



Facultad de Odontología

CANCER BUCAL

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

MA. ISABEL REGINA FERNANDEZ BASURTO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

* C A N C E R B U C A L *

I N D I C E
* * * * *

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

ETIOLOGIA DEL CANCER

I.1. LESIONES PRECANCEROSAS ORALES

I.2. COMPORTAMIENTO DEL ODONTOLOGO ANTE EL CANCER

CAPITULO II

MORFOLOGIA GENERAL DE LOS TUMORES

2.1. CONCEPTOS DEL TUMOR

2.2. CONSTITUCION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES

2.3. DIFERENCIAS ENTRE TUMOR MALIGNO Y BENIGNO

2.4. DESARROLLO Y PROPAGACION DE LOS TUMORES

CAPITULO III

MEDIOS DE DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS NEUPLASIAS MALIGNAS

3.1. CITOLOGIA EXFOLIATIVA

3.2. BIOPSIA

3.3. TIPOS DE BIOPSIA

3.4. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA OBTENCION
DE UNA BIOPSIA CORRECTA

3.5. TECNICA PARA LA OBTENCION DEL TEJIDO

CAPITULO IV

CLASIFICACION GENERAL DE LOS TUMORES MALIGNOS

CAPITULO V

CARACTERISTICAS CLINICAS

CAPITULO VI

TRATAMIENTO

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

C A P I T U L O I

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

* * * * *

En el ejercicio de la odontología, como en el de la medicina, el cáncer representa una de las enfermedades más agresivas, y pudiera decirse, que es una de las afecciones más espantosas.

En la inmensa mayoría de los casos, el diagnóstico del cáncer, significa tanto como pena de muerte

A pesar de todos los esfuerzos son muy modestas las perspectivas de curación y no están en proporción alguna con las posibilidades terapéuticas eficaces que existen para casi todos los otros padecimientos.

Debido a su intervención en el mantenimiento y restauración de la salud, el cirujano dentista asume ciertas obligaciones, en relación tanto con sus enfermos, como con su profesión. Indudablemente una de las cosas más importantes es la detección del cáncer bucal.

El objetivo fundamental de este trabajo, es - presentar de una manera sencilla y comprensible las - características principales de los tumores malignos que se localicen en la boca, su etiología, diagnóstico, desarrollo y tratamiento, para que cuando se presente el caso se apliquen los debidos conocimientos y podamos - ayudar al enfermo que experimente este mal.

Desafortunadamente en los últimos años, las estadísticas indican, que el cáncer en la boca se ha - incrementado en todas las clases sociales sin importar sexo ni edad.

En nuestro país es el responsable del 15% de mortalidad total, de ellas cerca de 6,000 muertes son - causadas por la aparición de neoplasias malignas bucales.

Esto se debe a los diferentes productos quími-
cos que toman parte en nuestra vida cotidiana, tales como: insecticidas, contaminación por desechos fabriles, coloran-
tes artificiales, etc.

Los miembros de la profesión dental, por la -
misma naturaleza de su ocupación, pueden y deben desempe-
ñar un importante papel en una campaña para analizar dicha
afección.

Por su particular situación, el odontólogo -
debe aceptar una nueva tarea y una mayor responsabilidad:
SALVAR VIDAS HUMANAS.

ETIOLOGIA DEL CANCER

Una de las teorías más antiguas sobre el origen del cáncer culpa a la irritación. Pero luego los investigadores especificaron más y citaron al calor y a los productos de combustión, el alquitrán de hulla y por fin determinados hidrocarburos. Algunos de estos hidrocarburos son tan carcinógenos que se pueden utilizar para provocar neoplasias.

Cohnheim, en 1877, propuso como el crecimiento probable de neoplasmas a los restos embrionarios remanentes en el organismo después del desarrollo. La frecuencia de los restos epiteliales en el periodoncio aumenta el riesgo potencial de neoplasias en las regiones bucales.

El terreno en el cual el cáncer principia es posible que sea más importante que el mecanismo desencadenante.

Los estudios de Kreshover sobre la reacción de la mucosa oral a los hidrocarburos durante periodos de diferencia nutricia apoyan, que las células alteradas son más susceptibles a los traumatismos, a los rayos actínicos o a cualquier otro factor extrínseco.

Es de gran preocupación si se crean los efectos siniestros que se temen con respecto a la energía natural, pero si esta comprobada la potencialidad carcinógena de la energía radiante.

Muchos otros factores influyen en la contingencia de que aparezca el cáncer pues se dice que nadamos en un mar de carcinógenos.

El envejecimiento tiene efecto irrevocable en la

posibilidad de presentar cáncer. Con pocas excepciones estacional es mucho más frecuente en los últimos decenios y su periodicidad asciende progresivamente durante toda la vida.

Determinados cánceres de órganos se presentan con mayor sucesión en ciertos oficios, de los que corresponden por término medio a gran parte de la población.

El cáncer profesional de los deshojadores renombrado desde hace mucho tiempo, es causado por la falta de limpieza de la piel del escroto con el polvo.

Como agente se conoció más tarde a un grupo de hidrocarburos aromáticos contenido en el alquitrán.

Otros cánceres cutáneos originados por productos del alquitrán son los que se manifiestan en las hilanderas y en los obreros que trabajan con parafina, asfalto, brea, brinquetas y corcho.

En la fabricación de anilinas se respiran vapores que producen al ser eliminados por el riñón, papilomas y carcinomas vesicales. La acción crónica del arsénico ocasiona cánceres cutáneos y hepáticos, la inhalación del polvo de cromo, cánceres de pulmón.

Entre los cánceres profesionales se encuentran también los de pulmón de los mineros, provocados por el efecto de propagación del aire radiactivo de las minas, los sarcomas óseos de las pintoras de letras luminosas, ocasionadas por la radiactividad de las sales de torio, el cáncer cutáneo de los radiólogos y otros.

Todas estas clases de cánceres, exigen un tiempo de exposición suficientemente prolongado, cuya duración entre otras razones depende de la cantidad y el grado de

acción de las sustancias ingeridas o de la actividad de los rayos.

El cáncer bucal es causado por los factores - etiológicos más comunes, ya que los tejidos bucales son objeto de ataques irritantes múltiples, incluyendo a los subproductos del tabaco, los efectos deshidratantes del alcohol, sífilis, deficiencias nutricias - alimentos artificiales y el efecto directo de las drogas tomadas por vía oral, además de los irritantes térmicos provocados por la exposición del calor, frío y mucha luz.

La higiene bucal también parece ser un factor predisponente, un tumor maligno es más frecuente en bocas que se encuentran en malas condiciones de limpieza - que en aquellas pulcras y bien cuidadas.

No podemos olvidar tampoco que el odontólogo en ocasiones también es el responsable de algunos problemas originados, por una prótesis mal ajustada, restauración irregular, flojas o mal adaptadas que se incrustan en los tejidos blandos, dentaduras parciales o totales que no se adaptan y producen alteraciones gingivales y periodontales.

Se ha afirmado que la leucoplasia es una lesión precancerosa, en parte por que aparecen placas blancas a lo largo de los bordes de ciertos cánceres orales.

Rara vez se ha establecido si la lesión blanca procedía al cáncer o no. Pero en ocasiones se observa leucoplasia sin alteraciones malignas demostrables clínica o microscópicamente y que luego se desarrolla un cáncer en idéntica lesión.

La etiología de la leucoplasia es variada, la iniciación de la afección depende no solo de factores locales extrínsecos sino también de factores predisponentes intrínsecos.

Los agentes más frecuentemente citados son el tabaco, alcohol, sépsis bucal, irritación local, sífilis deficiencia vitamínica, trastornos endócrinos, galvanismo y la radiación actínica en el caso de leucoplasia labial.

Las lesiones de la leucoplasia bucal varían considerablemente en tamaño, localización y aspecto clínico. Es más común en hombres que en mujeres y se observa en edades avanzadas.

Las placas leucoplásicas se encuentran en cualquier sector de la cavidad bucal, notándose algunos sitios de predilección como son la mucosa vestibular y las comisuras que son las partes afectadas con mayor periodicidad, seguidas en orden descendente por la mucosa alveolar, la lengua, labios, paladar duro y blando, piso de la boca y encía.

La extensión de las lesiones difiere de pequeñas placas irregulares bien determinadas a lesiones difusas, — que cubren una porción cuantiosa de la mucosa bucal.

En el exámen clínico Sharp describió tres fases de leucoplasia, lesión insipiente de color blanco, débilmente tráslucida, no palpable. Más adelante, se forman — placas amplias ligeramente elevadas de contorno irregular que son de color blanco opaco y tienen textura granular fina. En algunas ocasiones se convierten en formaciones — engrosadas y blancas, induradas, fisuradas y con úlceras.

Hobaek distinguió dos formas principales de — leucoplasia plana verrugosa. Ward propuso una clasificación clínica que incluye los tipos agudo, crónico e intermedio.

En la clase aguda, evoluciona rápidamente en — varias semanas transformándose en papilomatosa ó ulcerada ésta es la más propensa a la alteración maligna.

La lesión crónica es más extensa y delgada que la anterior, asemejándose a una película blanca sobre la superficie mucosa (dura entre 10 y 20 años). En el grupo intermedio probablemente es una forma naciente de la leucoplasia crónica.

Histológicamente esta lesión es una displasia del epitelio superficial.

- 1.- Hiperqueratosis. Sugiere el aumento anormal — del espesor de esta capa, esto es ocasionado por la irritación que proviene de la fricción del cepillado o la masticación.
- 2.- Hiperpara-queratosis. Se llama así cuando existe paraqueratina en zonas donde no se halla normalmente.
- 3.- Acantosis. Se refiere al engrosamiento anormal de la capa espinosa.

Displasia, (disqueratosis), son varios los criterios para el dictamen de displasia epitelial y no siempre hay una — distinción clara entre lo que es una displasia leve, que consiste sólo en una atipia focal, displasia moderada y displasia — avanzada que puede constituir un carcinoma in situ.

La opinión que regularmente se aplica para el diagnóstico de esta lesión es:

- a) mitosis incrementada y especialmente anormal
- b) queratinización celular individual
- c) perlas epiteliales en el interior de la capa espinosa
- d) alteraciones en la relación nucle-citoplasmática.
- e) pérdida de polaridad y desorientación de células
- f) hiperchromatismo de células
- g) nucleolos grandes y prominentes
- h) discariosis o atipia nuclear
- i) poiquilocarinosis o división de nucleolos sin partición de citoplasma.
- j) hiperplasia basilar

Hay que hacer distinción entre displasia maligna, — a veces nombrada dis-queratosis y caracterizada por estos rasgos y la llamada dis-queratosis benigna como la de la enfermedad — de Darier y el molusco contagioso.

Alrededor del 10 po 100 de los pacientes que sufren de leucoplasia tienen carcinoma invasor en sus lesiones. La — terapéutica de dicho padecimiento, en términos generales apunta a la eliminación de todo elemento irritante identificable.—

Es posible que la corrección de los agentes locales sea de mayor beneficio que el tratamiento de los recursos sistémicos.

Las lesiones relativamente pequeñas pueden ser totalmente extirpadas ó (cauterizadas), tomando en cuenta la cancerización del campo.

Cuando las contusiones son extendidas se tratan por procedimientos de denudación por grados múltiples con injertos de piel o sin ellos.

Diagnóstico diferencial, desde el punto de vista clínico, el licuen plano. Otras lesiones blancas de la mucosa bucal que deben de ser diferenciadas son las quemaduras químicas, placas mucosas sifilíticas, infecciones micóticas (candidiasis), lipus eritomatoso y nevo esponjoso o gingivoestomatitis plegada blanca.

LEUCODEMA *****

El leucodema es una lesión de la boca, que clínicamente se parece a la leucoplasia incipiente.

Es de etiología desconocida. Su aspecto microscópico varía entre el de una película opalescente sobre la mucosa en los periodos nacientes y una capa blanca grisásea más definida que una superficie que contiene arrugas gruesas en las etapas tardías.

En la mayoría de los casos, las lesiones son bilaterales y frecuentemente afectan gran parte de la mucosa vestibular extendiéndose hacia la superficie de los labios.

Algunas veces, el leucodema produce descamación dejando una superficie erosionada. Es más notorio a lo largo de la línea oclusal en la zona de premolares y molares. En esta lesión se puede desarrollar la leucoplasia con mayor posibilidad que en el epitelio normal.

La hiperplasia papilar se encuentra en las lesiones que son precancerosas, en ocasiones se observa en el paladar - debajo de las dentaduras. Es frecuente principalmente en los sitios ubicados bajo el espacio de alivio de las dentaduras - superiores.

Se clasifica como hiperplasia pseudo-epiteliomatosa.

Hobaek consideró que 21 de 55 carcinomas del paladar duro habían sido provocados por la irritación protética, evidencia que torna a dicha lesión más sospechosa que la leucoplasia.

C A P I T U L O I I

* * * * * **

MORFOLOGIA GENERAL DE LOS TUMORES

Es anatomía patológica en la neoformación de -
carácter tumoral, proceso desprovisto de utilidad para el
organismo, de característica limitada y no regulada al --
igual que la inflamación, son tumefacciones que se aprecian
a simple vista y que pueden tactarse en un lugar circuns-
crito del cuerpo.

Son producidos por agentes cancerígenos o agen-
tes irritantes como; sustancias químicas de diversa índole
hormonas, radiaciones ionizantes, etc.

Los tumores son neoplasias de tejido que crecen
en forma desequilibrada evolucionando progresiva y anatómi-
camente, persistiendo aún después de haber cesado el estí-
mulo que ha desencadenado su conducta.

Las propiedades esenciales de un tumor radican -
en el desequilibrio de los tejidos y conduce a alteraciones
irreversibles en el metabolismo y multiplicación, siendo -
además el mencionado desequilibrio transmitible a las áreas
vecinas, las que a su vez mantienen en forma indefinida las
características señaladas.

2.2. CONSTITUCION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES *****

Histológicamente constan todos los tumores de un parenquima tumoral y de un estroma.

En los tumores mesenquimáticos están formados ambos de la misma clase de tejido (fibromas). En los tumores epiteliales el parenquima tumoral es epitelial y el estroma de naturaleza mesenquimática.

La organización, configuración y clasificación de los epitelomas biológicamente benignos, puede observarse también, la estructura tumoral apenas si se diferencia del órgano matriz.

Sólo el parenquima tumoral (no el estroma) -- posee las particularidades que caracterizan el tumor -- (autonomía, anarquía, irreversibilidad, etc.) determinando el carácter y la velocidad del crecimiento, el tamaño y la composición del tumor y la suerte del portador.

Las células que constituyen los tumores son -- células de tejidos o de órganos fisiológicos degeneradas, por medio de la degeneración pierden la potencialidad y pasando por varias fases, adquieren una forma determinada.

Cuanto mayor sea la alteración de las células tumorales, tanto más pierden en capacidad de diferenciación, tanto menos semejante es el tumor al tejido matriz que en la forma final estaban capacitadas para formarlo las células originarias.

Histológicamente constan todos los tumores de un parenquima tumoral y de un estroma.

En los tumores mesenquimáticos están formados -- ambos de la misma clase de tejido (fibromas). En los tumores epiteliales el parenquima tumoral es epitelial y el -- estroma de naturaleza mesenquimática.

La organización, configuración y clasificación de los epitelomas biológicamente benignos, puede observarse también, la estructura tumoral apenas si se diferencia del órgano matriz.

Sólo el parenquima tumoral (no el estroma) -- posee las particularidades que caracterizan al tumor -- (anatomía, anarquía, irreversibilidad, etc.) determinando el carácter y la velocidad del crecimiento, el tamaño y -- la composición del tumor y la suerte del postor.

Las células que constituyen los tumores son -- células de tejidos o de órganos fisiológicos degeneradas por medio de la degeneración pierden la potencialidad y -- pasando por varias fases, adquieren una forma determinada.

Cuanto mayor sea la alteración de las células -- tumorales, tanto más pierden en capacidad de diferenciación tanto menos semejante es el tumor al tejido matriz que en -- la forma final estaban capacitadas para formarlo las células originarias.

La pérdida de facultad de diferenciación por la forma va acompañada necesariamente de una disminución progresiva de la función. Ciertas funciones celulares pueden

mantenerse mucho tiempo en los tumores malignos y en ocasiones tienen la propiedad de producir con exceso mucosidad como en el carcinoma gelatinoso.

Mientras más se aproxima un tumor al tejido matriz en su configuración y funcionalmente hay más probabilidad de que pueda ser benigno. Estos tumores merecen la denominación de: HOMOLOGOS, MADUROS, DIFERENCIADOS Y TIPICOS, en consideración al tejido matriz.

Los tumores altamente desfigurados son por el contrario extraordinariamente malignos, dichos tumores son: INMADUROS, DEFORMADOS-ANAPLASTICOS, ATIPICOS Y HETEROLOGOS.

El estroma tumoral facilita la unión del tejido tumoral propio con la corriente sanguínea del sujeto, existen para ello todas las transiciones, desde un tejido de granulación rico en células y vasos, infiltrado de células redondas comparable al tejido conjuntivo, hasta un tejido conjuntivo abundante en fibras y en determinadas circunstancias incluso hialinizado.

La continuación del estroma depende de las propiedades del tejido conjuntivo permanente en el lugar de las influencias del parenquima y de la intensidad de su crecimiento.

El parenquima y el estroma en los tumores benignos constituyen una estructura armónica semejante a la orgánica que se aproxima mucho a la normal.

Por último, si dependen de los escasos restos del estroma que queda constantemente en el lugar, cuya tendencia de proliferación es por completo insuficiente por eso no basta con frecuencia para la alimentación del parenquima tumoral de rápido aumento, necesitando una rápida administración de oxígeno y de substancias nutritivas.

También hay que añadir que la circulación de la sangre en los tumores malignos está interrumpida por lo regular a causa de la erosión de los vasos (hemorragias) y por la penetración del tumor en la luz de los vasos (trombos tumorales), a esto se deben los fenómenos extensos de degeneración que puedan llegar a la necrosis.

Por lo tanto puede afirmarse que también el proce-
der del estroma o las relaciones del parenquima tumoral con
el estroma presenta particularidades a las que tenemos que
recurrir como caracteres necesarios para formarnos un jui-
cio sobre el tumor.

2.3. DIFERENCIAS ENTRE TUMORES MALIGNOS Y TUMORES BENIGNOS

TUMORES BENIGNOS

- 1.- Son homólogos y típicos
- 2.- Contienen abundancia de fibras y escasez de células.
Estas son grandes.
- 3.- Generalmente poseen una cápsula
- 4.- Tienen pocos vasos sanguíneos excepto en los angiomas.
- 5.- Regularmente son de consistencia seca sin incluir al mixoma.
- 6.- Raras veces se ulceran.
- 7.- Adquieren gran tamaño, crecen hacia el exterior.
- 8.- Al principio pueden ser múltiples.
- 9.- No presentan recidiva después de su extirpación.
- 10.- No producen metástasis.
- 11.- No dan lugar a caquexia.
- 12.- Provocan la muerte mecánicamente por su peso, por presión o -
por hemorragia.
- 13.- Están propensos a la infiltración calcárea y a la degeneración
adiposa.

TUMORES MALIGNOS

- 1.- Son heterólogos y atípicos.
- 2.- Existe en ellos escasez de fibras y abundancia de células. -
Estas son pequeñas.
- 3.- No están encapsulados.
- 4.- Abundancia de vasos sanguíneos, excepto en el carcinoma cirrótico.
- 5.- Son blandos y jugosos.
- 6.- Con frecuencia se presentan úlceras en el mismo tumor.
- 7.- Raras veces adquieren gran tamaño, excluyendo al sarcoma procedente
del hueso. Su crecimiento tiene lugar hacia el interior del cuerpo
- 8.- Jamás son múltiples, sólo el sarcoma melánico.
- 9.- Se reproducen después de su extirpación.
- 10.- Ocasionalmente metástasis.
- 11.- El cáncer da lugar a la caquexia, especialmente cuando ha originado
metástasis.
- 12.- Causan la muerte debido a la infiltración y destrucción de los --
tejidos circundantes.
- 13.- Están propensos a las alteraciones coloides y capilar.

2.4. DESARROLLO Y PROPAGACION DE LOS TUMORES

Los tumores se desarrollan por sí mismos, es decir, por partición de las propias células neoplásicas a un ritmo - determinado y definido temporalmente.

El crecimiento comienza en el momento en el que el neoplasma hasta entonces latente y no comprensible morfológicamente, limitado a un espacio estrecho, empieza a - aumentar de tamaño por multiplicación celular (segundo período del origen del tumor), donde, dicho con otras palabras, el lugar que ocupa el tumor verdadero.

En lo que se refiere al comportamiento de éstos - con la vecindad, pueden distinguirse dos tipos de crecimiento.

Unas veces el germen tumoral incrementa su volumen en todas direcciones pero, naturalmente, de una forma más - pronunciada en dirección de la menor resistencia (ello se denomina presión tisular).

Las células vecinas son comprimidas, los espacios intercelulares suprimidos, hasta que por fin, mueren las - células, en parte, por que no pueden soportar la presión - (atrofia por presión) y, en parte, por que no llegan a ellas el oxígeno y las sustancias nutritivas que necesitan: desarrollo expansivo por desplazamiento.

Por otro lado, el germen tumoral envía cordones - y pedúnculos celulares a las cavidades y a las ranuras tisulares de la vecindad. Las porciones de tejido que permanecen entre estas prolongaciones son destruidas paulatinamente: - crecimiento destructor y penetrante por infiltración.

Las neoplasias de aumento expansivo se proveen de sangre a sí mismas con arterias y venas. Regularmente se - trata de tumores benignos desde el punto de vista biológico.

Las células se multiplican principalmente en las porciones centrales de la neoplasia. El sensible parenquima de la proximidad que ésta comprime se atrofia, (compresión de los vasos) pero, por el contrario, las porciones de tejido más resistentes como los fibrocitos y las fibras colágenas permanecen y se convierten en una cápsula concéntrica.

El desarrollo por infiltración es generalmente - característico de la malignidad. Sin embargo, en ocasiones también los tumores benignos, como fibromas, hemangiomas y - gliomas infiltran los tejidos donde residen.

Los cánceres que se desenvuelven por infiltración presentan la mayor parte de sus mitosis en la periferia. - Estas porciones periféricas penetran en las fisuras de los - tejidos y se crean condiciones favorables nutritivas al unirse con nuevas regiones vasculares.

El tejido tumoral produce fermentos, por ejemplo hialuronidasa, que depolimerizan los mucopolisacáridos de - la sustancia fundamental, la hacen soluble en el agua haciendo laxo el tejido donde se encuentra o sea, que crece destruyendo simultáneamente.

Un pequeño número de células con degeneración - carcinomatosa, siendo semejante a un carcinoma en su fase naciente, no sobrepasa el límite del epitelio donde principia

El germen tumoral aumenta primeramente a costa - del epitelio, sin destruir la membrana basal y sin infiltrar el tejido definido.

Los cánceres que se mantienen en esta etapa -- durante mucho tiempo, después de semanas, meses, años o -- decenios, traspasan el límite hacia el tejido conjuntivo -- provocando rápida y necesariamente la muerte, denominándose carcinomas preinvasivos o carcinomas in situ.

La velocidad de crecimiento señala en cada una de las formas tumorales grandes oscilaciones. Los neoplasmas malignos de desarrollo rápido causan trastornos gravísimos en breve tiempo y en un lapso de menos de un año -- acarrear la muerte del individuo. Debido a la prontitud de su crecimiento se desarrollan con frecuencia extensas necrosis en el centro del tumor.

En su estado reciente tiende a propagarse en -- todas direcciones. En el curso sucesivo va penetrando de un modo continuo en el tejido cercano. La neoplasia forma un complejo de dependencia, alcanza también por continuidad, -- órganos bastante apartados de su localización, si se desarrollan en el sistema de los vasos sanguíneos ó linfáticos.

Condición indispensable para el origen de una metástasis, es que parte del tumor penetra en los vasos linfáticos o sanguíneos (erosión vascular, infiltración del tumor en la luz vascular -- los denominados trombos tumorales) y -- que se desprendan células de la prolongación de la base tumoral.

El motivo por el que solamente los carcinomas y -- sarcomas producen metástasis, es que las células están mucho menos ligadas en las tumoraciones malignas.

Los sarcomas trasladan sus metástasis preferentemente por vía sanguínea y los carcinomas por vía linfática.

El transporte propiamente dicho de las células neoplásicas tiene lugar de un modo pasivo por la corriente sanguínea y linfática y su dirección está determinada por -- las circunstancias anatómicas.

Las células carcinomatosas linfógenas transportadas alcanzan primero los ganglios linfáticos regionales manteniéndose en el seno marginal y creciendo allí hasta formar -- metástasis. Entonces abandonan nuevas células cancerosas el vaso eferente llegando al próximo ganglio linfático.

De esta forma, un carcinoma de la cavidad bucal puede atacar por ejemplo; paso a paso los ganglios linfáticos de la región del cuello.

Si el cáncer ha interrumpido la corriente en — los vasos linfáticos y en los ganglios entonces serán conducidas también las células cancerosas en sentido retrógrado.

C A P I T U L O I I I
* * * * *

MEDIOS DE DIAGNOSTICO CLINICO
DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS

Los métodos utilizados por el médico para diagnosticar enfermedades desovoides, se emplean también en la identificación de enfermedades precancerosas.

Hay en ocasiones en las que el cáncer es tan grande que las características de la enfermedad no se reconocen fácilmente mediante la vista y el tacto.

Por ello, el médico puede establecer el llamado diagnóstico clínico con grandes probabilidades de exactitud. Pero cuando la lesión es pequeña y los caracteres del cáncer son mínimos, en los que no se puede reconocer hasta que no se realiza un diagnóstico clínico.

La neoplasia maligna de la boca no se caracteriza desgraciadamente por su aspecto clínico único y específico; puede presentar cualquiera de sus varias formas clínicas.

- A) Evidentemente su aspecto dependerá del tiempo de duración de la lesión; por lo que una lesión de 12 meses o más de antigüedad es de esperar que sea muy distinta a una lesión reciente es decir, varias semanas.
- B) Su aspecto será acorde a la localización original del cáncer, una lesión cancerosa que se desarrolla a partir de la mucosa bucal es diferente a una que se origina en los tejidos gingivales o el paladar.
- C) El tipo celular influirá también en el aspecto clínico.
- D) Los efectos de los procesos patológicos superpuestos son muy importantes en la determinación de su apariencia clínica; por ejemplo, ya que el 90% de todos los cánceres de la boca crecen a partir del epitelio escamoso que recubre la cavidad bucal, debido a la naturaleza del curso patológico la masa tumoral hará protusión por lo menos en grado mínimo, por lo que podrá ser afectado por las irritaciones y episodios traumáticos que son frecuentes en la boca.

EVOLUCION CLINICA

El requisito principal de todas las enfermedades -
cancerosas, tanto si se localizan en la cavidad bucal o en --
cualquier lugar, es que el proceso patológico se caracteriza -
por una proliferación incontrolada de células.

Es evidente que el tumor tridimensional se extenderá
en cada una de las tres dimensiones, sobre todo hacia fuera, en
el interior de la boca, lateralmente en los tejidos adyacentes
e internamente hacia las zonas subyacentes. En algunos casos -
la lesión cancerosa se desarrolla más en una de las tres direc-
ciones, lo que determina, cuando la extensión es grande, su --
aparición clínica. Así, la lesión que tiende a crecer hacia -
fuera dará lugar a un tipo infiltrativo; y la que crece en --
dirección lateral dará la forma verrugosa.

La forma fungosa o exofítica del cáncer de la boca -
suele encontrarse como una masa tumoral anormal de aspecto im-
presionante, rápidamente detectable, de consistencia dura a la
palpación, con aumento de la densidad por lo muy agrupadas que
están las numerosas células proliferativas.

La forma fungosa es de mejor pronóstico que la infil-
trativa ya que es menos invasiva y su tendencia a penetrar en -
regiones inaccesibles no es muy grande, por esta razón hay me-
nos probabilidades de infiltración en los vasos sanguíneos y -
vasos linfáticos.

El tipo infiltrativo invasivo de boca no se puede -
descubrir tan rápidamente y su forma no es tan impresionante --
como en el tejido fungoso. Esta variedad tiende a mostrarse --
como una prominencia anormal de tamaño pequeño o modesto, con -
su núcleo principal de tejido canceroso mucho más profundo que
en la variedad fungosa, por lo mismo esta más oculto a la vista.

En este caso, el médico debe palpar totalmente los repliegues más profundos de la zona así descubre la masa tumoral dura y firme. A consecuencia de que se extiende a zonas escabrosas y la mayor tendencia a metastatizar, el tipo infiltrativo tiene generalmente un pronóstico peor que la forma fungosa.

Comparado a las formas fungosa e infiltrativa el cáncer verrugoso aparece como una masa anormal extensa y que crece a una superficie de tejido duro, por su crecimiento lateral.

En algunos casos forman un grupo de prominencias papilomatosas perianales, del tamaño de una cabeza de alfiler, o a veces mayores rojizas, en ocasiones situadas sobre una placa queratósica de color gris blanqueza o blanca.

Existen otros casos en los que se encuentran prominencias filiformes con revestimientos de color gris a causa de su localización y crecimiento superficial este tipo verrugoso debe tener mejor pronóstico.

CARACTER ULCERATIVO

Es característico y comprensible que muchos cánceres bucales se ulceran. En un gran número de ellos se debe a las influencias traumáticas y otros por la naturaleza del proceso canceroso.

Un 97% de los cánceres bucales son de origen epitelial pues el epitelio no tiene aporte sanguíneo propio, la rápida proliferación celular puede apartar la fuente nutritiva del tejido conjuntivo circundante, produciendo así atrofia y degeneración de la zona central, de la masa tumoral y con la infección secundaria se provoca la ulceración.

Por lo general, las ulceraciones más crónicas adoptan la forma de un cráter con una depresión central y un reborde o anillo más elevado de un tejido que es de consistencia dura.

RIGIDEZ E INDURACION

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Cuando se palpan correctamente, se ve que la mayoría de las lesiones están fijas, rígidas o adheridas a los tejidos circundantes y las zonas contiguas muestran un cierto grado -- de dureza que se conoce como induración.

Estas dos características son las manifestaciones -- clínicas del segundo requisito histológico del cáncer, la infil-- tración y la invasión; las columnas y cordones penetrantes de -- células neoplásicas actúan como dispositivos adherentes que -- proporcionan rigidez, mientras que al mismo tiempo, y por el -- mismo fenómeno, los tejidos laterales se hipertrofian y se hacen más densos, dando lugar con esto a la induración.

LINFADENOPATIA METASTASICA

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Otra característica clínica del cáncer pero que no -- siempre se encuentra, es la de la linfadenopatía metastásica, -- es decir, el descubrimiento de ganglios linfáticos palpables, -- duros no dolorosos y adherentes.

Debido a la penetración linfática que es la vía más frecuente de metastatización, los ganglios linfáticos de drena-- je se ven invadidos por tejido neoplásico que continúa prolife-- rando en su localización metastásica por lo que desplaza y subg-- tituye al tejido linfático dando lugar a una hipertrofia y entu-- recimiento apreciables del ganglio afectado.

El doctor por medio de la palpación debe sentir las diversas regiones ganglionares linfáticas incluyendo la cadena cervical, submandibular, sublingual, yugular y supraclavicular.

Los ganglios regularmente más afectados son los de -- la cadena submandibular.

SINTOMAS

Se ha dicho que el cáncer oral produce dolor, interfe-
rencia de la función bucal y sialorre .

Crédito especial merecen las indicaciones sobre los -
dolores. Estos se originan por compresión o por otras acciones
sobre los troncos nerviosos por ejemplo: el nervus maxilares o -
el nervus alveolar mandibular.

Estos dolores pueden tener cará ter neurálgico o hasta
neurálgico.

La irritación por el tumor puede colocar además, a
los nervios motores en un estado de excitabilidad con trani-
fiesta por ejemplo; en el trigémino, en un espasmo muscular y -
por lo tanto en un trismo.

Casi exclusivamente de los tumores malignos que des-
truyen los troncos nerviosos, se producen en los correspondientes
distritos inervatorios, parosias o anestosias y déficit motor
en la zona tributaria del nervio facial.

Otra causa de dolor, es que los tumores malignos -
puedan ser, como tales susceptibles de dolores, sobre todo cuando
se ulceran, la razón de esto se halla en la irritación de los -
receptores del dolor por la inflamación concomitante o por sub-
tancias propias del tumor.

HISTORIA

La historia personal, sobre todo la edad sexo del -
enfermo, forma parte del material del diagnóstico.

La historia clínica contendrá al menos una anotación
acerca de la existencia de ruellas enfermedades y estados que -
han dejado una mala nutrición o deficiencias vitamínicas, como
son los síndromes crónicos de mala absorción, el síndrome de -
plummer-vinson, la disfunción hepática, el alcoholismo.

También nos debemos informar sobre si el paciente tie-
ne hábitos bucales o no.

En presencia de cualquier tumor desarrollado - primitivamente en el hueso o que ha afectado secundariamente a éste es necesario recurrir a los Rayos X.

En la región de los procesos alveolares es de gran valor la radiografía dental, cuando existe triángulo hay que -- tomar en consideración para las partes anteriores de los maxilares la radiografía oclusal.

La radiografía extraoral nos orienta con el respecto al cuerpo de la mandíbula y sus ramas ascendentes con inclusión de la articulación mandibular y de la apófisis coronóidea.

Tocante a las partes laterales del maxilar y de -- los senos maxilares nos informa la radiografía semiaxial nos patentiza todas las cavidades accesorias de la cara.

Para los tumores de situación profunda se toma en -- cuenta la estratigrafía (tomografía). Para los tumores de las -- regiones de la base del cráneo y de las fosas pterigopalatinas se se recurre a la arteriografía.

Las radiografías deben obtenerse a diferentes ángulos en el diagnóstico de los tumores óseos de la boca y de éste -- modo se descubrirá: la forma del tumor, el carácter de la periferia del tumor, el carácter de la destrucción del hueso, la producción del hueso.

3.1. CITOLOGIA EXFOLIATIVA

Uno de los métodos usados en el diagnóstico del cáncer es la Citología Exfoliativa. Los estudios realizados con este método han demostrado que las células exfoliadas de las lesiones epiteliales malignas pueden analizarse de forma exacta y suelen proporcionar la señal más precoz de la presencia de procesos malignos.

La técnica de la obtención de una muestra es muy sencilla; puede realizarse en cualquier consulta dental o médica. Se ha ideado y ya pueden obtenerse equipos individuales que contienen todos los materiales necesarios:

2 portas de vidrio

1 escavador en forma de depresor lingual

1 fijador (el alcohol etílico al 95%). Un papel de historia clínica y un lápiz para marcar los portas.

El procedimiento es el siguiente:

- 1.- Realizar una completa historia del enfermo anotando todos sus datos, la historia clínica, la descripción de la lesión y el diagnóstico clínico.
- 2.- Escribir el nombre del sujeto y la fecha en el porta (para ello son mejores los portas con terminaciones esmeriladas).
- 3.- Humedecer una gasa esponjosa con agua del grifo y limpiar la superficie de la lesión.
- 4.- Humedecer la terminación del depresor lingual y escavar firmemente toda la extensión de la lesión. En los casos de ulceración, puede provocar alguna hemorragia que se detiene con facilidad. En las lesiones queratinizadas es mejor desprender toda esa superficie antes de obtener la muestra; de otra forma se pueden adquirir células superficiales enucleadas, que no sirven para el diagnóstico.
- 5.- Inmediatamente extender el material obtenido por todo el espacio libre del porta, formando así una capa muy fina.
- 6.- Colocar rápidamente varias gotas del fijador encima del porta, o colocar a éste en un vaso que contenga el fijador.

El porta debe mantener el contacto con el fijador durante unos 15 minutos. Los portas fijados se deben secar al aire libre.

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

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

TIPO I	Células Normales
TIPO II	Ligera Atipia, pero sin señales de transformación maligna.
TIPO III	Alteraciones nucleares indeterminadas. Este dato refleja una intensa atipia nuclear, asociada muchas veces a displasia epiteliales.
TIPO IV	Sugestivo de Cáncer
TIPO V	Cáncer seguro.

Se ha dicho que en todos los enfermos cuyas muestras estén incluidas dentro del tipo II pueden realizarse análisis sucesivos con el fin de obtener una mayor valoración de la atipia observada.

En todas las personas en cuyas muestras estén -- incluidas dentro de los grupos II a V la biopsia y el diagnóstico histológico son el paso obligatorio.

3.2. BIOPSIA

El objeto de la biopsia, es obtener por la toma de porciones del tumor, material para proceder a la investigación de la naturaleza del mismo, y en lo posible formarse también un juicio acerca de su malignidad y su benignidad.

El cáncer, la sífilis y las enfermedades de la sangre a menudo se manifiestan en la región oral y se debe recurrir a cualquier medio posible para asegurar un diagnóstico correcto, uno de los más sencillos y exactos es la biopsia.

En ocasiones es imposible distinguir un carcinoma epitelial de otro basocelular, pero la diferencia es de gran importancia en el pronóstico y en tratamiento.

La necesidad de una cuidadosa valoración de las llamadas lesiones preinvasivas como son la leucoplasia y la queratosis es universalmente reconocida y se facilita muchísimo por medio de este procedimiento.

El patólogo debe ser informado sobre la anamnesis, el hallazgo clínico y el resultado de la exploración radiográfica, también si se ha efectuado previamente una eventual radioterapia y si se trata de un tumor primitivo o de una residiva.

La biopsia, remoción de una parte o de todo el tejido para su examen microscópico, puede cumplirse de varias maneras, todas las cuales tienen como objetivo determinar la naturaleza de la enfermedad.

Es importante aclarar que esta operación, es una maniobra plena de responsabilidad y que su mala ejecución - puede costarle la vida al paciente.

3.3. TIPOS DE BIOPSIA

1.- La Biopsia por Incisión ó Excisión.

BIOPSIA POR EXCISSION.- es un método que se realiza cuando - encontramos que la lesión es pequeña. Cualquiera que sea el diagnóstico, es mejor eliminar la masa íntegra y someterla - al exámen microscópico. Se deben entender los términos de - la excisión original solamente que lo necesario, pero la - experiencia indica que rara vez es preciso, con lo que se - habrán combinado biopsia y extirpación.

BIOPSIA POR INCISION.- técnica en la cual se obtiene un frag- mento de la lesión, se remueve un fragmento de la masa cuidando - cuidado de incluir tejido normal adyacente. Las incisiones - deben prolongarse por debajo de la extensión más profunda del - proceso.

2.- Biopsia por Sacabocados

En este procedimiento se utilizan instrumentos especiales como son las pinzas sacabocados, cuando mucho remueven sólo - una pequeña porción de tejido que puede no ser representativo - de la lesión.

3.- Biopsia por aspiración

Empleada para retirar el líquido de cavidades y espacios - celómicos y de tumores con líquido en su interior para el - estudio de su contenido celular.

4.- Biopsia por Función

Cuando la lesión se encuentra en un lugar inaccesible, -

en un hueso o por debajo de la superficie del cuerpo.

Se inserta una aguja de amplia luz en la masa tumoral para aspirar las células. El tumor mixto de las glándulas salivales principales puede examinarse de esta manera. No es muy recomendable este tipo de biopsia por la reducida cantidad de tejido que se obtiene.

5.- Biopsia por Trapanación (por ejemplo la de un condroma).

6.- Biopsia por Curetaje (cuando se realiza curetaje del útero).

7.- Biopsia por Raspado
Cuando se requiere la reacción de elementos superficiales de un tumor.

8.- Biopsia por Irrigación o Lavaje de cavidades cerradas.

9.- Biopsia Exploratoria

Como lo regular es ventajoso combinar la biopsia con la exploración, en particular con las lesiones fijas o en las originadas en la profundidad de los tejidos blandos.

De este modo se puede determinar la forma y el grado de extensión local. El tejido debe ser la muestra del proceso y no tomado de la periferia o de una zona contigua cuya reacción puede ocultar la lesión primaria.

10.- Biopsia Transoperatoria

Cortes por Congelación o inclusión de parafina.

Consiste en el congelamiento rápido del tejido extirpado para poder seccionarlo, teñirlo y lograr en unos cuantos minutos la interpretación microscópica.

F R O T I S

Cuando se sospecha de un proceso inflamatorio específico, como la sífilis o la tuberculosis, debe tomarse material de la porción activa, ya que es en esta región donde

florece los microorganismos. Los frotis han de combinarse con la biopsia cuando exista la posibilidad de una neoplasia.

3.4 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA OBTENCION

DE UNA BIOPSIA

CONTRAINDICACIONES

A veces se evita la biopsia por temor a que el -
procedimiento perturbe a un tumor latente o cauce la -
extensión de una lesión maligna.

Es lógico que cualquier sistema que pueda lesionar
o abrir los conductos sanguíneos puede acrecentar la -
posibilidad de esparcir células tumorales.

Esto es particularmente válido para el melanoma, -
tumor sumamente vascular y maligno que metastatiza en
forma temprana y amplia, por lo general a partir de una
lesión primaria pequeña y bien oculta. El melanoma debe
ser eliminado en su totalidad sin ser sometido a la -
biopsia.

Cuando se trate de un tumor encapsulado debe ser -
extraído en su totalidad, ya que si se realiza una -
incisión quirúrgica, la perforación de la cápsula puede
introducir un elemento pellicoso.

Es muy importante el lugar donde se desarrolle un -
tumor relativamente benigno, si se encuentra en una zona
inabordable y junto a tejidos vitales y vulnerables puede
ofrecer un pronóstico más serio que una lesión de mayor -
malignidad ubicada en una posición accesible.

INDICACIONES

Se practica la biopsia cuando se sospecha de una lesión
maligna.

Es valiosa para la determinación del grado de -
malignidad aun después de establecido el diagnóstico. -

Además el patólogo puede prescribir con frecuen-
cia la radiosensibilidad ayudándose también en la tera-
péutica.

Sirve también para decidir el grado y la forma
de extensión local, puesto que los tumores localmente -
agresivos pueden exhibir características tales como un -
aumento de celularidad, que proporciona una información -
valiosa en cuanto a la posible protección de una cápsula.

Tiene máxima importancia la fijación apropiada
del tejido después de haber sido movido. El espécimen -
debe ser lavado con agua corriente fría para eliminar el
exceso de sangre transfiriéndolo inmediatamente al fija-
dor, antes de que la herida sea saturada o curada.

Aquel tejido que haya permanecido al aire sin -
protección alguna sufrirá una autólisis casi inmediata, -
dichas modificaciones pueden interferir en la exactitud -
del diagnóstico histológico.

3.5 TECNICA PARA BIOPSIA DE UN TEJIDO

MATERIAL

- 1.- Bisturí con hoja del número 15 BARD PARKER
- 2.- Pinzas de Mosco
- 3.- Pinzas de Sutura
- 4.- Tijeras de Disección
- 5.- Pinzas de Tejido
- 6.- Sutura de CATGUT de 00 ó 000 en aguja curva
- 7.- Compresas Esteriles
- 8.- Aspirador
- 9.- Frasco de Boca Ancha, con Solución de Formol al 10%.

TECNICA

Antisepsia Superficial.- No se recomienda el empleo de antisépticos de color, como el mercuriato y el yodo que pueden - interferir la tinción subsiguiente de la muestra del tejido.

De preferencia se debe de anestesiarse localmente con - Lidocaína, ésta se inyecta en los bordes de la lesión y no en - ella misma.

Las incisiones se ejecutan en el margen de la lesión, con cuidado de incluir tejido normal y de extender las lesiones por debajo del desarrollo más profundo, el corte es de forma - triangular, el bisturí debe estar orientado hacia un punto imaginario abajo del centro de la lesión. El trozo piramidal debe - rá ser tomado con pinzas de disección que no tenga dientes, - evitándose romper o distorsionar el tejido. La lesión será - separada por su base mediante disección roma o con leves cortes de tijeras pequeñas.

Se coloca inmediatamente el fragmento en el frasco de boca ancha con solución de formol. El frasco debe ser lo suficiente - mente grande como para contener una cantidad de líquido - fijador equivalente aproximadamente 20 veces el volumen del -

tejido. Este debe ser lavado con agua fría eliminando el exceso de sangre antes de ser colocado en el frasco.

Luego se tratará la herida según como sea necesario, si la muestra tomada hubiera sido de tamaño apreciable, se sutura en los tejidos normales o en la lesión misma.

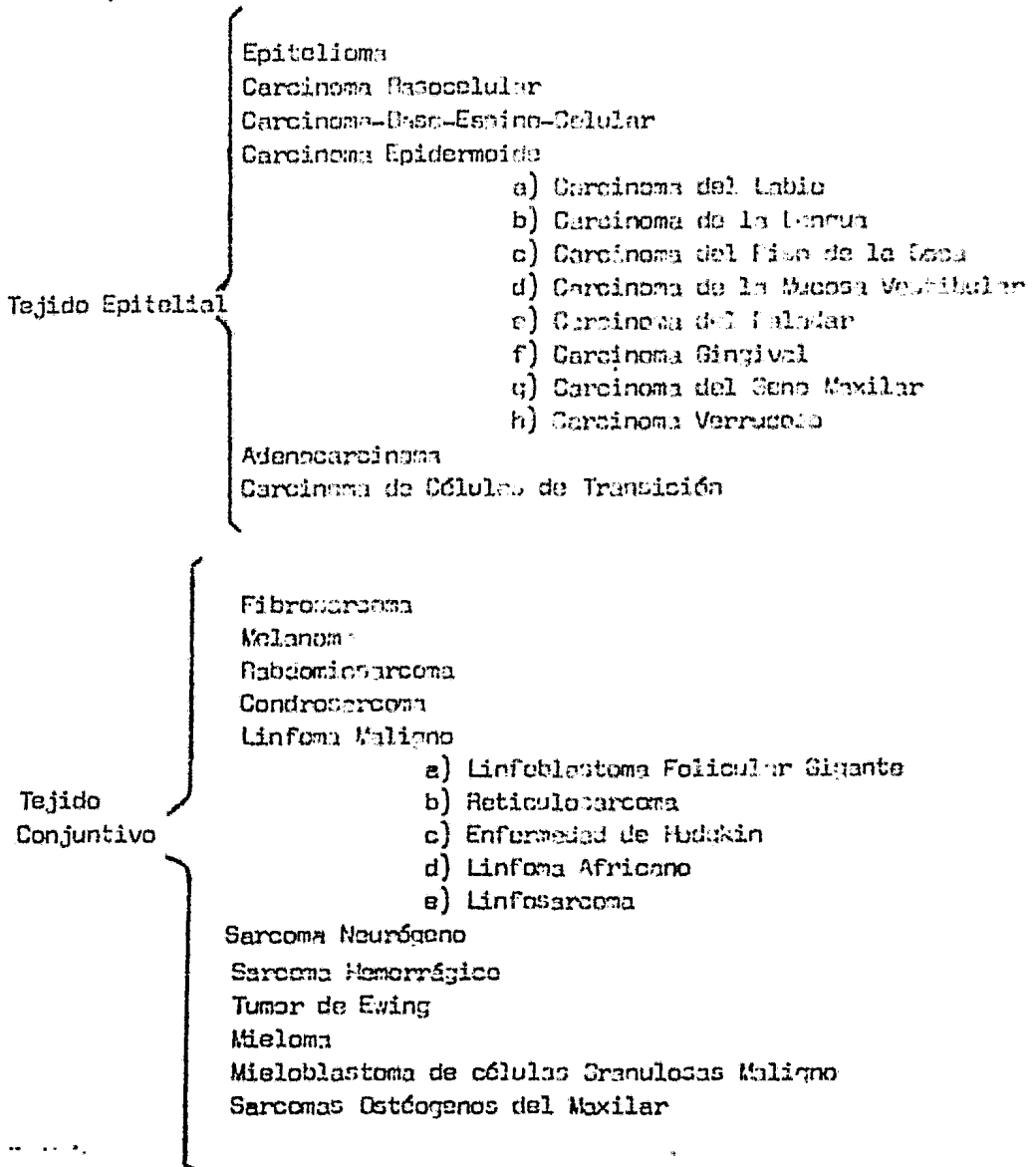
Suelen ser 48 a 72 horas un período idóneo para asegurar una fijación adecuada. El frasco con el espécimen junto con los datos clínicos serán remitidos al patólogo.

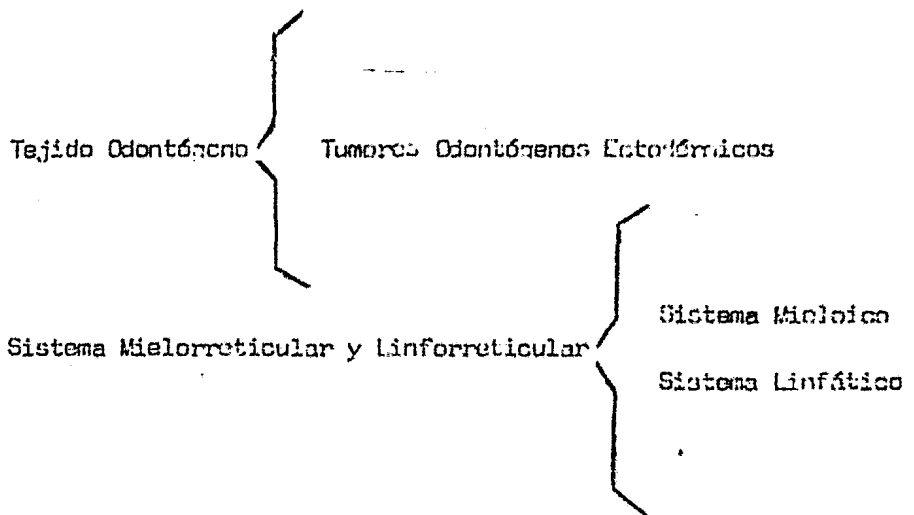
CAPITULO IV

CLASIFICACION GENERAL DE LOS TUMORES MALIGNOS

CLASIFICACION GENERAL DE LA NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA BOCA

División de acuerdo al tejido donde se desarrollan -
 (Bernier).





CAPITULO V

CARACTERISTICAS DE UN CARCINOMA

Como ya sabemos, el carcinoma como tumor biológicamente maligno, inmaduro y morfológicamente atípico del tejido epitelial, produce un crecimiento permanente y sin límites, — graves trastornos locales perjudicando, dependiendo del caso, — a funciones vitales importantes.

Los productos tóxicos de la desintegración y de la — descomposición al originarse dicho tumor, quedan en el organismo alterando al metabolismo (caquexia), paralizan la regeneración de la médula ósea (anemia).

La metástasis es causada por el carcinoma y al no ser extirpado radicalmente en su periodo inicial, provoca destrucción en el organismo que lo soporta.

Microscópicamente se observan tres formas de carcinoma:

- a) Cáncer Poliposo
- b) Cáncer Destruído por Ulceración
- c) Cáncer Difuso Infiltrado

CANCER POLIPOSOS

De crecimiento predominante exofítico, elevándose con su masa principal al nivel de la superficie que lo circunda, — penetrando al mismo tiempo desde su base a la profundidad.

Tales carcinomas cutáneos y mucosos se presentan — primero como verrugas o como papilomas.

CANCER DESTRUIDO POR ULCERACION

Cuando el epitelio crece muy rápidamente y el estroma por el que pasan los vasos no se desarrolla a la misma velocidad se producen trastornos de la alimentación (adiposidad del — parénquima tumoral, necrosis, hemorragias). Si las partes que — sobresalen de la superficie de un cáncer papilar y poliposo son atacadas por la necrosis, aparece una úlcera tumoral que se —

extenderá superficialmente, o en forma de cráter hacia lo profundo.

Es diferente de la úlcera originada por la inflamación por su fondo duro y lleno de protuberancias, especialmente por sus bordes engrosados y resistentes en forma de valla.

CANCER DIFUSO INFILTRADO

Puede expandirse ~~extensamente~~, de una manera superficial o ahondando en un órgano como ejemplo, la lengua o la mejilla. En la parte exterior de la lesión no presenta, por lo menos en algún tiempo, ni nódulos ni ulceraciones, posteriormente se convierte en prominencias gruesas o ulcerosas.

La constitución histológica del carcinoma establece las subdivisiones siguientes. Tomando cuenta las proporciones cuantitativas entre el parenquima y el estroma.

- a) Carcinoma Medular
- b) Carcinoma Escirroso
- c) Carcinoma Simple

CARCINOMA ESCIRROSO

Estos presentan un ~~estroma~~ estroma muy abundante y rico en fibras, sólo algunos delgados cordones cancerosos o nidos aislados de células degeneradas. Están propensos a la atrofia siendo raras las necrosis y la putrefacción.

CARCINOMA MEDULAR

Si predomina el ~~parenquima~~ parenquima canceroso epitelial sobre el estroma conductor de los vasos se habla del carcinoma medular

La consistencia extraordinariamente blanda de los tumores pobres de estroma es lo que le da el nombre. Estos cánceres son propicios a los trastornos de la alimentación; por eso se inclinan a las necrosis extensas y a la descomposición ulcerativa.

CARCINOMA SIMPLE

Muestra una relación niveladora entre el -
parenquima y el estroma. Los tres tipos se confunden -
entre sí y es posible que se encuentren mezclados en un
mismo tumor.

Una segunda clase de la característica histológica
de los carcinomas se refiere a las particularidades en la
forma del epitelio y con frecuencia contiene una prueba del
tejido matriz.

En las lesiones de crecimiento rápido es mínimo
el grado de diferenciación alcanzado. Si el epitelio -
proliferado constituye cordones celulares sólidos y simples
y conos celulares, se habla entonces de carcinoma sólido.

Si se presentan en el complejo epitelial cavidades
glandulares indicará el tipo Adenomatoso o Adenocarcinoma.

Tomando en cuenta, al mismo tiempo, la relación -
entre el parenquima y el estroma se deduce histológicamente:

Carcinoma Sólido	Medular
	Simple
Carcinoma Gelatinoso	Escirroso
Carcinoma Adenoepilar	Medular
Carcinoma Adenomatoso	Simple
Carcinoma Gelatinoso	Escirroso

Los carcinomas de las mucosas con epitelio cilíndrico
presentan regularmente una estructura papilar (adenoepilar). -

Si existe gran maduración puede causar mucosidad -
(carcinoma gelatinoso). Dicha mucosidad se deposita primero en
las células en forma de grandes gotas, oprime el núcleo lateral-
mente hasta que hace estallar la célula. Muchas gotas se reúnen,
ocupando un amplio espacio del estroma.

En los cánceres de la epidermis y de las mucosas con -
epitelio plano, que se originan siempre en las células capaces -
de regeneración y de multiplicación del estrato germinativo y no

capas celulares más elevadas, pueden madurar el epitelio canceroso. En forma de cordones sólidos, indiferenciados el (Carcinoma Sólido). En células espinosas y cornificadas (Cáncer Epidermoide).

CRONICIDAD:

El factor sospechoso en el carcinoma en su primitivo estadio, es que la úlcera o lesión inicial no cede al tratamiento una vez que se han suprimido las causas de la irritación. En las primeras fases el progreso del tumor no es rápido; se presenta en ocasiones durante meses en forma de una úlcera tórpida, que empeora gradualmente.

CRECIMIENTO CONTINUO:

Al ir aumentando el tumor la extensión surge la mayoría de las veces con aspecto de induración, ulceración y ocasionalmente como una tumefacción exterior.

ULCERACION:

Esta se encuentra generalmente como un síntoma bastante precoz, se observa antes de que se note la induración o esperar a que el tumor haya adquirido cierto tamaño.

La ulceración esta siempre circundada por una pared de tejido de granulación o de neoformación, pero el tumor puede destruirse continuamente con la misma rapidez con que se desarrolla, dejando sólo una delgada capa de substancia cancerosa compacta entre el suelo de la úlcera y el tejido aparentemente normal.

Puede interesar una gran superficie, antes de que se perciba la induración. Se aprecia una superficie lisa, rubicunda que se une con la mucosa formando un contorno definido, también se encuentra cubierta de esfacelo carcomido o granulaciones fagedénicas. Un carácter saliente es que sus bordes están regularmente arrollados, son prominentes, casi nunca son socavados.

DOLOR:

Este constituye un síntoma de importancia. El dolor tiene como particularidad que es intenso y persistente, algunas veces con tendencia peculiar a irradiar - o a ser más pronunciada en la parte alta de la cabeza - o profunda del oído, de manera que el paciente tiene conciencia de un dolor extremo en uno de estos puntos - sin que en apariencia el neoplasma produzca dolor. Los tumores periféricos en sus primeras fases no causan malestar.

HEMORRAGIA:

Es continua y profusa, raramente ocasiona la muerte directamente.

ADENOPATIA:

En general, una enfermedad de la punta de la lengua o de la parte anterior del piso de la boca, dará lugar a ingurgitación de los ganglios linfáticos submentonianos.

La enfermedad del cuerpo del maxilar inferior y del borde de la lengua afectará los ganglios subaxilares; pero cuando esté situada más posteriormente los ganglios que resultarán primeramente invadidos serán los cervicales superiores profundos.

Estas divisiones de territorio no son absolutas en su disposición anatómica y cuando un grupo de linfáticos es agredido se buscan nuevas vías por medio de anastomosis, por esta razón la extensión de la enfermedad se dirige por rutas desviadas.

Cuando la afección brota de la línea media, se infectan fácilmente los linfáticos de ambos lados. Esto es frecuente en los últimos momentos de la enfermedad y el crecimiento neoplasmático es mucho más rápido en el cuello que en la boca.

El aspecto típico del cáncer es evidente en las infecciones linfáticas más avanzadas. Los ganglios están infartados y llenos de tejido duro blanco, que se corta como cartilago fijándose éstos a los tejidos circundantes. Más tarde, se descubre el reblandecimiento de los ganglios o la ulceración abierta.

SINTOMAS GENERALES:

Si resulta interesada la lengua queda sujeta en el suelo de la boca y puede existir dislalia y disfagia. La adenopatía cervical es muy extensa. Los ganglios que fueron atacados al principio, sufren desintegración afectando la piel y dando lugar a la induración y decoloración.

Los efectos de un tumor maligno sobre la salud general vienen representados por un sentimiento de depresión nerviosa, pérdida de peso, un color amarillento peculiar de la piel.

El dolor, la salivación, la secreción cancerosa y el olor característico muestran los terribles resultados de este padecimiento, y el paciente, agotado por el insomnio y por la inanición, por la sepsis y por las toxinas que parecen constituir una parte de la afección muere rápidamente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Las úlceras y las fisuras simples, los tumores benignos, las lesiones sífilíticas primarias y terciarias - las infiltraciones tuberculosas y la leucoplasia se parecen todas al carcinoma.

PRONOSTICO:

Su pronóstico es mucho más desesperado que el del sarcoma, el trastorno puede recurrir aun después de muchos años. La duración promedio de vida en los casos de carcinoma sin tratar, no llega a dos años.

TRATAMIENTO:

La cirugía sola ha resultado por varios motivos inadecuada y nada satisfactoria. Muchos sujetos consultan al cirujano en el periodo inoperable y una intervención quirúrgica en estas condiciones es peor que la abstención.

Si la lesión primitiva está comenzando, puede a menudo destruirse completamente por métodos quirúrgicos o electroquímicos; si es demasiado extensa para ello, debe intentarse la implantación de cápsulas de emanación de radium, esto también se combina con los medios electroquímicos.

Los linfáticos cervicales realizan una función conservadora al inicio de la enfermedad y su extirpación rutinaria en bloque, hace desaparecer la principal barrera que la naturaleza opone a la diseminación. La radiación exterior aplicada al cuello está indicada inmediatamente en todos los casos.

Después de esto, los enfermos sin nódulos palpables se tienen en observación hasta que hayan quedado sometidos a un periodo suficiente de radiación exterior.

Si los nódulos existen, está indicada una disección cervical unilateral bajo anestesia local, seguida con el empleo de la emanación de radium en tubos muy débiles enterrados en distintos puntos de la herida. Posteriormente cabe proceder a la extirpación de los ganglios del lado opuesto, en la mayoría de las circunstancias es recomendable la radiación exterior sucesiva a la operación.

Los neoplasmas que nacen en la mucosa del paladar blando y la mejor forma de curarlos está en la unión de emanación profunda y radium filtrado en la superficie, el principal peligro consiste en la invasión del hueso por la afección y en la destrucción de tejido óseo por la radiación.

Tipo Ulcerado.— El método más adecuado se basa en la aniquilación del conjunto, incluyendo todas las infiltraciones, valiéndose para ello, del sistema electrotérmico; si es necesario se practica primero la ligadura de vasos.

Se destruye toda señal de úlcera y de infiltración circundante, alrededor del área coagulada se hunden agujas - de radium, de platino o granos de radium y después se aplican dosis de Rayos X, filtrados en cruz a través del suelo de la boca, de las mejillas y sobre los ganglios de la región.

Tipo Proliferante.- Estas dan lugar a metástasis con menos rapidez que el tipo ulceroso. La lesión precancerosa gobierna el tiempo de la metástasis y del tratamiento - siendo posible la destrucción del tumor por procedimientos - electrotérmicos; si no, se utilizan el radium y los Rayos X.

Para dominar el dolor del carcinoma se emplean las inyecciones del alcohol absoluto.

5.1 EPITELIOMA (CARCINOMA CONCROIDEO, EPIDERMÓIDEO O DE CELULAS ESCAMOSAS)

La mucosa bucal está cubierta de epitelio escamoso y por consiguiente, el epiteloma es la forma más común de carcinoma bucal. Este puede encontrarse en la mucosa del borde gingival, en la bóveda palatina o en el suelo de la boca, en los labios, en la lengua, en la mejilla, en el paladar en las amígdalas, y en la faringe.

En algunos tipos de epiteloma, las células pueden ser redondas, poligonales o fusiformes. En ocasiones se establece coalescencia en ciertas células del epiteloma, formando una masa multinuclear que se le llama con frecuencia epiteloma de células gigantes.

5.2 CARCINOMA BASOCELULAR

El carcinoma Basocelular se origina por lo regular en las superficies expuestas de la piel, cara y cuello cabelludo en personas de edad media. En la cara se observa especialmente en las porciones media y superior, como la mejilla, labio superior, párpado, nariz y oreja.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El carcinoma Basocelular suele comenzar como una pequeña pápula levemente elevada, que se ulcera, cicatriza y después aparece de nuevo. Hay poca o ninguna evidencia de reacción inflamatoria, el tumor es indoloro.

Al final, la úlcera costrosa que se presenta como superficial forma un borde liso y engrosado, como consecuencia de la expansión lateral de las células tumorales por debajo de la piel.

Las lesiones que no son tratadas siguen -
agrandándose, infiltran los tejidos vecinos más -
profundos e incluso penetran al fondo del cartilago o
el hueso.

Esta forma de carcinoma no se encuentra en la
cavidad bucal; a menos que llegue ahí por invasión e -
infiltración desde la superficie de la piel.

Los tumores basocelulares del tejido Brooke -
son pequeños y elevados, de color que varía de rosado -
a morado, con frecuencia son múltiples. Surgen del -
epitelio de los folículos pilosos de tipo lanugo o nor-
mal.

Las células aparecen en el corion como islotes
redondeados u ovals y no muestran la misma tendencia -
invasora que las del tipo Krompecher.

A medida que el tumor crece puede quedar incluí
da dentro de los nidos celulares zonas de tejido conjuntivo
fibroso que, al ser aisladas experimentan una degeneración
y producen espacios de tipo quístico. Estos quistes dan -
la característica adenoides al tumor.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

\ El carcinoma basocelular adenoides es un neoplasma
que imita la estructura glandular. La presencia de muchos
quistes en la lesión ha dado origen al nombre de carcinoma
basocelular quístico. Se dividen en dos grupos amplios, -
el de Krompecher y el de Brooke.

El primero se caracteriza, histológicamente por
grupos de células relativamente grandes y sólidos que surgen
de la capa basal de la epidermis en uno o varios lugares -
extendiéndose en todas direcciones, naciendo una úlcera -
superficial y con incursión inexorable de los tejidos veci-
nos.

El tumor se expande como bandas finas e islotes pequeños; en general, sus células son fusiformes, con escaso citoplasma y núcleos prominentes, que contienen uno o más nucleólos. Las células que se encuentran más en el centro de las masas mayores son más redondeadas y hasta pueden asumir una configuración espinosa. Cuando existe una reacción inflamatoria es que el tumor sobrepasa la superficie epitelial.

Frieboes describió los siguientes tipos de carcinoma basocelular:

TIPO I.- Variedad Común. Las células libres en el seno del corion o unidas al epitelio superficial, crecen en masas grandes con cantidades de figuras mitóticas aproximándose entre sí. A medida que progresa la proliferación celular, produciéndose pequeñas zonas de degeneración quística y por coalescencia pueden originar grandes espacios de aspecto quístico.

TIPO II.- Tipo Brooke, también denominado Tricospitelipoma, como ya se dijo anteriormente, es un tumor pequeño, ligeramente elevado y de color rosado a morado, las células se presentan en islotes redondeados u ovalados en el corion con una ocasional conexión directa visible en la epidermis.

En otros casos, los grupos celulares son pequeños y aislados, libres en el corion. Pueden contener un material hialino, con partículas que sugieren la colesteroína. Se observan zonas de alteración mixomatosa, este tipo es comparativamente benigno resultando probablemente del epitelio del folículo piloso; es manifiesto en individuos jóvenes.

TIPO III.- Tumores de transición: Son múltiples y muy pequeños, su crecimiento es lento y terminan ulcerados, las células basales se disponen en cúmulos o nidos redondeados, en el centro de los cuales se forman pequeños espacios quísticos.

TIPO IV.- Tumores que con más propiedad podrían ser considerados nevos celulares, histológica o clínicamente.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Por lo general, se pueden esperar resultados -
igualmente buenos de la escisión quirúrgica del tumor y -
de la irradiación con Rayos X. Es posible que la cantidad
de fracasos o recidivas después de cada tipo de tratamiento
es similar.

El pronóstico de las lesiones basocelulares es -
bueno, ya que la neoplasia crece con lentitud, no tiene -
tendencia a la metástasis respondiendo positivamente al -
tratamiento.

La mayoría de las dificultades que llevan a la -
muerte por invasión local, se deben al descuido por parte de
del paciente, quien no concurre a la consulta médica hasta
que su lesión está en un estado muy avanzado.

5.3 CARCINOMA BASOESPINOCELULAR

Este tumor es muy parecido al carcinoma basocelular; por ser más radiosensible forman un grupo intermedio entre los espinocelulares y los carcinomas basocelulares.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Observamos una lesión plana que desde temprano presenta una marcada ulceración.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Existen tanto elementos basales como espinosos y los primeros a veces parecen estar vinculados al epitelio suprayacente. Las metástasis en este tipo de carcinoma son causadas por la presencia de componentes espinosos, no se notan las figuras mitóticas en la porción espinosa de este tumor, ciertas células observadas a mayor aumento muestran puentes intercelulares y algunas una queratinización individual.

Es posible hallar células espinosas en tumores basocelulares que se comportan clínicamente como carcinomas basocelulares puros, es decir, no dan metástasis. Deben observarse verdaderas perlas queratínicas, antes de que este tumor se califique como basoespinocelular.

5.4 CARCINOMA EPIDERMÓIDE (Carcinoma Espinocelular)

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna de la cavidad bucal. Aunque se produce en cualquier sector dentro de la boca, hay ciertas zonas que son atacadas con mayor asiduidad que otras.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Varían marcadamente de acuerdo con el tiempo de la lesión y el efecto de las irritaciones externas. Pueden ser

lesiones planas o escamosas o pueden tener una superficie papilar, otras presentan grados modificables de ulceración.

Representa el 90% de todas las malignidades orales más a menudo en varones.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

En los carcinomas epidermoides intrabucales hay numerosas transformaciones histológicas, aunque por lo general tienden a ser neoplasias moderadamente diferenciadas con algunas manifestaciones de queratinización. Se engendran lesiones altamente anaplásicas, pero son raras; estas lesiones dan metástasis prematuramente y en gran extensión causando la muerte con rapidez.

El carcinoma epidermoide bien diferenciado se compone de copas y nidos que se originan del epitelio escamoso. Sus células son grandes presentando una membrana celular definida, siendo en ocasiones imposible observar los puentes intercelulares o tonofilamentos. Los núcleos de las células neoplásicas son grandes y con gran alterabilidad de la reacción tintorial. Se les llama núcleos Hiper Cromáticos a aquellos que se tiñen intensamente con hematoxilina.

En estas lesiones diferenciadas se encuentran figuras mitóticas pero no abundantes, muchas de éstas son atípicas. Una particularidad es la presencia de queratinización celular individual y la formación de importantes perlas epiteliales o de queratina de diversos tamaños. Es una lesión típica, se examinan grupos de estas células malignas que invaden activamente el tejido conectivo.

Los carcinomas epidermoides menos diferenciados pierden ciertas características, su semejanza con el epitelio escamoso es menos pronunciada, está alterada la forma, su ritmo de crecimiento es más rápido y esto se refleja en la mayor cantidad de figuras mitóticas, aun la mayor mutación de tamaño, forma y reacción tintorial y el cumplimiento de la función de una célula escamosa diferenciada: la formación de queratina.

5.4-1 CARCINOMA DEL LABIO

Esta es una de las zonas más comunes en la región bucal para el carcinoma espinocelular, además esta neoplasia ataca más regularmente al labio inferior que al labio superior.

Podemos citar los datos de Cross, Guralnick y Deland, de 563 pacientes con cáncer de labio se comprobó, que el 98 por 100 de los enfermos eran hombres y que la edad de ellos al comenzar el padecimiento variaba entre 25 y 91 años, más acentuado entre 55 y 75. De la cantidad total de carcinomas labiales el 88.3 por 100 se mostraban en el labio inferior, el 3.3 por 100 en el labio superior y el 8.3 por 100 en las comisuras labiales, los lados derecho e izquierdo estaban idénticamente afectados.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Hay una importante alteración de la apariencia clínica del cáncer del labio, que depende fundamentalmente de la duración de la lesión y la naturaleza de la proliferación.

Comienza el tumor en el borde bermellón del labio a un lado de la línea media. Es una zona pequeña de engrosamiento, - induración y ulceración o irregularidad de la superficie, a medida que la lesión agranda, crea un pequeño defecto crateriforme - o produce un desarrollo exofítico y proliferativo de tejido tumoral. Algunos enfermos tienen grandes masas fungosas en un lapso relativamente corto, mientras que otros es muy lento.

Este tumor tarda en hacer metástasis y puede crecer una lesión voluminosa antes de que aparezca la afección en los ganglios linfáticos regionales. Pero hay lesiones como las anaplásicas que producen metástasis más rápidamente.

Al originarse la metástasis, suele ser ipsilateral - agrediendo los ganglios submentonianos o submaxilares, hay - metástasis contralateral, especialmente si la lesión está cerca de la línea media del labio, donde hay drenaje cruzado de los - vasos linfáticos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El carcinoma espinocelular del labio es descrito como verrucoso o papilomatoso que se presenta como un espesamiento excrecante del epitelio, levemente elevado por sobre la piel circundante. Ciertas lesiones permanecen superficiales y se desenvuelven en sentido lateral, su ulceración se inicia en el centro y luego sigue hacia la periferia.

El tipo infiltrante se expande en todas direcciones en forma simultánea adquiriendo un aspecto redondeado u oval.

Yace por debajo del epitelio desplegándose secundariamente encima de su superficie.

Esta lesión existe sólo unos pocos meses antes de que se le aprecie clínicamente, su tamaño es de 2 a 4 cm.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El carcinoma del labio ha sido tratado quirúrgicamente o con radiaciones, con éxito semejante, según en cierta medida, la duración y la extensión de la lesión y la presencia de metástasis.

5.4-2 CARCINOMA DE LA LENGUA

El carcinoma de la lengua comprende entre el 25 y 50 por 100 de todos los cánceres intrabucales. En 441 casos registrados por Ash y Millar el 25 por 100 ocurría en mujeres y el 75 por 100 en hombres con promedio de 63 años de edad.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El signo más común del carcinoma de la lengua es una masa o una úlcera indolora, aunque en algunos pacientes la lesión se hace finalmente dolorosa, sobre todo cuando se infecta en forma secundaria.

El tumor empieza como una úlcera indurada en la - extensión, con bordes ligeramente aumentados evolucionando - hasta convertirse en una masa fungosa exofítica o se infiltra en las capas profundas de la lengua.

La lesión típica se encuentra en el borde lateral - o en la superficie ventral de la lengua, cuando las lesiones aparecen en el dorso de ésta el enfermo tiene historia pasada de presente de glositis sífilítica.

Las que se encuentran cercanas a la base de la lengua son particularmente insidiosas, puesto que pueden ser asintomáticas hasta periodos muy avanzados, lo único que ocasionen es dolor de garganta o disfagia.

Las lesiones de la parte posterior son de un grado más elevado de malignidad, hacen metástasis antes y ofrecen peor pronóstico, debido a su inaccesibilidad al tratamiento.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento del cáncer de la lengua es difícil y supone la colaboración con el radiólogo, los pequeños carcinomas se extirpan a nivel de los tejidos sanos, pero los mayores exigen ablación de partes demasiado grandes. En estos casos ha dado buen resultado la aplicación de agujas de radio. A su vez los grandes cánceres de la lengua sólo pueden ser dominados por la extirpación total del órgano.

Su pronóstico no es bueno, por lo general se admite que el índice de duración con cinco años de sobrevivida está debajo del 25 por 100. El factor más importante que afecta al pronóstico de estos pacientes es la presencia de metástasis cervical.

5.4-3 CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA

Este carcinoma constituye alrededor del 15 por 100 de todos los casos del cáncer intrabucal. En este lugar se origina leucoplasia y hay ciertos datos para pensar que la displasia epitelial y la transformación maligna de la leucoplasia es más a menudo aquí que en otros sitios de la boca.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El carcinoma típico del piso de la boca es una úlcera indurada de diferente tamaño, situada a un lado de la línea media, puede ser o no dolorosa. Invade los tejidos más profundos y se extiende hacia las glándulas submaxilares y sublinguales.

La cercanía de este tumor a la lengua, que provoca cierta limitación de movimiento de ese órgano, induce un peculiar engrosamiento de la voz. Las metástasis son más comunes en el grupo de ganglios linfáticos submaxilares, y como la lesión primaria se genera cerca de la línea media donde el avenamiento linfático es cruzado, puede causar metástasis contralaterales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento es difícil y con frecuencia "infructuoso". Si se tratan quirúrgicamente puede existir recidiva por lo tanto, es mejor la irradiación ya que brinda buenos resultados.

El pronóstico es regular, la sobrevivida de cinco años de 86 pacientes estudiados por Ash y Millar, era del 43 por 100.

5.4-4 CARCINOMA DE LA MUCOSA VESTIBULAR

Este carcinoma se origina con frecuencia sobre la base de una leucoplasia, se ulcera pronto y se palpa como un complejo duro en el seno de las partes blandas de la región. En el estado inicial deja infectados a los maxilares, invadiéndolos más tarde.

Dicha neoplasia se debe a factores como el mascado de tabaco, al hábito de masticar nuez de betel. El traumatismo 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.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las lesiones surgen a lo largo de la línea correspondiente al plano de oclusión o debajo de ello, la posición antero-posterior es variable; algunos casos se dan cerca del tercer molar; otros adelante hacia la comisura.

La lesión ulcerativa y dolorosa en la cual es común la induración e infiltración de los tejidos más profundos. En ocasiones son superficiales y proliferan de la superficie hacia afuera, en vez de invadir los tejidos. Los tumores de este tipo reciben también el nombre de proliferación exofítica o verrucosa.

Las metástasis pueden ser tempranas y la extensión muy amplia. La necrosis genera un olor desagradable los vasos pueden ser erosionados y provocar hemorragia, los dientes ubicados en el camino de la lesión en expansión pueden aflojarse y caer.

La frecuencia de las metástasis derivadas del carcinoma difiere considerablemente, pero es relativamente alta. Tiecke y Bernier señalaron que el 45 por 100 de los pacientes que estudiaron, presentaban metástasis en el momento de aplicarse el tratamiento.

Por lo general los sitios más afectados son los ganglios linfáticos submaxilares.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Este carcinoma es extraordinariamente peligroso y difícil de dominar si no es por un procedimiento radical para su tratamiento se dispone de la radioterapia y de la intervención quirúrgica.

Axhausen considera el método más adecuado para el carcinoma de la leucoplasia la radioterapia porque sería particularmente eficaz y la operación es laboriosa por la extensión superficial de la mucosa leucoplásica.

En los casos no derivados de leucoplasia y de carcinoma ulcerado del carrillo propugna Axhausen, por otra parte, la operación radical, incluido el vaciamiento linfoglandular y la restauración plástica de la pérdida de substancia en la mucosa.

Es indudable que el carcinoma leucoplásico reacciona a la radioterapia, pero cuando no hay curación se recurre cuanto antes a la resección del carrillo. La operación más segura es la total resección del carrillo con ablación de los troncos vasculares y simultáneo vaciamiento de las linfoglándulas submandibulares en bloques.

Las resecciones parciales del carrillo desde dentro van, casi siempre, seguidas de recidiva y acarream contracturas mandibulares refractarias a pesar del injerto cutáneo.

El pronóstico del cáncer vestibular no es bueno, en 105 casos estudiados por Martín sólo el 26 por 100 de los enfermos vivía.

5.4-5 CARCINOMA DEL PALADAR

El carcinoma epidermoide del paladar no es una lesión muy común de la cavidad bucal. Tiene aproximadamente el mismo porcentaje de aparición que el carcinoma de mucosa vestibular, piso de la boca y encía.

El paladar es el lugar predilecto del 11 por 100 de los carcinomas epidermoides intrabucales registrados por Tiecke y Bernier. De 38 tumores palatinos en los cuales - la ubicación era específica, el 53 por 100 estaban en el - paladar blando, el 34 por 100 en el paladar duro y el 13 - por 100 en ambos sitios.

Ackenman afirmó que esta neoplasia del paladar - duro es un hallazgo raro. La edad promedio del paciente - con cáncer palatino según los estudios de Tiecke y Bernier, era de 58 años y en la mayoría hombres.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Puede manifestarse afectando tanto al paladar duro como al blando, es nodular, con bordes indurados, irregularmente elevados y pronto perfora los huesos palatinos para - involucrar las fosas nasales.

Son lesiones mal definidas ulceradas y dolorosas, el tumor del paladar duro avanza hacia el hueso, a algunas - veces hacia la cavidad, en tanto que las lesiones del paladar blando lo hacen hacia la nasofaringe.

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

En el maxilar superior, el carcinoma gingival va al seno maxilar, se extiende hacia el paladar o se dirige a los pilares amigdalinos. En la mandíbula se expande al piso de la boca en sentido lateral, a los carrillos o hacia el hueso, más tarde producen fracturas patológicas.

Las metástasis son una secuela común del carcinoma gingival, más regularmente en el maxilar superior que en el inferior. En la mayoría de los casos las metástasis en los ganglios submaxilares o los cervicales terminan por aparecer en el 50 por 100 de los enfermos, independientemente de si la lesión es de uno u otro maxilar.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Por lo general el tratamiento se hace por medio de procedimientos quirúrgicos, ya que sabemos, que los Rayos X, tienen efectos lesivos en el hueso.

El pronóstico no es particularmente bueno, en 105 casos estudiados por Martín sólo el 26 por 100 de los individuos vivía y no tenían la enfermedad, 5 años después de realizado el tratamiento.

5.4-7 CARCINOMA DEL SENO MAXILAR

El carcinoma antral es una lesión peligrosa, - aunque no es posible determinar la frecuencia real de la afección con respecto al carcinoma intrabucal.

Seelig estudió 624 casos, Chaudhry y colaboradores también investigaron y nada se sabe de la etiología de esta particular neoplasia. Se podría señalar que el carcinoma del seno maxilar es de tipo epidermoide, otros de tipo adenocarcinoma provendrían de las glándulas alojadas en la pared del seno.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El primer signo clásico del carcinoma antral es la inflamación o abultamiento del reborde alveolar superior, el paladar o el pliegue mucó-vestibular, aflojamiento o alargamiento de los molares superiores y la hinchazón de la parte inferior de la cara y del costado del ojo.

La molestia primaria es 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 prescriben las muestras clínicas del padecimiento está reflejada por - la extensión de la lesión de las paredes del seno.

Es posible encontrar invadido el piso del seno - de manera que las declaraciones de la enfermedad se vinculan únicamente con las estructuras bucales.

Si está atacada la pared mesial del seno, puede - haber cierre nasal. La afección de la pared superior o techo causa el desplazamiento del ojo, en tanto que la invasión lateral origina el enconamiento de la mejilla. Es causada la ulceración de la cavidad bucal o la piel, sólo en fases - tardías.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Se ha utilizado la cirugía y los Rayos X. Se dispone de pocos grupos de pacientes para analizar con miras a determinar que tipo de terapéutica brindará una mayor supervivencia.

El pronóstico es algo semejante al del carcinoma gingival.

5.4-6 CARCINOMA GINGIVAL

Este constituye un grupo sumamente importante de neoplasias. La similitud de las lesiones cancerosas incipientes de la encía con infecciones dentales comunes ha llevado a un diagnóstico equivocado, retrasando la iniciación del tratamiento dando un pronóstico peor.

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 dicha afección en la formación de cáncer gingival.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El carcinoma gingival se observa como una zona puramente erosiva o, si no, una proliferación exofítica granular o verrucosa.

En ocasiones se presenta dolor o no, lo encontramos más seguido en sectores donde no hay dientes, la encía fija suele presentar lesiones primarias que en la encía libre.

La cercanía del periostio y del hueso subyacente invita a la invasión temprana de estas estructuras. Aunque muchos casos sufren la irrupción y la infiltración irregular del hueso, a veces se observa una erosión superficial que nace aparentemente como un fenómeno de presión.

Las metástasis no ocurren hasta que el tumor - está avanzando, pero cuando existe, abarca los ganglios - linfáticos submaxilares y cervicales. La ausencia de este fenómeno no indica una evolución favorable, puesto que muchos pacientes afectados por este mal, mueren por la - infiltración local.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Para tratar esta forma neoplásica se han empleado la cirugía y los rayos X. Si el cáncer se halla confinado al seno y estructuras inferiores, la hemimastectomía da - da buenos resultados clínicos.

El tratamiento por irradiación se administra con agujas de radio insertadas en el seno o en la masa tumoral.

El pronóstico general en las personas afectadas con carcinoma antral no es bueno. En la serie de casos de Chaundhry sólo el 10 por 100 de 49 enfermos vivieron más - de 5 años.

5.4-8 CARCINOMA VERRUCOSO

Difiere del carcinoma epidermoide bucal común, en lo que por lo general es de crecimiento lento, básicamente exofítico y sólo invasor en superficie, por lo menos hasta los últimos momentos de la lesión, tiene potencial metastásico bajo y se presta a la escisión local simple debido a su evolución relativamente no agresiva y prolongada. Esta lesión fué estudiada por Jacobson, Shear y por Shafer.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es visto en individuos ancianos entre los 60 y 70 años de edad. La gran mayoría de ellos presenta en la mucosa vestibular y encía o reborde alveolar, también se observan 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 blanca.

Las lesiones tienen pliegues con apariencia de arrugas con fisuras profundas intercaladas. Las lesiones de la mucosa vestibular pueden extenderse bastante, antes de atacar las estructuras contiguas.

Las lesiones del reborde mandibular o de la encía crecen hacia el tejido blando que lo cubre fijándose rápidamente en el periostio, para invadir y destruir en forma gradual la mandíbula.

Los ganglios linfáticos regionales suelen estar sensibles y aumentados simulando un tumor metastásico, pero esta afección ganglionar es inflamatoria. El dolor y la dificultad para masticar son molestias comunes, siendo rara la hemorragia.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Las características son engañosas y muchos casos fueron diagnosticados como simples papilomas o hiperplasias epiteliales benignas.

Hay una marcada proliferación epitelial y penetración al tejido conectivo, el epitelio está bien diferenciado y con poca actividad mitótica pleomorfismo o hiperchromatismo.

En particular, los espacios con forma de fisuras, cubiertos de una gruesa capa de paraqueratina se expanden desde la superficie hasta las zonas profundas de la lesión, hay tapones de queratina que se extiende al epitelio.

La paraqueratina que tapiza las fisuras con tapones de queratina es la marca distintiva del carcinoma verrucoso.

Aunque la lesión sea muy grande la membrana basal queda intacta. Puede o no haber infiltrado celular inflamatorio crónico abundante.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El carcinoma verrucoso ha sido tratado mediante la cirugía, los Rayos X, o ambos procedimientos, sin embargo — hubieron más transformaciones anaplásicas de lesiones de pacientes tratados por irradiación ionizante.

En tanto que la irradiación aparece como un mecanismo desencadenante. Como la lesión es de crecimiento tan lento y — tarda en hacer metástasis, muchas lesiones pueden ser tratadas mediante la escisión relativamente conservadora sin procedimientos mutilantes.

El pronóstico es mejor para el tipo común de carcinoma epidermoide bucal.

5.5 ADENOCARCINOMA

El adenocarcinoma no es ordinario en la cavidad bucal como lesión primaria; pero cualquier zona puede ser afectada,— debido a la abundancia de glándulas en la boca.

Es un carcinoma de crecimiento lento, sesil, lobulado, surgido de las glándulas labiales superiores e inferiores, lo encontramos en la lengua donde se observa profundamente incluido, es frecuente en el paladar donde existen glándulas salivales como la parótida.

Puede invadir los senos paranasales y hasta la órbita, ocasiona metástasis tempranas en los ganglios linfáticos cervicales.

En general esta compuesto por células epiteliales que dan una impresión de configuración acinosa. Sus células tienden a la forma cilíndrica aunque las existen muy raras. Sus Núcleos son grandes y redondeados, contienen mucha cromatina la cual se halla dispersa en todo el núcleo.

El tumor puede estar dividido por trabéculas bien definidas de tejido conjuntivo fibroso colágeno y hialino, en algunos casos, las células epiteliales, que han perdido su polaridad, provocan folículos rodeados por un estroma de tejido denso y fibroso.

Se originan quistes de tamaño diverso, por obstrucción de los conductos glandulares. Esta neoplasia es menos susceptible a la irradiación que los tumores epinocelulares.

TRATAMIENTO

Por medio de tratamientos quirúrgicos extensos. Es sumamente difícil la predicción de metástasis. La irradiación es de poco valor y sólo deberá ser intentada luego de haber considerado cuidadosamente todas las otras posibilidades.

5.6 CARCINOMA DE CELULAS DE TRANSICION

(Linfoepitelioma)

Este carcinoma nace del epitelio respiratorio, el que esta en estrecha proximidad con abundante tejido linfático. El epitelio respiratorio puede experimentar una metaplasia antes o durante el proceso neoplásico y producir el carcinoma de células de transición con sugerentes características epidermoides.

La neoplasia es común en los monóclicos, alrededor de cuatro veces más frecuente en el hombre y no raro en personas jóvenes. Es importante clínicamente porque brota en la profundidad de las amígdalas o en algún rincón inaccesible de la nasofaringe. El paladar y el seno maxilar también son lugares favoritos de los que pueden erosionar hacia la cavidad bucal.

Son tempranas las metástasis a los ganglios linfáticos cervicales, en las amígdalas es una masa polipoidea con superficie verrucosa que se extiende hacia la nasofaringe, en el paladar se observa la lesión con carácter papilomatoso con amplio pedículo.

En 1921 Regaud habló del alto grado de sensibilidad y fue quien propuso el término linfoepitelioma. Por la misma época Schinke estudió tumores similares con esa localización y describió una estructura ligeramente diferente en 1921 Ewing señaló la desigualdad de pronóstico, comentó que, inicialmente la neoplasia es una lesión pequeña, insignificante, de crecimiento lento, amplias metástasis y muy radiosensible.

La cantidad de tejido linfático del tumor varía y aún puede estar totalmente ausente. Cuando muestra estrecha relación con el epitelio normal de la mucosa faríngea, ocasionalmente reside en el cuello, donde puede salir del epitelio respiratorio de las inclusiones de las hendiduras branquiales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Los núcleos son grandes, de tinción oscura pero -
vesiculares y contienen cantidades diversas de cromatina, sus
células se disponen de bandas acintadas, estrechas y en anillos
íntimamente asociados al tejido linfático. En el linfocarci-
noma, la reticulina se ordena en gruesas fibras incorporadas
al estroma y a los vasos sanguíneos.

TRATAMIENTO

El tumor es bastante radiosensible, de modo que se -
utiliza el método que se prefiera.

CARACTERISTICAS DEL SARCOMA

Los sarcomas son tumores formados por tejido -
conjuntivo de tipo embrionario; tienen un gran número de
células y poca substancia intercelular.

Las características más notables del sarcoma son
el crecimiento rápido y el tumor vascular; la extraordinaria
tendencia a recurrir localmente después de su extirpación; -
la formación de metástasis por medio de los vasos sanguíneos
más bien que por medio de los linfáticos, como sucede con -
los carcinomas y la frecuencia especial de hemorragia, de -
degeneración y de ulceración.

Se presenta en la juventud y en la primera parte -
de la edad adulta, en ocasiones son congénitos, en algunos -
casos se deben a traumatismos. Muchas formas de sarcoma que
atacan el antro y los huesos de la nariz derivan sin duda -
del proceso alveolar y es posible que la degeneración ósea -
asociada con periodontitis supurativa crónica y la alteración
concomitante del hueso en un tipo inferior de tejido de gra-
nulación puede constituir el punto de partida al menos en -
algunos casos de sarcoma entral.

SITUACION:

Los sarcomas se encuentran en los tejidos subcutá-
neo, perióstico, tendinoso y muscular, en el hueso, en el -
cartilago, en los ganglios linfáticos y en el tejido submuc-
oso y subseroso. Muy seguido atacan a las encías y la mucosa;
pero raras veces las mejillas o la lengua.

Esta neoplasia especialmente en las variedades de -
células redondeadas y de células fusiformes, pueden iniciarse
en el antro o propagarse a él. Los síntomas se muestran hasta
que la cavidad está completamente llena del neoplasma, pudiendo
entonces presentarse el desplazamiento de los dientes hacia -
abajo y el de la lámina orbitaria hacia arriba; la presión -
sobre el conducto nasal puede dar lugar a epifora.

Es considerable el dolor neurálgico a causa de haber interesado la segunda división del quinto nervio.

En las mandíbulas además del hueso y el periostio, los los sarcomas pueden provenir de la caucosa del pericemento y de la mucosa que cubre el seno maxilar.

En la mandíbula los sarcomas se encuentran especialmente en la región de los molares caducos y de los — primeros molares permanentes. Se desarrollan en sentido superior dando lugar a dolor que se confunde con la odontología ordinaria, provocando movilidad de los dientes en la zona del tumor.

Presenta ligera osificación en mayor o menor grado. Los que se originan de la superficie externa de la — rama ascendente pueden confundirse con los tumores parotídeos.

ESTRUCTURA HISTOLOGICA

Las células de los sarcomas son de las más varias en cuanto a tamaño y forma. Son fusiformes, esferoidales o irregulares, multinucleares, muy grandes o muy pequeñas. La substancia fibrilar en ocasiones se encuentra en cantidades mínimas que escapan a la observación superficial o puede ser tan abundante, que da al tumor un aspecto de — fibroma. Las células y los vasos sanguíneos están siempre en íntima relación con la substancia basal.

HISTOPATOLOGIA

Pueden verse figuras mitóticas, regularmente hay degeneración nuclear. Las células se encuentran dispuestas de un modo anormal, la substancia intercelular es escasa, — homogénea, sus fibras son pocas o confusas, están inmediatamente vinculadas con las células, lo que diferencia del — carcinoma.

Los vasos sanguíneos constan generalmente de una sola capa endotelial, aunque en algunos casos están muy — crecidos y forman el esqueleto del tejido tumoral, estableciendo un contacto directo con las células.

Ivy y Blaire afirman, que la conexión de las - células con los vasos sanguíneos tienen mayor malignidad, porque los tumores en donde hay aglomeración de células - con vasos sanguíneos son más malignos, que en aquellos que presentan a las células separadas de los vasos por tejido fibroso.

ASPECTO CLINICO

La enfermedad empieza en forma de un nódulo corrugado, limitado, blando, que parece tejido de granulación, que aparece en cualquier sitio a lo largo de los bordes de las mandíbulas o del surco vestibular o fórnix. Se asoma en la línea del enlace de los huesos premaxilares o en la mandíbula inferior, en los puntos de unión de las distintas partes que - contribuyen a formarlas.

Se inicia en los tejidos periósticos de la porción que conecta con el alveolo dentario, teniendo también su - origen en la membrana pericementaria o en la médula del tabique o septum interdentario. En estos casos se convierte en neoplasma y no en una úlcera.

Este padecimiento tiene la característica de una - masa de tejido nuevo más bien que el de una úlcera, pero la superficie se presenta ulcerada en un estadio ulterior y por consiguiente se interpreta como una ulceración. La parte - exterior del neoplasma puede escamarse y mostrarse rubicunda nodular y ulcerada secundariamente con una superficie blanda y fácilmente hemorrágica.

Existe poco dolor y los ganglios linfáticos, permanecen indemnes a la enfermedad en sí, siendo posible que se infecten debido a la invasión bacteriana. Generalmente se - encuentra circunscrito al principio y su carácter es blando distinguiéndose del resto de los tejidos circundantes, aunque los de crecimiento lento, o cuando ya han alcanzado su pleno desarrollo se forma una cápsula. Los tumores superficiales son planos o con elevaciones irregulares.

El aspecto típico de un sarcoma al corte es carcinoso, de color rosa, pálido o gris, son muy regulares las hemorragias.

Causa la infiltración del tejido adyacente y no son fáciles de desplazar. Pueden ser duros o blandos según la cantidad relativa de células y de substancia intercelular.

En los primeros periodos el sarcoma tiene un curioso parecido con los tejidos de granulación, y algunas veces se presenta en forma de fungosidades que resulta de los alvéolos dentarios que han sufrido enfermedades periodónticas prolongadas.

El sarcoma bucal puede dar lugar al infarto de los ganglios linfáticos, pero si exceptuamos los linfosarcomas, dicha formación se debe con más frecuencia a la absorción de materiales sépticos por la superficie ulcerada a la extensión de la enfermedad. Los sarcomas raras veces dan dolor y especialmente al comienzo, pero pueden provocarlo por presión sobre los troncos nerviosos.

5.7 FIBROSARCOMA

Es la neoplasia mesenquimatosa maligna, que representa el 29% de los sarcomas de los tejidos blandos. Es un tumor de fibroblastos malignos que puede desarrollarse a partir del tejido conjuntivo fibroso en cualquier sitio - incluyendo el periostio y el endostio.

El 80% de los fibrosarcomas están bien diferenciados y crecen lentamente por infiltración local, las metástasis son raras y ocurren al final de la enfermedad. El resto de las lesiones están mal diferenciadas y su curso es más agresivo que el de los demás tipos, con metástasis hematogonas a los pulmones, que son de aparición precoz, los ganglios linfáticos son raramente afectados.

Este tumor se presenta a cualquier edad, sobre todo en hombres. A veces las lesiones se originan en zonas que están cicatrizando después de un trauma físico o de una exposición a una irradiación.

La mayor parte de los fibrosarcomas se agrandan en las extremidades, pero un 16% se encuentran por encima de las clavículas e incluyen localizaciones orales como el periostio de la maxila y de la mandíbula, el labio, la lengua, la encía la mucosa bucal y el paladar. También se ha descrito algunos casos en la faringe, en el antro maxilar y en la articulación temporomandibular.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La forma periférica suele ser observada en las personas mayores, mientras que la originada en el hueso es más frecuente en niños y adultos jóvenes. Este último es más común - en la sínfisis, gonion y cóndilo del maxilar inferior.

La forma superficial puede alcanzar proporciones apreciables y se inserta por un ancho pedículo. Cuando un fibrosarcoma se localiza en la boca, presenta un cuadro clínico de una masa sólida, no dolorosa, no ulcerada, mal definida, recubierta por una mucosa rosada normal, la hemorragia es

acentuada a causa de la vascularización, los dientes pueden resultar involucrados y aflojarse hasta, en algunas ocasiones desprenderse. Aquellas lesiones que se desarrollan en el periostio pueden adheridas al hueso. Pueden traumatizarse y ulcerarse más tarde durante el curso de la enfermedad.

Los datos radiológicos del fibrosarcoma no son patognómicos. Los tumores bien diferenciados pueden no presentar signos de destrucción ósea, pero las lesiones más invasivas muestran partes irregulares de destrucción de la cortical que hacen pensar en un padecimiento infiltrativo.

HISTOPATOLOGIA

La célula básica de este tejido es el fibroblasto.

Las células tienden a ser fusiformes mostrando variaciones considerables en su disposición y características tintoriales. La vascularización cambia, los vasos cuentan con una delgada membrana endotelial o se ven en una matriz de escaso material intercelular.

Ocasionalmente hay formación de focos de calcificación a un hueso atípico. Esos haces de células fusiformes tienen núcleos hipercrómicos alargados: en algunos casos, comparativamente uniformes; en otros, pleomórficos; y también hay multinucleares de tamaño irregular.

En el sarcoma de crecimiento rápido, las figuras mitóticas pueden ser numerosas y estar incluidas formas anormales.

Las lesiones descubiertas se tratan con éxito mediante la extirpación quirúrgica amplia.

Por lo general no son radiosensibles, su pronóstico es variable.

5.8 MELANOMA

El concepto amplio que merece en el lenguaje clínico usual la palabra nevo (en latín - *naevus*) comprende morfológicamente diversos tumores y alteraciones cutáneas así como las hiperpigmentaciones circunscritas. El nevo - pigmentoso, en el estricto sentido de la palabra representa una proliferación de células bien definidas en el cutis y en estrato propio de las mucosas.

Se distinguen dos tipos de melanomas:

- 1).- Melanomas Nevos Pigmentosos Benignos
- 2).- Melanomas Malignos

Melanomas Benignos, constituyen macroscópicamente en parte manchas circunscritas de color marrón hasta negro - situadas al nivel de la piel, mientras que otras forman prominencias en forma de placas planas o verrugas papilares, los lugares de predilección son las mejillas y las plantas de los pies.

Histológicamente muestran una estructura característica regularmente estratificada. En las caras superiores del cutis implicando el estrato papilar, se encuentran las células redondas poligonales, en forma de epitelio y conglomeradas entre sí con una estructura de glomérulos y de cordones, envueltas por un tejido conjuntivo fibrilar, los núcleos son grandes y su citoplasma es claro.

El cuerpo celular contiene finísimos cromósculos pigmentados. En el tejido conjuntivo hay células mesenquimáticas en forma de husos o de estrellas que son las que dan la coloración.

En el orden fascicular de las células se observan entre los núcleos alargados estructuras fibrilares que no dan reacción colorante, no existe semejanza con las formas neuróticas o neurinomatosas. La epidermis que se encuentra sobre los tumores melanóticos benignos forma prominencia hacia fuera entre el retículo y aparece tan grande en la profundidad, que la superficie cutánea muestra una constitución verrugosa o papilar.

Los melanomas malignos surgen después de intervenciones quirúrgicas incompletas, se desarrollan en la piel o en la mucosa, al parecer senas. Forman rápidamente nódulos más o menos coloreados en negro, aumentan y se ulceran más tarde.

Estos se consideran tumores de mal pronóstico y que producen metástasis linfógenas primero y después hematógenas en todos los órganos y tejidos. Cuando se descomponen las metástasis pigmentadas puede comprobarse químicamente melanina en la orina.

Los melanocarcinomas están formados de células polimorfas muy irregulares, grandes y abundantes en plasma con núcleos gigantes, que ofrezcan por lo regular una distribución en forma de cordón epitelial o alveolar.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El melanoma maligno es una neoplasia poco común en la boca, los sitios mayormente afectados son la encía y el paladar.

En sus primeras fases, el único signo sospechoso es el aumento de la pigmentación de melanina, afectando las estructuras vecinas por un tejido normal de color obscuro negro.

El tumor es de consistencia sólida esta adherido, tiene bordes indurados y una ulceración en su centro acompañándose de linfadenopatías metastásicas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

A causa del pronóstico, considerado como infausto por la mayoría de los clínicos, se rechazan todos los procedimientos operatorios y se emplea, como remedio de elección la radioterapia.

5.9 RABDOMIOSARCOMA

El rhabdomiosarcoma es un tumor raro que representa el 8% de todos los sarcomas de tejidos blandos. Sin embargo en la serie de Stout de 116 casos, 10 se desarrollaron en la lengua. También se han descrito tumores en el labio, en el buccinador y en los músculos del cuello.

No son frecuentes las metástasis cervicales. El rhabdomiosarcoma puede dividirse en tres subtipos histológicos, cada uno de los cuales presenta distintos caracteres clínicos.

El tipo adulto pleomórfico se ve en personas que estén en la quinta y sexta décadas de la vida y en la mayor parte se desenvuelven en las extremidades inferiores, en la boca tiene apariencia de un tumor sólido, voluminoso muy infiltrativo que no es doloroso a menos que afecte el nervio lingual y al hueso.

La ulceración ocurre cuando las lesiones son muy grandes. El enfermo cuenta con una historia de crecimiento rápido y, cuando esta afectada la lengua, se ojeará de interferencia en el habla y en la deglución.

La variedad alveolar se presenta en las personas jóvenes. Aunque se ha descrito en la órbita y en el maxilar, no se han publicado casos de lesiones orales.

El rhabdomiosarcoma embrionario aparece en niños y presenta gran parte de estos tumores originados en la cabeza y en el cuello. Regularmente se descubren en el paladar blando donde la neoplasia se desarrolla como una masa blanda, no dolorosa, sésil y polipoide. La mucosa que la recubre puede ser hiperémica, pero muy pocas veces se ulcera y al principio de la enfermedad se confunde con una hiperplasia papilar.

La terapéutica de elección en los tres tipos es la extirpación quirúrgica, la que debe ser extensa para asegurar el éxito. La disección cervical está indicada solamente en

* caso de metástasis cervicales confirmadas. El abdomen con
coma da metástasis precoces en los pulmones, y la muerte -
llega en un plazo de dos años.

2.10 CONDROSARCOMA

Es una neoplasia maligna de las células formadoras
de cartilago. Aparece en los huesos formados por osificación
endoccondral, siendo posible que se origine en los maxilares
en relación con los restos cartilaginosos de los arófisis -
coronoides, condilar y malar, canal incisivo, concha mento-
nario y tabique nasal. Los condrosarcomas secundarios, son
aquellos que se desarrollan a partir de exostosis cartilagi-
neas benignas o endocondromas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los hombres son afectados en proporción dos veces
mayor que las mujeres. Se presenta en la cuarta y quinta
década de la vida.

El primer signo es una masa dura, no dolorosa, -
lobulada, no ulcerada que se adhiere al hueso. Al avanzar
la lesión hay destrucción ósea extensa movilidad de los -
dientes. Hay una rápida invasión del antro maxilar y de -
la órbita. Al explorar los ganglios linfáticos cervicales
no se encuentra ninguna anomalía.

Radiográficamente, el condrosarcoma se observa -
como una masa radiotransparente, plana, mal definida, con
zonas radiopacas que corresponden al cartilago maligno que
se ha calcificado. A veces existen partes en las que la -
masa tumoral tiene aspecto quístico. En los estadios tar-
díos hay expansión y destrucción de la cortical con exten-
sión hacia los tejidos blandos.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Consiste en la extirpación quirúrgica radical, --
la cifra de supervivencia a los 5 años es del 30%. Las --
neoplasias que se localizan en los maxilares tienen un --
pronóstico algo peor. Las lesiones dan metástasis rápidas
a los pulmones por vía venosa y muy pocas ocasiones atacan
los ganglios linfáticos regionales.

5.11 LINFOMA MALIGNO

Linfoma maligno es un término clínico que se aplica a cuatro subtipos histológicos de neoplasias malignas que se desarrollan a partir de las células de la serie linfocítica y reticular.

Se encuentran en los ganglios linfáticos pero crecen en cualquier órgano que contenga tejido linfático, los linfomas se clasifican según la forma celular y el estado de desarrollo en la serie celular de la que deriva.

En este grupo se incluyen en orden decreciente de frecuencia, la enfermedad de Hodgkin (40.4%); el linfoma, en sus tipos linfocítico y linfoblástico (30.8%); el sarcoma de las células reticulares (19.9%); y el linfoblastoma folicular gigante (9.3%) aunque los caracteres histopatológicos y algunos aspectos clínicos de cada uno son específicos, la transición de una u otra forma puede tener lugar en el curso del padecimiento.

Los linfomas malignos son un grupo con ciertas propiedades clínicas comunes. Se desenvuelven en un solo ganglio linfático o en un grupo ganglionar, diseminados a continuación al hígado, bazo y médula ósea.

En un 20% puede encontrarse en los últimos avances una leucemia linfocítica o monocítica si las células malignas entran en la circulación periférica.

5.11-1 LINFOBLASTOMA FOLICULAR GIGANTE

Enfermedad de Brill-Symer

Se consideró al principio como una hiperplasia reactiva benigna de los elementos del tejido linfoide.

Se caracteriza por la proliferación maligna de linfocitos y de células reticulares en el interior de los folículos gigantes bien definidos.

El paciente presenta una masa sólida, discreta, no adherente, de crecimiento lento, no dolorosa en una de las cadenas ganglionares linfáticas superficiales, por lo general en la zona cervical o inguinal.

A veces son atacadas las zonas submaxilar o submentoniana, casi no hay signos o síntomas generales. Las amígdalas son las más dañadas.

5.11-2 RETICULOSARCOMA

Este se caracteriza por una proliferación y degeneración maligna de las células reticulares; se originan - en los ganglios linfáticos cervicales y retroperitoneales, las amígdalas y el tubo gastrointestinal.

El motivo de la consulta depende de la presencia del tumor y entre ellos encontramos malestar general, dolor de garganta, obstrucción nasal, disnea disfagia, y disfonía.

Casi siempre, el primer signo es la hipertrofia de los ganglios cervicales.

La palpación muestra masas dolorosas, únicas o - múltiples, sólidas, de consistencia parecida al caucho, debajo de los músculos esternocleidomastoideos. En sus primeras fases los ganglios pueden movilizarse bien. Pero si las células malignas invaden las cápsulas que rodean los ganglios e infiltran los tejidos blandos de la vecindad, las masas se unen y se adhieren.

El agrandamiento es difuso y los bordes no están - limitados, se ulceran sólo cuando el tumor alcanza gran tamaño o se traumatiza. Las amígdalas no ulceradas hipertróficas y enrojecidas y la adenopatía cervical, puede hacer pensar en una tonsilitis hiperplásica y en la linfadenitis cervical reactiva.

El reticulosarcoma es el linfoma que tiene peor pronóstico. A la alteración cervical y amigdalal le sigue rápidamente una infiltración progresiva del bazo, hígado y de la médula ósea así como de los grupos ganglionares linfáticos viscerales, complicándose a veces con leucemia linfocítica.

La cifra de supervivencia por encima de los 5 años es - de 19%. El de las lesiones que se desarrollan en la cabeza, en el cuello y en las amígdalas es sólo ligeramente mejor. La mayoría - de los pacientes han muerto ya a los dos años de establecido el - diagnóstico.

Los más afectados por esta enfermedad son los -
adultos jóvenes, generalmente comienza en zonas donde hay
acumulación de tejido (ganglios linfáticos o bazo). La -
presencia de temperatura elevada es frecuente y se descono-
cen las razones.

Rara vez viven los pacientes más de uno o dos -
años después de la inanición de la enfermedad. Muchos -
autores reconoce dos variedades. El tipo esclerosante, en
el que hay una marcada fibrosis de los ganglios linfáticos
que se fusionan en masas firmes, y el tipo sarcomatoso, en
el cual la neoplasia se extiende a todas partes del organis-
mo como en cualquier otro sarcoma.

El recuento hemático nos manifiesta una marcada -
eosinofilia. En las últimas etapas pueda haber leucoopenia
con una aparición casi total de los linfocitos. No son ra-
ras las pigmentaciones y erupciones cutáneas.

HISTOPATOLOGIA

Presenta grandes variaciones histológicas. Se -
observan formas linfocitarias como reticulocelulares, a -
medida que progresa la enfermedad se torna notable una rela-
ción ligera entre las células neoplásicas y las células reti-
culares.

En grados variables se produce una proliferación de
fibroblastos, plasmocitos y leucocitos apareciendo leucocitos
eosinofilos para llegar a obscurecer la actividad de las otras
células. La necrosis es común y a menudo se ve una fibrosis -
terminal, las células entonces tienden a disminuir de número.

El tratamiento en general no es satisfactorio, la -
cirugía sola o en combinación con la irradiación, es quizá me-
jor en algunas circunstancias, pero el resultado final, es un
término medio, es poco mejor.

La mostaza nitrogenada ha dado resultados promisorios

en casos aislados.

El pronóstico es pobre por el crecimiento rápido y por las metástasis tempranas.

5.11.4 LINFOMA AFRICANO

(Tumor de Burkitt*)

Es raro en los niños el linfoma maligno. Sin embargo en el Africa Central se señala que un 80% de los casos se presenta en infantes de 3 y 7 años.

Aparece como una infiltración linfomatosa de la maxila, la mandíbula y las vísceras abdominales. El tumor es de tipo linfoblástico e infiltra rápidamente, ocasionando una hipertrofia masiva de los maxilares con destrucción de la corteza y extensión hacia los tejidos blandos de la mejilla y de la zona parotídea.

Cuando la maxila es atacada, erosiona los senos paranasales y el suelo de la órbita, dando lugar a rinosis y exoftalmos que son el motivo de la visita médica. La muerte sobreviene a los pocos meses del comienzo de los síntomas.

La radioterapia es el tratamiento que se da a los linfomas. La extirpación quirúrgica de los ganglios linfáticos superficiales con la radioterapia se usa con éxito para este mal regional.

5.11.5 LINFOSARCOMA

Los linfosarcomas primarios de la mucosa de la cavidad oral son raros. Se presentan a cualquier edad, predominando en los primeros dos decenios de la vida.

La distribución del tejido linfático dentro de la cavidad es la que origina la presentación de los linfo-

sarcomas primarios, generalmente en las amígdalas, en la base de la lengua, en el arco palatino y en la faringe, encontrándose también en las encías, labios, paladar y piso de la boca.

Macroscópicamente se distinguen la forma tuberculosa y la ulcerosa, pero casi siempre, por descomposición ulcerativa, se transforman de la forma tuberosa a la ulcerosa. En el periodo inicial, es difícil establecer el diagnóstico diferencial con los procesos necroticoinflamatorios de la mucosa.

Los linfosarcomas crecen por infiltración y provocan destrucción; los linfocitosarcomas regularmente aumentan con más rapidez que los linfosarcomas. Christiansen observó en los linfocitosarcomas del reborde alveolar que en el curso de diez días destruyeron por completo el paladar y tres semanas después llenaban casi totalmente la cavidad bucal.

Los linfosarcomas lanzan sus metástasis principalmente por vía linfática, los linfocitosarcomas especialmente en los nódulos linfáticos del cuello. Desde aquí pasan las metástasis tumorales a nuevos grupos de ganglios linfáticos, de modo que se originan paquetes ganglionares amontonados entre sí. Por vía hematógena puede causar las metástasis nuevos tumores en tejido linfático muy alejados y desde allí a todos los órganos particularmente el bazo, hígado y médula ósea.

Histológicamente se dividen los linfosarcomas en reticulosarcomas y linfocitosarcomas o linfoblastosarcomas, los primeros proceden de los linfocitos o linfoblastos situados en la estructura fundamental reticular, fibrilosincital del tejido linfático. Los linfocitosarcomas de los situados en las mallas del tejido reticular.

Algunas veces las células están unas junto a otras. En el tejido fibrilar amorfófilo lo desarrollan sólo los reticulosarcomas maduros. Los núcleos muy polimorfos y con frecuencia grandes y de forma vesicular, son redondeados a veces hasta ovals, contienen corpúsculos nucleares sorprendentemente toscos en forma simple o múltiple, las mitosis están aumentadas.

El aspecto clínico de esta lesión es que - prolifera a los pocos meses o al año de ser descubierta.

La cifra de supervivencia por encima de los 5 años es de un 28%. Cuando la enfermedad se limita a una zona y se aplica radioterapia precoz a dosis altas, se consigue una cifra de sobre vida de 5 años de un 65 a 80%.

Los individuos jóvenes con la forma linfoblástica y aquellos que tienen una enfermedad ya generalizada, cuando se les ve por primera vez, tienen un pronóstico más pobre, - la leucemia linfocítica es también un signo fatal.

5.12 SARCOMA NEUROGENO

Los sarcomas neurogénicos son raros en la cavidad bucal. El Schwannoma maligno ha sido objeto de comunicaciones que lo ubican en esta zona, regularmente en la edad avanzada. Por regla los pacientes con este tumor padecen la enfermedad de Von Recklinghausen.

Se originan en las células de Schwann y los síntomas asociados suelen ser referibles a su tamaño.

5.13 SARCOMA HEMORRAGICO

(Tumor de Kaposi)

Es de etiología desconocida, se observa en personas mayores de 50 a 70 años. Las lesiones iniciales nacen en las extremidades, pero eventualmente son involucradas la cara y la cavidad bucal.

Aumentan a partir del tejido conjuntivo perivascular, la enfermedad ataca la piel, y en 10% de los casos hay alteración visceral. Se manifiestan como máculas de color púrpura, pequeñas, únicas o múltiples; crecen y se unen para formar masas nodulares sólidas, prominentes, moderadas y adheridas.

La erucción empezará en las partes distales de las extremidades y entonces crecerá hacia el tronco. El aspecto de las lesiones orales es parecido al de las lesiones de la piel.

Las lesiones locales pueden tratarse con cierta efectividad con radioterapia, pero el pronóstico es variable.

Los enfermos de más edad tienen una evolución más lenta lenta pudiendo vivir de 10 a 15 años después de establecido el diagnóstico.

En los jóvenes y en aquellos que tienen alteración visceral diseminada la enfermedad tiene un curso más fulminante, con rápido desenlace fatal.

5.14 TUMOR DE EWING

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

El sarcoma de Ewing es una neoplasia primaria del hueso que se cree procede de las células endoteliales que recubren la cavidad modular, pero ahora se piensa que se forma a partir de los elementos reticuloendoteliales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

Se encuentra en personas cuya edad está comprendida entre los 5 y 25 años, presentándose en un 80% en hombres. Se localiza en cualquier hueso, incluidos los maxilares.

Hay dolor intermitente, sin que pueda palparse el tumor, acompañado de un rápido crecimiento del hueso afectado, con movilidad de los dientes, anestesia del labio y neuralgia facial. En ocasiones hay destrucción pronta de la cortical y el tumor crece entonces hacia el interior de la cavidad oral, donde se ulcera rápidamente.

Muchas veces hay leucocitosis con recuento de glóbulos blancos que alcanzan los 15/mm³ de sangre. Los enfermos

suelen estar febriles, mostrando una aceleración de la -
velocidad de sedimentación globular simulando una osteo-
mielitis.

Radiográficamente, los primeros cambios que se
aprecian en la cavidad medular consisten en zonas de densi-
dad variable que corresponden a destrucción trabecular.

Pueden haber partes con aspereza perióstica y -
células tumorales dentro de los canales de Havers y de Vol-
kmann. Cuando es interesada la cortical, el periostio queda
rechazado, ordenándose capas de neoformación ósea paralelas
a la superficie.

Se ha practicado la extirpación radical y la radio-
terapia, dando un pronóstico algo mejor la extirpación radi-
cal. La supervivencia a los 5 años es del 10 al 15%, es -
característica la metastatización por vía sanguínea a los -
pulmones, a otros huesos y, a veces, a los ganglios linfáticos.

5.15 MIELOMA

Se les llama así a tumores que se originan en cualquiera de las células de la médula ósea.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El dolor, inicialmente, no es un síntoma marcado pero al final se torna muy intenso. El mieloma es múltiple el más afectado es el maxilar inferior, conforme la enfermedad avanza resultan involucrados más huesos, si la lesión es difusa provoca una osteólisis dental. La prueba de la Bone Jones estará elevada en una gran proporción de casos lo que es un valioso auxiliar diagnóstico.

Cuando el cráneo es afectado hay zonas múltiples de radiolucidez, la mayoría de las cuales son irregulares, su tamaño es variable, pero sus límites son precisos. Esto crea una forma de perforaciones hechas con cepillos.

HISTOPATOLOGÍA

Las células tumorales pueden ser plasmocitos — reconocibles, multinucleadas, son ovales, con abundante citoplasma y núcleos excéntricos. Esto explica la forma de ruedas de carro a veces que es característica de las plasmocitos. También se ha señalado que la aguja es sumamente variable, encontrándose células gigantes.

TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico su subversión es imposible. Algunos enfermos viven muchos años, mientras que otros sucumben con rapidez.

La cirugía radical puede ser satisfactoria si se eliminan todas las neoplasias. La irradiación puede retrasar temporalmente su avance, pero no cura el padecimiento. Su pronóstico es pobre.

5.16 MIELOBLASTOMA DE CÉLULAS GRANULOSAS MALIGNO

Esta variante presumiblemente maligna del mieloblastoma se produce en una forma angioide (sarcoma de la parte alveolar blanca) y otra no angioide.

Han sido observadas lesiones en lengua y tibia de la mano. La forma angioide es el tipo más común. Las células se agrupan en nidos rodeadas por bandas de tejido fibroso. El otro tipo se asemeja al mieloblastoma benigno, pero las células son mayores.

5.17 SARCOMA OSTEOBLÁSTICO DEL MAXILAR

Como matriz de los sarcomas osteoblasticos sirve el tejido mesenchimático, bastante indiferenciado, del periostio y del endostio, que en los casos de un tipo angioide y — normal — hace que la masa convierta lentamente el hueso en el cartílago.

La curva de distribución en edades muestra un punto muy elevado en los sarcomas osteoblasticos de los huesos largos — con la excepción entre los quince y los veinte años, los cuales se dice para los sarcomas osteoblasticos de los maxilares. (Harris y Pernicelli).

Los sarcomas osteoblasticos pueden dividirse en:

- | | | |
|----------------------------|---|------------------------------------|
| a) Periférico de Periostio | } | Mixocondrosarcoma |
| | | Sarcoma Osteoblástico Esclerosante |
| b) Central de Cartílago | } | Sarcoma Condrolástico |
| | | Sarcoma Osteoblástico |

a) Los mixocondrosarcomas y los sarcomas osteoblásticos, se hallan situados bajo la corteza ósea. Producción en angioide en fase crónica. Comprimiendo hacia fuera las capas externas — del periostio, viene en etapas, ocasiona una tumefacción dura e indolora en sus comienzos.

El incremento progresivo provoca una destrucción del hueso muy rápida, encaminada al tumor al pericostio hacia fuera, hasta que la rama, infiltrándose entonces de un modo creciente en las partes blandas limitadas.

Si la proliferación del sarcoma comienza en las partes blandas causa una neoformación ósea tumoral de gran volumen y se observan al hueso sarcomatoso radiológicamente, al por el contrario, falta en las diferenciaciones osteoblásticas, comenzará entonces la destrucción ósea a la radiografía.

La invasión del tumor en el interior del maxilar la destrucción de la estructura justifica los grandes dolores y la flaquez de los dientes. Los sarcomas osteógenos de los maxilares, producen metastasis, principalmente a la corriente sanguínea, llegando a los pulmones. Los ganglios linfáticos regionales quedan libres, por regla general.

Histológicamente en el mixocondrosarcoma hay abundantes proliferaciones de células poligonales indiferenciadas que están junto a las zonas sarcomatosas propias del tumor y neoformadas en el mismo, además de porciones con células en forma de estrella en la sustancia fundamental mucosa.

También hay focos semejantes a condroglomas con células redondeadas en la sustancia celular.

El sarcoma osteoblástico esclerosante rodea su centro a la gran neoformación ósea y a la pureza que va unida a ella.

Es característico la presencia de trabéculas óseas — en ocasiones (ostoides) para formar una red de mallas que forman estratos que se superficial al corte del tumor como un tipo de marfil (eburnización)

Los vasos comprendidos en las mallas de esta red fácilmente aparecen rodeados de proliferación tupida de células redondas y de células fusiformes. Entre los centros de crecimiento — vecinos o en el centro de un complejo de desarrollo, maduran — las estructuras indiferenciadas siempre que es posible (pérdida de la diferenciación), originándose formaciones cartilagineas óseas.

Como en todos los procesos de destrucción ósea se presentan en la zona de desintegración células gigantes osteoclasticas, que proceden del endostio allí localizado, es decir, que no representan células propias del tumor.

TRATAMIENTO

~~XXXXXXXXXXXX~~

Se aconseja el radio y los Rayos X, se recurre a la cirugía en la mayoría de los casos y en conjunto se ha obtenido una proporción razonable elevada de resultados favorables cuando es combinada con la irradiación.

TUMORES DEL TEJIDO ODONTOGENO

5.18 TUMORES ODONTOGENOS ECTODERMICOS

1º Perlas adamantinas que asientan, como formaciones lenticulares en las raíces de los cuellos o en las bifurcaciones de los dientes y muestran en la radiografía una gran densidad de sombra. Carecen de importancia clínica.

2º El adamantinoma, no forma esmalte sino que consta de un epitelio semejante al del órgano del esmalte.

El tumor procedente de estas formaciones es benigno, crece con lentitud causando un abombamiento en la región del ángulo de la mandíbula. En ocasiones se ha observado la transformación maligna.

Están intensamente vascularizados, son de color parduzco, poseen una superficie de corte esponjosa. Como están sobre la arteria carótida dan a conocer pulsaciones comunicadas; de modo que pueden simular un aneurisma.

El conocimiento de estas neoplasias tiene importancia, porque el intento poco meditado de su extirpación — sin una previa comprobación exacta de su situación con respecto a la bifurcación de la carótida primitiva y a las ramas que lo constituyen, puede provocar terribles hemorragias que obliguen a la ligadura de tales vasos.

Si existen estrechas conexiones con la bifurcación carotídea y con la arteria carótida interna hay que prescindir de la extirpación o realizarla en narcosis con electrocoagulación y bajo todas las medidas de precaución de la pared carotídea y la plastia vascular consecutiva.

•

TUMORES DE TEJIDO MIELORETICULAR Y LINFORRETICULAR

(Leucosis)

5.19 SISTEMA MIELOIDE

1° La mielosis crónica (leucemia mielocica) ocurre en personas de edad media conduciéndolos en pocas años a la muerte. Comienza insidiosamente con molestias generales (astenia, pérdida de peso, temperaturas anormales, dolores óseos, esplenomegalia, etc.).

En la mucosa bucal se presentan infiltrados tumorales, con células mieloides en las encías (macrolia), en los carrillos, en la lengua y en las amígdalas, que propenden a la destrucción con subsiguiente infección pútrida.

La gran propensión a las hemorragias es causa de copiosas pérdidas de sangre con ocasión de intervenciones en la boca y hace difícil la hemostasia.

El diagnóstico se deduce del curso, el hallazgo general y el cuadro sanguíneo (o mediante el mielograma, por punción esternal, en la mielosis aleucémicas).

Desde el punto de vista del tratamiento, la radioterapia del bazo, el torio, el fósforo radiactivo, etc. producen en parte, remisiones cortas o largas.

2° La mielosis aguda (leucemia mieloma aguda, mieloblastosis) aparece durante la infancia o la juventud, llevando en pocas semanas a la muerte.

Se caracteriza por la aparición de formas celulares inmaduras (mioblastos, paramioblastos) en la sangre circulante. El odontólogo encuentra, en el periodo inicial, estomatitis que resisten a cualquier tratamiento o que pueden ser desencadenadas por las extracciones.

Los infiltrados tumoroides de la boca, son los que destruyen los maxilares. El diagnóstico se establece a base del estado general, del examen de la sangre y del puncionado esternal.

El tratamiento es sintomático.

3º La cloromielosis (cloroleucemia) es una forma particular de mielosis, cuyos infiltrados tumoroides se caracterizan (cloromas) por su color verde.

Se han observado semejantes tumores en la órbita en las amígdalas, en la mucosa nasal, en las linfoglándulas, así como en los órganos internos. Estos tumores muestran crecimiento maligno. Los cloromas se presentan solitarios o múltiples y son raros.

5.20 SISTEMA LINFÁTICO

1º La Linfadenosis crónica (leucemia linfática), surge de preferencia en los decenios cuarto y quinto de la vida y es rara en la infancia.

Son síntomas precoces la fatigabilidad, la anorexia, la palidez, la subictericia y las hipertrofias de las linfoglándulas.

Estas se observan con frecuencia en el cuello y bilateralmente, así como en el grupo retroauricular y, más tarde, también pueden presentarse en las restantes regiones del organismo y en los órganos internos.

Los paquetes de linfoglándulas a veces alcanzan un tamaño monstruoso. Por implicación de las estructuras linfáticas extraganglionares, se originan tumores de notable tamaño en la mucosa bucal y en la amígdalas. Estos infiltrados son de color azulado vítreo de consistencia y se ulceran.

En la región de la piel de la cara, los infiltrados leucémicos pueden provocar abultamientos nodulares o tumefacciones deformes. La elevada predisposición a las hemorragias manifiesta asimismo, por hemorragias cutáneas o mucosas, puntiformes o en sábana.

La evolución de la linfadenosis es más lenta, arrastrándose durante años en los sujetos de edad avanzada.

Mediante la radioterapia se consigue una reducción de los paquetes linfoglandulares, pero si influye sobre su curso mortal.

2º La linfadenosis aguda afecta casi exclusivamente a los niños conduciéndolos a la muerte rápidamente.

C A P I T U L O VI .

TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS

La terapéutica del cáncer puede tener dos finalidades; la esperanza óptima es curar la enfermedad, pero si no hay posibilidades de lograrlo, el propósito es paliativo para alargar la vida, disminuir la incapacidad y dar comodidades al paciente.

Las modalidades terapéuticas utilizadas en ambos casos son iguales, en lo fundamental, e incluyen principalmente, cirugía, radiación y quimioterapia.

El plan de tratamiento en los tumores malignos depende del resultado de la biopsia, de la localización del neoplasma, de su radiosensibilidad, del grado de metástasis, de la edad y condiciones físicas del paciente.

El tratamiento de las lesiones malignas de la boca puede ser por Rayos X, cirugía, radioterapia o una combinación de todos ellos. Las pequeñas lesiones de los labios y de la lengua, piso de la boca y mucosa bucal se destruyen casi siempre con la combinación de los Rayos X y cirugía.

El carcinoma de la encía, las lesiones tonsilares del tercio posterior de la lengua responden muy bien a la radioterapia. Por otra parte, las metástasis tumorales de los ganglios linfáticos se eliminan mejor por medio de la disección regional de éstos. Cuando la extensión del tumor haya invadido estructuras vitales, resulta efectiva la quimioterapia.

La radioterapia se puede efectuar también con buenos resultados para el tratamiento de los residuos tumorales y de las recidivas después de la intervención.

TERAPEUTICA POR IRRADIACION

Los tumores radiosensibles se tratan ventajosamente con Rayos X o emanaciones de radio solos o combinados con la cirugía.

El tratamiento del carcinoma es de la responsabilidad de un grupo integrado por un patólogo, radiólogo, internista, oncólogo y cirujano bucal.

La radioterapia para el tratamiento de los neoplasmas malignos, se basa en el hecho de que las células del tumor en las fases del crecimiento activo son más susceptibles a la radiación que el tejido adulto.

Mientras más indiferenciadas son estas células histológicamente, más radiosensibilidad tiene el tumor.

Cuanto más se parecen las células a la forma adulta, tanto menos reaccionan a la radiación sobre el crecimiento energético de la neoplasia, consiste en la muerte inmediata o tardía de las células del tumor y en la supresión de su reproducción.

Los agentes empleados para la irradiación son los Rayos Roentgen de onda corta, los Rayos Gamma del radio.

Suelen emplearse tres métodos para aplicar la irradiación. Las emanaciones se distribuyen al área del tumor a distancia, los agentes radiactivos se implantan dentro del tumor y por último una combinación de los métodos se usan con o sin intervención quirúrgica.

Los Rayos X sirven como medio de esterilización del tumor desde un intervalo fuera de la cavidad bucal. Se usan filtros de aluminio y cobre para proteger los tejidos. Ya se han diseñado conos intraorales para aumentar la dosis al tumor y reducir la exposición de los tejidos sanos.

No se ha dilucidado el mecanismo del efecto de la energía radiante. La hipótesis de "Blanco de Acción Directa" presupone que los Rayos X o los Rayos Gamma chocan con electrones y, a consecuencia de traslado de energía, los desalojan de sus órbitas en el átomo. De esta manera los átomos se transforman en iones. La ionización no sólo afecta la estructura morfológica de la células, sino también los líquidos extracelulares e intracelulares, además de las substancias que tienen en disolución.

Está comprobado que el agua intracelular y extracelular aumentan los radicales hidróxilo y perhidróxilo libres después de exponerse a energía radiante. El agua activada pudiera reaccionar en la célula. Esta es la teoría "Indirecta". Se conocen cabalmente muchos efectos biológicos de estos fenómenos. Está confirmado que la radiación modifica la estructura cromosómica y genética del núcleo.

En muchos casos produce formas extrañas de mitosis, mitosis multipolares y todas las variantes de mitosis asimétricas. Lo más probable es que todas las células de esta índole sean incapaces de seguir viviendo y de reproducirse.

También son utilizados el cobalto radiactivo para la irradiación. Los agentes radiactivos como radio, gas de radón o el iridio activo pueden implantarse directamente en el neoplasma. Estos elementos se encierran en oro o platino para aminorar las necrosis inmediatas de los tejidos y lograr la distribución homogénea de las emanaciones.

Las áreas irradiadas presentan eritema y la función normal de los tejidos se altera. La tolerancia de la piel a este procedimiento se determina para evitar una lesión grave.

La necrosis del hueso también aparece después del tratamiento intenso.

La osteonecrosis puede complicar la terapéutica por irradiación a causa de la interferencia con la nutrición del hueso normal por medio de los agentes radiactivos en presencia de infección.

La necrosis progresiva puede abarcar toda la mandíbula, haciendo necesaria la extirpación del sequestro o la resección. Los dientes en el área irradiada se extraen antes de iniciar el tratamiento para evitar este proceso retrógrado.

En cuanto a la radiosensibilidad los tumores se han clasificado en tres grupos:

- 1) Tumores muy radiosensibles, que comprenden carcinoma embrionario del testículo y tumores derivados de los tejidos hemopoyéticos y linfoides; ejemplo: linfomas, mieloma múltiple y leucemias.

2) Tumores moderadamente radiosensibles, que - incluye carcinoma de células basales y carcinomas indiferenciados de todos los tejidos.

3) Tumores radiorresistentes, entre los cuales se cuentan fibrosarcoma, sarcoma osteógeno, melanocarcinoma y la mayor parte de los carcinomas glandulares bien diferenciados.

La radioterapia es el tratamiento de elección - si la neoplasia es radiosensible, si es poco diferenciado y por su situación permite administrar dosis relativamente altas de radiación sin lesionar gravemente los tejidos - normales adyacentes o interpuestos.

Q U I M O T E R A P I A *****

Podría pensarse que la quimioterapia fuese el - método terapéutico óptimo para el cáncer, por cuanto cabe esperar que las sustancias químicas busquen las células tumorales dondequiera que se presenten de manera más segura de lo que puede hacerlo la cirugía o la radiación.

Los anticancerosos más eficaces hoy conocidos han sido clasificados por Karnofsky en cinco grupos: agentes de alquilación, antimetabólicos, hormonas, antibióticos y compuestos diversos.

Los agentes de alquilación son radiomiméticos y - parecen actuar en el DNA de la célula. La más conocida es la mostaza nitrogenada, pero también se incluyen tristileno-fosforamida (thio-tapa) y tristileno-memamina (tem).

En términos generales, estos fármacos se utilizan para el cáncer diseminado. Son transportados por la sangre a toda la economía y actúan de manera principal en las células en división con metabolismo rápido.

Debe ser patente que estos agentes tienen efectos secundarios importantes, fundamentalmente de carácter gastrointestinal y hematológico, que resulta de la destrucción generalizada de las células normales que se dividen rápidamente, además de las células tumorales.

Los antimetabolitos tienen eficacia por dificultar la síntesis de DNA o de substituir a alguna de las purinas que normalmente se presentan en los tejidos. La substitución origina formación de nucleoproteína defectuosa, la cual causa muerte de la célula. Los antimetabolitos más usados son 5-fluorouracilo y ametopterina.

Durante muchos años las hormonas se han utilizado sistemáticamente para tratar el cáncer mamario y prostático. Se emplean cuando han fracasado los ensayos de extirpación quirúrgica y ocurren recidiva o diseminación.

Las hormonas se emplean con el propósito de producir remisión, cuando éstas han dejado de ser eficaces, como último recurso se recurre a la castración, adrenalectomía o hipofisectomía.

Los antibióticos no son útiles, en términos generales para tratar las neoplasias.

Entre los fármacos diversos puede mencionarse el uretano, que quizá sea el medicamento mejor para eliminar el mieloma múltiple.

Dado que los agentes quimioterapéuticos más prometedores afectan a todas las células que se dividen y por consiguiente, tienen una toxicidad notable que se manifiesta por reacciones secundarias hematológicas y gastrointestinales, se están investigando dos técnicas: la perfusión regional y la inyección intraarterial.

La primera consiste en excluir de la circulación general durante 30 a 60 minutos la región donde está el tumor, y efectuar perfusión de esta zona aislada con

concentraciones altas del cancericida; por ejemplo: se -
ocluyen la vena cava inferior y aorta abdominal valiéndose
de sondas de pelota; en estas circunstancias, pelvis y -
extremidades inferiores se someten a perfusión con fárma-
cos que destruyen los neoplasmas cancerosos.

El tratamiento mencionado entraña problemas, que
incluyen trombosis, hemorragia posoperatoria, a causa de la
heparinización del líquido de perfusión y fenómeno extraño,
efecto tóxico y muerte por destrucción masiva del tumor -
(Sthelin y Col).

La inyección intraarterial es un enfoque algo —
diferente. Se funda en la hipótesis de que los medicamentos
cancericidas se administran directamente a la neoplasia en
dosis relativamente altas, sin que tengan efecto tóxico para
el resto de la economía, por medio de las arterias se intro-
duce el fármaco para que rieguen el neoplasma.

Por lo regular se utilizan concentraciones menores
por inyección continua durante 24 horas a veces con intervalos
de días a semanas (Sullivan).

Este método al igual que la perfusión regional, se
ha aplicado durante poco tiempo, lo cual no permite estimar
su eficacia definitiva..

TRATAMIENTO QUIRURGICO

La extirpación de la neoplasia por bisturí es, por
una parte, el sistema más antiguo y seguro de eliminar por -
completo la lesión localizada y por la otra un método bastan-
te tosco para intentar incluir las prolongaciones invasoras
de la lesión infiltrante.

En los tumores malignos no sistemáticos la cirugía
extirpadora se basa en el hecho de que los cánceres en su -
estado temprano, se comporta como una enfermedad local o -
regional y entonces cuando la extirpación es susceptible de
producir la curación, ésta recibe el nombre de cirugía radi-
cal, se debe hacer en forma amplia.

Para plantear adecuadamente el tratamiento quirúrgico en un paciente deberá valorarse: -

- 1) El tipo de neoplasia maligna
- 2) Su extensión topográfica esto es, si se trata sólo del tumor primario o ya existen metástasis.
- 3) El estado general del enfermo
- 4) La magnitud del riesgo quirúrgico

Cuando tras una intervención que se planeó como radical aparecen recurrencias tumorales en el área de la región operada, es un índice de que la extirpación fue incompleta. No nos debemos olvidar tampoco, de que en el momento de la intervención existe la posibilidad de implantar células tumorales que dan origen a las mencionadas formaciones neoplásicas.

En los neoplasmas de naturaleza epitelial, en los cuales la propagación linfoglanglionar es frecuente, se deberá extirpar por lo menos el área linfático-portadora del primer relevo correspondiente.

Si hay metástasis y las condiciones anatómicas del tumor primario lo permiten la extracción se hará en un solo bloque que contenga la neoplasia con un amplio margen.

Se debe tomar en cuenta el hecho de que puede haber metástasis no palpables y que, por otra parte, el que se toquen ganglios duros no indica necesariamente en ellos la presencia de metástasis cancerosas.

Cuando se operan cánceres ulcerados hay que evitar las contaminaciones por celdillas tumorales tanto de las manos del cirujano como del instrumental, para lo cual se aconseja cubrir la zona con un apósito que se fije mediante suturas.

Las ablaciones parciales revisten un carácter fundamentalmente paliativo. Están indicadas principalmente en las reacciones de neoplasmas ulcerados, sangrantes o infectados y dolorosos.

Cuando el paso del aire o la ingestión de -
alimentos están comprometidos por el tumor, se realiza
una traqueostomía, gastrostomía o enterostomía según el
caso. Debe valorarse el estado de la obstrucción ya que
podría en ocasiones resolverse por medios conservadores
no cruentos, como el paso de una sonda nasal para una -
alimentación más allá del obstáculo faríngeo, posibili-
dad de que reposo y oxigenación adecuados hagan inces-
aria la traqueostomía.

En lo que hace a la cirugía del dolor que le
corresponde al neurocirujano, antes de efectuarla, se -
considera el tiempo probable de supervivencia del enfer-
mo, su estado general, emocional y de ambiente familiar,
así como la posibilidad de que el dolor sea controlado
con procedimientos que no sean operatorios (bloqueos -
nerviosos, inyecciones, etc.).

CONCLUSIONES

Las lesiones cancerosas podemos definir las como un tejido anormal, en crecimiento continuo activo compuesto por células enfermas que han sufrido una diferenciación irreversible.

Pueden presentarse en la mucosa labial, paladar lengua, encías, huesos maxilares, carrillos o glándulas salivales. La cavidad oral, es la región que el Odontólogo ve con más frecuencia, de ahí que tenga una gran responsabilidad en el diagnóstico de las mismas agotando todos los recursos que tenga a su alcance con el fin de obtener un diagnóstico preciso que llegue a confirmar la patología de la lesión, por lo que deberá sospechar de toda herida que no cicatrice, un abultamiento del tejido, hemorragia, dolores intensos etc.

En cualquier tipo de tumores y aún cuando este se manifieste benigno deberá hacerse un examen histopatológico con el objeto de hacer un diagnóstico verdadero que nos de a conocer la naturaleza del tumor su benignidad o su malignidad, esto ayudará al Cirujano Dentista para aleccionar a su paciente con el propósito de que sea tratado por un especialista.

El tratamiento de los tumores benignos es generalmente quirúrgico, pero en ocasiones por el lugar en el que se encuentran implantados es imposible erradicarlos quirúrgicamente por lo que se continúa otro tipo de tratamiento ya sea resecándolos o cauterizándolos.

El tratamiento de los tumores malignos es más complicado, en sus inicios puede ser extirpado quirúrgicamente, no así en su estado avanzado, cuando ya existen fracturas espontáneas o metástasis diseminadas por la vía inmediata, ya en este estado con el fin de salvar la vida del Paciente se practican radiaciones, en la actualidad se está empleando energía nuclear con lo que se ha logrado grandes avances en la medicina Oncológica.

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

KARL SCHUCHARDT

ODONTO-ESTOMATOLOGIA. CIRUGIA DE LA BOCA Y MAXILARES

EDITORIAL ALHAMBRA S.A.

AÑO 1963

PAG-897-970

GURALNICK WALTER C.

TRATADO DE CIRUGIA ORAL

EDITORIAL SALVAT, EDITORES S.A.

AÑO 1971

PAG-480-519

STANLEY L. ROBINS

TRATADO DE PATOLOGIA

EDITORIAL INTERAMERICANA

TERCERA EDICION

AÑO 1967

PAG-96-103

S.V. MEAD

NEFERMEDADES DE LA BOCA

EDITORIAL PUBUL

TERCERA EDICION-VOLUMEN II

AÑO 1960

PAG-183-221, 252-263

KRUGER GUSTAVO

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

EDITORIAL INTERAMERICANA S.A.

Ia. EDICION

AÑO 1960

PAG-485-499, 500-525

MAYES LOUIS

DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA

EDITORIAL UTEHA

AÑO 1954

PAG-

CONRADO ZUCKERMANN

PATOLOGIA QUIRURGICA

IMPRENTA MUNDIAL

MEXICO, 1935

PAG-155-160

EDWARD U. ZEGARELLI

AGUSTIN H. KUTSCHER

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL

Ia. EDICION \

AÑO 1972

PAG-173-174, 258-271, 295-318

LA ESCUELA ODONTOLOGICA ALEMANA

ENFERMEDADES QUIRURGICAS DE LA BOCA, DIENTES Y MAXILARES

EDITORIAL LABOR

4a. EDICION ALEMANA

AÑO 1963

PAG-275-288, 508-511, 615-638

HARDY-GRIFFIN-RODRIGUEZ

MANUAL PARA BIOPSIAS

LIBRERIA Y EDITORIAL BERNADES

S.R.L., 1961, BUENOS AIRES

PAG-1-15

TRATADO GENERAL DE ODONTO-ESTOMATOLOGIA

ANATOMIA, FISILOGIA Y PATOLOGIA

MADRID, ALHAMBRA

AÑO 1968

PAG-965-972, 1003-1006, 1036-1046

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

WILLIAM G SHAFER

MAYNAR K HINE

BARNET M LEVY

EDITORIAL INTERAMERICANA

AÑO 1977

PAG-88-128

PATOLOGIA BUCAL

QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO

EDITORIAL PORRUA

AÑO 1939