límites, pueden ser encapsulados cuando el órgano que es invadido lo tiene previamente como: Glándulas, etc. Sus límites son limitados pero no encapsulados por lo tanto dicho tumor es infiltrante y sin bordes precisos.
6. Metástasis. Es una de las características más importantes, la coloniza—ción a distancia, por lo que permite diferenciarse de un tumor benigno.
7. La consistencia, puede variar de acuerdo a la superficie que invade, la cual puede ser:
- a) Firme por aumento de células
 - b) Blanda por presencia de necrosis
 - c) Viscosa, semilíquida o mixoide
 - d) Remitente por quiste
 - e) Semidura cuando está en cartilago.

8. Tumores malignos de la cavidad bucal y de la faringe más frecuentes:
 - a) Adenocarcinoma
 - b) Ameloblastoma o Adamantina
 - c) Carcinoma
 - d) Carcinosarcoma o pseudosarcoma
 - e) Condrosarcoma
 - f) Fibrosarcoma
 - g) Fibrosarcoma ameloblástico
 - j) Osteosarcoma
 - k) y algunos otros.
9. Clasificación según su origen:
 - a) Piel, epidermis : Carcinoma
 - b) Dermis: Fibrosarcoma
 - c) Mucosa: Carcinomas
 - d) Músculo: Miosarcoma
 - e) Tejido adiposo: Liposarcoma
 - f) Hueso periostio: Fibrosarcoma
 - g) Médula: Mielomas
10. Clasificación según Broders por el grado de malignidad en relación al pronóstico:
 - a) Grado I: Tumores que muestran el 25 % de células indiferenciadas, y el 75 % restante de células bien diferenciadas. Poca malignidad.
 - b) Grado II: Tumores que muestran partes iguales de células diferenciadas e indiferenciadas. Presentan malignidad intermedia baja.
 - c) Grado III: Tiene 25 % de células diferenciadas y un 75 % de células indiferenciadas y anaplásicas.
 - d) Grado IV: Hay un 75 % de células anaplásicas y 25 % de células indiferenciadas. Por tal motivo hay gran malignidad.
11. Características microscópicas: Se puede apreciar al microscopio un crecimiento rápido y anárquico con capacidad de invadir otros tejidos subyacentes y (reproducirse a distancia) metástasis.

LESIONES BENIGNAS, ETIOLOGIA, HISTOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO, PROGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Mioblastoma de Células Granulares

El mioblastoma de células granulares es un tumor raro de origen controvertido; se produce en muchas partes del organismo, pero por lejos, su sitio más común de aparición es la lengua.

Características clínicas: El aspecto de la lesión depende considerablemente de su localización. Las lesiones de la lengua suelen ser nódulos únicos en el seno de la lengua propiamente dicha, aunque puede haber una elevación - del tejido. La lesión no es ulcerada, y el revestimiento es normal o presenta cierta hiperqueratosis clínicamente. Este tumor aparece a cualquier edad sin predilección definida por década alguna. No hay diferencias entre la frecuencia entre mujeres y varones.

Características histológicas: El mioblastoma benigno de células granulares se compone de bandas y fascículos de células grandes, de 20 a 40 micras de - diámetro, con citoplasma eosinófilo extremadamente granular.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento es la extirpación quirúrgica. No es de esperarse que haya recidiva.

Epulis Congénito del Recién Nacido

Tiene una inusitada semejanza con el mioblastoma de células granulares y algunos consideran que se trata de la misma lesión. No obstante, hay ciertas características del epulis congénito que son diferentes del mioblastoma de células granulares.

El epulis congénito está presente desde el nacimiento y en éste sentido es netamente diferente del mioblastoma de células granulares se ha sugerido - que una masa protuberante en el maxilar superior, lugar típico del epulis - congénito, sería más obvia que una lesión en el seno de la lengua, localiza

ción común del mioblastoma de células granulares, y de ése modo estaría más expuesto a ser descubierto a una edad mucho más temprana que la lesión lingual. Sobre ésta base, es concebible que los dos tumores sean similares, - aunque en realidad no hay relación anatómica del éjulis congénito con las - fibras musculares estriadas.

Características clínicas: Este tumor está presente en el momento del nacimiento y se localiza en la encía maxilar o mandibular aunque es algo más común en la primera, con una relación aproximada de 2 a 1. Es una lesión pedicular que se encuentra en la zona de incisivos, que nace en la cresta del - reborde o apófisis alveolar. Puede variar considerablemente de tamaño.

Características histológicas: Es histológicamente similar al mioblastoma - de células granulares, aunque en el primero no hay hiperplasia pseudoepiteliomatosa. El tumor se compone, pues, de capas de grandes células compactas con citoplasma eosinófilo finamente granular. No se ven mitosis ni estriaciones cruzadas, pero los capilares son abundantes.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. La recidiva no es común.

SÍNDROME NEUROPOLIENDOCRINO

(Síndrome de Sipple)

En los últimos años se comunicaron una cantidad considerable de casos de un síndrome familiar desacomodado, que es de gran interés para el odontólogo porque, por lo general, las lesiones bucales preceden al desarrollo de - otros cuadros más graves de la enfermedad. El síndrome se caracteriza por la aparición de neuromas mucosos múltiples, carcinoma medular de la tiroides y feocromocitoma suprarrenal.

Características Clínicas: Los neuromas bucales suelen estar presentes en el nacimiento o aparecen poco después, son nódulos elevados, pequeños y sésiles en la lengua o los labios. A veces, los labios están entumecidos, con un - agrandamiento difuso.

Los bordes de los párpados presentan pequeños nódulos similares. Ulteriormente, éstos pacientes presentan carcinoma de la glándula tiroides, que ca-

si invariablemente es de tipo medular, y feocromocitomas de la glándula suprarrenal; por lo común, múltiples y bilaterales.

En algunos casos de éste síndrome también hay una serie de otras lesiones. Estas incluyen nervios medulares de la córnea, una diversidad de defectos esqueléticos, ganglioneuromatosis, hipertrofia intestinal, manchas de color café con leche e hiperparatiroidismo.

Características histológicas:

Los neuromas bucales aparecen como masas tortuosas de fibras nerviosas rodeadas de un perineurio engrosado.

Tratamiento y pronóstico: La faceta más importante de éste síndrome es el carcinoma medular de la tiroides por su capacidad de dar metástasis y producir la muerte. Por ello, la detección de los neuromas mucosos, manifestación prodrómica de consecuencias más graves que vendrán, ha de alertar al clínico para el diagnóstico temprano y el tratamiento rápido de las lesiones tiroideas y suprarrenales.

NEUROFIBROMA

Es un tumor de origen nervioso, que deriva específicamente de las células de la vaina de Schwann. Con mayor frecuencia ataca la piel o la mucosa bucal.

Características clínicas: La neurofibromatosis si bien no es una enfermedad sumamente común de ninguna manera constituye una rareza clínica. Se encontró en todas las razas y presenta una leve predilección por aparecer en varones.

Las lesiones individuales son de dos tipos generales:

En una forma, hay abundantes nódulos sésilos o pediculados, elevados y de superficie lisa, de tamaños variables en toda la superficie cutánea, principalmente en el tronco, cara y extremidades; en la otra forma, hay lesiones más profundas y difusas que son tan abundantes que a veces los nódulos superficiales son denominados "elefantiasis neuromatosa". Además, la mayoría de los pacientes tienen zonas asimétricas de pigmentación melánica cutánea

nea descritas como manchas " café con leche ". En ciertos casos, proliferaciones flojas de la piel pigmentada y engrosada cuelgan en pliegues. Muchos pacientes presentan las lesiones cutáneas en la infancia mientras son niños. Manifestaciones bucales: En la enfermedad de Von Recklinghausen se producen lesiones bucales, pero no se sabe cual es la proporción de pacientes que presentan esas manifestaciones. En una serie de Preston y colaboradores, había neurofibromas intrabucales en 71 de los pacientes.

Se observan nódulos circunscritos no ulcerados, que tienden a ser del mismo color que la mucosa normal, que por lo común se localiza en la mucosa bucal, paladar y lengua. Otros casos dejan ver masas de tejido difusas en el paladar, los tejidos bucales y los rebordes alveolares compuestas del mismo tipo de tejidos de las lesiones aisladas. Además, es bien conocida la macroglosia debida a la presión difusa de la lengua.

A veces se ven casos de neurofibroma localizados centralmente en un maxilar, por lo general, están en el inferior, asociados con el nervio mandibular; desde el punto de vista radiográfico presentan un agrandamiento fusiforme del conducto dental inferior.

El malestar, el dolor o la parestesia son manifestaciones clinicas comunes del neurofibroma localizado en ése lugar.

Tratamiento y pronósticos: No hay tratamiento satisfactorio para la neurofibromatosis. Las lesiones pueden ser eliminadas por medios quirúrgicos, pero su gran cantidad impide todo intento quirúrgico que no tenga razones estéticas en las superficies expuestas. La irradiación con rayos X no tiene valor. Es posible eliminar las lesiones solitarias con procedimientos conservadores y raras veces recidivan.

Las lesiones que han sufrido degeneración sarcomatosa tienen mal pronóstico, aunque algunos pacientes sobrevivieron después de la eliminación quirúrgica del tumor. Lamentablemente, éstas lesiones malignas dan metástasis, y esos casos son casi siempre desesperados.

Características histológicas: Se suele componer de una proliferación de - - células de Schwann entremezcladas con neuritas disjuntas en forma irregular, así como fibrillas conectivas delicadas entretejidas. Predominan el cuadro

celular y el mixoide; no hay rasgos organoides. Las lesiones pueden o no ser bien circunscritas.

PAPILOMA

El papiloma es una neoplasia benigna común que se origina en el epitelio superficial. Es frecuente que se le confunda clínicamente con otras neoplasias intrabucuales benignas, en particular el fibroma.

Características clínicas: El papiloma es una proliferación exofítica compuesta de numerosas proyecciones dactiliformes pequeñas que producen una lesión cuya superficie es rugosa, verrucosa o " en coliflor ". Casi siempre es un tumor pedunculado bien circunscrito, ocasionalmente sésil; en la boca, se le encuentra más comúnmente en la lengua, labios, mucosa bucal, encía y paladar, particularmente en la zona adyacente a la úvula. La mayoría de los papilomas tienen solamente unos pocos milímetros de diámetro, pero se encuentran lesiones que miden varios mm. Estas proliferaciones aparecen a cualquier edad y se observan hasta en niños pequeños.

Características histológicas: El aspecto histológico del papiloma es característico y consiste en muchas proyecciones dactiliformes largas y delgadas que se extienden sobre la superficie de la mucosa, cada una está compuesta por una capa continua de epitelio escamoso estratificado y que contiene los vasos sanguíneos nutritivos.

Tratamiento y pronóstico: Consiste en la excisión, incluida la base de la mucosa en la cual se inserta el pedículo. La remoción nunca se hará mediante una incisión que pase a través del pedículo. Si la excisión del tumor es apropiada, la recidiva es rara. La posibilidad de la degeneración maligna del papiloma bucal es remota, aunque siempre hay que mirar con desconfianza la fijación de la base o la induración de los tejidos más profundos.

NEVO CELULAR PIGMENTADO

Malformación congénita del desarrollo, de aspecto tumoral, de la piel o las mucosas. Lesión superficial compuesta por células denominadas névicas.

Ocasionalmente es observado en la cavidad bucal, pero es mucho más frecuente en la piel. Se conoce una cantidad de diferentes tipos de nevos, que fueron clasificados por Allen y Spitz como sigue:

- 1) intradérmico (lunar común)
- 2) limítrofe
- 3) compuesto
- 4) melanoma infantil
- 5) nevo azul

A éstos podemos agregar:

- 6) efélide (peca) melanótica de Hutchinson

Características clínicas: El nevo intradérmico es una de las lesiones más comunes de la piel y la mayoría de las personas presentan muchos de ellos, frecuentemente docenas, esparcidos en todo el cuerpo. El lunar común es una lesión lisa y plana o puede elevarse sobre la superficie; puede o no presentar pigmentación y a veces suele tener pelos que salen de su superficie. Este tipo de lunar raras veces aparece en las plantas de los pies, en las palmas de las manos o los genitales.

Clinicamente, el nevo limítrofe puede ser similar al nevo intradérmico, y la distinción es principalmente histológica.

El nevo compuesto es una lesión que consta de dos elementos: uno intradérmico y uno limítrofe superpuesto.

El melanoma infantil es un nevo que se encuentra principalmente en niños y aparece solo en un 15% en adultos; desde el punto de vista histológico suele ser idéntico al melanoma maligno del adulto. Algunas veces, sin embargo, esta lesión presenta rasgos clínicos malignos antes de la pubertad. En esen-

cia, esta lesión es clínicamente benigna, pero histológicamente maligna. El nevo azul es una estructura mesodérmica verdadera compuesta de melano - blastos que solo raras veces experimenta transformación maligna. Se produ - ce principalmente en nalgas, dorso de pies y manos, cara, y ocasionalmente en otras zonas. La lesión es lisa, en su superficie crecen pelos y su color varía del pardo al azul o negro azulado.

La efélides melanótica de Hutchinson (también conocida como " léntigo ma - ligo ") y (" melanosis precancerosa de Dubreuilh ") es una entidad mala - nocítica definida que se manifiesta clínicamente como una lesión macular - pigmentada similar a otros nevos. Sin embargo la lesión es considerada pre - maligna puesto que un porcentaje significativo se transforma en melanoma ma - ligo. Es importante saber que este melanoma tiene mejor pronóstico que el maligno originado sin antecedentes o del nevo limitrofe. La efélides melanó - tica aparece en la mucosa bucal, donde es raro, según Robinson y Hukill, - aunque estos autores, así como Grinsjan y colaboradores observaron casos de melanoma derivados de ésta lesión.

El tamaño de los diversos nevos benignos varía considerablemente de un pa - ciente a otro y de una lesión a otra; algunos tienen de un mm. a un cm. de diámetro y otros son extremadamente grandes y a veces cubren gran parte de la superficie cutánea.

Manifestaciones bucales: Los nevos pigmentados de todos los tipos con excep - ción quizá del melanoma infantil, aparecen ocasionalmente en la mucosa bu - cal. Son lesiones bien circunscritas y deben ser diferenciadas de zonas - manchadas de pigmentación melánica comunes en negros y a veces en caucási - cos. Los nevos pueden aparecer en cualquier sitio, pero son más frecuentes en el sector anterior de la encía, labios y paladar. Algunas lesiones care - cen de pigmentación y son excrecencias planas de color normal.

Tratamiento y pronóstico: Dado que el nevo pigmentado es tan común, resul - ta obvio que es imposible intentar erradicar todas las lesiones. Se acostumbra recomendar la eliminación de los lunares pigmentados si aparecen en zo -

nas irritadas por la ropa, como la cintura o el cuello, o si de pronto comienzan a aumentar de tamaño, a obscurecerse o ulcerarse. Allen y Spitz afirmaron que es bastante seguro que la traumatización del nevo intradérmico no produce transformación maligna. No se sabe si el traumatismo simple de un nevo limítrofe produce transformación maligna.

Se aconseja la excisión quirúrgica de todos los nevos pigmentados intrabucales como medida profiláctica, debido a la constante irritación de la mucosa en casi todas las zonas intrabucales, provocada por la alimentación, cepillado, etc.

FIBROMA

Este tumor de tejido conectivo es la neoplasia más común benigna de tejido blando que se produce en la cavidad bucal. Está íntimamente relacionado con la hiperplasia fibrosa, y, en muchos casos, es indistinguible de ésta desde el punto de vista histológico. A veces, se ha registrado un fibroma central de hueso en el maxilar o la mandíbula.

Características clínicas: El fibroma se presenta como una lesión elevada, de color normal, con superficie lisa y base sésil, o a veces pedunculada. El tumor puede ser pequeño o, en casos raros, alcanzar hasta varios centímetros de diámetro. Al proyectarse sobre la superficie, el tumor llega a irritarse o inflamarse e incluso a presentar ulceración superficial. Casi siempre es una lesión bien definida, de crecimiento lento que se produce a cualquier edad, pero es más común en la tercera, cuarta y quinta décadas. Aunque se encuentra en diversas localizaciones, aparece más en la encía, mucosa vestibular, lengua, labios y paladar.

La consistencia del fibroma es firme y resiliente o blanda y esponjosa.

Características histológicas: El fibroma se compone de haces de fibras colágenas entrelazadas, intercaladas con cantidades variables de fibroblastos o fibrocitos y pequeños vasos sanguíneos. La superficie de la lesión está cu-

bierta por una capa de epitelio escamoso estratificado que frecuentemente a parece estirado, con brotes epiteliales acortados y aplanados. ,

Tratamiento y Pronóstico: El tratamiento del fibroma o de la hiperplasia inflamatoria focal es la excisión quirúrgica conservadora. Raras veces re-cidiva.

OSTEOFIBROMA OSIFICANTE CENTRAL

(Osteofibroma central)

Es una neoplasia ósea central.

Características clínicas: Se presenta a cualquier edad, pero es mucho más común en adultos jóvenes. Puede estar afectado cualquiera de los dos maxilares, pero hay predilección por la mandíbula.

La lesión suele ser asintomática hasta que la proliferación produce una notable hinchazón y leve deformación, el desplazamiento de los dientes es un signo clínico temprano. Es un tumor de crecimiento relativamente lento y - puede estar presente por años antes de ser descubierto. Por causa del crocimiento lento, las láminas óseas corticales y la mucosa o piel que las cubren están, casi invariablemente intactas.

Características radiográficas: La neoplasia ofrece un cuadro radiográfico extremadamente variable, según el estadio de desarrollo, la lesión es siem-pre bien circunscrita y está demarcada del hueso circundante, a diferencia de la displasia fibrosa.

Características histológicas: La lesión se compone básicamente, de muchas fibras colágenas entrelazadas, interc ladas con grandes cantidades de fibrolastos activos en proliferación. Este tejido conectivo presenta, en forma típica, muchos focos pequeños de trabéculas óseas irregulares.

Tratamiento y pronóstico: La lesión debe ser excidida en forma conservadora y la recidiva es rara.

GRANULOMA PERIFÉRICO DE CELULAS GIGANTES

Características clínicas: Su aspecto varía considerablemente. Siempre se produce en la encía o en el reborde alveolar, con mayor frecuencia delante de los molares y se presenta como una lesión pedunculada o sésil que parece nacer de los tejidos a mayor profundidad que muchas otras lesiones superficiales de ésta zona, como el fibroma o el granuloma piógeno, cada uno de los cuales puede asemejarse desde el punto de vista clínico.

La lesión varía de tamaño, pero por lo común mide entre 0.5 y 1.5 cm. de diam. Es de color rojo oscuro, de aspecto vascular o hemorrágico y suele tener una superficie ulcerada.

En el paciente desdentado, la lesión a veces puede presentarse como una hinchazón vascular, ovoide o fusiforme de la cresta del reborde, de más de 1 o 2 cm. de diámetro.

Características histológicas: Consta de masas no encapsuladas de tejido compuestas de un delicado estroma de tejido conectivo reticular y fibrilar que contiene grandes cantidades de células conectivas jóvenes ovoides o fusiformes y células gigantes multinucleares. Las células gigantes, algunas veces se asemejan a osteoclastos y en otros casos son considerablemente mayores que los osteoclastos típicos. Los capilares son abundantes. También son rasgos característicos los focos hemorrágicos, con liberación de pigmento de hemosiderina, y el infiltrado celular inflamatorio.

Características radiográficas: Las radiografías intrabucales revelan o no manifestaciones de lesión ósea subyacente a la lesión. En las zonas desdentadas, el granuloma periférico de células gigantes presentan típicamente, erosión superficial del hueso con la imagen patognómica de un "manguito" óseo periférico.

Cuando el tumor se produce en zonas donde hay dientes, la radiografía revela la destrucción superficial del margen alveolar o de la cresta del hueso interdentario, pero de ninguna manera esto es invariable.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento del granuloma periférico de células gigantes es la excisión quirúrgica, con el cuidado de eliminar toda la base de la lesión. Si sólo se realiza una excisión superficial, a veces hay recidivas.

GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES Y TUMOR OSEO DE CELULAS GIGANTES .

Características clínicas: Se produce predominantemente en niños, adultos jóvenes y según Jaffe, es algo más común en mujeres que en varones. Puede estar afectado cualquiera de los maxilares, pero la mandíbula lo está con mayor frecuencia; en maxilares, las lesiones son más comunes en el sector anterior y no es raro que crucen la línea media.

El dolor no es un rasgo característico de ésta lesión, aunque por lo común se siente un cierto malestar local. Debido a la expansión de las corticales hay un abultamiento entre leve y moderado del maxilar en la zona afectada, según sea la extensión de la lesión ósea. La lesión puede no presentar signos ni síntomas y se llega a descubrir por accidente.

Características radiográficas: El granuloma central de células gigantes es esencialmente una lesión destructiva que produce una zona radiolúcida con borde relativamente liso o dentado, y a veces revela trabéculas débiles. Suele haber loculaciones definidas, particularmente en lesiones de mayor tamaño. Las láminas corticales suelen ser delgadas y están expandidas y llegan a ser perforadas por la masa tumoral. Con cierta frecuencia se observa el desplazamiento de los dientes por causa de la lesión.

Características histológicas: Se compone de un estroma conectivo fibrilar laxo con muchos fibroblastos proliferantes y pequeños capilares intercalados. Las fibras colágenas no están en haces. Las células gigantes multinucleares son prominentes en todo el tejido conectivo, pero no necesariamente abundantes. Además hay numerosos focos de sangre extravasada vieja.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento del granuloma reparativo es el -

cureteado o la extirpación quirúrgica. Las lesiones tratadas de éste modo - casi invariablemente se rellenan de hueso nuevo y sanan sin dificultad. - Algunas lesiones recidivan, pero raras veces es causa suficiente para procedimientos radicales. La irradiación con rayos X está contraindicada.

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO

Características clínicas: Es una lesión ósea solitaria. Es una lesión de - personas jóvenes, que se produce predominantemente antes de los 20 años, sin preferencia de sexo. Se suele obtener una historia de lesión traumática - precedente al desarrollo de la lesión.

Se observaron quistes óseos aneurismáticos en casi todos los sectores del - esqueleto, si bien el 50% de todos los casos se producen en los huesos largos y columna vertebral, también se ven lesiones en clavícula, costillas, - hueso iliaco, cráneo y huesos de pies y manos, así como en otros sitios. Las lesiones son sensibles o suelen, en particular durante el movimiento, y ésta sensibilidad llega a limitar el movimiento del hueso afectado. También es común la hinchazón de la zona ósea afectada.

Manifestaciones bucales: Se da con cierta frecuencia en los maxilares, - aunque es probable que muchos estén mal diagnosticados como otras lesiones óseas.

Características radiográficas: El hueso está expandido, aparece quístico con aspecto de panel o de pompas de jabón y la imagen radiolúcida es excéntrica. La cortical ósea puede estar destruida y es evidente la reacción perióstica.

Características histológicas: Se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso que contiene muchos espacios cavernosos o sinusoidales ocupados por sangre. Estos espacios presentan trombosis o no. Los fibroblastos jóvenes - son abundantes en el estroma conectivo así como las células gigantes multi-

nucleares con una distribución similar a la del granuloma de células gigantes. Hay cantidades variables de osteoide y hueso.

Patogénesis: La naturaleza de ésta lesión sigue siendo controvertida pese a los muchos casos estudiados y comunicados. Lichtenstein propuso que el quiste aneurismático se origina como consecuencia de una persistente alteración local de la hemodinámica que conduce al aumento de la presión venosa y al ulterior desarrollo de un lecho vascular dilatado y estancado en la zona ósea transformada. Entonces se produce la resorción ósea con la cual se relacionan las células gigantes, y el hueso es reemplazado por tejido conectivo, osteoide y hueso neoformado.

La otra explicación de la lesión es que constituye un intento exuberante por reparar una hematoma óseo, similar al granuloma central de células gigantes. Pero en el caso del quiste aneurismático, se sostiene que el hematoma conserva una conexión circulatoria con el vaso dañado. Esto produciría una lenta corriente de sangre a través de la lesión, lo que explica por qué "mana" sangre cuando se penetra en la lesión.

Así pues, la única diferencia real entre quiste aneurismático y el granuloma de células gigantes reside en que los vasos dañados de ésta última lesión no conservan conexión circulatoria con la lesión.

Tratamiento y pronósticos: El cureteado o la extirpación quirúrgica es el tratamiento adecuado, aunque también se han aplicado dosis bajas de irradiación. Pero, la posibilidad del sarcoma por irradiación es una amenaza permanente y, sobre esta base, la irradiación de las lesiones benignas ha sido seriamente discutida. La recidiva en otros huesos, además de los maxilares varía entre el 21 y el 59% de los casos. Sin embargo, que se sepa no ha recidivado ninguna lesión de maxilar.

XANTOMA VERRUCOIDE
(HISTIOCIITOSIS " Y ")

Es una lesión de la cavidad bucal, de etiología desconocida y naturaleza - imprecisa.

Características clínicas: Se presenta como una lesión solitaria, de color normal o rojizo, pero a veces pálido o " hiperqueratósico ", con superficie irregular y guijarrosa de base sésil o pediculada. Es asintomático.

No hay referencias de sexo y aparece generalmente en adultos mayores de 40 años. Se da en cualquier sitio pero en los 15 casos estudiados por Shafer - se encontró con mayor frecuencia en el reborde alveolar inferior y después en paladar, piso de la boca, labio y surco mucovestibular inferior.

Características histológicas: La lesión tiene una superficie verrucosa e hiperparaqueratósica con abundantes tapones de queratina. Esta paraqueratina superficial suele ser áspera, con colonias bacterianas superpuestas. Los brotes epiteliales son extremadamente largos, sumamente delgados pero muy uniformes. El rasgo característico de la lesión es la presencia de grandes - células " espumosas " hinchadas, o células xantomatosas, presumiblemente histiocitos que ocupan las papilas conectivas entre los brotes epiteliales.

Tratamiento: Como se desconoce el significado o asociación del xantoma - verrucoso con algún estado sistémico se aconseja la simple excisión quirúrgica. No se observaron recidivas.

TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA

Es una forma de hemangioma, es una enfermedad congénita y hereditaria que se caracteriza por numerosas zonas telangiectásicas o angiomasas ampliamente distribuidas en la piel y mucosas de la cavidad bucal y que tiende a experi^{en}tar repetidas hemorragias. Afecta tanto a varones como a mujeres y es - transmitida por los dos sexos.

Características clínicas : Las telangiectasias aracniformes a veces están

presentes en el momento del nacimiento, o poco después, pero en la mayoría de los casos no resultan conspicuas hasta después de la pubertad. Aumentan en cantidad y prominencia a medida que el paciente envejece. Las lesiones cutáneas son muy comunes en la cara, cuello y pecho, aunque pueden afectar cualquier zona. La afectación de la mucosa bucal constituye una característica importante de la enfermedad, las zonas por lo común más atacadas son los labios, encía, mucosa vestibular y paladar, así como el piso de la boca y lengua.

Uno de los primeros signos de la enfermedad, que suele aparecer en la infancia y precede a la telangiectasia, es la epistaxis, así como hemorragias de la cavidad bucal, que resultan difíciles de cohibir. Puede establecerse el diagnóstico si se comprueba la existencia de epistaxis que datan de la infancia, la presencia de zonas telangiectásicas y antecedentes familiares.

Características histológicas: La enfermedad se debe fundamentalmente a defectos en vasos sanguíneos pequeños de piel y mucosas.

Tratamiento y pronóstico: Es variado, según sea su gravedad. Las hemorragias espontáneas se cohiben con taponamiento a presión, en particular las nasales. A veces, las zonas telangiectásicas se cauterizan, se tratan mediante la irradiación con rayos X o se eliminan por cirugía.

Raras veces la enfermedad es tan grave que ponga en peligro la vida. Sin embargo, se han registrado numerosas muertes por hemorragias intensas.

ANGIOFIBROMA NASOFARINGEO

Es una neoplasia relativamente rara que se produce casi exclusivamente en la nasofaringe de varones adolescentes. En algunos casos se ha extendido para abarc ar la cavidad bucal.

Características clínicas: Este tumor benigno es una lesión no encapsulada, expansiva e infiltrativa que se origina en el tejido blando de la nasofaringe. Se han registrado muy pocos casos en mujeres.

Las lesiones se manifiestan por obstrucción nasal, epistaxis y sinusitis. A medida que el tumor se agranda, se produce la depresión del paladar y la deformidad facial.

Manifestaciones bucales: Las manifestaciones bucales del angiofibroma constan de una masa palatina o amigdalina, con obstrucción nasal.

Ocasionalmente, sin embargo, se ven lesiones de la parte posterior del maxilar superior e incluso de la mandíbula que son microscópicamente idénticas a las lesiones nasofaríngeas, y se las puede considerar de naturaleza similar.

Características histológicas: El tumor consiste esencialmente de dos componentes básicos y característicos: una trama vascular y un estroma conectivo. Los vasos de la trama vascular son de diferente grosor, de forma irregular y por lo general constan de un revestimiento endotelial simple. Los elementos vasculares son más pronunciados en la periferia de la lesión, donde hay crecimiento activo. Es frecuente observar trombosis y oclusión, por lo general en asociación con vasculitis.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento ha sido, por lo general quirúrgico, a veces complementado por irradiación de rayos X. Son comunes las recidivas múltiples, pero probablemente no se produce transformación maligna.

LINFANGIOMA

El linfangioma, tumor benigno de los vasos linfáticos, es la contraparte — menos común del hemangioma, y han surgido discusiones sobre la verdadera naturaleza de esta lesión.

Watson y McCarthy propusieron una clasificación de los linfangiomas, sobre la base de su estudio de 41 casos.

En esta clasificación, se proponen las siguientes divisiones: 1) linfangioma simple, 2) cavernoso, 3) celular o hipertrófico, 4) sistemático difuso y 5) quístico o higroma.

Características clínicas: La mayoría de los casos de linfangioma están presentes en el momento del nacimiento, según Watson y McCarthy, en cuya serie el 95% de los casos habían comenzado antes de los 10 años de edad. La edad de su aparición estaba por debajo de los 15 años en sólo 71% de 42 casos registrados por Nix, en tanto que en 132 pacientes estudiados por Hill y Briggs, 80% de las lesiones se habían originado al final del segundo año de vida. A diferencia del hemangioma, la distribución por sexos del linfangioma está dividida en forma casi pareja.

En los casos de Watson y McCarthy, la zona de la cabeza y cuello era el sitio de los tumores en 52% de los casos.

Manifestaciones bucales: El linfangioma intrabucal es más común en la lengua, pero también se observa en el paladar, mucosa vestibular, encías y labios. Las lesiones superficiales se manifiestan como lesiones papilares del mismo color de la mucosa adyacente o de un tono levemente más rojo. Las depresiones más profundas se presentan como nódulos o masas sin alteraciones significativas en la textura superficial o el color. En algunos casos, están atacadas zonas de tejido relativamente grandes. Si está afectada la lengua, se produce un apreciable crecimiento (macroglosia).

Características histológicas: El linfangioma, del cual el tipo más común es el cavernoso, se compone de numerosos linfáticos dilatados, tapizados de células endoteliales, y que contienen linfa. Algunos conductos están llenos de sangre.

Tratamiento y pronóstico: Probablemente, la extirpación quirúrgica sea el tratamiento más conveniente, puesto que el linfangioma es más radiorresistente e insensible a los agentes esclerosantes, como el morruato de sodio, que el hemangioma.

Estas lesiones tienen tendencia a recidivar después de su extirpación. Esta tendencia aumenta con la edad del paciente.

CONDROMA

Es un tumor central benigno compuesto de cartilago maduro, es una entidad - también conocida en ciertas zonas del esqueleto óseo, pero no es común en los huesos de los maxilares.

Esta lesión es de considerable importancia clínica por la propensión del tumor a experimentar degeneración maligna en ciertas circunstancias, aun después de permanecer inactivo durante largos periodos.

El condroma raras veces se origina en huesos membranosos, particularmente si no hay restos cartilagosos vestigiales, pero, como tanto el maxilar como la mandíbula pueden contener tales remanentes, se justifica la presencia - del tumor en estos huesos.

Características clínicas: Esta neoplasia se presenta a cualquier edad y - no manifiesta predilección por el sexo. El condroma se origina como una hinchazón indolora y lentamente progresiva del maxilar, y como cualquier otra neoplasia es capaz de producir el aflojamiento de los dientes. La mucosa - que lo cubre raras veces se ulcera. La parte anterior del maxilar superior es el sitio más común de éste tumor porque es aquí donde se encuentran restos cartilagosos vestigiales, particularmente en la línea media, hacia - lingual o entre los incisivos centrales. En el maxilar inferior, en el lugar de aparición más común es detrás del canino y afecta el cuerpo de la - mandíbula, o las apófisis coronoides o los cóndilos. Se ha observado algunos casos periféricos, fuera del hueso, como en el paladar blando.

Características radiográficas: Las radiografías revelan una zona radiolúcida irregular o moteada en el hueso. El condroma es una lesión destructora y, además se comprobó que produce resorción radicular de los dientes adyacentes.

Características histológicas: El condroma se compone de una masa de cartilago hialino que presenta zonas de calcificación o de necrosis. Las células cartilagosas son pequeñas, contienen núcleos únicos y no presentan - gran variación de tamaño, forma o reacción tintoreal. Los tumores cartilagi

nosos varían considerablemente de aspecto de una zona a otra, de manera que algunas lesiones malignas presentan zonas de aparente benignidad.

Tratamiento y pronósticos: El tratamiento es quirúrgico, puesto que el tumor es resistente a los rayos X. Pronóstico desconocido en los maxilares.

OSTEOMA

Es una neoplasia benigna caracterizada por la proliferación de hueso compacto o esponjoso en una localización endoteal o perióstica.

Características clínicas: No es una lesión bucal común aunque puede originarse a cualquier edad, parece ser algo más común en el adulto joven.

La lesión de origen perióstico se manifiesta como una tumefacción circunscrita del maxilar que produce una asimetría obvia.

El osteoma es un tumor de crecimiento lento, de manera que por lo general el paciente no se alarma. El osteoma de origen endosteal tarda más en presentar manifestaciones clínicas, puesto que es necesario que haya una considerable proliferación antes que haya una expansión de las tablas corticales. Rara vez hay dolor asociado con éste tumor. Los osteomas múltiples de los maxilares, así como de huesos largos y cráneo, son una manifestación característica del síndrome de Gardner.

Características radiográficas: La lesión central aparece en el interior del maxilar como una masa radiopaca bien delimitada que es indistinguible del hueso cicatrizal.

Características histológicas: El osteoma está compuesto de hueso compacto en extremo denso o de hueso esponjoso con espacios amplios. El hueso formado es normal en todas las áreas. La lesión suele ser bien circunscrita, pero no encapsulada.

Tratamiento y pronósticos: El tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica si la lesión causa dificultades o si se ha de correccionar un aparato protésico. El osteoma no recidiva después de su extirpación quirúrgica.

TORUS PALATINO

El torus palatino es una protuberancia o excrescencia ósea de crecimiento lento y base plana que se presenta en la línea media del paladar duro.

Características clínicas: Se presenta como una saliente en la línea media del paladar y adquiere varias formas.

Desde el punto de vista clínico, ha sido clasificado como plano, fusiforme, nodular o lobular.

La mucosa que recubre el torus está intacta, pero a veces aparece más pálida. Si se traumatiza, se ulcera. El torus propiamente dicho se compone de hueso compacto denso o de un caparazón de hueso compacto con un centro de hueso esponjoso, y, por lo tanto, suele ser visible en las radiografías palatinas intrabucales.

Tratamiento y pronóstico: Esta lesión tiene escasa significación clínica porque es benigna y nunca se transforma en maligna. Por lo general no se trata el torus.

TORUS MANDIBULAR

Es una exostosis o saliente ósea que se encuentra en la superficie lingual de la mandíbula, de etiología desconocida.

Características clínicas: Esta proliferación en la superficie lingual de la mandíbula se presenta sobre la línea milohioidea, por lo común a la altura de los premolares. Al igual que el torus palatino, su tamaño y forma varían considerablemente. Aunque los torus mandibulares suelen ser bilaterales, también son unilaterales en alrededor del 20% de los casos. Tanto las protuberancias unilaterales como las bilaterales pueden ser únicas o múltiples, y con frecuencia son visibles en las radiografías dentales periapicales.

Tratamiento y pronóstico: La eliminación quirúrgica del torus mandibular puede ser necesaria debido a las dificultades con que se tropieza al inten-

tar confeccionar una prótesis. La lesión es comparable al torus palatino en su benignidad.

EXOSTOSIS MÚLTIPLES

Las exostosis múltiples de los maxilares son menos comunes que los torus superiores e inferiores y, por lo general se encuentran en la superficie vestibular del maxilar, debajo del pliegue mucovestibular de la zona de los molares, clínicamente, éstas exostosis son pequeñas protuberancias nodulares sobre las cuales la mucosa puede aparecer blanqueada.

Su etiología es desconocida, no tienen importancia clínica, excepto que, si son grandes, interfieren en la preparación o adaptación de una prótesis.

HEMANGIOMA

(Nevo Vascular)

El hemangioma es un tumor común que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos. Suele ser de naturaleza congénita y, por lo general, tiene evolución benigna, aunque no invariablemente.

Características clínicas: La mayoría de los casos de hemangioma están presentes desde el nacimiento o aparecen en edad temprana.

En el estudio de Watson y McCarthy, el 85% de las 1,308 lesiones se habían formado antes de cumplirse el año de vida.

Había una inexplicable predominancia de sexo; la relación entre el sexo femenino y masculino era de 65 a 35%. Las regiones de la cabeza y cuello estaban afectadas en el 56% de los casos.

Manifestaciones bucales: El hemangioma de los tejidos blandos bucales es similar al hemangioma de la piel y aparece como una lesión plana o elevada de la mucosa; por lo general, de color rojo intenso o azulado y, por lo general, bien circunscrita. Los lugares más habituales de su aparición son -

los labios, lengua, mucosa vestibular y el paladar. El tumor suele ser traumatizado y se ulcera e infecta en forma secundaria.

Características histológicas: Se compone de numerosos capilares pequeños tapizados de una capa de células endoteliales, sostenidos por un estroma de tejido conectivo de diversa densidad. Tiene una semejanza considerable con el tejido de granulación joven y es casi idéntico a algunos casos de granuloma piógeno.

Tratamiento y pronóstico: Se comprobó que muchos hemangiomas congénitos remiten espontáneamente a una edad relativamente temprana.

Los casos que no hacen remisión o en los que aparecen en personas de edad avanzada han sido tratados de diversas maneras incluidas la cirugía, irradiación (irradiación externa o con radio), agentes esclerosantes, como el morruato de sodio o peiliato de sodio, inyectados den la lesión, nieve carbónica, crioterapia y compresión.

El pronóstico del hemangioma es excelente, porque no se transforma en maligno ni recidiva después de la eliminación o destrucción adecuada.

LESIONES PREMALIGNAS, ETIOLOGIA, HISTOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

LEUCOPLASIA

Leucoplasia es un término que se usó durante muchos años para indicar una placa blanca que aparece en la superficie de una mucosa, no solo en la bucal, sino también en la vulva, cuello uterino, vesícula biliar, pelvis renal y órganos respiratorios superiores. En realidad, son muchas las lesiones, incluidas ciertas entidades nosológicas muy específicas, que se manifiestan clínicamente como placas blancas de la mucosa bucal.

Etiología: La mayoría de los investigadores convienen en que la etiología de la leucoplasia es variada. Algunos autores opinan que la iniciación de la afección depende no solo de factores locales extrínsecos sino también de factores predisponentes intrínsecos. Los factores más frecuentemente citados son el tabaco, alcohol, sepsis bucal, irritación local, sífilis, deficiencia vitamínica, trastornos endócrinos, galvanismo y la radiación actínica en el caso de la leucoplasia labial.

Tabaco: El tabaco ha sido mencionado con gran frecuencia como agente agresor, y hay considerables pruebas para ésta suposición. Muchos de los componentes químicos del tabaco y sus productos terminales de combustión, como los alquitranes y resinas del tabaco, son sustancias irritantes capaces de producir alteraciones leucoplásicas de la mucosa bucal.

Algunos investigadores opinan que el fumar en pipa es por demás nocivo. En los fumadores de pipa empedernidos se suele observar una lesión específica en el paladar, que se denomina estomatitis nicotínica (o paladar del fumador de pipa). Esta afección se manifiesta primeramente por el enrojecimiento e inflamación del paladar. Pronto, este presenta aspecto papularo multínodo e inflamación del paladar. Pronto, este presenta aspecto papularo multínodo, engrosado, blanco grisáceo u difuso con un pequeño punto rojo en el centro de cada pequeño nódulo, que representa el orificio dilatado, y a ve-

ces parcialmente ocluido, de un conducto de una glándula salatina accesoria alrededor del cual el infiltrado celular inflamatorio es prominente. - Pueden aparecer fisuras y grietas, produciendo una superficie irregular y arrugada. El epitelio que rodea los conductos es excesivamente grueso y queratinizado.

Alcohol: El consumo del alcohol también tendría importancia etiológica - porque irrita las mucosas. Pero las personas que habitualmente consumen cantidades considerables de alcohol también suelen ser fumadores crónicos de manera que es difícil establecer los efectos del alcohol solo.

Irritación crónica: Algunos investigadores consideran que el traumatismo o la irritación local crónica es de suma importancia en la etiología de la leucoplasia, y hay que sospechar de todo factor irritante crónico en la cavidad bucal, como la maloclusión que produce merisqueo crónico del carrillo, prótesis mal adaptadas, o dientes filosos y fracturados que irritan constantemente la mucosa. También los alimentos calientes y condimentados son mencionados con frecuencia como factores etiológicos, y por lo menos es concebible que su consumo continuo tenga cierta importancia.

Sífilis: Aunque la literatura más antigua ponía de relieve la importancia de la sífilis en el desarrollo de la leucoplasia, los informes de Høbaek, Cooke y Konstrup indicarian que desempeña un papel relativamente menor, aunque hay considerables pruebas para indicar que la frecuencia de la leucoplasia es algo más elevada en pacientes que han tenido glositis sífilítica que entre quienes carecen de antecedentes sífilíticos.

Características clínicas: Las lesiones de leucoplasia bucal varían considerablemente en tamaño, localización y aspecto clínico. La mayoría de los trabajos indican que la leucoplasia es más común en hombres que en mujeres, y que se observa principalmente en edades avanzadas.

Aunque se encuentran placas leucoplásicas en cualquier sector de la cavidad bucal, se notaron algunos sitios de predilección. Konstrup observó que la mucosa vestibular y las comisuras estaban afectadas con mayor frecuencia, -

seguidas en orden descendente por la mucosa alveolar, la lengua, labios, paladar blando y duro, piso de la boca y encía. En los casos de Hoback, estaban afectados con mayor frecuencia la lengua y piso de la boca, seguidos por el labio inferior, mucosa vestibular, paladar y encía, en este orden. La extensión de las lesiones varía de pequeñas placas irregulares bien localizadas a lesiones difusas que cubren una porción considerable de la mucosa bucal.

En el examen clínico, las placas leucoplásicas varían de una zona blanca débilmente translúcida, no palpable a lesiones gruesas, fisuradas, papilomatosas e induradas. La superficie de la lesión suele estar finamente arrugada y es áspera a la palpación. Las lesiones son blancas, grises o blanco amarillentas, pero cuando hay un gran consumo de tabaco, adquieren un color pardo amarillento.

Sharp describió tres fases de la leucoplasia: lesión incipiente de color blanco, débilmente translúcido, no palpable. Mas adelante, se forman placas localizadas o difusas, levemente elevadas de contorno irregular. Estas son de color blanco opaco y tienen textura granular fina. En algunos casos, las lesiones se transforman en formaciones engrosadas y blancas, induradas, fisuradas y con úlceras.

Hoback diferenció dos formas principales de leucoplasia: "plana" y "verrucosa". Afirmó que toda leucoplasia comienza como tipo liso y sin elevación, pero que, después de periodos muy variables se engruesa y adhiere la forma verrucosa. Ward propuso una clasificación clínica de leucoplasia que incluye los tipos "agudo", "crónico" e "intermedio". La leucoplasia aguda fué descrita como una lesión que evoluciona rápidamente en varias semanas o meses. Esta lesión se engruesa y podía convertirse en papilomatosa o ulcerada. Ward opinó que éste tipo de leucoplasia es más propensa a transformarse en maligna. La leucoplasia crónica es más difusa y delgada, asemejase a una película blanca sobre la superficie mucosa. Esta lesión puede durar entre 10 y 20 años. El grupo intermedio probablemente es una forma in

ciente de leucoplasia crónica; su duración y fase de desarrollo está entre los dos primeros tipos.

Tratamientos: El tratamiento de la leucoplasia incluyó, durante años, modalidades como la administración de vitamina A, complejo B y estrógenos, terapéutica con rayos X, fulguración y excisión quirúrgica.

En términos generales, el tratamiento de la enfermedad apunta a la eliminación de todo factor irritante identificable. Además se aconseja la suspensión del consumo de tabaco o alcohol, la corrección de toda posible maloclusión, el reemplazo de prótesis mal adaptadas. Probablemente la corrección de los factores locales es de mayor beneficio que el tratamiento de los posibles factores sistemáticos.

Las lesiones relativamente pequeñas pueden ser totalmente extirpadas o cauterizadas aunque siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de la "cancerización del campo".

Las lesiones extendidas suelen ser tratadas por el procedimiento de denudación por grados múltiples con injertos de piel o sin ellos. El procedimiento de denudación, sin los injertos, para la leucoplasia de labio es especialmente común y da buenos resultados.

Por lo tanto, hay que dejar de lado el tratamiento con rayos X.

Diagnóstico diferencial: Desde el punto de vista clínico, el líquen plano es probablemente la lesión más importante a considerar en el diagnóstico diferencial de la leucoplasia. Aunque, más de las veces es posible identificar las lesiones de líquen plano por las características clínicas, en algunos casos es necesaria la biopsia.

Otras lesiones blancas de la mucosa bucal que deben ser diferenciadas de la leucoplasia incluyen las quemaduras químicas, placas mucosas sífilíticas, infecciones micóticas (principalmente candidiasis), psoriasis, lupus eritematoso y nevo esponjoso blanco o gingivostomatitis plégena blanca.

Muchos casos de leucoplasia no pueden ser diferenciados de otras lesiones bucales blancas específicas sin la biopsia. No se debe dudar en establecer

el diagnóstico por este medio.

LEUCOEDEMA

Es un trastorno de la mucosa bucal, que clínicamente se asemeja a la leucoplasia incipiente, pero difiere de ella en ciertos aspectos. Su etiología es desconocida.

Características clínicas: El aspecto macroscópico del leucoedema varía entre el de una película opalescente sobre la mucosa en los periodos incipientes y una capa blanca grisácea más definida con una superficie con arrugas gruesas en los periodos tardíos. En la mayoría de los casos, las lesiones son bilaterales y, frecuentemente, afectan gran parte de la mucosa vestibular, y se extienden hacia la superficie bucal de los labios. El leucoedema es más notable a lo largo de la línea oclusal de la zona de premolares y molares. En algunos casos se produce descamación, que deja una superficie erosionada.

Características histológicas: Las características histológicas del leucoedema consisten en el aumento del espesor del epitelio, edema intracelular de la capa espinosa o de malpighi, una capa paraqueratósica superficial de varias células de espesor, y gruesos brotes epiteliales irregularmente alargados. Las células edematosas típicas son extremadamente grandes y pálidas y presentan un patrón reticular. El citoplasma se ha perdido y los núcleos están ausentes, claros o picnóticos.

Se hay evidencias de que ésta lesión sea premaligna o esté asociada de alguna manera con alteraciones malignas potenciales.

Como el leucoedema es simplemente una variante de la mucosa normal, no se necesita tratamiento alguno.

CARCINOMA INTRAEPITELIAL

(Carcinoma in situ)

Es una lesión que frecuentemente se produce en la piel, pero también se da en las membranas mucosas, incluidas las bucales. Algunas autoridades en la materia opinan que esta enfermedad es un proceso disqueratósico precanceroso, pero otros dicen que es un epiteloma o carcinoma superficial de tipo intraepitelial de extensión lateral.

Características clínicas:

La lesión intrabucal típica puede parecerse a la leucoplasia, pues la queratinización es un rasgo común, y esta relación fué explicada en los párrafos precedentes sobre leucoplasia. Sin embargo, la presencia de la queratosis no es invariable, de manera que la enfermedad, en la mucosa bucal, puede presentarse como una placa aterciopelada y eritematosa, elevada o no, en la cual hay, en algunos casos, placas blanquecinas.

Se comunicó que estas lesiones aparecen en encía, paladar blando, úvula, pilares amigdalinos, lengua, piso de la boca, mucosa bucal y labios. Su distribución entre varones y mujeres es la misma y tiende a aparecer principalmente en personas ancianas.

Características histológicas: Se caracteriza por hiperqueratosis, acantosis, disqueratosis y variación de la forma y el tamaño de las células epiteliales de la capa espinosa. La capa basal queda intacta.

Tratamiento y pronóstico: No hay tratamiento uniformemente aceptado para el carcinoma intraepitelial. Las lesiones han sido enucleadas quirúrgicamente, irradiadas, cauterizadas e incluso expuestas al bióxido de carbono sólido. Si la lesión no es tratada se cree que en última instancia se producirá la invasión carcinomatosa.

ERITROPLASIA

Es una entidad clínica que constituye una lesión de las mucosas que, en una gran proporción de casos, tiene alteraciones epiteliales que van de una displasia leve al carcinoma in situ o incluso al carcinoma invasor.

Características clínicas: En la cavidad bucal hay tres diferentes manifestaciones de la eritroplasia. Shear las describió como:

- 1) Forma homogénea, que se presenta como una lesión blanda, rojo brillante, con márgenes rectos o festoneados bien definidos, por lo general de gran extensión, común en la mucosa bucal y que a veces está en el paladar blando, y más raramente en lengua y piso de la boca.
- 2) Eritroplasia entremezclada con placas leucoplásicas, en la cual las zonas eritematosas son irregulares y de rojo tan brillante como en la forma homogénea, vista con mayor frecuencia en lengua y piso de la boca.
- 3) Lesiones blandas y rojas, levemente elevadas, de contorno irregular o su superficie finamente nodular moteada con minúsculas placas blancas, que suelen ser denominadas "leucoplasia moteada" o, más apropiadamente "eritroplasia moteada". Esta última forma aparece en cualquier sector de la cavidad bucal.

Características histológicas: La vasta mayoría de los casos de eritroplasia son histológicamente carcinomas epidermoides invasores o carcinomas in situ en el momento en que se hace la biopsia. Ocasionalmente se observa una displasia epitelial menos grave.

Tratamiento: Es el mismo que el del carcinoma epidermoide invasor o el carcinoma in situ.

FIBROSIS SUBMUCOSA BUCAL

Es una enfermedad peculiar, considerada precancerosa. Se dá principalmente en el sudeste asiático, pero ha sido observada en raras ocasiones en otros

países, incluidos los Estados Unidos.

Características clínicas: Se caracteriza por una sensación de ardor en la boca, particularmente al comer alimentos condimentados. Esto va acompañado o seguido de la formación de vesículas (en el paladar), úlceras o estomatitis recurrente, con excesiva salivación o xerostomía y sensación defectuosa del gusto. Por último, los pacientes experimentan rigidez en ciertas zonas de la mucosa bucal con dificultad para abrir la boca y deglutir, a semejanza del escleroderma.

Al final la mucosa se torna pálida y opaca y aparecen bandas fibrosas que abarcan la mucosa vestibular, paladar blando, labios y lengua.

Características histológicas: El epitelio bucal es, casi invariablemente en extremo atrófico con pérdida completa de los brotes epiteliales. También puede haber atipia epitelial.

El tejido conectivo subyacente revela gran hialinización con homogeneización de los haces de colágena. La cantidad de fibroblastos está marcadamente reducida y los vasos sanguíneos están completamente obliterados o estrechados. Puede haber cierta cantidad de infiltrado celular inflamatorio crónico.

Tratamiento y pronósticos: Fueron probadas varias modalidades terapéuticas, por lo general, sin éxito. La administración sistemática de corticosteroides y la aplicación local de hidrocortisona proporcionaron ciertas remisiones temporales.

Esta enfermedad sería precancerosa, según lo sugieren la elevada proporción de pacientes con cáncer bucal y fibrosis submucosa concomitante.

LESIONES MALIGNAS, ETIOLOGIA, HISTOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

CARCINOMA EPIDERMOCIDE

El carcinoma epidermoide (de célula escamosa) es el proceso maligno que más frecuentemente se presenta en la boca, le corresponden mas del 90% de todos los casos de cancer bucal. Excluyendo labios, el cancer epidermoide se descubre como lesión primaria sobre todo en la lengua, suelo de la boca, mucosa alveolar, paladar y mucosa bucal, en éste orden de frecuencia.

La queja principal del paciente con cáncer bucal es el de irritación o molestia en la boca. El dolor viene más tarde, muchas veces cuando la lesión se ha ulcerado y se ha producido infección secundaria, o cuando han quedado afectadas terminaciones nerviosas.

En ocasiones, un paciente busca consejo dental o médico, porque ha observado una hinchazón en el cuello. Tal hinchazón suele representar un ganglio linfático afectado por inyección o metástasis.

Silverman comprobó que los pacientes que más frecuentemente eran asintomáticos eran los que sufrían carcinoma del suelo de la boca (29 %).

El síntoma más común era el dolor (60 %), y los signos mas corrientes eran hinchazón y ulceración.

Un paciente que se presenta con los signos que indicaremos a continuación debe sospecharse candidato al cáncer bucal:

Una úlcera crónica que no cura, una lesión dura con bordes indurados, una lesión que se fija a los tejidos más profundos, una lesión blanca moteada, una lesión exofítica o una linfadenopatía indolera.

Etiología: Desconocida. Se ha sugerido que el carcinoma oral se acompaña de cierta variedad de estímulos, tanto de origen intrínseco como extrínseco.

Wynder y colaboradores sugirieron que la transformación de la célula epite-

lial normal de la cavidad oral en una célula cancerosa sería el resultado de la acción de la acción de factores intrínsecos y extrínsecos. De los primeros, algunos altamente sospechosos, como el alcoholismo, déficit vitamínicos, déficit de hierro, y sífilis. Entre los extrínsecos estarían el tabaco, la luz solar y diversos estímulos profesionales y desconocidos.

El papel del tabaco ha sido merecedor de una considerable atención, particularmente en los últimos años, existiendo bastantes pruebas para que pueda considerarse como un agente de intervención responsable en la producción del carcinoma oral.

Varios estudios prospectivos y retrospectivos han demostrado que los fumadores empedernidos tienen un riesgo considerablemente mayor que los no fumadores para la aparición del carcinoma oral.

Asimismo, existen pruebas considerables para asociar el carcinoma oral con el uso prolongado del rapé y tabaco de mascar.

Moore publicó un interesante estudio que apoya todavía más una relación causal entre el hábito de fumar y el cáncer oral.

Una serie de 78 pacientes con cáncer oral y laríngeo "curados" fueron divididos en dos subgrupos según el paciente abandonara o no, el tabaco tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer inicial. Ambos grupos eran comparables en la mayoría de los parámetros. El período medio de observación fue de 6.7 años y todos ellos fueron controlados como mínimo durante tres. De los 29 pacientes que abandonaron el tabaco, solamente uno desarrolló un segundo cáncer oral, mientras que durante el período de observación de los 49 pacientes que siguieron fumando, diecisiete de ellos presentaron un segundo cáncer oral o laríngeo.

El consumo excesivo del alcohol ha sido otro de los factores implicados en la etiología del carcinoma oral.

En el estudio de Wynder y colaboradores, el 33% de los hombres con cáncer oral admitieron beber más de 1/4 de litro diario de whisky, mientras que solo el 12% del grupo de control recurría al alcohol en la citada cantidad.

Muchos clínicos que han estudiado el cáncer han comprobado que los pacientes con cáncer oral son propensos a ser grandes bebedores.

Trieger y colaboradores publicaron diversos estudios referentes a factores predisponentes en el carcinoma de la lengua y mucosa oral. Los informes de 108 pacientes con carcinoma lingual fueron estudiados en relación con cuatro grupos de factores supuestamente predisponentes: tabaco, alcohol, sífilis y traumatismos orales crónicos.

En el 75 % de los 108 pacientes se registró un elevado consumo de alcohol, con una incidencia de cirrosis hepática franca del 44.4 %. Casi el 90 % de los enfermos eran grandes fumadores. En el 75 % había signos de irritación oral prolongada a causa de dientes afilados, rotos o de prótesis mal adaptadas. En lo tocante a las pruebas serológicas de la sífilis, fueron positivas en el 18.5 % de los casos, mientras que, por otra parte, en 94 de los 108 pacientes se comprobó la existencia de varios o todos los llamados factores predisponentes.

La importancia de los traumatismos mecánicos por dientes agudos o rugosos, dentaduras mal adaptadas, restauraciones que sobresalen, etc. en la etiología del carcinoma oral, es difícil de valorar desde una base científica. No es raro que el carcinoma de la lengua, mucosa bucal y labios esté localizado en relación inmediata con un diente y cresta alveolar fragmentados, en tanto que el carcinoma del surco puede asociarse a las aletas de las dentaduras duras. La gran frecuencia de estos mismos factores irritantes entre la población general, hace que, a pesar de todo, su papel resulte difícil de valorar. La mayoría de las autoridades en el campo de la carcinogénesis experimental tienden a descartar el papel de los traumatismos puramente mecánicos en la etiología del cáncer. Sin embargo, vale la pena tener en cuenta el efecto sobreañadido de un traumatismo mecánico sobre una mucosa ya condicionada por el tabaco, alcohol, déficit nutritivos, etc.

A este respecto puede resultar significativa la observación clínica habitual de que el "el cáncer nunca o prácticamente nunca asienta en una boca

limpia ". Aunque un cierto número de pacientes con cáncer oral carecen de dientes y gozan de bocas " limpias " en el momento de diagnosticarse el cáncer, lo que ocurre es que por lo general estos individuos perdieron sus dientes precisamente a causa de una sepsis oral avanzada y procesos periodontales.

Características clínicas y anatomopatológicas: El aspecto clínico del carcinoma epidermoide oral presenta notables variaciones. La lesión inicial puede adoptar un aspecto inocente, manifestándose solamente como una zona a planada de mucosa eritematosa, o ligeramente rugosa, o bien como una placa blanca o incluso una masa polipoide con ulceración superficial o sin ella. Al ir evolucionando clínicamente, los carcinomas orales muestran tendencia a adoptar uno de estos tres tipos de crecimiento: exofítico, ulcerado y verrugoso. La lesión exofítica se presenta como una masa elevada de amplia base y superficie algo nodular. La palpación descubre induración en la base y bordes. A medida que el tumor va haciéndose más voluminoso, aparece generalmente necrosis, ulcerándose consiguientemente la porción central de la masa exofítica. El carcinoma ulcerado presenta como un defecto crateriforme de bordes encorvados y elevados. Este tipo de carcinoma tiene una mayor tendencia a invadir profundamente los tejidos que el tipo exofítico. Algunas lesiones ulceradas exhiben una zona relativamente pequeña de ulceración superficial pero en profundidad infiltran el tejido subyacente.

La forma verrugosa del carcinoma la consideran muchos como un tipo clinico-anatomopatológico bien definido, en tanto que otros la clasifican junto a las otras formas del carcinoma exofítico. El carcinoma verrugoso se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo y acentuado de múltiples pliegues extensivos. No es frecuente la ulceración excepto en las grietas existentes entre los pliegues papilares.

Características histológicas: Se compone de capas y nidos de células cuyo origen obvio es el epitelio escamoso. Estas células suelen ser grandes y -

presentan una membrana celular definida, aunque con frecuencia es imposible observar los puentes intercelulares o tonofilamentos.

Metástasis y causas de muerte: Los carcinomas epidermoides de la cavidad bucal metastatizan fundamentalmente por vía linfática englobando los ganglios regionales.

Se ha venido observando desde hace tiempo que los carcinomas orales incontrolados tienden a permanecer localizados por encima del nivel de las clavículas. El fallecimiento por carcinoma oral suele deberse a los efectos directos o indirectos de la lesión local o de las metástasis regionales.

CARCINOMA DE LABIO

Es una enfermedad que se produce principalmente en varones de edad avanzada. Además esta neoplasia ataca el labio inferior más comúnmente que el superior.

Etiología: Al revisar las fichas de muchos pacientes surgieron una cantidad de posibles factores etiológicos. Uno de los más comunes era el consumo de tabaco, principalmente por fumar en pipa. La mala higiene bucal es un hallazgo casi generalmente en los pacientes con cáncer de labio. Además, algunos pacientes relatan una historia de traumatismo previo a la aparición de la lesión. Hablan no solo de una experiencia traumática aislada, como una quemadura con cigarrillo o un corte, sino también del traumatismo crónico de dientes irregulares o algo semejante. Lamentablemente, resulta difícil establecer científicamente el papel de tales factores en la etiología del cáncer.

Características clínicas: Los tumores suelen comenzar en el borde del bermellón del labio, a un lado de la línea media. Al principio, es una pequeña zona de engrosamiento, induración y ulceración o irregularidad de la superficie. A medida que la lesión se agranda, crea un pequeño defecto caracteriforme o produce un crecimiento exofítico y proliferativo de tejido tumoral. Algunos pacientes tienen grandes masas fungosas en un lapso relativamente corto, mientras en otros pacientes el avance es muy lento.

Suele tardar en hacer metástasis y puede producirse una lesión voluminosa antes que haya manifestaciones de la afección de los ganglios linfáticos regionales.

Características histológicas: Son lesiones bien diferenciadas; éste tipo de cáncer tiende a hacer metástasis en las fases más tardías de la evolución.

Tratamiento y pronóstico: Ha sido tratado por excisión quirúrgica o con rayos X con éxito aproximadamente igual, según, en cierta medida, la duración y la extensión de la lesión y la presencia de metástasis. Son muchos los factores que influyen en el éxito o el fracaso del tratamiento. El tamaño de la lesión, su duración, presencia de ganglios linfáticos metastásicos, o su ausencia y el grado histológico de la lesión son todos elementos que han de ser cuidadosamente considerados por el terapeuta al planificar su enfoque del problema neoplásico.

CARCINOMA DE LENGUA

El carcinoma de lengua comprende entre el 25 y 50 % de todos los cánceres intrabucales.

Etiología: Se han sugerido una cantidad de causas del cáncer de lengua, pero en el estado actual de los conocimientos no es factible hacer afirmaciones precisas. Hay, empero, una definida relación entre el cáncer de lengua y otros trastornos. Muchos investigadores han encontrado sífilis, en la fase activa o por lo menos antecedentes de ella, coexistente con el carcinoma de lengua. Otros factores que se ha pensado que contribuyen a la generación del carcinoma de lengua incluyen la mala higiene bucal, traumatismo crónico y el consumo de alcohol y tabaco. La mala higiene bucal, el consumo de alcohol y tabaco son tan prevalentes que casi impiden la posibilidad de sacar conclusiones sobre una posible relación de causa y efecto.

Características clínicas: El signo más común del carcinoma de lengua es una masa o una úlcera indolora, aunque en algunos pacientes la lesión se ha

ce finalmente dolorosa, especialmente cuando se infecta en forma secundaria. El tumor comienza como una úlcera indurada en la superficie, con bordes levemente elevados y evoluciona hasta convertirse en una masa fungosa exoftíca o se infiltra en las capas profundas de la lengua, produciendo fijación e induración sin grandes alteraciones superficiales.

La lesión típica se produce en el borde lateral o superficie ventral de la lengua. Tienen gran importancia el sitio específico de aparición de estos tumores porque las lesiones de la parte posterior de la lengua suelen ser de un grado más elevado de malignidad, hacen metástasis antes y ofrecen peor pronóstico, especialmente debido a su inaccesibilidad al tratamiento.

La metástasis se produce con mayor frecuencia en casos de cáncer de lengua.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento de cáncer de lengua es un problema difícil e incluso ahora no es posible hacer afirmaciones específicas sobre la eficacia de la cirugía comparada con la irradiación de Rayos X. Como en otros campos, probablemente se comprobará que la combinación acertada de la cirugía y rayos X brindarán los mayores beneficios al paciente.

Muchos radioterapeutas prefieren el uso de agujas de radio o perlas de radón a los Rayos X porque son aquellos elementos son capaces de limitar la irradiación del tumor, cuidando el tejido normal adyacente.

El pronóstico del cáncer en esta localización no es bueno.

CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA

El carcinoma del piso de la boca constituye alrededor del 15% de todos los casos de cáncer intrabucal y se produce en el mismo grupo cronológico que los otros cánceres bucales.

El fumar, especialmente la pipa o cigarros, ha sido considerado importante por algunos investigadores, en la etiología del cáncer en ésta localización. Sin embargo, se recogieron pocas pruebas que señalen una clara relación de causa y efecto con respecto del tabaco u otros factores como la mala higiene bucal o la irritación dental.

En esta localización se produce leucoplasia y hay ciertos datos para pensar que la displasia epitelial y la transformación maligna de la leucoplasia ocurre aquí con mayor frecuencia que en otros sitios de la boca.

Características clínicas: El carcinoma típico de piso de la boca es una úlcera indurada de tamaño variable, situada a un lado de la línea media. - Puede ser dolorosa o no. Esta neoplasia es, por lejana, más frecuente en la porción anterior del piso en la zona posterior.

Puede invadir los tejidos más profundos e incluso extenderse hacia las glándulas submaxilares y sublinguales. La cercanía de este tumor a la lengua, que produce cierta limitación del movimiento de ese órgano, suele inducir un peculiar engrosamiento o embotamiento de la voz.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento es difícil y, con demasiada frecuencia, infructuoso. Las lesiones grandes, debido a la anatomía de la región, no suelen constituir un problema quirúrgico. Incluso los tumores pequeños tienen propensión a recidivar después de la excisión quirúrgica.

Por ello, la irradiación con rayos X y el uso de radio suelen brindar resultados muchos mejores que la cirugía.

El pronóstico para los pacientes con carcinoma del piso de la boca es regular.

CARCINOMA DE LA MUCOSA VESTIBULAR

El cáncer de la mucosa vestibular comprende el 9% de la totalidad de los casos de carcinoma intrabucal. Es más común en varones que en mujeres y se genera principalmente en personas mayores.

Etiología: La etiología del carcinoma de la mucosa vestibular no es mejor conocida que la de otros carcinomas de la boca. Sin embargo, son varios los factores de indiscutible importancia, como el mascado de tabaco y el hábito de mascar nuez de betel, muy difundido en el lejano Oriente. Es una observación clínica común que el carcinoma de la mucosa vestibular aparece en

la zona contra la cual una persona apoya el trozo de tabaco durante años; - el carrillo opuesto está normal por no haber colocado nunca el paciente el tabaco en ese sitio.

Una forma especial de neoplasia conocida como " carcinoma verrucoso " se - presenta casi exclusivamente en personas ancianas con historia de mascado - de tabaco.

La leucoplasia es predecesora común del carcinoma de la mucosa vestibular. Su duración suele ser en extremo prolongada y puede o no necesariamente ir asociado al consumo de tabaco. El traumatismo crónico por el mordisqueo - del carrillo y la irritación producida por dientes irregulares no parece - tener relación con la aparición del carcinoma, aunque cuando ellos existen, a veces se observan zonas focales de leucoplasia.

Características clínicas: Las lesiones aparecen a lo largo de la línea - correspondiente al plano de oclusión, o debajo de ella. La posición antero - posterior es variable; algunos casos se dan cerca del tercer molar; otros, adelante, hacia la comisura. La lesión es ulcerativa y dolorosa, en la cual se común la induración e infiltración de los tejidos más profundos.

La frecuencia de la metástasis derivados del carcinoma epidermoide común de la mucosa vestibular varía considerablemente, pero es relativamente alta.

Los sitios más comunes de la metástasis son los ganglios linfáticos submaxi - lares.

Tratamiento y pronósticos: El tratamiento del carcinoma de la mucosa ves - tibular es un problema tan serio como el del cáncer de otras zonas de la ca - vidad bucal. En casos incipientes, probablemente los resultados obtenidos - son similares por la cirugía y por la radiación con rayos X, el empleo com - binado de estas dos formas de tratamiento sin duda tiene también un lugar - en la terapia de este tumor.

El pronóstico depende de la presencia o de la ausencia de metástasis.

CARCINOMA GINGIVAL

El carcinoma gingival constituye un grupo importante de neoplasias. La similitud de las lesiones cancerosas incipientes de la encía con infecciones dentales comunes ha llevado a la demora del diagnóstico o incluso al diagnóstico equivocado. Por lo tanto, se retrasa la iniciación del tratamiento y el pronóstico final del tratamiento es peor.

Martin comunicó que alrededor del 10% de todos los tumores malignos de la cavidad bucal se originan en la encía, en tanto que Tiecke y Bernier encontraron una frecuencia similar del 12% en sus casos. La edad promedio de los pacientes era de 61 años. Esta es esencialmente una enfermedad de personas de edad, puesto que solo el 2% de los tumores se presentaban en pacientes menores de 40 años.

Etiología: La etiología del carcinoma de la encía no es más específica o definida que la de otras neoplasias de la cavidad bucal. La sífilis no es aquí un factor tan importante como lo es en el carcinoma de la lengua y la relación con el consumo de tabaco es incierta. Como debido a la presencia de cálculos y la acumulación de microorganismos la encía es, en casi todas las personas, sitio de irritación crónica e inflamación durante muchos años, se puede especular sobre el posible papel de la irritación crónica en la formación del cáncer gingival. A veces se origina un carcinoma gingival después de la extracción de un diente. Sin embargo, si examinamos atentamente tales casos, se podría asegurar que el diente fué extraído debido a la lesión o la afección gingival, o porque el diente estaba flojo. De hecho, el diente fué extraído a causa del tumor, que, en la cirugía, no había sido diagnosticado o identificado.

Características clínicas: Hay coincidencia casi general de que el carcinoma gingival mandibular es más común que el del maxilar superior.

El carcinoma gingival se manifiesta como una zona ulcerada que puede ser una zona puramente erosiva o, si no, una proliferación exofítica, granular

o verrucosa.

Muchas veces el carcinoma gingival no tiene el aspecto clínico de una neoplasia maligna. Es doloroso, o no. El tumor aparece más frecuentemente en zonas desdentadas, aunque también lo hace en sectores donde hay dientes. La encía fija suele presentar lesiones primarias más a menudo que la encía libre. La cercanía del periostio y del hueso subyacente invita a la invasión temprana de éstas estructuras. Aunque muchos casos sufren la invasión y la infiltración irregular del hueso, a veces se observa una erosión superficial que nace aparentemente como un fenómeno de presión.

En el maxilar superior, el carcinoma gingival va hacia el seno maxilar o se extiende hacia el paladar o hacia los pilares amigdalinos. En la mandíbula la extensión hacia el piso de la boca, o en sentido lateral, hacia los carrillos así como hacia el hueso es bastante común. A veces, en las fases tardías, se producen fracturas patológicas.

Las metástasis son una secuela común del carcinoma gingival; más frecuente la del maxilar superior que la del inferior. En la mayoría de las series de casos las metástasis en los ganglios submaxilares o los cervicales terminan por producirse en el 50% de los pacientes, independientemente de si la lesión era de uno u otro maxilar.

Tratamiento y pronóstico: La utilización de los rayos X en el carcinoma gingival está acompañada de riesgos en razón del bien conocido efecto lesivo de los rayos X en el hueso. Por lo general, el tratamiento del carcinoma en este sitio es quirúrgico.

El pronóstico del cáncer gingival no es bueno.

CARCINOMA DEL PALADAR

No es una lesión muy común. La edad promedio del paciente con cáncer palatino, según los estudios de Tiecke y Bernier era de 58 años, la mayoría de los pacientes estudiados fueron hombres. De 38 tumores palatinos en los -

cuales la ubicación era específica, el 53 % estaba en paladar blando, el 34 % en paladar duro y el 13 % en ambos.

Características clínicas: Se suele manifestar como lesiones mal definidas, ulceradas y dolorosas, a un lado de la línea media. Sin embargo, frecuentemente cruza la línea media y llega a extenderse en sentido lateral para incluir la encía lingual o hacia atrás para abarcar el pilar amigdalino o incluso la úvula. El tumor de paladar duro, avanza hacia el hueso, o a veces hacia la cavidad, en tanto que las lesiones de paladar blando lo hacen hacia la nasofaringe.

Las metástasis a los ganglios linfáticos regionales ocurren en una considerable proporción de casos, pero hay pocos datos sobre si estas son más comunes en el carcinoma del paladar blando o del duro.

Tratamiento y pronósticos: Se han utilizado tanto la cirugía como los rayos X en el tratamiento del carcinoma epidermoide de paladar, el pronóstico es algo semejante al del carcinoma gingival.

CARCINOMA DEL SENO MAXILAR

El carcinoma antral es una lesión sumamente peligrosa. Es considerablemente menos frecuente que cualquier otra forma de cáncer bucal. Es de etiología desconocida.

Características clínicas: Una de las características que contribuye a la naturaleza fulminante de esta enfermedad es que avanza irremediablemente antes que el paciente tome conocimiento de su presencia.

Los estudios disponibles indican que el carcinoma del seno es algo más común en varones y que, aunque fundamentalmente es una enfermedad de personas mayores, ocasionalmente se presenta en adultos jóvenes.

El primer signo clásico del carcinoma antral es la hinchazón o el abultamiento del reborde alveolar superior, el paladar o el pliegue mucovestibular, aflojamiento o alaramiento de los molares superiores y la hinchazón

del sector interior de la cara, y el costado del ojo.

La molestia primaria suele ser la obstrucción unilateral o la descarga nasal. En pacientes desdentados portadores de prótesis completa superior, el aflojamiento del aparato, o la incapacidad de usarlo puede producirse antes de que haya ninguna otra manifestación clínica de la enfermedad.

La expansión real de la neoplasia que determina las manifestaciones clínicas de la enfermedad está reflejada por la extensión de la lesión de las paredes del seno. En algunos casos, solo está invadido el piso del seno, de manera que las manifestaciones de la enfermedad se vinculan únicamente con las estructuras bucales. Si está atacada la pared mesial del seno, suele haber obstrucción nasal. La afección de la pared superior o techo produce el desplazamiento del ojo, en tanto que la invasión de la pared lateral origina el abultamiento de la mejilla. Puede producirse la ulceración de la cavidad bucal o la piel, pero solo en fases tardías.

Las metástasis no ocurren sino hasta que el tumor está muy avanzado, pero cuando se produce abarca los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales.

La ausencia de metástasis no indica una evolución favorable, puesto que muchos pacientes con esta enfermedad mueren por la infiltración local.

Tratamiento y pronóstico: Para tratar esta forma neoplásica se han empleado tanto la cirugía como los rayos X. Si el cáncer se halla confinado al seno y estructuras inferiores, la hemimaxilectomía da resultados clínicos favorables en algunos casos. El tratamiento por irradiación suele administrarse con agujas de radio insertadas en el seno o en la masa tumoral.

Esto resultó eficaz en algunos casos, si bien se produjo una considerable invasión de las estructuras adyacentes.

El pronóstico general no es bueno.

CARCINOMA VERRUCOSO

El carcinoma verrucoso difiere del carcinoma epidermoide bucal común en que

por lo general es de crecimiento lento, básicamente exofítico y solo invasor en superficie, por lo menos hasta fases tardías de la lesión, que tiene potencial metastásico bajo y se presta a la excisión local simple debido a su evolución relativamente no agresiva y prolongada.

Características clínicas: Es visto en pacientes ancianos entre los 60 y 70 años de edad, cerca del 75 % de las lesiones se dan en varones.

La gran mayoría de ellos se encuentran en la mucosa vestibular y encía o reborde alveolar, aunque a veces lo vemos en el paladar y el piso de la boca.

La neoplasia es fundamentalmente exofítica y de naturaleza papilar, con superficie guijarrosa que a veces está cubierta de una película leucoplásica blanca. Las lesiones tienen pliegues con aspecto de arrugas con fisuras profundas intercaladas. Las lesiones de la mucosa vestibular pueden extenderse bastante antes de atacar las estructuras contiguas más profundas. Las lesiones del reborde mandibular o de la encía proliferan hacia el tejido blando que la cubre y se fijan rápidamente al periostio, para invadir y destruir en forma gradual la mandíbula. Los ganglios linfáticos regionales suelen estar sensibles y crecidos, simulando un tumor metastásico, pero esta afección ganglionar es, por lo común, inflamatoria.

El dolor y la dificultad para masticar son molestias comunes, pero la hemorragia es rara.

Son unánimes las comunicaciones de que un elevado porcentaje de pacientes con ésta enfermedad son fumadores de tabaco. Una pequeña cantidad de pacientes no lo son, pero en cambio, usan sustancias inhaladas o son grandes fumadores. Ocasionalmente los pacientes dicen no consumir tabaco, y estos, por lo general, portan prótesis mal adaptadas.

Características histológicas: Hay una marcada proliferación epitelial y penetración hacia el tejido conectivo, pero sin llegar a ser una verdadera invasión. El epitelio está bien diferenciado y con poca actividad mitótica, pleomorfismo o hiperchromatismo. En forma característica, los espacios con -

forma de fisuras, cubiertos de una gruesa capa de paraqueratina se extienden desde la superficie hasta zonas profundas de la lesión.

Tratamiento y pronóstico: El carcinoma verrucoso ha sido tratado de diversas maneras en el pasado, mediante la cirugía, los rayos X o la combinación de los dos procedimientos. Sin embargo, hubo más transformaciones anaplásicas de lesiones en pacientes tratados por irradiación ionizante. En tanto que aparece como mecanismo deocadenante, se desconocen otros que contribuyan a la transformación o se relacionen con ella. Aunque este hecho es raro, muchos investigadores opinan que el tratamiento debe ser enteramente quirúrgico. Como la lesión es de crecimiento tan lento, y tarda en hacer metástasis, muchas lesiones pueden ser tratadas por medio de la excisión quirúrgica relativamente conservadora, sin procedimientos mutilantes. El pronóstico es mucho mejor que para el tipo común de carcinoma epidermoide bucal.

LINFOMA AFRICANO DE LOS MAXILARES

(Tumor de Burkitt)

En 1958, Burkitt describió un tipo de linfoma maligno observado con suma frecuencia, que afectaba particularmente los maxilares, en niños nativos de Kampala Uganda, en África Oriental Central. Una vez reconocido, se comprobó que constituía alrededor del 50% de los tumores malignos de los niños africanos.

Características clínicas: La enfermedad se circunscribe casi exclusivamente a niños entre los 2 y 14 años. Comienza como una masa tumoral de los maxilares, de proliferación rápida, que destruye hueso y afloja los dientes; por lo general, se extiende hasta alcanzar los senos maxilar, etmoidal y esfenoidal, así como la órbita.

También es frecuente que ataque las vísceras, pero raras veces sin que esté afectado alguno de los maxilares.

Características histológicas: El tumor consiste en una proliferación uniforme de células linforreticulares monomórficas indiferenciadas que suelen presentar abundante actividad mitótica.

Se suelen encontrar macrófagos con abundante citoplasma claro, que contienen restos celulares, distribuidos uniformemente en el tumor lo cual produce un efecto muy característico de "cielo estrellado".

Tratamiento y pronóstico: En una época, la enfermedad era a un tiempo rápida y uniformemente mortal, sin embargo, ahora se trata con drogas citotóxicas con las cuales se consigue una supervivencia sorprendentemente prolongada y cura evidentemente en algunos casos.

MIELOMA MULTIPLE

El mieloma múltiple es una neoplasia ósea que se origina de células de la médula ósea, con notable similitud con los plasmacitos, componentes del infiltrado inflamatorio.

Características clínicas: Es muy frecuente entre los 40 y 70 años, aunque no es raro en personas mucho más jóvenes. La frecuencia es el doble en varones que en mujeres.

Los pacientes presentan dolor como síntoma temprano de la enfermedad, y por causa de la destrucción ósea, la fractura patológica es bastante común. A veces se detecta la hinchazón de la zona ósea afectada.

Manifestaciones bucales: La lesión de los maxilares en casos de mieloma múltiple fué registrada en muchas ocasiones. Bruce y Royer estudiaron una serie de pacientes con ésta enfermedad y llegaron a la conclusión de que la mandíbula está atacada con mucho mayor frecuencia que el maxilar, ya que el 95 % de los casos presentaban lesiones en la mandíbula. Además, en esta, las zonas más afectadas eran la rama ascendente, ángulo mandibular y región molar.

Otros signos y síntomas de lesiones de maxilar incluyen dolor, tumefacción,

expansión del maxilar, insensibilidad y movilidad de los dientes. Además - se producen lesiones extraóseas que pueden parecerse a agrandamientos gingivales o epúlides. También se registra la extensión de la enfermedad a otras zonas fuera del esqueleto, como los ganglios linfáticos, piel y vísceras.

Características radiográficas: El examen radiográfico revelará muchas - zonas radiolúcidas nítidas, como hechas con sacabocados, en diversos huesos, que incluyen las vértebras, las costillas, el cráneo, los maxilares - y los extremos de los huesos largos.

El tamaño de estas lesiones varía entre algunos mm. y un cm. o más de diám. pero no suele haber reacción ósea periférica.

Características histológicas: La lesión corriente se compone de cajas - de células muy apretadas que se asemejan a plasmacitos. Son celular redondas u ovals con núcleos excéntricos, que presentan la cromatina dispuesta en "rueda de carro" o "tablero de ajedrez".

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento es puramente paliativo, ya que invariablemente la enfermedad termina en la muerte al cabo de dos o tres años. La irradiación con rayos X puede prolongar la vida así como aliviar el dolor.

MIELOMA SOLITARIO DE PLASMACITOS

(Plasmacitoma)

Es una enfermedad rara. Como su nombre lo indica, el mieloma solitario ataca a un solo hueso y tiene un pronóstico excelente.

Características clínicas: Los varones están atacados con mayor frecuencia que las mujeres, los síntomas de presentación de los pacientes con mieloma solitario son similares a los del mieloma múltiple. Así, el dolor, la hinchazón y fractura patológica son los hallazgos más comunes.

Manifestaciones bucales: Han sido dados a conocer algunos casos de mieloma solitario de plasmacitos óseos en ambos maxilares. Sin embargo, hay -

que tener cuidado al diagnosticar una lesión de los maxilares como mieloma solitario, ya que es común encontrar grandes cantidades de plasmacitos en granulomas producidos por infecciones dentales.

Características histológicas: Se dijo antes que las características histológicas del mieloma solitario y del múltiple son similares. Cuando el mieloma múltiple tiene lesiones bien diferenciadas, es imposible distinguir entre los dos.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento del mieloma solitario debe ser un procedimiento relativamente conservador para erradicar una lesión única. Esto se realiza mediante la cirugía, irradiación con rayos X o la combinación de estos. El pronóstico del mieloma solitario es excelente, aunque hay que tener en cuenta la dificultad en distinguir este del mieloma múltiple.

FIBROSARCOMA

El fibrosarcoma es una de las neoplasias malignas de tejido conectivo más comunes; sin embargo, es un tumor raro en términos de frecuencia clínica, como son todos los sarcomas. Los sarcomas, como grupo, difieren de las neoplasias epiteliales malignas por su aparición característica en personas relativamente jóvenes y en su mayor tendencia a metastatizar por el torrente sanguíneo y no por los linfáticos, con lo que producen focos más difundidos de proliferación tumoral secundaria.

Características clínicas: Puede producirse en cualquier parte del cuerpo donde haya tejido madre. Tienen, sin embargo, predilección por ciertos lugares, como la piel y el tejido subcutáneo más profundo, músculos, tendones y vainas tendinosas, y el periostio.

El fibrosarcoma intrabucal o parabucal puede presentarse en cualquier sitio pero lo hace con mayor frecuencia en carrillos, seno maxilar, faringe, paladar, labios y periostio del maxilar y la mandíbula.

Esta neoplasia comienza a cualquier edad, pero es más común antes de los 50 años.

El tumor que evoluciona con rapidez o muy lentamente, tiende a hacer invasión local y producir una lesión carnosa y abultada. Este sarcoma peculiar no presenta frecuencia elevada de metástasis.

En algunos casos se observan úlceras, hemorragia e infección secundaria, pero los hallazgos más típicos son la tumefacción y la deformación asimétricas.

Características histológicas: Se caracteriza por la proliferación de fibroblastos y la formación de fibras colágenas y de reticulina.

Tratamiento y pronóstico: La forma terapéutica más aceptada para el fibrosarcoma es la excisión quirúrgica radical. Por lo general, los rayos X no surten efecto, pero en algunos casos se obtuvo una decidida respuesta a este tipo de tratamiento. El pronóstico del fibrosarcoma es sorprendentemente favorable en comparación con el de otros sarcomas.

HEMANGIOENDOTELIOMA

Es una neoplasia maligna de bajo grado, de origen mesenquimatoso, de naturaleza angiomatosa y derivada de células endoteliales.

Características clínicas: Puede originarse en cualquier zona del organismo, pero es más común encontrarla en la piel y los tejidos subcutáneos. Las lesiones primarias de la cavidad bucal, si bien poco comunes, fueron registradas en diversas localizaciones, incluidos los labios, paladar, encía, lengua y zonas centrales del maxilar y mandíbula. El hemangioendotelioma se presenta a cualquier edad; por lo común, se manifiesta como una lesión plana o levemente elevada de tamaños variables, de color rojo oscuro a rojo azulado, a veces ulcerada y con tendencia a sangrar después de un traumatismo leve. El tumor puede atacar el hueso y producir un proceso destructivo.

Características histológicas: Se compone de masas de células endoteliales que no suelen disponer en columnas. La formación capilar está mal definida, aunque es posible discernir conductos vasculares anastomosados. Las células individuales son grandes, poliédricas o levemente aplanadas, con límites imprecisos y un núcleo redondo con múltiples nucleolos minúsculos.

Tratamiento y pronóstico: Para el tratamiento del hemangioendotelioma se ha utilizado tanto la cirugía como la irradiación con rayos X. La intervención quirúrgica repetida, sin extirpación completa, invita a las metástasis en los ganglios linfáticos regionales o en órganos distantes por diseminación por el torrente sanguíneo.

Esta forma tumoral es tan rara que no se puede extraer una conclusión sobre el pronóstico.

HEMALGIOFERICITOMA

Es una neoplasia vascular que se caracteriza por la proliferación de capilares redondeados por masas de células redondas o fusiformes.

Características clínicas: Es un tumor raro, del que se ha comprobado una basta distribución anatómica, incluida la cavidad bucal. No tiene predilección de sexo y las edades extremas de los pacientes van del nacimiento a la edad avanzada, la mayoría de los casos se producen antes de los 50 años.

Las lesiones son firmes, aparentemente circunscritas y con frecuencia nodulares, y pueden o no presentar enrojecimiento indicador de su naturaleza vascular. La mayoría de los tumores crecen con rapidez y son, por lo tanto de corta duración, si bien se conocen tumores con muchos años de evolución.

Características histológicas: La lesión se caracteriza por la proliferación profusa de capilares ocultos. Cada vaso, a su vez, está rodeado por una vaina de tejido conectivo, por fuera de la cual se encuentran masas de células tumorales.

Es frecuente que éstas células manifiesten una tendencia característica a disponerse en cajas concéntricas alrededor de los capilares.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento de la mayoría de los casos - conocidos han sido la excisión quirúrgica. Algunos pacientes han curado - por este medio, en tanto que otros tuvieron metástasis no solo en los ganglios linfáticos, sino también en órganos alejados.

SARCOMA HEMORRAGICO IDIOPATICO MULTIPLE DE KAPOSI

Es una enfermedad rara y poco común de los vasos sanguíneos que a veces se manifiesta en la cavidad bucal.

La etiología de ésta enfermedad es desconocida, pero la mayoría de los autores consideran que es de naturaleza neoplásica.

Características clínicas: El sarcoma de Kaposi puede originarse a cualquier edad, pero es más común en la quinta, sexta y séptima décadas. Entre el 85 % y 90 % de todos los casos registrados se dan en varones.

Por lo general, las lesiones cutáneas múltiples se originan en las extremidades, pero después atacan la cara y a veces la cavidad bucal, así como órganos viscerales. Se presentan como nódulos rojizos o pardorrojizos cuyo tamaño varía entre unos mm. y un cm. o más de diámetro, por lo general sensibles o dolorosos. El aspecto de las lesiones de la mucosa bucal es idéntico al de los nódulos cutáneos, y se registró un caso en que la lesión bucal apareció antes que las manifestaciones cutáneas.

Características histológicas: El cuadro histológico es sumamente variable. La lesión se compone de múltiples vasos sanguíneos pequeños con aspectos de capilares que pueden contener sangre o no.

Las lesiones pueden ser extremadamente celulares, compuestas de masas proliferantes de células fusiformes de aspecto embrionario, con tamaño, forma y aspecto variables. El infiltrado celular inflamatorio es común.

Tratamiento y pronóstico: La erradicación quirúrgica de la enfermedad es

difícil debido a la multiplicidad de las lesiones. Son varias las formas de irradiación con rayos X utilizadas con éxito.

El pronóstico es bueno debido a la naturaleza crónica, lentamente progresiva de la enfermedad.

SARCOMA DE EWING

Es una neoplasia maligna rara, que se produce como lesión ósea destructiva primaria.

Características clínicas: Esta enfermedad neoplásica se produce predominantemente en niños y adultos jóvenes, entre las edades de 5 y 25 años, pero a veces aparece en pacientes de mayor edad. Es más común en varones que en mujeres.

El dolor, generalmente de naturaleza intermitente, y la tumefacción del hueso afectado suelen ser los primeros signos clínicos del Sarcoma de Ewing. Los huesos afectados con mayor frecuencia son los largos de las extremidades, aunque también lo están el cráneo, clavícula, costillas, cinturas escapular y pélvica, así como el maxilar y la mandíbula.

En los casos de maxilar se observó parestesia labial y neuralgia facial. La aparición de la tumefacción del maxilar suele ser relativamente rápida, y la masa intrabucal llega a ulcerarse. Es posible que el paciente tenga febrícula y recuento leucocitario elevado.

Características histológicas: Es una neoplasia sumamente celular, compuesta de capas sólidas o masas de pequeñas células redondas con muy poco estroma. Las células propiamente dichas son pequeñas y redondas, con poco citoplasma y núcleos redondos u ovales relativamente grandes. Las figuras mitóticas son comunes. Asimismo, pueden observarse pequeños conductos vasculares. Hay una ausencia notable de células gigantes multinucleares. La necrosis es una característica microscópica común.

Tratamiento y pronóstico: Esta neoplasia es radiosensible, pero lamenta

biemento, raras veces puede ser curada por la irradiación con rayos X. Se ha realizado la extirpación quirúrgica radical, sola y en combinación con la irradiación de rayos X. Sin embargo el pronóstico es malo, y es común que aparezcan focos metastáticos en otros huesos y órganos como los pulmones y ganglios linfáticos, en cuestión de semanas o meses.

CONDROSARCOMA

Esta lesión se produce en cualquiera de los maxilares, al igual que en muchos huesos del organismo.

A veces, se clasifica el condrosarcoma en los tipos primario y secundario. El de tipo secundario es el que se origina de un tumor cartilaginoso benigno preexistente, mientras que el tipo primario se produce de novo.

Características clínicas: El tumor aparece a cualquier edad entre los 10 y 80 años.

El condrosarcoma mesenquimatoso es un tipo de condrosarcoma característico y distintivo, la mayoría de los casos aparecen entre los 10 y 30 años, con distribución por sexos aproximadamente igual. Además los sitios de origen más común son los maxilares y costillas.

Manifestaciones bucales: Tanto los condrosarcomas primarios como secundarios de maxilar representan lesiones expansivas y frecuentemente indoloras. La mucosa suele estar intacta. El tumor puede producirse en la mandíbula o el maxilar, como lesión primaria del reborde alveolar, o a veces, en el maxilar, cerca del seno. Ocasionalmente, hay resorción y exfoliación de los dientes. Por lo general, estas lesiones son invasoras y destructoras y metastatizan fácilmente.

Características radiográficas: Los hallazgos radiográficos no difieren notoriamente de los observados en el condroma benigno, excepto que la lesión suele ser de larga duración y ha producido una considerable destru-

cción ósea.

Algunos tumores aparecen como lesiones radiopacas debido a la calcificación del cartilago neoplásico.

Características histológicas: La neoplasia se compone de cartilago hialino. También puede presentar osificación. La característica importante reside en el aspecto de las células cartilaginosas. En la forma maligna de esta enfermedad hay una considerable variación del tamaño de las células, y son comunes las binucleadas.

Tratamiento y pronósticos: El único tratamiento positivo del condrosarcoma es la cirugía. La naturaleza maligna de este tumor impone una extirpación amplia para asegurar la máxima posibilidad de cura.

Los datos obtenidos de casos conocidos de condrosarcoma de los maxilares - indican que el tumor de esta localización es sumamente peligroso y suele producir la muerte, por invasión local o por metástasis en sitios alejados. Aunque la lesión tiende a crecer con lentitud, frecuentemente la intervención quirúrgica estimula el ritmo de crecimiento y la tendencia a las metástasis.

OSTEOSARCOMA

El osteosarcoma se compone de un grupo de neoplasias óseas malignas primarias relativamente raras que presentan considerables variaciones no sólo en su aspecto clínico e histológico, sino también en evolución y el pronóstico de la enfermedad. El tumor, tal como lo definen la mayoría de los investigadores, se compone de células y tejidos en diferentes fases de evolución ósea, y por ello es previsible una amplia gama de tipos.

El osteosarcoma suele ser dividido en dos formas: un tipo osteoblástico o esclerosante y un tipo osteolítico.

Características clínicas: El osteosarcoma de tipo esclerosante se da principalmente en personas jóvenes, entre los 10 y 25 años. Los varones es

tan afectados con mayor frecuencia que las mujeres. Las localizaciones predominantes de este tumor son los huesos largos, en especial el fémur y tibia, aunque puede originarse en cualquier parte.

El dolor y la hinchazón del hueso atacado son las características iniciales de esta neoplasia; en aproximadamente la mitad de los casos, hay una clara historia de traumatismo previo a la formación o por lo menos al descubrimiento del tumor. No hay pruebas de una relación de causa y efecto, pero no es difícil imaginar que esa transformación maligna podría tener lugar en las células óseas de proliferación rápida del callo consecutiva a la fractura o hasta en los tejidos de reparación sin fractura.

La forma osteolítica del sarcoma también aparece a edad temprana, aunque esta probablemente tenga un mayor margen que el tipo esclerosante. El sitio de origen es similar, y hay pocas diferencias importantes en los signos y síntomas clínicos, aunque el tipo osteolítico suele tener un patrón de crecimiento más rápido y, por lo tanto, produce una lesión más voluminosa. En el osteosarcoma osteolítico los rasgos patológicos son comunes, como es previsible en una lesión destructora de hueso.

Manifestaciones bucales: Los síntomas de presentación más comunes son la hinchazón de la zona afectada, que frecuentemente produce deformación facial y dolor seguido del aflojamiento de dientes, parestesia, dolor dental, hemorragia, obstrucción nasal y una variedad de otras manifestaciones.

Características histológicas: El osteosarcoma se caracteriza por la proliferación tanto de osteoblastos atípicos como de sus precursores menos diferenciados. Estos osteoblastos se disponen en forma desordenada en torno a las trabéculas óseas.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento del osteosarcoma ha de ser radical si se desea tener una esperanza de curar al paciente. En el caso de lesiones de huesos largos, la amputación es el requisito primordial. La irradiación primaria con rayos X no da resultado. Las neoplasias en otros sectores deben ser tratadas por la resección radical, pero, especialmente

en los maxilares, es difícil realizar la excisión completa y adecuada. El pronóstico depende considerablemente del paciente y de la duración de las lesiones cuando se comienza el tratamiento.

LINFEOFITELIOMA Y CARCINOMA DE CÉLULAS DE TRANSICIÓN

Hay un grupo poco frecuente de neoplasias malignas que presentan muchas características en común que atacan la nasofaringe, bucofaringe, lengua, amígdalas y estructuras anatómicas asociadas como las fosas nasales y senos paranasales. Estos tumores se originan en la mucosa de estas zonas, presentan un cuadro histológico relativamente específico y reaccionan de manera más bien atípica a la irradiación con rayos X. Este grupo de neoplasias se compone del linfocarcinoma, carcinoma de células de transición y del carcinoma escamocelular indiferenciado.

Regaud, y más tarde Schminke, así como Ewing describieron el linfocarcinoma como una lesión que aparece principalmente en la nasofaringe de personas jóvenes o de edad mediana.

Se observó que, por lo general, era una lesión pequeña que no se manifiesta clínicamente antes de la linfadenopatía regional. La muerte del paciente es el resultado de la enfermedad, aunque la lesión es radiosensible.

Bajo el nombre de " carcinoma epidermoide de células de transición " — Quick y Cutler comunicaron una serie de casos en los cuales estas lesiones se localizaban en las amígdalas, base de la lengua y nasofaringe.

Se observó que este carcinoma de células de transición era sumamente maligno, de evolución clínica rápida, dando metástasis profusas y produciendo la muerte muy temprana.

Características clínicas: La lesión primaria del linfocarcinoma o del carcinoma de células de transición es muy pequeña, casi siempre completamente oculta, ligeramente elevada y francamente ulcerada o con superficie granular o erosionada. El tumor está indurado y en algunas circunstancias

parece como una proliferación exofítica o fungosa. Como la lesión primaria suele permanecer pequeña, el paciente no asiste a la consulta hasta que la metástasis en los ganglios linfáticos se han producido.

Sofield realizó un excelente estudio de 214 casos de lesiones nasofaríngeas malignas, que comprendía el carcinoma de células de transición, linfoma epiteloma y carcinoma escamocelular indiferenciado. Encontró que el crecimiento de los ganglios linfáticos era de síndrome de presentación más común, seguido de dolor de garganta, o obstrucción nasal, dificultad auditiva, dolor de oído, cefalea, disfagia, epistaxis y síntomas oculares.

Características histológicas: El diagnóstico de estas neoplasias y su diferenciación dependen únicamente de su estructura microscópica.

El carcinoma epidermoide de células de transición se compone de células que proliferan en láminas o en cordones o nidos. Las células individuales son moderadamente grandes, redondas o poliédricas y tienen citoplasma levemente basófilo y contornos celulares imprecisos. Los núcleos son grandes y redondos, con diversos grados de actividad mitótica.

Tratamiento y pronóstico: Debido a la inaccesibilidad general de la mayoría de estas lesiones y su inusitada propiedad de ser altamente radiosensibles, la irradiación con rayos X ha sido el tratamiento más comúnmente aceptado. La respuesta de este tumor a la irradiación es diferente a la del carcinoma epidermoide de este sitio. Las metástasis en los ganglios linfáticos regionales también responden bien a los rayos X.

El factor que complica radica en la relativa incapacidad de tratar las metástasis extendidas a los diferentes órganos.

La perspectiva para los pacientes con estas neoplasias es mala. Como frecuentemente las metástasis extensas se producen antes de cualquier manifestación clínica de enfermedad, se comprende fácilmente el porque del pronóstico desfavorable.

MELANOMA MALIGNO
(Melanocarcinoma)

Es una de las neoplasias más letales del ser humano.

Características clínicas: El melanoma maligno aparece como lesión primaria no solo en la piel y las mucosas bucales sino también en los ojos, la mucosa vaginal y los órganos respiratorios superiores.

También se observó como lesión primaria en la glándula parótida.

El tumor es raro antes de la pubertad y la mayoría de los casos ocurren después de los 30 años de edad. Desde el punto de vista clínico es una zona agrandada y pigmentada, rodeada de un eritema, con presencia frecuente de -costras, hemorragia o ulceración de la superficie.

La pigmentación vá del pardo claro al azul oscuro o negro, aunque una forma carece totalmente de pigmentación clínica y hasta histológica, el melanoma amelanótico. Las metástasis son comunes, primero en los ganglios -linfáticos regionales y después en sectores distantes como hígado y piel. En el 10 al 60 % de los casos de melanoma se obtuvo una historia de lesión traumática o irritación local. Tales lesiones incluían lesiones romas, lesiones perforantes, avulsión de uñas, lesión cutánea por congelación, irradiación con rayos X y quemaduras, así como irritación en las líneas del -cuello, cintura y cabellos.

El melanoma juvenil es una forma de melanoma que aparece principalmente en niños, y es notablemente similar al melanoma maligno, excepto que tiene evolución clínica maligna.

Manifestaciones bucales: El melanoma maligno es una neoplasia rara de -la mucosa bucal, si bien constituye el 20 % de los casos de carcinoma primario de la piel.

El melanoma bucal primario es dos veces más común en varones que en mujeres, a diferencia del melanoma de piel, cuya preponderancia por sexos es -aproximadamente igual. La edad de su aparición es alrededor de los 50 años; el 90 % de los pacientes estudiados tenían más de 30 años de edad.

El melanoma bucal tiene predilección precisa por el reborde alveolar y paladar; alrededor del 80 % de los casos producen en ésta localización. Asimismo, se observaron casos en el maxilar inferior, mejillas, carrillos, lengua y piso de la boca. La lesión puede aparecer como una zona intensamente pigmentada, ulcerada y sangrante que progresivamente tiende a aumentar de tamaño. Es importante señalar que la pigmentación focal que precede al desarrollo de la neoplasia real se produce entre varios meses y varios años antes de la aparición de los síntomas clínicos. Por ésta razón, se dijo que era preciso considerar con seriedad la aparición de pigmentación melánica en la boca y su aumento de tamaño, así como la intensificación del color.

Pueden o no haber manifestaciones radiográficas de lesión ósea.

Características histológicas: Es una lesión intensamente celular, pero hay una gran variación en la naturaleza de las células de un caso a otro. Por lo general, las células tienen, o no, tamaño y forma relativamente uniforme, tienden a disponerse en estructuras alveolar compacta, y llegan a la profundidad del tejido conectivo. Las células son de forma cuboide o fusiforme.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento es la resección quirúrgica radical de la parte afectada con disociación de los nódulos linfáticos regionales.

Anderson afirmó que los melanomas de las mucosas, incluidos los de la cavidad bucal, casi todos son mortales, en parte por causa de la demora en el descubrimiento y confirmación del diagnóstico.

P R O F I L A X I S

Los consejos higiénicos para evitar o curar oportunamente la enfermedad, - se efectúan de manera indirecta pues desconocemos la etiología precisa de la enfermedad.

El desarrollo industrial, contamina con desperdicios ríos, mares y terrenos, poniendo en peligro la ecología.

Las explosiones nucleares experimentales han dejado ya en la atmósfera cerca de 300 megatonnes de trinitorueleno, cifra que corresponde a más de 20 - veces el equivalente a todas las explosiones juntas de las dos guerras mundiales, la de Corea y la de Vietnam.

Hidekiwa y Pauling afirman que cada superbomba que explota provoca el nacimiento de 15,000 niños anormales.

Ambos procesos ponen en peligro la salud del mundo, tienden a su cancerización y quizá a su destrucción total.

La campaña nacional contra el cáncer coordina con la S.S.A., I.S.S.S.P.S., e I.L.S.S. los esfuerzos para detectar oportunamente y curar en lo posible la enfermedad.

En la profilaxis individual aconsejamos:

Eliminación o protección efectiva de influencias irritativas cancerígenas, para los trabajadores de las industrias que tienen este peligro, especialmente en minas donde se extraen materiales radioactivos.

Eliminar el consumo de tabaco. Cánceres de los aparatos digestivos y respiratorio acaecen en un 2 % de individuos no fumadores. Oscila entre 11 y 12 % según la cantidad de tabaco consumido, entre personas de 50 a 60 años.

Evitar traumatismos o quemaduras continuadas que llevan a la esplenoplasia pre-cancerosa.

Alejar causas de stress, angustia y depresión.

Se recomienda alimentación lacto vegetariana, con adecuado equilibrio de - vitaminas A-B-C . Se disminuirá el consumo de alcohol, carnes y grasas.

B I O P S I A

La biopsia es el procedimiento por el cual se realiza un examen histológico directo del tejido, en una tentativa de determinar su verdadero carácter.

La biopsia consiste en la escisión de una porción de tejido de un organismo vivo para su examen diagnóstico microscópico.

La biopsia no solo es útil para determinar el diagnóstico, sino el pronóstico y el tratamiento.

Indicaciones:

La biopsia está indicada en los siguientes casos:

- a) En lesiones sospechosas de malignidad, por ejemplo: en úlceras, heridas que no cicatricen en más de 15 días.
- b) En cualquier lesión anormal o cualquier zona radiológica anormal de la cavidad bucal.
- c) Para determinar el grado de malignidad.
- d) Para determinar el grado de radiosensibilidad.
- e) Para determinar el grado y la forma de extensión local.

Contraindicaciones:

- a) En ocasiones se evita la biopsia por temor a que el procedimiento altere el comportamiento de un tumor latente, pero planeando la toma de la biopsia por un seguimiento quirúrgico y una radiación previa se puede llevar a cabo.
- b) La toma de biopsia está contraindicada en lesiones sarcomatosas, pues suelen ser bastantes vasculares y cualquier procedimiento puede lesionar o abrir los conductos sanguíneos, puede aumentar la posibilidad de esparcir células tumorales (metastizar).
- c) Nunca debe someterse un melanioma a una biopsia, sino que debe ser eliminado en su totalidad.
- d) Un tumor bien encapsulado debe ser totalmente extirpado antes que sometido a una incisión quirúrgica, pues la perforación de la cápsula puede introducir elementos peligrosos.

- e) Lesiones ubicadas en lugares inaccesibles no deben ser sometidas a -
biopsia doblemente.

ETAPAS DE UNA BIOPSIA

- 1) La muestra
- 2) Exámen macroscópico.
- 3) Preparación para su estudio microscópico (técnica histopatológica).
- 4) Observación e interpretación para diagnóstico final.

PRINCIPIOS BASICOS :

- 1) Antes de hacer la toma de la muestra para la biopsia, debe tenerse en cuenta el objetivo estricto de la misma, pues la técnica puede variar según se trate de saber la existencia y la extensión de metástasis.
- 2) Tener en cuenta una exposición adecuada, anestesia correcta (no inyec-
te anestésico local dentro del tumor y menos aun rápido, pues esto da-
rá por resultado un grado de distensión y destrucción del tejido), el conocimiento completo de la anatomía regional y disponer de instrumen-
tos apropiados.
- 3) Se debe llevar a cabo una asepsia meticulosa, pues el desarrollo de -
una infección después de la biopsia puede dificultar el onjuiciamiento
de la evolución de la enfermedad restante; " Nunca pintar la mucosa -
con una solución antiséptica fuerte y menos una que esté profundamente
coloreada. " , tampoco se deberá frotar vigorosamente con el antisépti-
co, ya que las capas superficiales del epitelio estarán de tal manera
distribuidas que no se podrán interpretar histológicamente.
- 4) No se deben hacer manipulaciones bruscas, ya que pueden alterar la es-
tructura tisular.
- 5) El tejido de excisión no deberá ser del centro de la lesión e incluirá
tejido normal adyacente; no tomar demasiado ni poco tejido; buscar te-
jido en crecimiento activo; ésto facilitará al patólogo el estudio si

puede ver la relación de la lesión con el tejido adyacente.

- 6) Antes de poner el tejido en una solución fijadora, asegúrese de que la muestra no contenga sangre, de lo contrario pueden suceder dos cosas:
 - a) Dificulta al patólogo encontrar las muestras.
 - b) Da oportunidad para que cada sección que esté cubierta con la sangre, al hacer los cortes, se caigan las células sanguíneas, distorsionando las imágenes.
- 7) Tener especial cuidado en escoger el recipiente en el cual se va a colocar la muestra cuando se obtengan los cultivos especiales necesarios de las piezas, el material destinado a la biopsia debe ser colocado en un fijador histológico convencional como la formalina al 10 % ; nunca coloque en agua simple o solución fisiológica salina, ya que esto va a distorsionar las células. El cirujano evitará hacer cortes innecesarios en el fragmento, porque aumentan las dificultades para el anatómopatólogo.
- 8) Durante la operación se procurará movilizar lo menos posible el tejido ya que si se trata de una lesión maligna, las células malignas pueden ser implantadas y proliferar en la línea de sutura.

MÉTODOS PARA LA TOMA DE MUESTRA PARA BIOPSIA

De acuerdo a la técnica quirúrgica usada tenemos los siguientes tipos de biopsias:

a) Biopsia escisional:

Esta se efectúa cuando la lesión es pequeña y por lo tanto no es práctico extirpar solo una parte de ella, sino que se deberá de resecar en su totalidad.

En este caso la finalidad muchas veces llega a ser doble, pués además de obtener la muestra para biopsia, se hace el tratamiento de la lesión

Un ejemplo de ésta puede ser un papiloma o un nevo.

b) **Biopsia incisional:**

Esta se hace cuando a causa de tamaño y otros factores, se puede remover una porción de la masa con cuidado de incluir tejido normal adyacente, o sea que consiste en la obtención de una parte de la lesión - mediante la incisión del tejido que se desea examinar.

Se usa principalmente en lesiones superficiales de fácil acceso. Ej: En lesiones cutáneas, bordes de una ulceración.

c) **Biopsia por punción:**

Es cuando se inserta una aguja de amplia luz en la masa tumoral para aspirar sus células.

Se usa tal procedimiento cuando el tumor se encuentra por debajo de la superficie y yace en una posición inaccesible o en el centro del hueso. Se entiende por punción aspirativa, a la introducción de la aguja seguida de aspiración por jeringa y por punción biopsia, cuando, además se emplean cánulas diversas que por su acción cortante permiten obtener muestras cilíndricas del tejido u órgano en estudio.

La punción aspirativa muchas veces sólo permite obtener material líquido o semilíquido y en caso de que halla fragmentos tisulares, estos - suelen ser pequeños.

La biopsia por punción o aspiración se emplea principalmente para el diagnóstico de las neoplasias de las glándulas salivales; en ganglios o zonas cervicales; pero debe comprenderse netamente que una biopsia por aspiración con resultado negativo no excluye completamente la posibilidad de tumor.

Si la masa sospechosa persiste, la aspiración debe repetirse o efectuarse una biopsia abierta.

LUGAR DE SELECCION

Las muestras para biopsia han de tomarse en un punto que presente alteracion

nes típicas y deben cortarse a suficiente profundidad. Las lesiones pequeñas han de extirparse totalmente. En las lesiones amplias, es preferible un pedazo marginal, que presente tanto el tejido normal como la porción del neoplásico, en que la actividad de crecimiento sea de más probable observación.

El material procedente del centro de la lesión suele ser de escaso valor, ya que por lo general ha sufrido alteraciones secundarias, tales como la necrosis y la inyección. En las lesiones múltiples deben obtenerse muestras de distintos lugares, porque pueden mostrar diferentes fases del crecimiento o una continuación entre dos tipos de neoplasia.

INCISION

Las incisiones deben ejecutarse al borde de la lesión, con cuidado de incluir tejido normal y de extender las lesiones por debajo de la extensión más profunda del proceso.

Es de desear un corte triangular puesto que reduce el número de incisiones. El bisturí debe estar orientado hacia un punto imaginario por debajo del centro de la lesión.

RESECCION

El trozo piramidal deberá ser tomado con pinzas de disección que no tengan estrías ni dientes, con esto se evitará romper o distorsionar el tejido. La lesión será separada por su base mediante disección roma o con leves cortes de unas tijeras pequeñas.

FIJACION Y PRESERVACION DE LA MUESTRA

La muestra se coloca inmediatamente en un frasco de boca ancha con formol al 10 % de preferencia, pero también también se podría usar formalina al

10 % , solución de Zenker o solución de Carnoy.

El frasco debe ser bastante grande como para contener una cantidad de solución fijadora equivalente a a proxímadamente veinte veces el volumen del tejido.

Es de desear que el tejido sea lavado con agua corriente fría, para eliminar el exceso de sangre, antes de colocarla en el frasco para las muestras.

SUTURA

Luego se tratará la herida según como esté indicado. Si la muestra tomada hubiera sido de tamaño apreciable, podrá ser necesario colocar suturas ya en los tejidos normales, ya en la lesión misma.

CUIDADOS POSTERIORES DEL ESPECIMEN.

Suelen ser de 48 a 72 horas un periodo suficiente para asegurar una fijación adecuada. Esto, claro está dependerá del tamaño de la muestra. La botella con el espécimen, junto con la historia clínica y las radiografías, serán remitidas al patólogo.

CONCLUSIONES

Es importante que el cirujano dentista conozca las características y diferentes variedades de cáncer bucal para poder detectarlo a tiempo y darle el tratamiento adecuado.

Conocer los factores que intervienen en el desarrollo de una neoplasia maligna.

Una prótesis mal ajustada, una placa total con cámara de succión, dientes fracturados y con caries son factores irritantes que en combinación con los hábitos del paciente van a alterar los tejidos, dando origen a una lesión maligna.

De nuestros conocimientos depende detectar una lesión maligna a tiempo, con un pronóstico favorable.

Es de gran trascendencia realizar una exploración clínica minuciosa y rutinaria y apoyarse para su detección de lesiones malignas, por medio de técnicas sencillas y de bajo costo.

El cáncer de la cavidad bucal en México, ocupa una causa importante de la mortalidad.

Algunas de las defunciones por este padecimiento son susceptibles de evitarse mediante una detección temprana y un tratamiento oportuno.

El cirujano dentista debe estar preparado para prevenir y detectar estos padecimientos a nivel de cavidad oral.

Para lograr esto debe tener las bases científicas y el conocimiento de cada una de las lesiones.

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

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

WILLIAM G. SHAFER

WAYNARD K. HINE

BARNET M. LEVY

3a. Edición.

MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

LESTER M. BURKET

6a. Edición.

TECNICAS QUIRURGICAS

UNAM. DIV. S U A

C.D. JAVIER PORTILLA ROBERTSON

Primera Edición

REVISTA QUINTAESENCIA

EDICION ESPAÑOLA

Volúmen 2-12

Volúmen 3-1

Volúmen 3-2