



20, 514

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

TESIS DONADA POR
D. C. B. - URAM

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER BUCAL;
GRAN RESPONSABILIDAD DE ODONTOLOGO
ACTUAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

RAFAEL LEYVA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TEMARIO

GENERALIDADES.

I.- INTRODUCCION.

1.- DEFINICIONES.

2.- IMPORTANCIA DEL TEJIDO LINFOIDE.

3.- LA RESPUESTA INMUNE Y EL CANCER.

II.- CANCER ORAL

1.- LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES.

2.- ETIOLOGIA

a).- Factores Dentales.

b).- Otros Factores Etiológicos.

c).- Agentes Cancerígenos.

III.- DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER BUCAL.

1.- MANIFESTACIONES CLINICAS.

2.- LINFADENOPATIA METASTASICA.

3.- HISTORIA CLINICA Y SU IMPORTANCIA.

4.- BIOPSIAS ORALES.

5.- METODOS PARA OBTENER UNA BIOPSIA.

6.- COMPLICACIONES.

7.- CITOLOGIA ORAL EXFOLIATIVA.

V.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

1.- SIFILIS.

2.- LEUCOPLASIA.

3.- ANGINA DE VINCENT.

4.- TRATAMIENTO GENERAL DEL CANCER BUCAL.

VI.- PRONOSTICO DEL CANCER BUCAL.

VII.- CONCLUSIONES.

GENERALIDADES.

Internacionalmente, el cáncer es una de -- las mayores causas de mortalidad.

Las estadísticas fallan en cuantificar -- realmente la pena humana, la pérdida económica nacional y las dislocaciones sociales que le acompañan.

Aunque el cáncer no es invariablemente mortal, muchos pacientes mueren innecesariamente a -- causa de él, ya sea por falta de prevención, detección o un tratamiento inadecuado.

Es necesario para preservar la salud, una -- información dinámica y accesible a toda la población, para prevenir y reducir la incidencia del -- cancer. Esto solo llegara a ser realidad cuando -- los hechos acerca de esta afección sean propiedad -- pública y algunos pecados del hombre actual tales -- como la contaminación ecológica, ambiental y ali -- menticia, así como la mal nutrición y pereza men -- tal sean controlados.

INTRODUCCION.

La palabra diagnóstico supone identificación de una enfermedad existente.

Constituye una cadena lógica de deducción y diferenciación, cuya base y tela de fondo es el interrogatorio del paciente, la exploración física y los estudios de laboratorio indicados.

La función diagnóstica es una responsabilidad importantísima en el ejercicio de la odontología.

Por lo tanto es necesario que el cirujano-dentista actual abandone esa actitud de artesano y tome realmente el papel que la sociedad actual reclama de él.

El cirujano dentista, cuyo interés se concentra anatómicamente en la cavidad y los órganos que contiene y/o lo rodean debe ser capaz de diagnósticos seguros en esta región (la boca), incluso frente a casos de patología médica.

Es común que no se aprecie en su justo valor la importancia de los tejidos bucales como indicadores fidedignos de salud general.

Por esta razón es evidente que el cirujano dentista debe conocer los procesos patológicos que

se producen en cualquier parte (lugar) de la economía.

El dentista no debe olvidar que hay muchos más enfermos en las calles que en los hospitales, - que algunos de estos enfermos pueden acudir a él en busca de servicios profesionales; es decir el - dentista suele atender en intervalos regulares pacientes ambulatorios que no presentan enfermedad - grave.

Esta forma de atención le da una gran oportunidad para identificar signos tempranos de enfermedades comunes degenerativas, deficiencias nutricionales, y enfermedades del metabolismo.

Así mismo puede asumir un papel decisivo - en el diagnóstico precoz del cáncer.

DEFINICIONES.

Antes de continuar con la discusión general encaminada a aumentar la tendencia a sospechar del cáncer, es preciso definir claramente los principales términos que emplearemos adelante.

Me limitaré a descripciones o explicaciones sencillas que podrán ser cortas, quizá incompletas pero serán fáciles de comprender y recordar.

TUMOR.

Se llama tumor a un crecimiento anormal -- nuevo de los tejidos, independiente del resto del cuerpo, y sin ningún propósito útil.

Tumor es un término general que abarca a todas las neoplasias benignas y malignas.

Un tumor, pues, puede ser benigno o maligno.

NEOPLASIA.

Es sinónimo de tumor. Por lo tanto, las neoplasias pueden ser benignas o malignas. Pero una neoplasia maligna puede ser un carcinoma o un sarcoma.

TUMOR BENIGNO.

Los tumores benignos no son malignos. Estos tumores solo crecen por contigüedad. Suelen estar encapsulados, por lo que no invaden los tejidos vecinos. Su desarrollo es lento, y no se extienden a partir de su foco de origen, salvo por un crecimiento propio. No producen metástasis. Solo matan si ocupan zonas vitales, como ciertas regiones del cerebro. Estos tumores pueden ser tratados mediante intervenciones relativamente conservadoras. La irradiación carece de utilidad en estos casos.

TUMOR MALIGNO.

Los tumores malignos son de dos tipos principales: 1) carcinomas; 2) sarcomas.

Los tumores malignos son peligrosos; crecen rápidamente y son muy traicioneros, a diferencia de los tumores benignos, leves y de crecimiento lento.

Los tumores benignos rara vez producen la muerte.

Los tumores malignos, no identificados o mal tratados siempre resultan mortales, donde quiera que se encuentren. Un tumor maligno del dedo, del labio, o del pabellón de la oreja mata con la misma seguridad que un cáncer de la lengua, del --

pulmón o del estómago.

Los tumores malignos tienen una cápsula en débil, o no tienen ninguna. El tejido maligno, de rápido desarrollo, invade los tejidos vecinos mandando cordones o prolongaciones de células anormales en muchas direcciones.

Estas células malignas penetran a los vasos linfáticos o sanguíneos, y pueden esparcirse desde el foco de origen, dando lugar a focos secundarios de lesión maligna.

Esta tendencia a las metastasis hace de cualquier tumor un caso urgente. Si el tumor todavía está localizado en el momento de la intervención, la cirugía radical quizá logre curarlo.

Si hay metástasis regionales, las posibilidades de curación son mucho menores. En fin si existen metástasis lejanas, la curación es todavía imposible con los métodos a nuestro alcance.

CANCER.

La palabra cáncer es un término general -- que abarca a todos los tumores malignos.

Existen dos grupos generales de tumores malignos.

La clasificación se basa en que el tejido-

de origen sea epitelial o mesodérmico.

CARCINOMA.

Un carcinoma es un tumor maligno de origen epitelial: por ejemplo, hay carcinomas de piel, labio, lengua, estómago, tiroides, recto, útero; dedo, de cualquier órgano donde se encuentre tejido epitelial.

SARCOMA.

Se llama sarcoma a un tumor maligno de origen mesodérmico: por ejemplo, los tumores malignos originados en tejidos conectivos como hueso, cartílago, tejido fibroso, grasa, músculo, etc.

LESION PRIMARIA.

Por lesión primaria se entiende el tumor inicial. Por ejemplo, un tumor puede nacer en la lengua e invadir un ganglio linfático del cuello.

La lesión lingual es la lesión primaria; - la lesión ganglionar es un foco secundario de la - enfermedad, originado por la lesión primaria.

LESION O TUMOR SECUNDARIO.

Se llama lesión secundaria el foco derivado de un tumor maligno primario, estos focos secundarios se llaman también metástasis.

METASTASIS.

Las metástasis son focos secundarios de una enfermedad maligna. La capacidad de producir metástasis sólo se manifiestan en los tumores malignos, los tumores benignos no dan metástasis. Cuando las células malignas pasan a vasos linfáticos o sanguíneos, pueden alcanzar focos diversos, próximos, o alejados. A donde quiera que lleguen estas células, pueden morir o seguir proliferando, si proliferan, el pequeño grupo de células constituyen un tumor independiente. Este nuevo crecimiento secundario es un metástasis.

Las metástasis pueden ser aisladas o múltiples. En general las metástasis lejanas son múltiples. En caso de metástasis de un cáncer de la piel de la cara o del cuero cabelludo, o de la región labio-bucal, no es raro que el fenómeno afecte uno, dos o tres ganglios linfáticos más o menos próximos.

Incluso en esta etapa, un tratamiento pronto y decidido todavía da al paciente una probabilidad de sobrevivir; pero un retraso incluso de días

puede significarle una condena a muerte.

Existen varios tumores malignos que casi nunca dan metástasis (en la práctica puede decirse que nunca lo hacen); o sea no producen metástasis. Los principales ejemplos de estos tumores malignos que no dan metástasis son: 1) el carcinoma de células basales de la piel, y 2) el ameloblastoma. Es característico de ellos la falta de metástasis.

En cambio hay ejemplos de tumores malignos comunes de cabeza y cuello con una gran frecuencia de metástasis como el melanoma maligno de la piel, carcinoma de células escamosas de la piel del conducto auditivo, lengua, piso de la boca, paladar blando, amígdalas, faringe y laringe extrínseca, y carcinoma de las glándulas salivales, así como - - ciertas lesiones del tiroides.

Todas las lesiones bucales producen metástasis y hay que desconfiar de ellas.

IMPORTANCIA DEL TEJIDO LINFOIDE.

El tejido linfoide es la primera gran barrera de defensa del organismo. Está constituido por linfocitos que son originados en el timo y en el bazo, con funciones inmunológicas que se llevan al cabo mediante dos mecanismos que son: 1).- Del tipo mediado por células. 2).- Del tipo de anticuerpos humorales.

La respuesta mediada por células puede ser muy importante en relación con la destrucción de las células corporales que sufren transformación maligna para convertirse en células cancerosas.

Como la transformación maligna se debe a algún cambio genético en la célula, puede dar por resultado que las células afectadas tengan antígenos suficientemente distintos a los de las células normales para inducir la formación de células específicas que destruyan las células cancerosas antes que se hayan vuelto demasiado numerosas para poder ser destruidas por este mecanismo.

LA RESPUESTA INMUNE Y EL CANCER.

La notable sensibilidad del aparato inmune competente para reconocer diferencias antigénicas y la potencialidad citotóxica de los anticuerpos humorales y de las células sensibilizadas, confieren a la reactividad inmunológica los perfiles de un mecanismo controlador de poblaciones celulares, donde los límites de la diferenciación celular permitida estarían delineados por la aparición de la antigénicidad.

Según este punto de vista, una infección representa una falla de la respuesta inmune en su función de guardian de la identidad química ante estímulos del exterior, mientras que la aparición de una neoplasia ha sido interpretada como un fra-

caso de la respuesta inmune en su papel de controlador de la identidad celular ante estímulos desorganizadores provenientes del mismo organismo.

Habiéndose demostrado que las células neoplásicas modifican su fórmula antigénica perdiendo y ganando antígenos, cabría esperar el desarrollo de una respuesta inmune por el huésped en contra de los antígenos tumorales y la destrucción final de la clona anormal. De hecho algunos investigadores piensan que éste es el acontecimiento habitual pero, habiéndose rechazado el tumor, no quedan remanentes de la lucha.

La única circunstancia en que es posible percatarse de una respuesta inmune en contra de un tumor es cuando aún está en entre dicho el resultado de los intentos homeostáticos del aparato inmunocompetente sobre la población celular de comportamiento anormal o cuando los mecanismos agresivos de la neoplasia se han impuesto sobre los del huésped y le han conducido a la muerte.

En estos casos se puede pensar que:

- a) no hubo respuesta inmune;
- b) la respuesta inmune fue insuficiente para contrarrestar el crecimiento anormal, y
- c) la respuesta inmune fue indiferente a la neoplasia o ayudó a su permanencia.

Actualmente se intenta reforzar la respuesta inmune del huésped potenciando el estímulo de los antígenos tumorales por medio del uso de coadyuvantes y/o transfiriendo los productos inmunes - (anticuerpos humorales, y células sensibilizadas) - elaboradas por un donador que haya rechazado un -- trasplante tumoral.

En algunos casos se han logrado notables - mejorías clínicas, pero los resultados están lejos de ser constantes.

La respuesta inmune al cáncer se investiga activamente por múltiples grupos de científicos -- con distintos enfoques metodológicos, y no parece demasiado optimista esperar que en el futuro cerca no aumente la información hasta alcanzar un nivel necesario para usarla en la clínica.

TEMA II

CANCER ORAL.

El cáncer oral es el nombre aplicado a las neoplasias por tumores malignos, originadas en el revestimiento mucoso de la cavidad oral.

Para ubicar dicha cavidad, establezcamos los límites de la cavidad oral:

El límite anterior corresponde a la mucosa labial y al borde cutáneo-mucoso.

El límite posterior de dicha cavidad es el borde libre del paladar blando, los pilares anteriores de las amígdalas, y la unión de los dos tercios anteriores de la lengua con la raíz, o tercio posterior.

El cáncer de la boca se puede dividir en función del foco ocupado por la lesión inicial, -- así tenemos:

1) labios; 2) lengua; 3) amígdalas; 4) encías; -- 5) paladar duro; 6) paladar blando; 7) piso de la boca; y superficie bucal.

Aunque las neoplasias malignas pueden localizarse en casi cualquier tejido de la boca.

.- Clasificación (en función de su frecuencia).

Las localizaciones más frecuentes son el -
ermilion de los labios, el borde lateral de la --
engua y el suelo de la boca; que representan más-
el 70% de todos los cánceres de la boca.

El tipo celular más frecuente de neoplasia
maligna de la boca es el carcinoma de células esca
nosas o epidermoide que representa más del 90% de-
todas las lesiones malignas de la boca.

Otros tipos de cáncer bucal son el:

Carcinoma mucoepidermoide;

El cilindroma;

El adenocarcinoma;

El sarcoma y el melanoma maligno.

Aunque posteriormente detallaré más amplia-
mente las características clínicas del cáncer bu-
cal en función de la frecuencia en que se presenta
en cada zona diré que:

El cáncer de los labios es una de las neo-
plasias malignas más frecuentes en la boca, la ma-
yor parte de ellos se desarrollan en el labio infe-
rior; del 90 al 98% se presentan en los hombres.

Por lo general, la lesión se desarrolla en

al borde del vermillion del labio inmediatamente --
por fuera de la línea de cierre y a medio camino --
entre la línea media y la comisura del labio.

Mientras que en las lesiones malignas localizadas en las regiones más intrabucales es frecuente una ulceración manifiesta, el ambiente relativamente seco del vermillion predispone a la formación de lesiones encostradas; las costras pueden ser hemorrágicas, serosas, o purulentas.

El carcinoma del labio crece por invasión directa, infiltrando las estructuras circundantes de la piel, mejillas, mentón, e incluso de la mandíbula.

Excepto en los casos raros, la metastización en los ganglios regionales linfáticos es lenta, pero cuando lo hace suele metastizar los ganglios submaxilares y submentonianos.

El cáncer de la lengua causa más muertes -- que las lesiones malignas de otras regiones de la cabeza y del cuello, ello se debe a que la lengua es la localización más frecuente del cáncer oral -- ya que se trata de un órgano extraordinariamente -- móvil, muy irrigado por vasos linfáticos y sanguíneos que facilitan la metastización.

La localización más frecuente del carcinoma de la lengua es el borde lateral, siendo la su-

perficie ventral menos afectada lo mismo que la -- dorsal.

El cáncer del suelo de la boca es más frecuente en el segmento anterior, a ambos lados de la línea media cerca de los orificios de las glándulas salivales, a veces se presenta en las regiones más posteriores a nivel de los molares. No es rara la invasión directa de estos cánceres hacia la base de la lengua, las encías contiguas y la -- cortical lingual de la mandíbula debido a la estrecha relación de las lesiones con estas estructuras.

Cáncer de la encía es más frecuente en la mandíbula que en la maxila, y en la localización -- más posterior más que la anterior, siendo ésta última muy rara.

La encía ya normalmente delgada y su firme adherencia al hueso influyen sobre el aspecto y -- conducta de las lesiones cancerosas que se desarrollan en este sitio.

Varias de las características clínicas del cáncer bucal como son la adherencia y la induración, están enmascaradas o no pueden detectarse debido a que la propia encía ya está muy adherida.

Además, ya que la encía es muy delgada y -- se encuentra en estrecho contacto con el hueso, incluso las lesiones cancerosas precoces pueden haber afectado ya al hueso por invasión directa.

CANCER DE LA MUCOSA BUCAL.

Suele presentarse en el plano de oclusión, a medio camino en dirección anteroposterior, aunque es frecuente encontrar algunas variantes, debido a estar expuesto a las irritaciones y a los - - traumatismos.

El cáncer de la mucosa bucal suele ulcerarse pronto, y es por ello que se presenta muchas veces con un aspecto de úlcera persistente en forma de cráter.

EL CANCER DEL PALADAR.

Es mucho menos frecuente que los cánceres de las zonas antes citadas; sin embargo, el tumor mixto, el cilindroma, y el carcinoma mucoepidermoide son mucho más frecuentes en estas localizaciones. Como en los cánceres de la encía, los de los tejidos blandos que recubren el paladar casi invaden los huesos adyacentes y de esta forma afectan la cavidad nasal y los senos maxilares.

CANCER DEL SENO MAXILAR.

Aunque el cáncer primitivo del seno maxilar no se le considere miembro del grupo de cánceres bucales, su proximidad a la cavidad bucal y su frecuente propagación a los tejidos y estructuras dentales le da cierta similitud en sus signos y --

síntomas. La mayor parte de cánceres de los senos maxilares son de origen de células escamosas, y -- suelen desarrollarse en la mitad inferior del antro, relativamente cerca de las raíces de los dientes premolares y molares.

Desgraciadamente, el carcinoma precoz de los senos maxilares suele ser asintomático o da lugar a síntomas vagos de mediana intensidad. Sin embargo, si la lesión sigue su curso, el enfermo puede experimentar dolor dental cuyo origen es difícil de precisar.

Otros síntomas que pueden presentarse es la sensación de relleno encima de los ápices de los dientes posteriores, o un aflojamiento de uno o más dientes en este segmento de la arcada dentaria. A veces, el cáncer del seno maxilar puede provocar una sensación de quemazón o de parestesia a lo largo de las ramas del nervio maxilar.

Si la lesión cancerosa continua evolucionando, pueden aparecer otros síntomas y signos clínicos:

- a) un aumento constante del surco alveolar, de los tejidos del pliegue mucobucal o del paladar;
- b) movilidad acentuada de los dientes.
- c) tumefacción de la cara, sobre todo por debajo del y al lado del ojo.

En los casos más avanzados puede penetrar y afectar por invasión directa los tejidos blandos periféricos de la boca. En algunos casos, hace -- prominencia en la boca una masa neoplásica, fácilmente reconocible, fungosa, siendo sus características clínicas idénticas a las del cáncer oral que describiré más adelante.

En otras, la cavidad de un diente extraído recientemente (probablemente por dolor que se pensó era de origen dental) se llena rápidamente con una masa hística dura, neoplásica que pronto hace prominencia en la boca en forma de una tumoración de hongo.

Los hallazgos radiográficos pueden proporcionar otros datos que hagan sospechar de un cáncer del seno maxilar. El hueso alveolar puede ser radiotransparente de una forma difusa debido a una pérdida de los modelos trabeculares óseos, la lámina dura puede estar total o parcialmente destruida, y pueden encontrarse restos de resorción ósea. Curiosamente, a pesar de la intensa invasión neoplásica, los dientes pueden mantener sus posiciones normales o, si están desplazados, el desplazamiento es mínimo o moderado.

La destrucción del suelo del seno maxilares de gran importancia radiográficamente; el límite generalmente radiopaco puede estar destruido y se observa entonces una radiotransparencia difusa de color gris claro que ocupa total o parcialmente el espacio del seno.

ETIOLOGIA DEL CANCER ORAL.

Desconocemos el mecanismo por el cual las células previamente disciplinadas adoptan bruscamente características malignas. Aunque admitamos desconocer todavía la causa profunda y fundamental, podemos mencionar ciertas causas próximas desencadenantes o predisponentes.

IRRITACION CRONICA.

Es bien sabido que la irritación crónica puede terminar en un carcinoma; de hecho, varios tipos de irritación crónica contribuyen a producir lesiones cancerosas o precancerosas en la piel de la cara, en los labios y en la mucosa bucal.

RAYOS SOLARES.

Un ejemplo importante de irritación crónica es la luz solar. Una exposición excesiva al sol explica la frecuencia relativamente alta de cáncer de piel y de labios en granjeros, leñadores, marineros y otros trabajadores al aire libre.

El cáncer es más frecuente en regiones meridionales, donde la irradiación solar es mayor.

Algunos autores opinan que el color de la piel interviene también, siendo más sensibles los

individuos de tez clara y rubicundos. Otros investigadores piensan que un labio inferior prominente o grueso podría intervenir en la etiología del cáncer del labio inferior, por tener menor protección contra los rayos solares.

TABACO.

El tabaco es otra variedad de irritación crónica que parece capaz de desencadenar fenómenos cancerígenos. Hay pruebas convincentes de que un contacto prolongado del tabaco con la mucosa bucal puede dar lugar a leucoplasias, hiperplasias, y -- cáncer en individuos sensibles.

HUMO DE TABACO.

También es casi seguro que el humo del tabaco estimula directamente el desarrollo de lesiones malignas.

A pesar de todos los esfuerzos al respecto, el consumo de cigarrillos sigue aumentando. Se conocen casos que dependen en forma neta del cigarro y en especial de humo del cigarro puro. Es casi seguro que en ciertos individuos el fumar tiene -- por consecuencia leucoplasia, que debe considerarse como una lesión precancerosa de gran peligro.

Debe prohibirse el uso del tabaco cuando -

e sospeche irritación crónica de las mucosas, leuoplasias o tumores malignos.

El cáncer de la pipa de arcilla no se debe al tabaco, sino a irritación crónica (el calor del tubo de la pipa). En la actualidad, quizá estos cánceres no hayan desaparecido por completo, pero son raros, pues la pipa de arcilla pertenece al pasado.

Es bien conocido el cáncer del masticador de tabaco, que aparece en el surco bucogingival, donde se conserva la mascada. En ciertos países de Oriente, es común la costumbre de masticar nuez de betel. Es clásica la mayor frecuencia de cáncer bucal entre quienes siguen esta costumbre. La propia nuez suele considerarse como el agente responsable del cáncer. Sin embargo, algunas investigaciones recientes en la India parecen indicar que el individuo que mastica nuez de betel sólo presenta cáncer de la boca si mezcla esta sustancia con tabaco, y recibe una alimentación inadecuada.

Aunque falta confirmar estos estudios, la nuez de betel aisladamente quizá solo signifique mesaseo bucal.

Casi seguramente, al pasar del tiempo, nos veremos percatando de la utilidad de una alimentación variada, vecina de la natural.

Quizá lleguemos a darnos cuenta que la civilización está en camino de "cancerizar" al mundo.

SIFILIS.

Quizá el principal factor relacionado con la etiología del cáncer sea la sífilis, que es - - otro tipo de irritación crónica. De 20 a 30% de - todos los pacientes del sexo masculino con cáncer de la lengua tienen sífilis crónica.

A diferencia de la cifra mencionada, cabe observar que solo 3 por 100 o menos del total de - la población de raza blanca sufre esta enfermedad.

La sífilis es también un factor de ciertos casos de cáncer en el labio, piso de la boca y superficie bucal.

No parece existir ninguna relación entre - la sífilis y los carcinomas de encía, paladares duro y blando, amígdala y faringe.

LEUCOPLASIA.

Es preciso tener presente que la leucoplasia de la mucosa bucal se debe a causas distintas de la sífilis. La leucoplasia no luética también es precancerosa, pero los peligros de degeneración maligna, aunque reales, son menores que en el tipo

luético. Las hiperplasias verrugosas y los papilomas bucales deben considerarse precancerosos.

FACTORES DENTALES.

Se han mencionado otras variedades de irritación crónica como factores desencadenantes importantes en los individuos predispuestos al cáncer.

Es el caso por ejemplo, de la irritación crónica ocasionada por dientes rotos, agudos o cariados, prótesis mal ajustadas, coronas y obturaciones, sepsis bucal.

Se dijo también que no ocurría cáncer bucal en una boca limpia aunque esta afirmación no puede aceptarse en forma literal, destaca la importancia de una buena higiene bucal como medida profiláctica anticancerosa.

Algunos dentistas todavía piensan que el galvanismo puede ser un factor etiológico de los tumores malignos de la boca. Tarde o temprano, se darán cuenta que este fenómeno no contribuye a la aparición del cáncer.

OTROS FACTORES ETIOLÓGICOS.

Los estados de malnutrición, como los que acompañan o se asocian a cirrosis hepática, alcohó

lismo y el síndrome de Plummer-Vinson, se ha visto estadísticamente que desempeñan también un importante papel en el cáncer de la boca. Probablemente como factores predisponentes.

Los rayos solares (radiación actínica) pueden desempeñar su papel en el cáncer de la boca, - pero solo en relación al cáncer del labio y, sobre todo en las personas de piel clara cuya mínima pigmentación con melanina les proporciona una protección inadecuada contra los rayos solares.

La correlación entre los rayos solares y - el cáncer es más importante sobre todo en los carcinomas de células basales de la cara.

AGENTES CANCERIGENOS.

Desde hace algunos años se enfocó la atención de los investigadores de laboratorio en el papel de varios agentes externos (conocidos como cancerígenos químicos) y de los rayos X o del radio - en la etiología de los tumores.

Algunos de los agentes de mayor importancia de los cuales se sabe ahora que producen cáncer en el hombre son: El arsénico, alquitrán, brea, parafina sin refinar, petróleo crudo y sus derivados, benceno, colorantes de anilina, rayos X, radiaciones del radio, rayos ultravioletas y muchos-

otros. Estos agentes se relacionan principalmente con el cáncer de piel, aunque pueden causar también ciertos cánceres profundos.

TEMA III DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER BUCAL.

Los métodos utilizados por el médico u On-
cólogo para diagnosticar enfermedades desconocidas
se emplean también en la identificación de enferme-
dades precancerosas. Hay ocasiones en las que el
cáncer es tan grande que las características de la
enfermedad se reconocen fácilmente mediante la vis
ta y el tacto. Por ello, el cirujano dentista pue
de establecer el llamado diagnóstico clínico con -
grandes probabilidades de exactitud. Sin embargo,
hay otros casos, cuando la lesión es pequeña y los
caracteres del cáncer son mínimos, en los que no -
se pueden reconocer, por menos hasta el punto de -
realizar un diagnóstico clínico. En estos casos, -
la historia y sobre todo la biopsia ayudan a esta-
blecer el diagnóstico.

Pero, tanto si la lesión es pequeña, media
o grande, el diagnóstico final y definitivo de-
si es o no una neoplasia maligna depende de la ob-
tención de datos histológicos positivos. Por ello
es necesario, en todos los casos, el diagnóstico -
de laboratorio.

La neoplasia maligna de la boca no se ca-
racteriza desgraciadamente por su aspecto clínico-
único y específico; puede presentar cualquiera de
varias formas clínicas. Se comprende fácilmente -
cuando se consideran las causas de estas variacio-

nes: 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 de origen reciente (es decir varias semanas).

b) Su aspecto será acorde a la localización original del cáncer; en otras palabras, una lesión cancerosa que se desarrolla a partir de la mucosa bucal será diferente a una que se desarrolle en los tejidos gingivales o del paladar; la blandura y fácil compresión de los tejidos de la mucosa bucal comparados con los del paladar que son delgados y rígidos, influyen, por lo menos en algún grado, en el aspecto del proceso canceroso que afecte cada una de estas zonas.

c) El tipo celular influirá también en el aspecto clínico así, un carcinoma tendrá un aspecto algo distinto del de un sarcoma y será muy diferente de un melanoma.

d) El estado de diferenciación de las células malignas puede contribuir a las variaciones de su cuadro clínico.

e) Los efectos de los procesos patológicos superpuestos son muy importantes en la determinación del aspecto clínico; por ejemplo, ya que el 90 % de todos los cánceres de la boca crecen a partir del epitelio escamoso que recubre la cavidad oral, debido a la naturaleza del proceso patológi-

co la masa tumoral hará protusión, por lo menos en un grado mínimo, en la cavidad oral por lo que podrá ser afectado por las irritaciones y episodios-traumáticos que son tan frecuentes en la boca.

En este último caso puede haber inflamación, la zona del tumor puede infectarse secundariamente, dando lugar tal vez a ulceración e incluso puede haber necrosis del tejido, todo esto contribuye a variar el aspecto clínico del cáncer bucal.

Estas variaciones antes mencionadas constituyen un importante problema diagnóstico, pero el cirujano dentista debe saber que, a pesar de estas variantes, muchos cánceres bucales presentan ciertas cualidades o características específicas que, cuando se les encuentran, hacen despertar sospechas de cáncer de la boca.

Debe subrayarse pues estas cualidades cancerosas.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

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

Teniendo presente esto y sabiendo que 9 de cada 10 cánceres se localizan en el epitelio escamoso, es evidente que el tumor tridimensional resultante se extenderá en cada una de las tres dimensiones, sobre todo hacia afuera en el interior de la boca, lateralmente en tejidos adyacentes, e internamente hacia zonas subyacentes.

En algunos casos la lesión cancerosa se desarrolla más en una de las tres direcciones, lo que determina cuando la extensión es grande, su aspecto clínico.

Así, la lesión que tiende a crecer hacia afuera 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 se suele encontrar como una masa tumoral anormal de aspecto impresionante, rápidamente detectable, de consistencia dura a la palpación, con aumento de la densidad debido a lo muy agrupadas que están las numerosas células proliferativas.

La forma fungosa suele tener mejor pronóstico que la infiltrativa debido a que es menos invasiva y a que su tendencia a penetrar en regiones innacesibles no es muy grande; ya que por ello tiene menos tendencia a infiltrarse en el interior de los vasos sanguíneos y linfáticos, su probabilidad de buena respuesta al tratamiento es mayor.

El tipo infiltrativo o invasivo del cáncer de boca no suele descubrirse tan rápidamente ni su aspecto tan impresionante como en el tipo fungoso.

Esta variedad suele 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, y por ello está más oculto a la vista.

En este caso, el médico debe palpar totalmente los repliegues más profundos de la zona, si descubre la masa tumoral dura y firme. Debido a que se extiende hacia zonas más inaccesibles y a su mayor tendencia a metastizar, el tipo infiltrativo tiene generalmente un pronóstico peor que la forma fungosa.

Comparando a las formas fungosa e infiltrativa, el cáncer verrugoso de la boca suele ser una masa anormal más extensa y que crece en superficie, de tejido duro, debido a su mayor tendencia a crecer en sentido lateral.

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

En otros casos, la superficie del tumor verrugoso está formada por prominencias filiformes -

con revestimientos de color gris; sin embargo, también en este caso el tumor es de consistencia dura.

Parece, que el tipo verrugoso deba tener mejor pronóstico debido a su aparente localización y crecimiento superficial; sin embargo, por desgracia, no es así ya que esta variedad de cáncer de boca tiene tendencias a ser más frecuente en la encía y el paladar donde el tejido es más delgado y muy cercano a la mandíbula y a la maxila, permitiendo que el hueso subyacente se afecte, aunque se trate de un proceso canceroso con muy poco poder de invasión; esta afectación contribuye a que el pronóstico sea grave.

Otra característica clínica es su carácter ulcerativo.

Es comprensible que muchos cánceres bucales se ulceren. En un gran número de ellos se debe a las influencias traumáticas, presentes continuamente en la boca.

Otros debido a la naturaleza del proceso patológico se ulceran.

Un 97 % de los cánceres orales como mínimo son de origen epitelial; debido a que el epitelio no tiene aporte sanguíneo propio, la rápida proliferación celular puede apartar la fuente nutricional del tejido conjuntivo circundante, produciendo así atrofia y degeneración de la zona central de la ma

sa tumoral, con lo que, debido a la subsiguiente - infección secundaria, se produce la ulceración.

Los cánceres de boca no sólo se ulceran a menudo, sino que sus úlceras, que pueden ser únicas o múltiples, casi siempre son persistentes y - de duración prolongada, es decir son ulceraciones - crónicas.

La frecuencia y la cronocidad de las úlceras en las lesiones cancerosas nos proporciona un cuadro clínico que debe recordarse, sobre todo en una úlcera que persista por 4 o más semanas y que no da señales de curación, debe pensarse en una -- neoplasia maligna.

Por lo general, las ulceraciones más crónicas suelen adoptar el aspecto de un cráter con una depresión central y un reborde o anillo más elevado de un tejido que es de consistencia dura.

Siempre que se vea esta ulceración debe -- pensarse en un cáncer bucal y sobre todo cuando se halla en el centro de una masa tumoral de consis-- tencia dura.

Sin embargo, no es cierto que todas las - ulceraciones persistentes o de forma de cráter - - sean cánceres bucales, ya que muchas otras enfermedades crónicas, como la sífilis terciaria, la tuberculosis, e incluso la actinomicosis, pueden producir ulceraciones parecidas en la cavidad bucal.

A pesar de esto, la simple presencia de ulceraciones crónicas o crateriformes obliga como mínimo a la inclusión del cáncer de boca en la lista de sospechas diagnósticas, y se realizarán los máximos para descartar o comprobar esta sospecha.

Debe tenerse en cuenta también que algunas lesiones cancerosas no se ulceran.

Es cierto sobre todo en el caso de lesiones jóvenes o de tamaño pequeño, en las que aún no se han desarrollado las condiciones para la ulceración.

Otra de las características clínicas es la RIGIDEZ E INDURACION cuando se palpan correctamente se ve que la mayoría de estas lesiones cancerosas 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 infiltración y la invasión; las columnas y los cordones neoplásicos penetrantes 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 a la induración.

La presencia de rigidez, de induración, o de ambas, hará sospechar en un cáncer de la boca.

Tal vez se comprenda la importancia de estos caracteres clínicos notando su ausencia en los casos de tumores benignos, ya que entonces, la masa tumoral es casi siempre móvil y sus tejidos circundantes son de consistencia blanda y normal.

LINFADENOPATIA METASTASICA

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.

Esta característica es comprensible si tomamos en cuenta que toda enfermedad cancerosa tiende a metastatizar por vía linfática o sanguínea.

Debido a la penetración linfática, que es la vía más frecuente de metastatización en el cáncer oral, los ganglios linfáticos de drenaje se ven invadidos por tejido neoplásicos que continúa-proliferando en su localización metastásica, por lo que desplaza y sustituye al tejido linfático dando lugar a una hipertrofia y endurecimiento - - apreciables del ganglio afectado; como la metástasis se extiende más allá de los límites del gan-

lio, da lugar a una fijación del mismo que clínicamente es característica.

Por ello, cuando el cirujano dentista se enfrenta a una lesión oral sospechosas, debe palpar las diversas regiones ganglionares linfáticas, incluyendo las cadenas cervical, submandibular, sublingual, yugular y supra clavicular.

Los ganglios linfáticos que se afectan con más frecuencia son los de la cadena submandibular, aunque no se debe pensar que las metástasis en las otras cadenas sean raras.

Es importante subrayar que la ausencia de ganglios linfáticos palpables no es una razón para creer que no existe el cáncer oral, ya que algunas neoplasias malignas, como las que se presentan en los labios, no metastatizan hasta una etapa muy tardía de su evolución; más aún, otras lesiones cancerosas pueden haber metastatizado ya (lo que puede demostrarse histológicamente pero sin haberse desarrollado en sus localizaciones metastásicas hasta el punto de poderse descubrir fácilmente.

Una linfadenopatía del tipo descrito más arriba debe, por lo menos, aumentar la sospecha en relación a la posible naturaleza maligna de la lesión oral.

Pueden haber casos en los que, en el curso

de una exploración extraoral, el cirujano dentista puede encontrar ganglios palpables, duros y adherentes sin ningún signo clínico de lesión oral.

A menos que éstos tengan fácil explicación por la existencia de una enfermedad no neoplásica, debe pensarse en el diagnóstico diferencial de - - ciertas enfermedades como la de HODGKIN, la leucemia y neoplasias malignas en los tejidos o estructuras contiguos a la cavidad oral.

Muchas veces se encuentran ganglios palpables, sobre todo en la región submandibular, que son duros y no dolorosos pero que se deslizan libremente por debajo de la piel.

Se ha demostrado que cerca del 50 % de los enfermos que visitan una clínica dental tienen uno o varios ganglios palpables y no hay enfermedad -- oral de ningún tipo.

Se encuentra por lo general que se trata - de ganglios antiguos, procedentes de infecciones - de la boca o de los maxilares que tuvieron lugar - en un tiempo anterior y no tienen ninguna importan - cia patológica.

HISTORIA CLINICA Y SU IMPORTANCIA

La historia clínica en general constituye un paso fundamental para llegar al diagnóstico de un estado patológico.

Para el diagnóstico de un tumor maligno de la boca, es evidente que la historia clínica desempeña el mismo papel pero deben conocerse y comprenderse bien sus limitaciones. Hoy en día, al interrogar un enfermo con cáncer bucal, el dentista o el médico suele percatarse de que la lesión ha existido durante bastante tiempo.

Se trata pues de una lesión crónica.

Quizá el carácter crónico y progresivo de la enfermedad nos hará pensar en un tumor maligno.

Sin embargo no todos los pacientes mencionan una evolución prolongada, de hecho, algunos insisten en que la lesión apareció bruscamente, una semana antes, y se presentó como una lesión de dos, tres, y hasta cuatro cm. de diámetro.

Casi la tercera parte de los enfermos suministran datos de este tipo. Naturalmente, estos antecedentes carecen de utilidad.

Los principales puntos que se deben investigar en el interrogatorio son los siguientes:

- 1.- Enfermedad actual.
- 2.- Estado orgánico actual del paciente.
- 3.- Recursos terapéuticos empleados y resultados - obtenidos.
- 4.- Antecedentes personales y costumbres.
- 5.- Antecedentes hereditarios.

Debido a que el cáncer es asintomático en su fase inicial, es necesario para establecer un diagnóstico correcto, efectuar un buen interrogatorio, tomando en cuenta que los datos que nos proporcionan mayor información son los siguientes:

Antecedentes personales, porque el conocimiento de enfermedades anteriores tales como sífilis, síndrome de Plummer Vincent, y la carencia de vitamina A y complejo vitamínico B predisponen el cáncer oral.

Hábitos:

Fumar, ingestión de alcohol, en ambos es muy importante preguntar al enfermo la frecuencia del hábito.

Las enfermedades anteriores se investigan preguntando al enfermo: ¿qué otras enfermedades ha tenido usted antes de ésta? (la enfermedad actual).

Es claro que no se puede creer ciegamente al enfermo sobre la exactitud del diagnóstico de esas enfermedades que nos dice haber padecido, por esto nosotros debemos preguntar los síntomas más salientes de ella, tratando de hacer un diagnóstico retrospectivo.

INTERROGATORIO:

Se da el nombre de interrogatorio en clínica, a una serie ordenada, o mejor dicho lógica, de preguntas, que se dirigen al enfermo o a sus familiares y que tienen por objeto ilustrar al clínico sobre aquellos datos que no puede aprender por la observación personal del enfermo.

Estos datos son los relativos a los antecedentes hereditarios y personales, costumbres y género de vida, principio y evolución de la enfermedad actual hasta el momento que se examina al enfermo, síntomas subjetivos actuales medios empleados para combatir el padecimiento y resultado obtenido.

Generalmente el interrogatorio se dirige al enfermo, llamándose en este caso directo; pero si el paciente es un niño o un adulto que por condiciones no pueda responder, (gran debilidad, estado de coma, etc.) las preguntas se dirigen a los familiares, calificándose entonces el interrogato-

rio de indirecto.

Tales interrogatorios confunden a menudo, y llevan a pensar que un trastorno de evolución tan corta debía ser de tipo inflamatorio.

Hay que pensar en el cáncer aunque el paciente insista en una lesión reciente, y debe practicarse una biopsia.

Respecto a la evaluación de la historia -- clínica podemos concluir que la mención de cronicidad apoya un diagnóstico de tumor maligno, pero -- que una evolución aparentemente breve de ninguna -- manera descarta este diagnóstico. En general, estos antecedentes suelen tener mayor valor en cuanto a tratamiento y a pronóstico que en cuanto a -- diagnóstico.

INSPECCION:

El carcinoma precoz puede aparecer como -- una lesión eritematosa, ulcerativa o blanca, igual que un crecimiento exofítico de la mucosa como ya se dijo. Sobre la cresta alveolar puede aparecer como una enfermedad parodontal, en general el cáncer precoz puede semejarse a cualquier lesión de la cavidad oral, por lo tanto ninguna lesión se de

de ignorar, para ello necesitamos realizar una adecuada y minuciosa inspección.

El examen comienza cuando el paciente entra al consultorio. Una breve observación a distancia puede revelar asimetrías faciales, alteraciones en el color de la piel u otras anomalías, mejor que un examen muy cerca. Antes del examen ha de obtenerse toda la historia clínica del paciente.

Es de gran ayuda establecer un examen rutinario de tal manera que ninguna parte de la cavidad oral quede sin ser revisada. Cada Odontólogo puede desarrollar su propio sistema, pero lo sería que realizara uno de la siguiente manera:

Piel facial.- A veces el paciente ignora la índole de la lesión y el dentista descubridor del tumor, instará la consulta del médico o del dermatólogo.

Labios.- Los labios deben ser inspeccionados tanto en su aspecto mucocutáneo como en la mucosa.

La palpación bidigital, del labio permitirá descubrir toda tumefacción o hinchazón a primera vista.

Mucosa bucal y surcos bucales y linguales.

La mucosa bucal y los surcos deben ser examinados primero por un lado y después por el otro. Los orificios de las glándulas salivales parótidas deben ser revisados y su apertura debe confirmarse secando la mucosa y observando el fluído de la -- abertura de los canales. Se tendrá la precaución de exponer completamente toda la mucosa oral.

Con mucha frecuencia las lesiones de las -- comisuras pasan desapercibidas por estar cubiertas por el abatelenguas o por el espejo de boca usados como retractores. Las mejillas, incluyendo las -- glándulas salivales parótidas, deben ser examina-- das enseguida usando la palpación bidigital.

Lengua.- Piso de la boca y surcos lingua-- les.

Una revisión adecuada del piso de la boca y de los bordes laterales y ventrales puede llevar se al cabo tomando la lengua con un trozo de gasa y desplazándola primero hacia un lado y después ha cia el otro.

El piso de la boca y las glándulas saliva-- les, deben ser examinadas usando la palpación bima-- nual, que consiste en un dedo en la boca y un dedo de la otra mano sobre la piel que está debajo.

Es importante que la lengua sea examinada con dos dedos puesto que los tumores que se forman en su interior pueden no alterar su apariencia externa.

El tercio posterior de la lengua se examina por medio del espejo bucal y la palpación digital.

Hay dentistas que incluso revisan con espejo, faringe y laringe.

Paladar duro y paladar blando.- Ambos paladares se examinan enseguida, se debe palpar la mucosa palatina para detectar anomalías en la sub-mucosa.

Dientes.- Los dientes se examinan clínicamente y radiográficamente en una secuencia metódica, tomando nota de sus relaciones con cualquier lesión de tejidos blandos.

Ganglios linfáticos.- Los ganglios linfáticos son palpables más fácilmente cuando los tejidos que los cubren, la fascia superficial y los músculos cutáneos están relajados, lo cual se obtiene flexionando el cuello del paciente hacia el lado que se está examinando.

Toda desviación de lo normal, en sensibilidad

dad o movilidad en cualquier parte de la cavidad - oral, debe ser investigada en detalle para determinar la naturaleza de la anomalía.

BIOPSIAS ORALES:

Las lesiones de la cavidad oral deben identificarse positivamente para que la terapia específica pueda ser dirigida hacia la eliminación y la cura.

Cuando la historia clínica y el examen de un paciente falla en el descubrimiento de la verdadera naturaleza de una lesión, una muestra biópsica debe ser tomada sin demora, a menos que haya -- una contraindicación específica a los procedimientos quirúrgicos.

Es deber de la profesión dental proteger - la salud oral y es inherente a esto la responsabilidad de una biopsia siempre que sea necesario.

La palabra biopsia (bios- vida, opsis- visión), significa el examen de un tejido cortado - del cuerpo vivo para propósitos de diagnóstico.

Los métodos para asegurar tales muestras, - caen en dos amplias categorías: La biopsia excisional y la biopsia incisional.

BIOPSIA EXCISIONAL.- Implica la remoción completa de la lesión cuando el procedimiento biopsico se lleva a cabo. Este método se utiliza en lesiones que parecen ser benignas en exámenes clínicos, pues no solo está disponible para el examen la lesión entera, sino que la mayoría de estas condiciones es la excisión completa.

De cualquier manera, la biopsia excisional se reserva comúnmente para lesiones pequeñas (de menos de 1 cm. de diámetro), localizadas en áreas anatómicas no críticas incluyendo una pequeña área de tejido normal en todas sus márgenes.

BIOPSIA INCISIONAL.- Solamente una parte de la lesión es removida cuando se lleva a cabo la biopsia incisional.

Se emplea comúnmente para obtener una muestra de una lesión que puede ser difícil de excisar de manera completa debido a su tamaño o localización. Este tipo de biopsia debe ser llevado a cabo siempre que haya un alto grado de sospecha de malignidad. En algunas lesiones que cubren un área amplia, puede que se requieran más de una biopsia.

El sitio de la biopsia debe ser seleccionado en el área más representativa para mostrar me--

Por los cambios de los tejidos completos tal cual se extienden del tejido normal, a la base o margen de la lesión. El tejido necrótico debe evitarse - pues no tiene valor para el diagnóstico.

Una biopsia proveerá mejores secciones para el estudio, si se toma de la periferia de una lesión lo más cercano posible al tejido normal. - También es mejor tomar una biopsia angosta y profunda, que una amplia y superficial, pues los cambios superficiales pueden ser bastante diferentes que los más profundos.

Un carcinoma invasor puede ser pasado por alto por una biopsia poco profunda que muestra solamente los cambios superficiales.

Se debe tener cuidado al tratar lesiones - muy vascularizadas y el dentista debe estar alerta a la posibilidad de provocar una hemorragia repentina lo que es tratado mejor en una sala de hospital que en un consultorio privado.

Aunque la mayoría de las biopsias incisio- nales se llevan a cabo con tijeras y bisturí, se han desarrollado ya los propósitos o procedimientos modificados.

En una biopsia por punción son utilizados forceps de punción especial para obtener una por-

ción pequeña de la lesión, o extrayendo un fragmento de tejido. Este procedimiento no ofrece ventaja real.

En efecto, muchas biopsias por punción muchas veces son magulladas o dañadas.

En lesiones profundas una biopsia con la - aguja de Silverman puede ser utilizada, por ejemplo una neoplasia de las glándulas salivales, masas en el cuello o tumores de tejido suave en hueso. Es posible que por medio de esta aguja, se re mueva una tira de tejido intacto de 1.5 mm. de ancho por 1.5 de longitud el cual puede ser seccionado y estudiado de la misma manera que una biopsia-quirúrgica ordinaria.

Este método es ciertamente superior al de la biopsia por aspiración con aguja. La cual a me nudo se utiliza para lesiones similares.

La aspiración con aguja es insatisfactoria dado que lleva solamente pequeños racimos separados de células para el propósito de diagnóstico.

La biopsia por aspiración es utilizada con éxito en lesiones que contienen fluidos, tales como los quistes. El fluido puede ser analizado en busca de evidencias celulares, por supuesto el resultado no da un diagnóstico definitivo de evidencia.

INDICACIONES PARA LA BIOPSIA

Una biopsia debe ser considerada cuando el paciente presente cualquiera de las siguientes lesiones:

- 1.- Una úlcera que persista por 2 o 3 semanas, sin evidencia de curación.
- 2.- Cambios hiperqueratósicos persistentes y definidos en tejidos superficiales.
- 3.- Cualquier tumoración persistente, visible o -- palpable bajo los tejidos relativamente normales.
- 4.- Cambios inflamatorios que persisten por períodos largos, lesiones óseas que no son identificadas clínica y radiográficamente.

INSTRUMENTAL:

- 1.- La remoción de muestras de tejido suave requiere:
 - a).- Equipo para anestesia local
 - b).- Bisturí y tijeras
 - c).- Pinzas para tejido fino
 - d).- Pinzas hemostáticas

- e).- Porta-agujas
 - f).- Gasa
 - g).- Aguja e hilo de sutura
- 2.- Para remoción de tejido duro se requiere además:
- a).- Elevador periostal
 - b).- Martillo y cincel para hueso
 - c).- Taladro para hueso
 - d).- Cucharillas
- 3.- Aspiración para la muestra:
- a).- Jeringa de 10 c. c.
 - b).- Aguja del # 18.

METODO PARA OBTENER UNA BIOPSIA:

El propósito de una biopsia, es proveer -- una sección representativa de tejido tan cercana -- al estado natural como sea posible, tal que pueda ser estudiada microscópicamente. Por esto, la técnica para la obtención de tejido debe ser cuidadosa y precisa para preservar los detalles celulares para una interpretación histológica exacta. Una -

excisión fina con la mínima compresión y manipulación es el método indicado.

Debemos evitar rasgar y mutilar a toda costa, lo mismo que los cambios de tejido que surgen de la aplicación de soluciones antisépticas y anestesia tópica.

Por esto, cuando una muestra es adquirida bajo anestesia tópica (local), la solución de la anestesia no debe ser inyectada directamente en el sitio de la biopsia porque distorsiona los tejidos.

De la misma manera el cauterio nunca debe ser usado para asegurar una biopsia, pues esto dificulta más el examen histológico, sin embargo, -- después que se ha incidido, el sangrado debe ser controlado con cauterio.

Cuando éste ha sido controlado por presión, cauterio o sutura, la muestra inmediatamente es sumergida en una solución fijadora como el formol al 10% por ejemplo, contenida en un receptáculo hermético, esto se etiqueta con el nombre del paciente, nombre del doctor y fecha de la biopsia.

Se dirige al histopatólogo, acompañando de una forma para identificar el tejido y proveer una historia y descripción clínica adecuada de la lesión. La localización exacta y las característi--

cas clínicas generales pueden ser descritas con la ayuda de diagramas.

COMPLICACIONES:

La propagación de células tumorales a lo largo de los canales linfáticos y vasculares, es siempre una posibilidad, ya que la ruda manipulación del tumor incrementa el número de células liberadas.

Sin embargo, el riesgo de inducir diseminación hematógena de una lesión maligna durante una biopsia es secundario para establecer un diagnóstico de tal manera que pueda ser instituido un tratamiento correcto. Debemos recordar también que la manipulación de un tumor maligno por cualquier medio puede producir disgregación, y el acto de la masticación, la presencia de comida dentro de la boca, así como los movimientos de los tejidos de la cavidad oral durante la fonación y la deglución, son factores por siempre que pueden causar propagación.

Otros peligros de la biopsia son las hemorragias, infección y fracaso de la cicatrización de los tejidos.

Es particularmente importante comprobar la

presencia de linfadenopatías en el cuello antes -- del procedimiento de la biopsia, algunas veces se desarrollan linfadenitis en nódulos regionales. - El agrandamiento de estos nódulos como resultado - de inflamación puede no ser fácil de diferenciar - de la propagación metastásica de un tumor.

ESTOMATOMO:

Es un instrumento empleado para recoger -- muestras biópsicas de la mucosa oral, usando como fuente de fuerza mecánica, un resorte del tipo usa do en la lanceta Hematológica de Francke. El re-- sorte se ajusta a un perforador de acero inoxidable que tiene 3 mm. de diámetro, 5 mm. de longitud y una expansión de 10 mm. Para utilizar el instrumen to, el resorte se contrae, el instrumento es co locado en contra del sitio elegido para la biopsia y entonces se suelta el resorte. La profundidad a la cual el perforador penetra puede ser ajustado - por medio de un tornillo.

Después que el sitio para hacer la biopsia ha sido elegido, se requiere que el paciente se en juague la boca con una solución antiséptica. El - estomatomo es esterilizado, el perforador ajustado para dar la profundidad requerida y soltado el re-- sorte. La perforación no es dolorosa en absoluto.

La parte excisionada es removida fácilmen-

se con unas pinzas dentales.

En la obtención de muestras biópsicas de la mucosa oral, el dentista debe tomar la mejilla firmemente con el pulgar y el dedo medio de la mano, no tomando el instrumento con ellos. En este ejemplo la parte escisionada debe ser levantada -- con las pinzas y seccionada con tijeras, para una hemostasis inmediata colocamos en la herida polvo de fibrina y un tapón de gasa. La herida no sangra y se recupera completamente en un término de 3 a 4 días.

La muestra biópsica es cilíndrica, tiene - 3 mm. de diámetro y de 3 a 5 mm. de longitud, dependiendo de la longitud a la cual se haya ajustado el perforador.

En la práctica clínica el uso del estomatomo, ha dado mejores resultados biópsicos de la mucosa bucal que los métodos clásicos previamente -- usados.

El uso del estomatomo es fácil y rápido y no hay peligros ni para el paciente ni para el dentista.

La técnica sostiene que puede ser considerada como una biopsia por punción extensa.

CITOLOGIA ORAL EXFOLIATIVA:

Durante años recientes la citología exfoliativa ha sido favorecida como una prueba segura para la detección del cáncer oral, primeramente -- por los resultados muy efectivos logrados en la detección precoz de lesiones malignas por medio de esta técnica. Las células son incididas de la superficie de la lesión dentro de la cavidad oral, extendidas sobre un portaobjetos, fijadas, teñidas y examinadas microscópicamente.

La técnica es ideada simplemente para demostrar los cambios celulares, pero de ninguna manera esto nos dará un cambio histológico completo de qué está ocurriendo. Debe restablecerse respecto a esto que la citología oral intenta ser un adyunto y no un sustituto de la biopsia.

El mayor uso de la citología oral es ayudar en la interpretación de áreas pequeñas anormales en la mucosa oral que son bastante inocuas para ameritar biopsia.

Por lo tanto recibirán únicamente examen digital y visual que sin examen citológico podría ser bastante inadecuado. En estos casos se aconseja comúnmente al paciente que observe el área en espera de regresión o progresión y vuelva en 10 días o dos semanas.

La citología oral también es útil para examinar el área de la cual ha sido extirpado quirúrgicamente o tratado por radioterapia un tumor maligno. La recurrencia de la lesión después de la operación, puede ser detectada por citología, antes que pueda ser notada clínicamente o, recíprocamente, la citología puede proporcionar algún grado de seguridad de curación normal.

El procedimiento también es de valor para pacientes con problemas cardiovasculares que tienen una lesión que requiere mayor aclaración, pero en quienes no es aconsejable efectuar una biopsia. Lo mismo, cuando por miedo o alguna otra razón, un paciente rechaza una biopsia, o cuando el dentista o médico halla contraindicada una biopsia por motivos basados en juicios clínicos.

Las muchas disertaciones sobre citología, indican que el procedimiento cuando es empleado correctamente es bastante preciso. Las lecturas positivas falsas, negativas falsas, e indeterminadas pueden deberse a la mala calidad del material obtenido, a preparación incorrecta, o interpretación defectuosa por el técnico o patólogo.

La calidad de un frotis, como la calidad de una biopsia, dependen del conocimiento y la habilidad del que la practica, en la obtención de material representativo para el examen. Debe cuidarse de retirar las células de una área representati

va, evitando las áreas necrosadas.

El exceso de sangre o restos en el portaobjeto puede oscurecer el detalle celular y hacer imposible una interpretación válida. El manejo -- inadecuado por el dentista o médico de un frotis, o el mal teñimiento por el citotécnico o patólogo, nos hará fracasar en la interpretación de éste. -- Por último, existe siempre la posibilidad de que el citotécnico o patólogo puedan interpretar incorrectamente la lámina portaobjetos.

Un frotis negativo de una área anormal que persiste, debe ser examinada definitivamente en todas las formas posibles, incluyendo frotis adicionales y biopsia. El paciente que tiene un frotis positivo de una superficie anormal que desaparece o muestra evidencia de resolución, no debe ser sometida a cirugía extensiva o tratamiento hasta que la situación haya sido aclarada por todos los medios disponibles, incluyendo frotis adicionales y biopsia.

La citología oral es útil para interpretar lesiones que no son sospechosas de malignidad, pero aparecen como áreas anormales, tales como pequeñas ulceraciones, fisuras, ranuras, o áreas erosionadas o enrojecidas.

TEMA IV DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Muchas veces un diagnóstico diferencial no es sino una variedad de gimnasia mental. Desde -- luego, así ocurre en el caso del cáncer de la boca, en el sentido de que ésta es siempre la enfermedad que debe descartarse. Con todo no está por de más conocer las lesiones con las cuales se confunden -- más generalmente el cáncer.

Un carcinoma de células escamosas de la boca, cuando no se diagnostica como tal, suele confundirse con alguna de las siguientes lesiones o enfermedades.

Sífilis

Leucoplasia

Angina de Vincent (en general del pilar anterior, zona retromolar o amígdala).

Afta crónica

Tumor de células gigantes

Papiloma, tumor benigno, tumor mixto

Verruga, hiperplasia, linfangioma

Amigdalitis crónica

Absceso supramigdalar, o palatino

Absceso gingival.

SIFILIS:

En primer lugar son rarísimas las gommas u otras lesiones sifilíticas parecidas al cáncer.

En el Hospital Oncológico Norteamericano, - en el tiempo requerido para encontrar un goma bucal sin cáncer, se encuentran casi 250 casos de tumores malignos de la boca. Solo había 14 gommas bucales en 20,000 casos de tumores malignos en general.

Manifiestamente, sería ridículo pensar en la sífilis como factor inicial durante el estudio de una lesión bucal. Esta actitud reduce considerablemente las posibilidades de curación del enfermo. Por lo tanto debemos primero pensar en el cáncer.

Un enfoque incorrecto del diagnóstico diferencial, conduce a un error muy común entre muchos médicos y dentistas que es la interpretación incorrecta de una reacción de Wassermann positiva, o de otras pruebas serológicas de sífilis, en el caso de lesión bucal. Estas pruebas ayudan a descartar con cierto grado de especificidad una sífilis; pero nunca se crearon para excluir un cáncer, y no tienen nada que ver con él.

Sin embargo, hoy día, ciertos médicos al -

encontrar una úlcera en la boca de un paciente, in sisten en la realización de pruebas serológicas para sífilis; si es positiva, recurren al ensayo terapéutico con medicación antiluética. Estos médicos sin tomar en cuenta las proporciones antes citadas, pierden varias semanas antes de darse cuenta con tristeza de que estaban frente a una lesión maligna.

El hecho es que cualquier paciente con una úlcera bucal, en particular sobre lengua, superficie bucal o labio, y que muestre una reacción de - wassermann positiva, probablemente sufra de un cán cer de la boca. Debemos insistir en que 30 por 100 de los enfermos con cáncer de la lengua muestran - pruebas positivas serológicas de sífilis; esto sig nifica una frecuencia de 9 a 10 mayor que en la po blación general.

Es raro encontrar sífilis bucal, salvo si coexiste con cáncer.

LEUCOPLASIA:

El aspecto de las leucoplasias es muy variable. Sin duda alguna, las manifestaciones clínicas dependen del tipo de estímulo que ocasionan los cambios, de la sensibilidad del tejido y de -- las defensas generales.

Se sabe que la leucoplasia es una lesión precancerosa, en especial cuando se acompaña de sífilis. Nunca debe tomarse a la ligera esta anomalía.

Frente a una leucoplasia local, pequeña -- (de 4 a 6 m), se recomienda la escisión completa. Si los cambios son más amplios, se debe adoptar -- una actitud conservadora, pero en caso de encontrar hiperplasia, acuminación, engrosamiento o úlcera en cualquier región de la zona leucoplásica, -- se debe tomar una biopsia, pues es la única manera de excluir un cáncer.

Por desgracia, se produce a veces degeneración maligna en las leucoplasias sin que cambie en forma manifiesta el aspecto de la lesión. En otros casos, los cambios son tan sutiles que solo pueden reconocerse mediante un examen sumamente detenido.

ANGINA DE VINCENT:

Fue confundida muchas veces con cáncer bucal. Casi siempre, estos pacientes fallecen porque alguien se empeñó en tomar frotis microscópicos de material obtenido de un cáncer no diagnosticado, con la esperanza de confirmar un diagnóstico de angina de Vincent. Naturalmente se encuentran espirilos y bacilos fusiformes en la mayor parte --

de cánceres, pero el diagnóstico sigue siendo de -
cáncer, no de angina de Vincent. Se han perdido -
muchas vidas a consecuencia de estos frotis.

Debemos apegarnos a la regla de que ninguna
lesión aislada de la cavidad bucal, a partir de
la cual se hace un frotis, puede ser tratada en --
forma alguna sin un diagnóstico histológico.

La presencia de microorganismos de tipo --
Vincent no es una contraindicación para la biopsia.
Debe recordarse que a veces el cáncer se parece mu
chísimo a una lesión inflamatoria.

Es poco lo que hay que decir de las demás-
lesiones mencionadas al hablar de diagnóstico dife-
rencial.

Siempre hay que pensar en el cáncer; siem-
pre hay que tomar una biopsia; siempre se requiere
un diagnóstico histopatológico.

TEMA V TRATAMIENTO GENERAL DEL CANCER BUCAL.

Al tratar de los principios generales que forman la base del tratamiento de los tumores malignos de la boca, pueden mencionarse muchos puntos todavía no esclarecidos.

Muchos cirujanos siguen pensando que es mejor tratar quirúrgicamente los carcinomas bucales cuando resulta técnicamente posible. Frente al mismo problema, muchos radiólogos aconsejan tratar cualquier cáncer bucal, junto con sus metástasis, solamente por irradiación.

No debe sorprendernos la persistencia de estas opiniones contradictorias, en el seno de grupos profesionales distintos; antes bien, lo sorprendente es el amplio acuerdo acerca de conceptos fundamentales entre quienes tienen cierta experiencia en el tratamiento del carcinoma bucal.

Desde hace muchos años, mediante el método del ensayo y error, se han buscado las indicaciones de la aplicación de los rayos X, colocación de radio y maniobras quirúrgicas para el tratamiento de las etapas malignas de la cavidad bucal. Este trabajo aún no ha terminado, pero se ha adelantado mucho en ciertos renglones.

Quienes se manifiestan en contra de los --

efectos de la radiación se basan en un conocimiento superficial, derivado de las observaciones de resultados terapéuticos relativamente malos. Admitimos que, entre todas las técnicas de irradiación utilizadas actualmente en el mundo, solo una fracción pequeña es susceptible de curar un cáncer de la boca.

Debemos señalar que la aplicación de una técnica de radioterapia requiere tanto arte como una intervención quirúrgica. Para dominar una técnica radiológica, se deben conocer sus fundamentos y se debe practicar con frecuencia; lo mismo puede decirse de la cirugía. En sí, los aparatos de rayos X o la aplicación de radio más modernos no significan obligatoriamente buenos resultados en la terapéutica anticancerosa; un aparato de rayos X produce rayos X, no resultados terapéuticos. Es decir los resultados son obra del terapeuta que maneja el aparato o el bisturí.

En ocasiones, después de una irradiación bien o mal ejecutada o planeada, una cirugía radical amplia es el único medio de salvar la vida del paciente. Pero la cirugía puede intervenir de otras varias maneras en el tratamiento del cáncer bucal.

Podemos mencionar, entre otras aplicaciones, la escisión de lesiones precancerosas, la extirpación de dientes, secuestrectomía, intervencio

nes de limpieza, control de hemorragias o del dolor, tratamiento de tumores que no son sensibles a las radiaciones tales como tumor mixto, adenocarcinoma, amuloblastoma, sarcoma, etc. Y finalmente - la difícil tarea de la cirugía plástica y reparadora.

En vista de la estrecha relación que se requiere entre el radiólogo y el cirujano, tanto en teoría como en práctica, y por la enorme importancia de combinar los distintos métodos, creemos que quien debe tratar al paciente es un profesionalista que domine tanto la radiología como la cirugía.

Podrán tratar mejor un cáncer de la boca - quienes centren su interés en este tipo de cáncer, más que en el bisturí, el aparato de rayos X o las agujas de radio.

Existe pues la urgente necesidad de crear profesionalistas que piensen en esta enfermedad del cáncer.

TEMA VI PRONOSTICO DEL CANCER BUCAL.

En cada caso aislado, el cáncer puede tener un final triste o feliz. Se ha utilizado para el cáncer la imagen de una cadena de tres eslabones: 1). Enfermo de cáncer informado.

2). Profesionista que piensa en el cáncer.

3). El profesionista o especialista en cáncer bien preparado.

Como cualquier cadena, la fuerza de ésta es la del eslabón más débil. La cadena completa puede llevar frecuentemente a un final feliz del problema canceroso en un individuo dado.

Cada uno de los elementos directamente interesados debe aportar elementos para alcanzar esta meta. La ruptura de cualquiera de estos eslabones significa el fracaso. En este caso, es casi inevitable que el cáncer tenga un final desafortunado.

1.- Hay que pensar que el 80 % de todos -- los pacientes con cáncer bucal que no reciben tratamiento mueren en menos de 18 meses contados desde el inicio de la enfermedad.

2.- No olvidar conservar un alto índice de sospecha de cáncer. Al comparar posibilidades -- diagnósticas para lesiones de tejidos blandos en -- pacientes de más de 40 años, hay que pensar primero en el cáncer.

3.- Recordar siempre que una leucoplasia -- no es una enfermedad estática. Incluso después de un diagnóstico microscópico de lesión benigna, puede haber degeneración maligna, y así suele ocurrir. Es preciso seguir observando al paciente con leucoplasia.

4.- Existen ciertas circunstancias o factores que parecen contribuir a la etiología del cáncer, pero la causa es incierta.

5.- El dentista debe educar a sus pacientes para que éste evite agentes carcinógenos, a -- mantener una higiene bucal correcta y nutrición -- adecuada, a hacerse revisiones periódicas y a reportar cualquier lesión oral inmediatamente.

6.- Si una úlcera o un nódulo no responden

en dos semanas al tratamiento que se le aplica, de
be tomarse una biopsia sin mayor tardanza.

7.- No olvidar conservar un alto índice de sospecha al cáncer, ya que la rápida evolución del cáncer de la boca significa siempre que se trata de un caso urgente.

¡llagamos una biopsia cuando tengamos la me
nor sospecha de cáncer!

8.- Recuerde que nunca se debe quitar un diente en un paciente susceptible de tener una lesión maligna, sin antes consultar al especialista que habrá de tratar al enfermo. Tampoco deben extirparse dientes en pacientes irradiados sin dicha consulta.

9.- Cuando una reacción de WASSERMANN es positiva solo significa que el paciente tiene sífi_lis.

Esto no permite descartar un cáncer; para
ello hay que practicar una buena BIOPSIA.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Burket Lester William, Medicina Bucal. Editorial Interamericana 1973.
- 2.- Regato y Ackerman, Cáncer. Diagnóstico, Tratamiento, y Pronóstico.
- 3.- Revista Hispana-Americana de Odontología. Vol. XII # 12. Mayo-Junio 1973.
- 4.- Diagnóstico en Patología Oral. Zegarelli. Kutscher. Hyman. Salvat Editores 1972.
- 5.- Thoma Patologia Oral. Salvat Editores-1973.
- 6.- Clínicas Médicas de Norteamérica. Aspectos Médicos del Cáncer. Editorial Interamericana. Mayo 1971.
- 7.- Texto de Patología 2a. Edición. Pelayo Correa, Ruy Pérez Tamayo. La Prensa Médica Mexicana 1975.