



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**NEOPLASIAS MALIGNAS EPITELIALES Y NO  
EPITELIALES EN LA CAVIDAD BUCAL**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A

MARIA GUADALUPE BAUTISTA NIETO

MEXICO, D. F.

1984



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.

## INDICE

	Pág.
PROLOGO	
INTRODUCCION	
1. GENERALIDADES	
1.1. Nomenclatura y división de los tumores .....	5
1.2. Histología general de los tumores .....	12
1.3. Desarrollo y propagación de los tumores .....	16
1.4. Clasificación de los tumores .....	21
1.5. Etiología .....	29
1.6. Tratamiento .....	31
1.7. Pronóstico .....	35
2. HISTORIA CLINICA	
2.1. Examen general .....	39
2.2. Examen bucal .....	45
3. DIAGNOSTICOS PARA DETECTAR LAS NEOPLASIAS	
3.1. Diagnóstico clínico .....	58
3.2. Diagnóstico radiológico .....	59
3.3. Diagnóstico anamnéstico .....	59
3.4. Diagnóstico de laboratorio .....	60
3.5. Diagnóstico diferencial .....	60
4. BIOPSIA	
4.1. Tipos de biopsia .....	62

	Pág.
4.2. Procedimiento para realizar la biopsia .....	67
4.3. Citología exfoliativa .....	71
4.4. Citología de los tumores malignos de la cavidad bucal .....	72
5. LESIONES PRECANCEROSAS .....	74
6. NEOPLASIAS MALIGNAS EPITELIALES Y NO EPITELIALES .	
6.1. Carcinoma epidermoide .....	77
6.2. Carcinoma mucoepidermoide .....	80
6.3. Melanoma maligno .....	82
6.4. Adenocarcinoma .....	83
6.5. Cilindroma .....	84
6.6. Sarcomas de los tejidos blandos .....	85
7. CASUISTICA .....	91
CONCLUSIONES .....	96
BIBLIOGRAFIA .....	98

## PROLOGO

El objetivo de esta tesis es la de hacer notar al medio odontológico la importancia de los padecimientos patológicos y, en particular los neoplásicos, los cuales apareciendo una vez en la boca algunos tienen su limitación en cuanto a agresividad y otros no, tal es el caso del carcinoma epidermoide.

Por consiguiente, el dentista no sólo debe preocuparse por la salud de los dientes, sino que también se interesará por la salud de los tejidos de la cavidad oral y los que -- están adyacentes a ésta, debido a que las enfermedades de -- estas estructuras repercuten en el resto del organismo o, -- también algunas enfermedades generales tienen sus primeras -- manifestaciones en la boca.

Por lo que, hoy en día, el odontólogo debe tener amplios conocimientos de los padecimientos patológicos que se presentan en cualquier parte del organismo.

En la actualidad, el odontólogo estudia las ciencias -- biológicas con igual extensión y detalle que el médico, -- asiste a clínicas en las cuales se encuentra en constante -- relación con las diferentes entidades nosológicas, sus diferentes manifestaciones y principalmente su relación con la boca, de tal manera que ahora se encuentra capacitado para cooperar con el médico. Cabe señalar que, en ningún momento el odontólogo debe asumir el papel del médico, sino únicamente cooperar con él, para conservar la salud y el bienestar

del paciente y conjuntar sus conocimientos para diagnosticar y tratar las diferentes enfermedades que afectan al organismo, ya que el diagnóstico oportuno y la terapéutica adecuada, requiere de la cooperación de ambos.

El contenido y la ordenación del material descrito es una recopilación de datos y conocimientos obtenidos de fuentes (libros, revistas y del Archivo Clínico del Instituto Nacional de Cancerología dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia), los cuales pretenden ser útil a los estudiantes del área médico-odontológica.

## INTRODUCCION

El cáncer es un grupo de enfermedades que se observan en todas las razas y en todas las edades, no sólo en el hombre, sino en todas las especies animales. Sin embargo, se observan diferencias netas en la frecuencia del cáncer, en localización anatómica, y en el tipo histopatológico, según las poblaciones humanas.

El cáncer muchas veces se ha considerado una enfermedad única, y puede describirse como tal en el sentido de que todo cáncer se caracteriza por un crecimiento incontrolado de células. De ordinario, estas células que crecen en forma irresistible desarrollan tumores que comprimen, invaden y destruyen tejidos normales, acabando en la muerte sino se tratan debidamente.

Las neoplasias malignas comparten estas características en común: una intensidad elevada de crecimiento celular, mayor que el de los tejidos normales del cual proviene el cáncer, incapacidad de conservar los límites de tejidos y órganos normales, aspecto microscópico de falta de madurez, y tendencia a la difusión a partes distantes del cuerpo. No todos los tumores malignos presentan estas características, pero son típicos de la mayor parte de formas de cáncer.

Por otra parte, los síntomas más tempranos de el cáncer bucal suelen incluir: un punto doloroso, ulceración, aumento

de volumen con o sin dolor, áreas de sangrado, áreas de sensación anormal, tales como parestesia (falta de sensación) y áreas de hiperqueratosis.

Estos sitios suelen ser detectados durante un examen bucal metódico y ordenado. Las lesiones sospechosas deberán ser sometidas a biopsia. Una prueba de citología exfoliativa puede indicar un sitio de posible tumor maligno, aunque esta nunca reemplazará a la biopsia como técnica para la detección de un tumor maligno.

La historia, examen clínico y estudio microscópico son las normas significativas para establecer un diagnóstico definitivo y seguir el plan de tratamiento adecuado.



## 1. GENERALIDADES

Como un breve preámbulo a este capítulo diré que para hablar de las neoplasias, su etiología, diagnóstico y tratamiento, es necesario definir en que consiste, aunque esto resulta un poco difícil debido a la gran cantidad de hechos que aun se desconocen y polémicas que existen, como veremos posteriormente.

La célula es la unidad fundamental de los organismos, y en ella se realizan procesos fisiológicos muy importantes para la vida del individuo, tiene un sitio determinado dentro del organismo de acuerdo a sus funciones y éstas las realiza en interrelación con las demás células, la regeneración y el crecimiento de cada célula es armonioso y todo se encuentra en constante equilibrio. Cuando este equilibrio se rompe y la regeneración y el crecimiento de las células está acelerado, y no cumplen ninguna necesidad orgánica y actúan de manera autónoma, por lo que da como resultado a la neoplasia. A continuación se definirán algunos términos que se utilizarán en este estudio con bastante frecuencia:

**Tumor.** Sinónimo de neoplasia.

**Neoplasia o neoplasma.** Es un tejido de nueva formación que se desarrolla con independencia del resto del organismo, este término se refiere a todas las neoplasias tanto benignas como malignas.

**Tumor benigno.** Es un tipo de neoplasia que crece lenta

mente por expansión y generalmente esta encapsulado, no produce metástasis, y puede curarse mediante intervenciones quirúrgicas, excepto los que se encuentran en zonas vitales.

**Tumor maligno.** Es otra variedad de las neoplasias, en cuanto agresividad, se desarrollan rápidamente y al no ser diagnosticadas tempranamente siempre producen la muerte, no están encapsulados e invaden los tejidos rápidamente, las células anormales penetran en ganglios linfáticos y vasos sanguíneos, por lo que pueden implantarse lejos de su lugar de origen.

**Cáncer.** Este término se aplica a todos los tumores malignos.

**Carcinoma.** Neoplasia maligna de origen epitelial.

**Sarcoma.** Neoplasia maligna de origen mesenquimatoso.

**Lesión primaria o tumor primario.** Esto se refiere al sitio en donde se presenta el tumor original.

**Lesión secundaria o tumor secundario.** Es un foco maligno que se ha originado a partir de una neoplasia primitiva.

**Metástasis.** Es un foco secundario a distancia de una neoplasia maligna y esto es característico de los tumores malignos, las metástasis pueden ser únicas o múltiples, es decir, que se presentan dos o tres nódulos estrechamente relacionados.

**Cáncer bucal.** Este término se emplea para identificar las neoplasias malignas que se forman en la cavidad bucal.

Una vez establecidas estas definiciones, es muy importante hablar de lesiones premonitorias o precancerosas, porque como su nombre lo indica pueden dar lugar a un padecimiento neoplásico. Dentro de estas lesiones la que se pre--

senta con mayor frecuencia en la boca es la leucoplasia y los sitios en que se presenta son en la mucosa del carrillo, bordes y cara ventral de la lengua, mucosa de los labios y paladar. Clínicamente se presenta como una mancha blanca, plana pero algunas veces su superficie está revestida por una capa papilar.

Los padecimientos neoplásicos de todos los órganos pueden ser benignos o malignos y estos a su vez pueden ser primitivos o secundarios. Las neoplasias malignas primitivas se presentan en la boca con mayor frecuencia que las neoplasias malignas secundarias, predominando las de naturaleza epitelial en un 90%, y le sigue en orden de frecuencia decreciente las de origen linfoide, muscular, conjuntivo, etc.

De las neoplasias benignas que encontramos con mayor frecuencia en la boca son: papilomas mucosos, fibromas, hemangiomas, tumores mixtos que se originan de las glándulas salivales menores, en la encía se observa un tumor que se caracteriza exclusivamente por su sitio de origen, generalmente esta constituido por tejido conjuntivo fibroso (mioblastoma grano-celular).

Las neoplasias malignas de esta región pueden ser: epiteliales, conjuntivas o melánicas, aunque por lo general son de origen epitelial, ya sea de revestimiento o de tipo glándular, algunas de estas neoplasias se desarrollan de tumores mixtos.

Las neoplasias epiteliales de revestimiento son generalmente de tipo espinocelular, los carcinomas glándulares, como por ejemplo, los adenocarcinomas tienen su origen en las glándulas mucosas y salivales menores. Los padecimientos neoplásicos malignos de origen mesenquimático están re-

presentados por el linfosarcoma, que se presenta por lo general en el istmo de las fauces.

Clinicamente las neoplasias benignas presentan las siguientes características: son indoloras, de lento crecimiento y de límites precisos. En el caso de las neoplasias malignas el crecimiento es rápido y puede presentar dolor por compresiones nerviosas y los límites son imprecisos.

Por lo que se menciona anteriormente se puede decir que el cáncer es una enfermedad universal y se le ha llamado el "azote celular" y esto es porque toda célula es susceptible de sufrir transformación cancerosa.

Debido a que los animales tienen algunas semejanzas con el hombre ha sido posible que se logren ciertos progresos en oncología y la mayoría de los conocimientos en el cáncer experimental se refieren a la observación de la experimentación en animales. Aun así, se sigue haciendo día con día grandes esfuerzos para lograr de alguna manera, eliminar este padecimiento tan incierto en algunos aspectos para el hombre.

### 1.1. Nomenclatura y división de los tumores

Para iniciar el estudio de los tumores, a mi parecer hay que partir de su nomenclatura y de su división, para poder entender y hablar de su histología, desarrollo y propagación, etiología, pronóstico y tratamiento de los mismos.

Según su histogénesis los tumores se dividen en benignos y malignos. Por otro lado, su nomenclatura será de acuerdo al tipo celular del cual se originan, es decir, si

proviene de tejido mesenquimatoso, ectodermico y endodermico, o nervioso, y a esto se le agrega el sufijo "oma", por ejemplo: el tumor que se forma del tejido fibroso si es benigno se le denomina fibroma, y si éste es maligno se le llamará fibrosarcoma.

De acuerdo con lo descrito anteriormente, entre los tumores de origen mesenquimatoso se encuentran los de origen fibroso, muscular, adiposo, vascular, hemopoyético y esquelético. (ver cuadro 1).

Los tumores de origen ectodermico o endodermico y nervioso, se agrupan generalmente en los tumores epiteliales. - Estos son principalmente los que se forman en la piel, las visceras huecas y las glándulas. (ver cuadro 2).

CUADRO 1. DIVISION DE LOS TUMORES MAS IMPORTANTES, SEGUN PUNTOS DE VISTA HISTOGENETICOS

TEJIDO MESODERMICO

Tejido matriz	Hamartias e hiperplasias	Tumor benigno (benigno, maduro, típico, homólogo)	Tumores malignos (maligno, inmaduro, atípico, heterólogo)
a) Tejido conjuntivo y de sostén Tejido conjuntivo fibrilar	Queloides	Fibroma, neurofibroma	Fibrosarcoma Sarcoma de células fusiformes Sarcoma de células polimorfas Mixosarcoma
Tejido gelatinoso	Condromatosis hereditarias Hiperóstosis, exóstosis, granuloma de células gigantes, epulis de células gigantes	Mixoma	Mixosarcoma
Tejido graso		Lipoma	Sarcoma lipobástico
Tejido cartilaginoso		Condroma	Condrosarcoma
Tejido óseo		Osteoma Osteoclastoma	Sarcoma osteógeno Sarcoma osteolítico
Cuerda dorsal		Cordoma	Cordoma maligno
b) Tejido conjuntivo vascular Vasos sanguíneos	Nevo vasculoso, angioma racemoso, angiomatosis sistematizada. Granuloma telangiectásico (Hippel-Lindau, Sturge-Weber, Osler, etc.)	Hemangioma Tumor glomoso	Hemangioendoteliooma maligno Sarcoma angioblástico
Vasos linfáticos	Linfangiectasias	Angiomioma Linfangioma	Linfangioendoteliooma maligno
c) Tejido muscular Musculatura lisa Musculatura estriada		Leiomioma Rabdomioma	Leiomiosarcoma Rabdomiosarcoma
d) Tejido linforreticular	Linfadenosis Reticulosis	Linfoblastoma folicular grande	Linfocitosarcoma Reticulosarcoma
e) Tejido mielorreticular	Mielosis Reticulosis, plasmocitoma		Mielosarcoma Reticulosarcoma, sarcoma de Ewing

CUADRO 2. DIVISION DE LOS TUMORES MAS IMPORTANTES, SEGUN PUNTOS DE VISTA HISTOGENETICO

TEJIDO EPITELIAL

Tejido matriz	Hamartias e hiperplasias	Tumores benignos (benigno, maduro, típico, homólogo)	Tumores malignos (maligno, inmaduro, atípico, heterólogo)
<p>a) Epitelio de cubierta</p> <p>Epitelio plano</p> <p>Epitelio de transición de las vías urinarias</p> <p>Epitelio cilíndrico</p>	<p>Quiste epidermoide y dermoide, verruga, condiloma acuminado, hiperqueratosis, leucoplasia, eritoplasia</p> <p>Papiloma vascular inflamatorio</p>	<p>Papiloma Basiloma Adamantinoma</p> <p>Papiloma</p> <p>Papiloma</p>	<p>Carcinoma de epitelio plano cornificado y no cornificado, carcinoma indiferenciado sólido</p> <p>Carcinoma papilar</p> <p>Carcinoma de células cilíndricas papilares</p>
<p>b) Epitelio glandular</p>	<p>Quistes Bocio</p> <p>Hiperplasias glandulares, p.ej.: del endometrio y de la próstata</p>	<p>Adenomas tubulares, alveolares y trabeculares; cistadenomas y cistadenopapilomas</p> <p>Basaliomas, cilindromas, tumores mixtos de las glándulas salivales, carcinoides</p>	<p>Adenocarcinoma, cistadenocarcinoma, carcinoma indiferenciado sólido</p>
<p>c) Epitelio desmal (mesotelio)</p>			<p>Carcinoma de células de la cubierta serosa, sinovalioma</p>
<p>d) Ectodermo fetal</p>	<p>Nola vesicular</p>		<p>Corioepitelioma maligno</p>

CUADRO 3. DIVISION DE LOS TUMORES MAS IMPORTANTES, SEGUN PUNTOS DE VISTA HISTOGENETICO

TEJIDO NEUROECTODERMICO

Tejido matriz	Hamartias e hiperplasias	Tumores benignos (benigno, maduro, Típico, homólogo)	Tumores malignos (maligno, inmaduro, atípico, heterólogo)
a) Sistema nervioso central	Esclerosis tuberosa	Glioblastoma Meningioma	Glioblastoma maligno
b) Sistema nervioso periférico	Neuroma de amputación Nevo pigmentario	Neurinoma Neuroma Melanoma	Neurinoma maligno Melanoma maligno
c) Sistema nervioso vegetativo		Ganglioneuroma Paranganglioma Feocromocitoma	Feocromocitoma maligno Simpaticoblastoma



## 1.2. Histología general de los tumores

Histológicamente constan todos los tumores de un parénquima tumoral y de un estroma. En los tumores mesenquimatosos, p. ej.; los fibromas, están formados ambos de la misma clase de tejido; el tejido tumoral tiene una constitución unitaria y es regularmente "semejante al tejido" (tumor histioide). En los tumores epiteliales, el parénquima tumoral es epitelial y el estroma es de naturaleza mesenquimatosa, por lo que constituyen una estructura "semejante a la orgánica" (tumor organoide).

Sólo el parénquima tumoral posee las particularidades que caracterizan el tumor (autonomía, anarquía, irreversibilidad, etc.), y determinan así el carácter y la velocidad del crecimiento, el tamaño y la estructura del tumor. Las células tumorales son células de tejidos o de órganos fisiológicos degenerados. Con la degeneración pierden una parte de la potencia de cada célula para que, pasando por varias fases, adquieran una forma determinada, es decir, para diferenciarse en un tejido maduro con funciones especiales. Cuanto mayor es la degeneración de las células tumorales, más pierden su capacidad de diferenciación. Los tumores indiferenciados en alto grado no permiten la determinación del tejido a que pertenecían estas células antes de su generación.

La pérdida de facultad de diferenciación por la forma va acompañada de una disminución progresiva de la función. Ciertas funciones celulares pueden mantenerse durante mucho tiempo en los tumores malignos, y en ocasiones prestan incluso a un tipo de tumor la propiedad de producir con exceso mucosidad, p. ej.; el carcinoma mucoepidermoide.

Es de gran importancia analizar la desfiguración, ya que

se pueden determinar juicios sobre el comportamiento biológico del tumor. Mientras más se aproxime un tumor al "tejido matriz" en su configuración y función, sin que pueda alcanzar por completo una imagen semejante, tanto más benigno -- será su curso. El fibroma rico en fibras, p. ej.: alcanza casi la madurez, y de esta forma el aspecto de un tejido normal rico en fibras. A tales tumores se les denomina: --- homólogos, maduros, diferenciados y típicos. Esto es de -- acuerdo en consideración al tejido matriz.

Los tumores altamente desfigurados son, por el contrario, extraordinariamente malignos. Los sarcomas de células fusiformes inmaduros, p. ej.: no pueden formar ninguna fibra más, y consiste prácticamente sólo en células. Tales tumores son: inmaduros, deformados=anaplásticos, atípicos y heterólogos.

En los tumores más desfigurados se ignora de que tejidos proceden. Incluso es difícil establecer la diferenciación entre un carcinoma y un sarcoma. Por tanto, no se dispone actualmente de un diagnóstico citológico específico de los tumores. Por otra parte, cuanto mayor cantidad de caracteres clínicos, macromáticos, histológicos, citológicos, histoquímicos y citoquímicos, etc., tanto mayor probabilidad se tendrá para formar un juicio acerca de las propiedades biológicas de la proliferación tisular que se discute. Sólo la prueba biológica dará el resultado exacto y definitivo. En general, el tamaño, la forma y la tinción de las células y de sus núcleos se desvían generalmente tanto más de la normalidad y ofrecen una variación tanto mayor (polimorfismo celular y nuclear) cuanto más diferente es la estructura del -- tumor y tanto más limitada su capacidad funcional especial.

El estroma tumoral facilita la unión del tejido tumoral

propio con la corriente sanguínea del portador del tumor, y crea con ello las condiciones previas para el desarrollo del mismo. Existe para ello todas las transiciones, desde un tejido de granulación rico en células y vasos, infiltrado de células redondas, comparable al tejido conectivo abundante en fibras y, en determinadas circunstancias, incluso hialinizado. La constitución del estroma depende de las propiedades del tejido conectivo permanente en el lugar, de las influencias del parénquima tumoral sobre el estroma y de la intensidad del crecimiento del parénquima tumoral. Fundamentalmente, el parénquima y el estroma, en los tumores benignos de crecimiento lento, constituyen una estructura armónica semejante a la orgánica, que se aproxima mucho a la "normal". Estas particularidades las pierden los tumores malignos de crecimiento rápido en proporciones crecientes. A esto hay que añadir que la circulación de la sangre en los tumores malignos está interrumpida con frecuencia por la erosión de los vasos (hemorragia) y por la penetración del tumor en la luz de los vasos (trombos tumorales). Consecuencia de ello son los fenómenos extensos de degeneración que pueden llegar hasta la necrosis. Como regla fundamental puede observarse que un tumor es tanto más maligno cuando más necrosis se presente.

Por otra parte, investigaciones citológicas han puesto en evidencia elementos celulares neoplásicos, como son los siguientes:

**Núcleo celular.** Como todos sabemos el núcleo en una célula normal, esta constituido por cromatina, ácido desoxirribonucleico (ADN), y con ello la apetencia de color de los núcleos, y el tamaño nuclear son una función del número de cromosomas, dicho esto en otras palabras, los cromosomas son constantes sólo en las células germinales, pero en las células

las del cuerpo, los cromosomas se encuentran en el núcleo en una cantidad normal constante, es decir, una agrupación de cromosomas simples (haploide), doble (diploide) o múltiple (poliploide), predominando con esto siempre un determinado tamaño nuclear o del núcleo que sirve de "tamaño regulador". Lo que no sucede todo lo anterior en los tumores, es decir, en los tumores de crecimiento exagerado y muy disfigurados, p. ej.: en un sarcoma de células polimorfas, faltan ampliamente las leyes que rigen la disposición de los cromosomas.

El nucléolo. Con su contenido en ácido ribonucleico (ARN) y como lugar central conductor del metabolismo proteico de células, está aumentado en todos los estados de mayor consumo de proteína (embriogénesis, en la regeneración o en la producción de secreción celular que contenga albúmina). Como es de esperar, se encuentran nucléolos especialmente grandes y groseros en los casos simples o múltiples o también en el caso tumoral.

Las células tumorales se multiplican, por lo regular, mediante divisiones mitóticas. El número de las mitosis sirve para apreciar el grado de la velocidad del crecimiento. Lo mismo puede decirse acerca del crecimiento normal del tejido. La valoración diagnóstica del número de mitosis se limita por ello, pues el crecimiento de los tumores (y de los tejidos normales) no cursa de un modo continuo, sino que pueden observarse, en determinados intervalos, oscilaciones rítmicas. Así puede ocurrir que el investigador encuentre muchas menos mitosis en un carcinoma de rápido crecimiento que, -- p. ej.: en la mucosa uterina durante la fase proliferativa.

Citoplasma. En él se observa el aparato de Golgi agrandado en las células tumorales que en las células de los teji-

dos comparativos. Ahora bien, en lo que se refiere al número de mitocondrias, éstas son numerosas y más pequeñas y experimentan una pérdida de diferenciación. Según estas observaciones concuerdan con las investigaciones histoquímicas modernas, y están disminuidos los distintos fermentos celulares (las mitocondrias se consideran como portadoras de fermentos), por lo que los tumores malignos experimentan una pérdida de diferenciación.

En ocasiones se encuentran en el citoplasma inclusiones de células tumorales malignas de distintas clases. Las más conocidas son las inclusiones acidófilas hialinas localizadas en los carcinomas cutáneos de epitelio plano. Pero, también se pueden observar en otros tumores. Estas inclusiones se han descubierto por medio de el microscopio electrónico. Sin embargo, estas inclusiones que también se presentan en otras células, no son en modo alguno específicas para las células tumorales.

### 1.3. Desarrollo y propagación de los tumores

Los tumores se desarrollan "de si mismos", es decir, por partición de las propias células tumorales a un ritmo determinado y definido temporalmente. El desarrollo comienza en el momento en que el tumor, hasta entonces latente y no comprensible morfológicamente, limitado a un espacio estrecho, comienza a aumentar de tamaño por multiplicación celular (segundo período del origen del tumor), donde, dicho con otras palabras, el lugar que ocupa el tumor se manifiesta como un tumor verdadero.

Fundamentalmente en lo que se refiere al comportamiento de los tumores con la vecindad, pueden distinguirse dos dis-

tintos tipos de crecimiento.

Unas veces, el germen tumoral aumenta 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 de la vecindad son ---- comprimidas, los espacios intercelulares, suprimidos, hasta que por fin mueren las células, en parte, porque no pueden soportar la presión (atrofia por presión) y, en parte, -- porque no llegan a ellas el oxígeno y las sustancias nutritivas que necesitan: crecimiento expansivo por desplazamiento.

Por otra parte, 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 destruídas paulatinamente: - crecimiento destructor y penetrante por infiltración.

Ambas clases de crecimiento pueden semejarse al de una patata o al de una cepa en la tierra.

Los tumores de crecimiento expansivo se proveen de sangre así mismos con sus arterias y venas. Regularmente se -- trata de tumores benignos desde el punto de vista biológico, de crecimiento lento. Las células se multiplican principalmente en las porciones centrales del tumor. El sensible -- parénquima de la vecindad, comprimido, se atrofia (compre--- sión de los vasos), pero, por el contrario, las porciones de tejidos más resistentes, como los fibrocitos y las fibras - colágenas, permanecen y se convierten en una cápsula concéntrica.

El crecimiento por infiltración es generalmente caracte -- rístico de la malignidad. Sin embargo, en ocasiones los --

tumores benignos, como fibromas, hemangiomas y gliomas, pueden infiltrar el tejido donde asientan. Los cánceres que crecen 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 tumor infiltrante produce la muerte del tejido donde asienta, es decir, que crece destruyendo simultáneamente.

La velocidad del crecimiento muestra en cada una de las formas tumorales grandes oscilaciones. Los tumores malignos de crecimiento rápido pueden producir trastornos gravísimos en breve tiempo, y en un período de menos de un año acarrear la muerte del portador. Debido al crecimiento rápido, se desarrollan con frecuencia extensas necrosis en el centro del tumor. Los tumores benignos no raramente crecen durante toda la vida y, en ocasiones, detienen su crecimiento después de cierto tiempo. La velocidad de crecimiento no está determinada sólo por las propiedades de las células tumorales.

El tumor comienza ya en su estado naciente a propagarse en todas direcciones. En el curso sucesivo va penetrando de un modo continuo, en el tejido vecino. El tumor forma un complejo de dependencia. Los tumores pueden alcanzar también por continuidad, órganos bastantes apartados de su localización si se desarrollan en el sistema de los vasos sanguíneos o linfáticos.

Se habla de una propagación discontinua cuando partes tumorales se desprenden del tumor primario, son transportados por vía linfática o sanguínea y producen metástasis en órganos situados en zonas apartadas. Sólo los tumores malignos poseen la facultad de propagarse de esta forma o, mejor dicho, sólo los tumores capaces de producir metástasis pue--

den definirse como tumores malignos.

Las condiciones indispensables para el origen de una metástasis es que parte del tumor penetre en los vasos linfáticos o sanguíneos y que se desprenden células de continuidad de la base tumoral. Sólo los carcinomas y los sarcomas infiltrantes están capacitados generalmente para producir metástasis. Ello es debido, entre otras cosas, a que las células están mucho menos ligadas en las tumoraciones malignas que en los tumores benignos y en los tejidos normales. Los sarcomas transportan su metástasis preferentemente por vía sanguínea, y los carcinomas, por vía linfática. El transporte propiamente dicho de las células tumorales tiene lugar de un modo pasivo por la corriente sanguínea y linfática, y en su dirección esta determinada por las circunstancias anatómicas. Las células carcinomatosas linfógenas alcanzan primeramente los ganglios linfáticos regionales, manteniéndose en el seno marginal y creciendo ahí hasta formar metástasis. Entonces abandonan nuevas células cancerosas el vaso eferente y alcanzan el próximo ganglio linfático. De esta forma, un carcinoma de la cavidad oral puede atacar, p. ej.: 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 transportados también las células cancerosas en sentido retrógrado.

En la producción de metástasis por vía hematogena las células cancerosas que flotan en la sangre retenidas en la próxima red capilar, cuya sangre es conducida a través de la vena cava y produce metástasis en los pulmones, mientras que los tumores procedentes de la zona de la vena porta las producen en el hígado, y los situados en los pulmones, por último, en el lecho capilar de la circulación mayor. De esta



forma muestra la metástasis el lugar de localización del tumor primario, si bien son raros los tipos de metástasis de forma pura, porque más tarde las metástasis pueden ser también fuente de nuevos establecimientos. En el período final están invadidas comúnmente todas las zonas capilares de tumores - "hijos".

Mucho más raramente se propagan las células tumorales de un modo discontinuo en otros sistemas de cavidades, p. ej.: en las cavidades serosas, en el tracto respiratorio, digestivo y urogenital. Las células que flotan en el exudado de las cavidades pleural, pericardiaca y peritoneal encuentran una relación bastante fácil con el tejido conjuntivo vascular de la serosa. Las condiciones nutritivas extraordinariamente en la ascitis, permiten que las "metástasis flotantes" se multipliquen, incluso sin estroma, en este medio líquido. Mucho más difícil es la implantación de células tumorales libres en las mucosas cubiertas de epitelio. Condición previa sería que el epitelio estuviera lesionado. Si existen metástasis por implantación, por contacto o por continuidad, es cosa más que probable. Las "metástasis por proximidad" de un cáncer del labio inferior, p. ej.: al labio superior, se consideran, por lo regular, como metástasis linfógenas.

Tiene una gran importancia práctica la confirmación de que las células transportadas por vía linfógena o hematógena mueren casi todas, en parte, durante el transporte, y, en parte, después de su establecimiento en el tejido. A esto contribuyen las sustancias activas y los sistemas de fermentos contenidos en los jugos y las células permanentes libres en ellos (fagocitosis). Sólo una pequeña parte de las células tumorales desprendidas logran, después de un tiempo de latencia más o menos largo, constituir una metástasis. A una

generalización extensa sólo se llega probablemente cuando las defensas del organismo han fracasado. Algunos órganos disponen de un sistema de defensa extraordinariamente enérgico. Resumiendo, un tumor maligno primario es muy probable que produzca constantemente células emigrantes, pero que estas sólo en casos excepcionales se desarrollan hasta formar una tumoración hija. Únicamente la falta de "defensa" permite el establecimiento de una gran metástasis que termine con la muerte.

#### 1.4. Clasificación de los tumores

En general, estamos habituados a interpretar el hallazgo canceroso desde el punto de vista del pronóstico en lugar de objetivarlo en forma descriptiva. El mejor ejemplo de esta afirmación es el empleo de conceptos como "estadio precoz o tardío". En general, consideramos un carcinoma pequeño como en el estadio "precoz" y otro de mayor extensión como un caso "tardío".

Pero el tamaño de los tumores por sí sólo no es un parámetro cuantitativo para determinar el pronóstico. Sería más decisivo enjuiciar la velocidad del crecimiento de la tumoración, concepto bajo el que entendemos el tiempo necesario por el tumor para alcanzar el tamaño actual. La velocidad de crecimiento depende por otra parte de múltiples factores. Algunos de los más importantes son: división celular, destrucción de las células y reacciones defensivas del huésped. Pero no podemos medir los factores mencionados en relación con la magnitud del tumor. Por ello, tenemos que conformarnos con la descripción de las manifestaciones morfológicas, es decir, utilizamos un método de objetivación, considerando como peculiaridad objetiva únicamente lo que puede medirse,

describirse y documentarse según el hallazgo clínico. Cuenta solamente la descripción de la extensión tumoral.

En una generalización estricta de este principio, se funda la lógica del sistema TNM, que excluye cualquier tipo de interpretación. Se evitan conceptos "estadio precoz y tardío".

El concepto estadio califica más bien la extensión comprobable de la enfermedad sobre la base de una descripción precisa de los hallazgos y empleando métodos de exploración prescritos y determinados internacionalmente.

Para la descripción del hallazgo empleamos tres situaciones iniciales básicas de la enfermedad cancerosa:

1. El tumor primario solo (T).
2. El tumor primario con hallazgos en los ganglios linfáticos (TN).
3. El tumor primario con metástasis lejanas (TM).

La determinación de los hallazgos en el lugar de origen (T), la región linfática correspondiente (N) y a nivel de las metástasis u órganos lejanos (M), nos describe la extensión de la enfermedad cancerosa en su totalidad (TNM). En correspondencia con el grado de extensión comprobable, distinguimos diversos estadios dentro de cada una de las categorías T, N y M. Estos estadios son:

Categorías-T	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>
Categorías-N	N <sub>0</sub>	N <sub>1</sub>	N <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>
Categorías-M	M <sub>0</sub>	M <sub>1</sub>		

La reunión de cada una de las categorías determinadas

en cada estadio, nos proporciona la categoría total TNM.

De ello resulta la fórmula tumoral.

Además, la clasificación universal en estadios sirve para:

- a. Determinar el pronóstico.
- b. Planear el tratamiento.
- c. Intercambiar informaciones entre diversos centros terapéuticos.
- d. La enseñanza para conseguir una mejor comprensión de la enfermedad cancerosa.
- e. Investigación ulterior del problema del cáncer en la clínica.

#### Clasificación del tumor primario (T)

El tumor es sometido a una primera caracterización mencionando su localización (lugar de origen). La localización está subdividida sistemáticamente en regiones y áreas.

Así, por ejemplo la región de la boca abarca seis áreas, como: mucosa de las mejillas, apófisis alveolar del maxilar, apófisis alveolar de la mandíbula, paladar duro, lengua y suelo de la boca. Para cada localización tumoral hay que emplear los correspondientes criterios a fin de determinar la extensión, infiltración y destrucción: bien determinando su magnitud en centímetros o mencionando características como "móvil" o "fijo".

En correspondencia con los grados de dificultad diagnóstica, distinguimos tres tipos fundamentales de tumor primario:

1. El tumor primario directamente accesible.

2. El tumor primario indirectamente accesible.
3. El tumor primario inaccesible.

1. Tumores directamente accesibles.

El ejemplo clásico para el tumor primario directamente accesible a simple vista y por la palpación, es el -- cáncer del suelo de la boca y de la mama. Aquí existen tres criterios para definir las categorías T: extensión en superficie, magnitud del tumor, expresados ambos en centímetros, participación de los tejidos situados por encima o por debajo.

La extensión en superficie del carcinoma de la cavidad bucal puede determinarse en su diámetro mayor mediante un -- compás, dividiéndolo en:

- T<sub>1</sub>- Tumor de 2 cm ó menos como diámetro máximo.
- T<sub>2</sub>- Tumor mayor de 2 cm pero no mayor de 4 cm en su diámetro máximo.
- T<sub>3</sub>- Tumor mayor de 4 cm en su diámetro máximo.
- T<sub>4</sub>- Tumor masivo mayor de 4 cm de diámetro con invasión profunda afectando antro, músculos pterigoideos, base de la lengua o piel del cuello.

Naturalmente, la magnitud del tumor pos sí sólo resulta decisiva cuando no existe participación cutánea ni del tejido subyacente, es decir, un tumor móvil se clasifica como T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub> o T<sub>3</sub>, según su magnitud, precisando mejor estas categorías con las letras a y b.

a (T<sub>1a</sub>, T<sub>2a</sub>, T<sub>3a</sub>) quiere decir que el tumor no está -- fijado a la fascia ni al músculo pectoral.

b ( $T_{1b}$ ,  $T_{2b}$ ,  $T_{3b}$ ) por el contrario, indica que el tumor está fijado a la fascia o al músculo temporal.

## 2. Tumores indirectamente accesibles

Para determinar la magnitud y extensión de los tumores indirectamente accesibles, están indicados métodos de diagnósticos especiales. En el carcinoma vesical, se trata de la cistoscopia, las exploraciones bimanuales en narcosis y la biopsia. Los hallazgos urológicos no son utilizables como criterios de clasificación. En el carcinoma de la faringe y de la laringe recurrimos a la laringoscopia y la exploración radiológica, así también a la microscopia laríngea.

En los tumores indirectamente accesibles, en determinados casos la clasificación de las categorías T se funda en el número de áreas afectadas, p. ej.: tumores de la orofaringe, divididos en 4 zonas estrictamente delimitadas, en los que las categorías son las siguientes:

- $T_1$  - Tumor limitado a una área.
- $T_2$  - Tumor extendido a dos áreas.
- $T_3$  - Tumor que ha sobrepasado los límites de la orofaringe.

## 3. Tumores inaccesibles

Finalmente, la magnitud y extensión de los tumores inaccesibles sólo pueden ser determinados con la exactitud exigida cuando mediante laparatomía es posible la exploración directa de la región afectada. Además, se tiene también en cuenta el hallazgo patológico de la pieza operatoria. Este proceder lo abarcamos conjuntamente bajo el concepto de: descripción quirúrgica-anatomopatológica del hallazgo. Está prescrita para los carcinomas del colon, recto, vejiga urina-

ria y estómago.

La importancia decisiva del hallazgo durante la laparotomía se deduce por el hecho de que en la determinación de las categorías T no resultan definitivos la magnitud o la localización del tumor primario, sino el grado de infiltración o penetración en la pared gástrica.

En estos casos es necesaria la exploración quirúrgica con el abdomen abierto y el estudio anatomopatológico de la preparación. Sólo en los casos muy avanzados, en los cuales ya no hay que pensar en la operación, puede ser suficiente el hallazgo clínico, incluyendo las exploraciones radiológicas, endoscópicas y citopatológicas.

Las categorías T se definen de la manera siguiente:

- T<sub>1</sub>- El tumor infiltra la mucosa.
- T<sub>2</sub>- El tumor infiltra la mucosa, la submucosa, la muscular y se extiende a la serosa, pero no la atraviesa.
- T<sub>3</sub>- El tumor atraviesa la serosa con o sin infiltración de los tejidos vecinos.
- T<sub>4</sub>- Linitis plástica: el tumor infiltra la totalidad de la pared gástrica y las estructuras ambientales, - siendo ya imposible su delimitación.
- T<sub>x</sub>- No se puede determinar el grado de infiltración del tumor en la pared gástrica. Esta categoría T<sub>x</sub> se presenta cuando no se ha realizado una laparotomía, independientemente de que existan o no hallazgos - radiológicos, endoscópicos y citológicos.

### Clasificación de ganglios linfáticos

La siguiente clasificación de ganglios regionales es aplicable a todos los tumores malignos de cabeza y cuello. Al valorar clínicamente el volumen de la masa ganglionar debe medirse y tenerse en cuenta la intervención de tejidos blandos. Está admitido que la mayor parte de masas de más de 3 cm de diámetro no son ganglios solamente, sino ganglios confluentes o tumor en los tejidos blandos del cuello. Hay tres etapas de ganglios clínicamente positivos:  $N_1$ ,  $N_2$  y  $N_3$ . No es necesario utilizar los subgrupos a, b, y c, aunque se recomienda emplearlos. Los ganglios en la línea media se consideran como homolaterales.

- $N_0$ - No hay ganglios palpables.
- $N_1$ - Un solo ganglio homolateral positivo, de menos de 3 cm de diámetro.
- $N_2$ - Un ganglio clínicamente positivo homolateral de 3 a 6 cm de diámetro, o varios ganglios homolaterales clínicamente positivos, ninguno de ellos de más de 6 cm de diámetro.
  - $N_{2a}$ - Ganglio homolateral positivo clínicamente único, de 3 a 6 cm de diámetro.
  - $N_{2b}$ - Ganglios homolaterales múltiples, clínicamente positivos, ninguno de los cuales tiene más de 6 de diámetro.
- $N_3$ - Ganglio (s) homolateral (es) masivos, ganglios bilaterales, o ganglios contralaterales.
  - $N_{3a}$ - Ganglio único o múltiple homolateral clínicamente positivo; uno de más de 6 cm de diámetro.
  - $N_{3b}$ - Ganglios clínicamente positivos bilaterales (en estas circunstancias hay que establecer



por separado la etapa para cada lado del cuello; o sea,  $N_{3b}$ - derecha,  $N_{2a}$ - Izquierda  $N_1$ ).

$N_{3c}$ - Ganglio (s) clínicamente positivo (s) contralateral (es) solamente.

A continuación, se da un resumen del agrupamiento de los estadios del cáncer bucal:

Estadio I-  $T_1, N_0, M_0$  El tumor primario esta limitado a su lugar de origen en la cavidad bucal, sin metástasis ganglionares palpables.

Estadio II-  $T_2, N_0, M_0$  El tumor se ha extendido más allá de su lugar de origen alcanzando las zonas vecinas, pero todavía esta limitado a la cavidad bucal sin metástasis ganglionares palpables.

Estadio III-  $T_3, N_0, M_0$   
 $T_1 \text{ o } T_2 \text{ o } T_3, N_1, M_0$   
 El tumor primitivo es parecido al de los estadios 1 ó 2, pero con metástasis ganglionares cervicales clínicamente palpables no fijos.

Estadio IV-  $T_4, N_0, M_0$   
 Cualquier T,  $N_2, M_0$   
 Cualquier T, cualquier N,  $M_1$   
 El tumor primitivo es similar al de los estadios 1 ó 2, o bien se ha extendido más allá de la cavidad bucal con metás

tasis ganglionares fijos, clínicamente palpables, o bien - el tumor es como los estadios 1, 2 y 3 con metástasis a distancia.

En conclusión, cualquier examen que se utilice para el diagnóstico del cáncer bucal, se puede establecer la clasificación del tumor. En la página 57 se presenta una forma - para enunciar la clasificación del tumor.

### 1.5. Etiología

Desde la antigüedad el hombre y otros vertebrados han sufrido las consecuencias de las tumoraciones cancerosas. - La causa de los cánceres es aún desconocida. Sin embargo, se ha comprobado que son muchos los factores o agentes cancerígenos que predisponen y desencadenan el desarrollo de los cánceres de la boca. Por otro lado, los mecanismos que juegan estos agentes y por lo que las células se vuelven cancerosas es impreciso; pero de alguna manera estos agentes -- efectúan la transición de algunas poblaciones de células - del estado normal al de malignidad.

Etiológicamente, los agentes cancerígenos se clasifican en dos grupos según sea su origen:

#### 1. Agentes cancerígenos de origen intrínsecos

Entre estos agentes se mencionan: 1. los estados de malnutrición y, 2. los sistémicos. Los primeros están representados por el alcoholismo, por un déficit vitamínico y el Síndrome de Plummer-Vinson<sup>1</sup>. Entre los sistémicos tenemos a

los de origen virales, los bioquímicos y los genéticos. Entre estos agentes (los sistémicos) no se ha podido demostrar una relación causal precisa, y el papel de estos puede ser más bien como agentes oportunistas secundario, que de agentes causal primario.

## 2. Agentes cancerígenos de origen extrínsecos

En este inciso se incluyen:

1. Las radiaciones. Estudios clínicos en determinadas condiciones, y según las dosis y la duración de la exposición puede producir cáncer, y sobre todo, en las personas de piel clara cuya mínima pigmentación les proporciona una protección inadecuada contra los rayos solares<sup>2</sup>.
2. Los irritantes térmicos. También deben considerarse como factores excitantes en potencia los alimentos y líquidos calientes y el exceso calor de la pipa o del humo del tabaco.
3. Los irritantes físicos. Entre estos agentes tenemos a los dientes con bordes filosos, las obturaciones mal adaptadas, los bordes ásperos de las obturaciones, etc., desempeñan sin lugar a duda algún papel en las neoplasias<sup>3</sup>.
4. Los irritantes químicos. Dentro de estos agentes tenemos una gran cantidad, que se usan en diferentes industrias y con distintos fines, los cuales se pueden mencionar a los hidrocarburos policíclicos, los aditivos, los alquilantes, etc.

---

1. Cfr., THOMA, Patología oral, p. 902.

Cfr., ZEGARELLI, Edward V, Diagnóstico en patología oral, p. 270.

2. Idem.

3. Cfr., KATZ, Simón, Odontología preventiva en acción, p. 378-396.

Así, se puede observar que los agentes que producen - cáncer son una gran variedad, y pasarán muchos años por dilucidar totalmente la etiología del cáncer, aunque se han realizado extensos estudios desde hace varias décadas sobre los agentes cancerígenos.

En resumen, el cáncer es un padecimiento en el cual hay una alteración celular, y que puede presentarse en cualquier especie animal, y refiriéndose exclusivamente al hombre, cabe apuntar que el cáncer no hace distinciones entre raza, sexo, edad o clase social. Esto quiere decir que ninguna colectividad humana o nación esta exenta de padecerlo.

## 1.6. Tratamiento

Las tres modalidades principales de tratamiento: cirugía, radioterapia y quimioterapia, puede utilizarse aisladamente o en combinaciones diversas, según la localización anatómica del tumor y la histopatología. En fín, los diferentes tipos de tratamiento tienen un papel definido en el tratamiento - curativo y paliativo del cáncer. En general, los objetivos del tratamiento varían según el grado del cáncer. Otro tipo de tratamiento que se esta realizando en la actualidad es la inmunoterapia, la cual no ha tenido éxito alguno, pero de - ninguna manera éste se hará a un lado en el tratamiento del cáncer, ya que, a mi manera de ver, este será el tratamiento definitivo del cáncer.

### Cirugía

a. La cirugía como medida curativa. Para que tenga -- éxito se necesita que la enfermedad se limite a un órgano o región no vital que sea accesible a la resección total. Los conceptos quirúrgicos para el tratamiento del cáncer dieron

origen a operaciones en los que se combinaba escisión local y resección de los ganglios linfáticos en bloque. El concepto de la resección en bloque implica que la resección se haga abarcando el tejido sano alrededor de la tumoración y que la muestra incluya la canalización linfática en continuidad siempre que sea posible. La residiva local inmediata prueba que la escisión no ha sido completa.

b. La cirugía como medida paliativa. Esta es útil cuando la extirpación local del tumor primario o la masa metastásica:

1. Alivia la obstrucción de una viscera hueca.
2. Alivia el dolor.
3. Restituye la función.
4. Controla la infección.
5. Repara el aspecto estético.
6. Prolonga la vida.

En general, la intervención quirúrgica está indicada - cuando puede controlar efectivamente las manifestaciones del cáncer que en el momento están provocando molestias principales del paciente. El efecto paliativo se alcanza solamente cuando el paciente vive lo suficiente para gozar del alivio dado por la operación.

### Radiación

a. La radiación como medida curativa. Para ser curativa la radiación depende de la susceptibilidad del cáncer a la destrucción total mediante la misma. Algunas formas de cáncer son más susceptibles que otros. Por desgracia, los menos diferenciados, aunque suelen ser los más sensibles a una dosis determinada, son los menos curables debido a su potencial biológico.

La radioterapia, puede utilizarse empleando una fuente externa o interna de radiación. Las fuentes externas pueden consistir en cobalto 60, supervoltaje y electrones de megavoltaje, y rayos X. Los métodos internos de radioterapia incluyen agujas de radio, semillas de radón y otros materiales radiactivos.

La dosis necesaria para esterilizar una neoplasia determinada aumenta con su volumen. Las ventajas principales de la radioterapia son la posibilidad de conservar tejidos normales y sus funciones, y la capacidad de tratar un volumen tumoral mayor del que puede extirparse adecuadamente por cirugía. Los inconvenientes de esta son: planes prolongados de tratamiento, semanas de espera, y lesiones por radiación de tejidos normales que atraviesa el haz de rayos cerca del tumor. Los efectos secundarios indeseables incluyen mucositis, epidermitis, xerostomía, alteraciones del gusto, caries por radiación, lesión de la pulpa, trismo, trastornos musculares y osteorradionecrosis<sup>1</sup>.

b. La radiación como medida paliativa. Esta se usa cuando disminuye la velocidad de crecimiento de la tumoración, prolongando la vida útil del paciente y aliviando el dolor, principalmente en las metástasis óseas.

#### Quimioterapia

A la fecha, la quimioterapia solamente es curativa en un tumor, el coriocarcinoma<sup>2</sup>. En otros casos la quimioterapia se

---

1. Cfr, WAITE, Cirugía bucal práctica, p. 274-276.

2. Cfr, SCHWART, Patología quirúrgica, p. 255.

usa como medida paliativa. En estos casos pueden ser de origen general (leucemia y linfoma diseminado).

Los quimioterápicos que se usan actualmente son los agentes alquilantes (mostaza nitrogenada), antibióticos (actinomicina D), antimetabolitos (5-fluorouracil, metotrexato), hormonas (corticoesteroides, estrógenos) y agentes diversos como el uretano. Todos, excepto las hormonas, afectan las células de crecimiento y la proliferación más rápida o del organismo, -- principalmente las de la médula ósea, y el epitelio intestinal. La toxicidad para estas células normales limita su aplicación para el control del cáncer. Las dosis terapéuticas efectivas pueden causar la muerte antes de lograr controlar el cáncer<sup>3</sup>.

En resumen los tumores de la cavidad bucal (paladar duro, encías, lengua, piso de la boca y labios), se tratan únicamente mediante cirugía, radioterapia, aislada o combinación de ambos métodos.

Las lesiones del paladar duro y encías raramente se tratan mediante radioterapia aislada. Puesto que existe muy poco tejido protegiendo el hueso, son frecuentes las complicaciones tras radioterapia. Los tumores del paladar duro se tratan preferentemente mediante amplia escisión local seguida de colocación inmediata de una prótesis para recubrir el defecto resultante. Los tumores de las encías reducen rápidamente su tamaño después de radioterapia y este tratamiento logra esterilizar los focos microscópicos después de lo cual puede procederse a la extirpación del tumor incluyendo una porción de la mandíbula. Puesto que en esta lesión la regla es la afectación precoz de los ganglios cervicales, es necesario practicar una

---

3. Idem.

Cfr., LYNCH, Medicina bucal, p. 573.

disección radical del cuello en el mismo tiempo operatorio.

Los tumores pequeños de la lengua y piso de la boca pueden tratarse del mismo modo. Para los tumores de mayor tamaño deberá emplearse la misma técnica de tratamiento quirúrgico en los tumores de la encía.

Las lesiones labiales se tratan quirúrgicamente o mediante radioterapia, sin embargo, la disección del cuello se práctica únicamente cuando existen ganglios palpables.

La disección radical del cuello se práctica:

1. En el momento de la escisión del tumor primario cuando existen metástasis precoces, p. ej.: lesiones en el piso de la boca y lengua.
2. Siempre que existan ganglios palpables, sea cual sea la localización del tumor primario.
3. Siempre que existan ganglios palpables y el tumor primario ha sido controlado previamente mediante radioterapia o tratamiento quirúrgico.

#### 1.7. Pronóstico

Uno de los más difíciles problemas a los que se enfrenta el médico es saber el futuro que le espera al paciente canceroso, ya que la enfermedad tiende a diseminarse y producir la muerte del paciente y por consiguiente el pronóstico será desfavorable. Se ha escogido arbitrariamente un período de cinco años para la mayoría de las formas de cáncer en el paciente. Si el paciente sobrevive 5 años y permanece libre de manifestaciones de recidiva o de diseminación a distancia, se le puede informar que se encuentra curado. Sin embargo, algu



nos tumores, pueden recidivar después de muchos años, por consiguiente el pronóstico será alterado por ciertos factores:

1. Diferenciación de las células tumorales. Mientras - menos diferenciadas sean las células tumorales más probabilidades habrá de que se disemine tempranamente a distancia y de residiva local.
2. Tipo histológico del tumor. Los sarcomas tienden a diseminarse por la circulación y causar metástasis en el pulmón. Los adenocarcinomas y los carcinomas de células escamosas se diseminan primero a los linfáticos regionales.
3. Sitio de la tumoración. Los tumores benignos o malignos que afectan órganos vitales como el cerebro, el hígado, el corazón pueden ser mortales aunque no tengan diseminación a distancia.
4. Edad del paciente. De ordinario, mientras más joven es el paciente más rapido progresa el tumor.
5. El grado de la enfermedad y el tiempo del tratamiento. Algunas formas de cáncer (leucemia), son generalizadas desde el principio. El pronóstico es mejor cuando el tumor se encuentra limitado al órgano de origen, y se puede hacer un tratamiento local efectivo por medios quirúrgicos o por radiación. El pronóstico se vuelve sobrio cuando el tumor ha rebasado los límites del órgano de origen, por extensión directa o por diseminación a través de los linfáticos regionales. La diseminación por la corriente sanguínea es la de peor pronóstico.

6. Células cancerosas en la sangre. Se sabe que por la corriente sanguínea pueden diseminarse células cancerosas viables y pueden encontrárseles en muchos pacientes, pero no se ha hallado la relación entre su presencia y la formación ulterior de metástasis a distancia, o la falta de éstas. Desde luego el huesped cuenta con varios factores que destruyen estas células circulantes.
  
7. Biología del cáncer. Algunas formas de cáncer se caracterizan por crecimiento rápido que provoca en poco tiempo el fallecimiento del paciente.

Por último, cabe decir algo respecto a nuestra actitud en el cuidado del paciente canceroso. ¿Debe decirsele al paciente que tiene cáncer? Algunos autores opinan que el paciente tiene derecho a saber la verdad. Lo importante es la forma de revelarle el padecimiento, y el paciente deberá de quedar convencido de que el médico tiene interés constante en su problema y que estará luchando a su lado, es decir, el paciente debe siempre creer que hay esperanza, y el interés constante del médico simboliza esta esperanza. Si su forma de cáncer es incurable, la meta será mantenerlo con vida, sin molestias y llevando una vida productiva por el mayor tiempo que sea posible.

## 2. HISTORIA CLINICA

El propósito real de una historia clínica debe encaminarse a detectar las posibles anomalías o disfunciones de la región explorada. Es sumamente importante que toda historia clínica sea metódica y ordenada, revisando escrupulosamente todos los tejidos y órganos vecinos a la boca, para así no dejar pasar por alto cualquier anomalía que a pesar de no manifestarse clínicamente está presente, y por tanto ya indica un estado anormal. En más de una ocasión tumoraciones de tipo maligno pasan desapercibidas por el Cirujano Dentista debido a su negligencia al explorar la cavidad oral y sus anexos.

Es muy importante la historia que el paciente nos refiere, o sea, el Padecimiento Actual, pues aporta un sinnúmero de datos que resultan muy significativos. El paciente debe ser interrogado cuidadosamente acerca de los síntomas y anomalías que ha presentado en la región afectada. Se debe tener en cuenta que el dolor no es usualmente un síntoma precoz del cáncer oral, y que en la mayoría de los tumores malignos orales hay una relación alrededor de la masa.

En resumen, podemos decir que la historia clínica es uno de los aspectos más importantes para el diagnóstico de la enfermedad. Si esta es realizada correctamente, nos inducirá hacia un diagnóstico correcto de la patología.

La historia clínica que realiza un odontólogo debe abarcar un examen general que encuadre las enfermedades generales y un examen bucal que abarque las anomalías de las es---

estructura orales.

## 2.1. Examen general

El examen general, nos indicará algún dato que se pueda relacionar con la patología oral; el examen se realizará con el fin de encontrar problemas neoplásicos en la cavidad oral, lo cual, es el objetivo de esta tesis.

El examen general constituirá siempre en; 1. Ficha de identificación; 2. Antecedentes familiares, Antecedentes personales no patológicos y Antecedentes personales patológicos y por último, 3. Interrogatorio por aparatos y sistemas.

### 1. Ficha de identificación

La ficha de identificación abarca los siguientes datos: nombre, fecha de nacimiento, edad y sexo, domicilio, estado civil y ocupación.

Esta ficha es imprescindible para empezar el expediente del paciente y nos permite relacionar en algunas ocasiones la etiología de la lesión con la ocupación, sexo, estado civil y edad del paciente, por ejemplo: el sexo y la edad del paciente, la mayoría de las veces, nos es de gran utilidad, ya que ciertas lesiones cancerosas, tienen preferencia por un sexo en especial y se presentan sólo en una etapa de la vida exclusivamente. En este ejemplo podemos citar al melanoma maligno y carcinoma que se presentan sólo en pacientes de 60 años.

### 2. Antecedentes

Enseguida se interrogará al paciente sobre

sus: a. Antecedentes familiares, b. Antecedentes personales no patológicos y c. Antecedentes personales patológicos.

a. Antecedentes familiares

Este punto comprende enfermedades que han padecido sus padres, hermanos, tíos, abuelos.; los datos que nos refiera el paciente nos pueden orientar hacia una herencia o predisposición a cierta enfermedad como es el caso de la diabetes, hipertensión, cardiopatías, enfermedades mentales, etc.

b. Antecedentes personales no patológicos

Aquí el paciente nos informará sobre su higiene en general y bucal, aseo personal, alimentación, escolaridad, deportes, forma de vida, hábitos como tabaquismo, alcoholismo o algún otro hábito, inmunizaciones.

Este inciso es de valor diagnóstico en ocasiones, ya que los hábitos como el tabaquismo, el alcoholismo y otros son fuentes de irritación crónica que afectan las capas superficiales sobre todo las mucosas orales, ejemplos claros son los pacientes con estos hábitos y que desarrollaron una hiperqueratosis o un carcinoma.

c. Antecedentes personales patológicos

Estos comprenden los traumatismos, intervenciones, transfusiones, sensibilidad a objetos, medicamentos o alimentos, así como enfermedades pasadas o actuales, su evolución y su tratamiento.

Es de suma importancia las enfermedades que ha padecido el paciente y las enfermedades actuales, ya que en ocasiones

es valiosa la evolución de una enfermedad. Esto es aplicable en el terreno de las neoplasias orales, ya que si se encuentra un tumor de varios años y su crecimiento ha sido muy lento, nos indicará que la neoplasia será un tanto benigna y su tratamiento será favorable en la mayoría de los casos y así podemos descartar un diagnóstico de neoplasia netamente maligna.

En cuanto a las enfermedades pasadas o actuales, podemos decir que la aparición de la lesión oral es en ocasiones -- sólo una manifestación de una enfermedad sistémica o que la lesión oral se acompaña de lesiones con localización corporea o con síntomas generales.

### 3. Interrogatorio por aparatos y sistemas

El interrogatorio comprenderá los siguientes aparatos y sistemas.

a. Aparato digestivo. Se interrogará al paciente sobre si la deglución es satisfactoria (esófago); existe dolor epigástrico, náuseas, vómito, sensación de plenitud o distensión? (estómago); hay o ha habido ictericia, crecimiento abdominal sangrado anormal, anorexia, fatigabilidad, dolor o pesadez en cuadrante superior derecho? (hígado); es normal el tránsito intestinal, existe diarrea, estreñimiento, molestias rectales, dolor abdominal bajo, sangrado en heces? (intestinos).

En caso de obtener un dato anormal se interrogará sus características, así como circunstancias de aparición, duración, acompañantes y medidas que lo modifiquen.

Será necesario descartar por medio de exámenes algún --

problema de orden general no relacionado a alguna neoplasia como puede ser algún problema microbiano, úlcera, gastritis, hepatitis, hemorroides, etc.

Tendrá valor diagnóstico la aparición de síndromes de mal absorción (esprue), la colitis ulcerosa y la cirrosis hepática que no tuvieran una aparente etiología conocida, ya que estos padecimientos se relacionan con los carcinomas de células escamosas. También sería de valor diagnóstico la aparición de un proceso maligno interno como un adenocarcinoma del conducto gastrointestinal.

b. Aparato cardiovascular. El interrogatorio se hará en base a los signos y síntomas: existe disnea de de cúbito o de esfuerzo, edemas, dolor precordial, o presión, - palpaciones?; Existe cefalea, vértigo con los cambios bruscos de posición, epistaxis? (hipertensión arterial); duelen las extremidades con el ejercicio, se enfrían, es delgada la piel? (vascular periférico).

Algún dato positivo será de menor importancia, ya que no nos dá un dato específico de neoplasia, es más bien de orden general.

c. Aparato respiratorio. Aquí se busca alguna anomalía como tos con o sin expectoración, por accesos o toseduras y si se acompaña de expectoración escasa o abundante, purulenta, sanguinolenta?; existe disnea de esfuerzo, - cianosis?; se acompañan estos signos y síntomas de datos generales como fiebre o pérdida de peso?, por lo general, los padecimientos pulmonares graves se acompañan de expectoración purulenta o sanguinolenta y de síntomas generales.

d. Aparato genito-urinario. Según sea el --

sexo del paciente se preguntará si existe flujo y con qué características?; es normal la menstruación, su ritmo, cantidad y duración?; qué ritmo tiene la diuresis, las características de la orina son normales?.

Estos datos nos darán la pauta de alguna anomalía, ya que en ocasiones los trastornos menstruales provocan anemia y los trastornos urinarios pueden ser manifestaciones de una insuficiencia o patología renal.

e. Sistema endocrino. Hay signos de diabetes como poliuria, polidipsia y polifagia, pérdida de peso?; hay signos de hipertiroidismo como diarrea, temblor digital, hiperhidrosis, intolerancia al calor?; hay signos de hipotiroidismo como mixedema, bradilalia, bradipsiquia, intolerancia al frío?; existen signos de insuficiencia suprarrenal como anorexia, diarrea, vómito, astenia, pérdida de peso, hipotensión?; hay signos de hiperparatiroidismo como cólicos ureterales (litiásis) y dolores óseos?.

El primer grupo de padecimientos es importante para el odontólogo por su frecuencia y su tendencia a las infecciones y al stress que originan en el enfermo. El hiperparatiroidismo provoca resorción del hueso y particularmente de la lámina dura.

f. Sistema hematopoyético. Se le preguntará al paciente si existe anemia, astenia, palidez, palpitaciones?; existe sangrado anormal, epistaxis, gingivorrágias, equimosis con traumatismos leves, sangrado prolongado de heridas?.

Este grupo de preguntas permite identificar las anemias y las enfermedades hemorrágicas que son las que en última



instancia interesan en mayor grado al odontólogo, en cuestión general en este caso.

g. Sistema nervioso. Las preguntas que se hacen aquí, no constituyen de ninguna manera un interrogatorio completo del sistema nervioso, pero abarcan los trastornos más característicos de las lesiones a nivel central o periférico y permiten seleccionar al paciente para un estudio especializado.

Se interrogará si existen episodios de cefaleas, que regiones afecta y si se acompaña de vómito o algún otro síntoma?; son normales la visión, el olfato, el gusto, la audición, el tacto?; hay sensibilidad y la motilidad?; existe disminución de la memoria, de la orientación, de la ideación o de la coordinación.

h. Estudio psicológico. Esta parte de la historia clínica siempre ofrece muchas dificultades especialmente cuando el tiempo disponible es limitado para realizar un estudio a fondo. Por lo anterior, es preferible preguntar directamente si existen conflictos familiares, matrimoniales, ocupacionales, económicos o ambientales que puedan alterar la conducta del paciente durante la consulta y completar este estudio con la apreciación subjetiva de la conducta del paciente durante la consulta.

Esta apreciación sería importante en los casos que producen constantes situaciones en un factor coadyuvante en alguna neoplasia.

i. Síntomas generales. Así se le designa a la anorexia, astenia, pérdida de peso, fiebre y disminución del libido. Estas manifestaciones son inespecíficas, pero -

cuando se presenta en forma crónica permiten deducir que existe un trastorno importante del equilibrio fisiológico, casi siempre provocado por una enfermedad orgánica grave.

En ocasiones, la presencia de síntomas generales sin causa aparente nos pueden hacer pensar en una probable neoplasia. Tal es el caso del reticulosarcoma, que causa malestar general acompañado de dolor de garganta, obstrucción nasal, disnea, disfagia y disfonía.

j. Piel, mucosa y faneras. Se pregunta al paciente si tiene manchas en la piel o mucosas, escoriaciones, etc.; si suda mucho, si existe alopecia, si presenta micosis en uñas o piel.

Cuando un paciente presenta manchas en piel o mucosas o placas hiperpigmentadas, podríamos pensar en lesiones como el melanoma o en un nevo, ya que estas lesiones se presentan bajo la forma de manchas en piel o mucosas, incluyendo la oral.

k. Datos generales. Se le checa al paciente: peso, pulso, frecuencia respiratoria, tensión arterial y talla. Cualquier anormalidad dentro de estos datos requiere un chequeo médico, pero en sí tiene gran significación odontológica.

## 2.2. Examen bucal

Esta parte de la historia clínica tiene prioridad en el caso del odontólogo, ya que el tratamiento primario se enfocará en base al diagnóstico bucal, principalmente.

Se contarán con datos precisos sobre la región oral y es

estructuras vecinas para completar el examen bucal; enseguida se hará el diagnóstico y plan de tratamiento a seguir.

Cuando se tienen los conocimientos suficientes para valorar los hallazgos del examen bucal, se puede pensar en un porcentaje mayor de éxito en el caso por tratar. Nuestro examen bucal constará de la inspección y palpación de cada región oral, así como de algunas estructuras vecinas, a saber:

a. Boca y estructuras vecinas. La exploración se inicia con el paciente frente al médico el que utiliza un espejo a lámpara frontal. Se visualiza la cabeza y el cuello desde una distancia de 60 a 90 cm para ver la simetría facial y alguna linfadenopatía, manchas o pigmentaciones, lunares.

Enseguida se examinarán los labios y se le pide al paciente que mantenga la boca cerrada: se checa el cierre de los labios, su contorno, simetría, tamaño y color, así como cualquier alteración en su función (hipertrofia o hipotrofia); la textura se determina frotando y presionando suavemente los labios con el dedo pulgar o índice.

Cuando se repliega el labio hacia afuera se visualiza la mucosa para buscar úlceras o lesiones engrosadas o zonas pigmentadas. Al presionar con el pulgar e índice se percibirá cualquier tumefacción submucosa del labio que puede representar afectación de las glándulas salivales menores, ya que la localización del cáncer en los labios ocupa el segundo lugar en frecuencia.

Por último, diremos que alrededor del 25 al 30% de los procesos malignos de la cavidad bucal se presentan en los labios, siendo el carcinoma escamocelular el más frecuente, con

marcada predilección por el sexo masculino. Las lesiones se encuentran en el tercio lateral del borde mucocutáneo del labio inferior. Se puede encontrar alguna zona pigmentada que podría representar un nevo intraoral, un melanoma o acantosis nigricans.

b. Mucosa oral. Para explorar la mucosa oral se toman los labios entre el pulgar y el índice, se voltea la mejilla y se revisa toda la mucosa del carrillo desde la comisura hasta el borde anterior de la rama mandibular y del borde gingivolabial maxilar al mandibular. En un 86.9% de los cánceres intraorales asientan en esta zona y el más frecuente también es el carcinoma de células escamosas. El terapeuta apoya la palma de su mano contra la mejilla del paciente y con el índice de la otra palpa la mucosa con movimientos firmes y presión intermitente con lo cual las zonas induradas aparecerán, buscando algún proceso neoplásico. A menudo, se encuentran lesiones blancas y tumores exofíticos en el surco mandibular, siendo suave a la palpación y difusa (atacan principalmente a las personas que usan rapé, o sea, tabaco en polvo).

Después, el médico coloca las yemas de sus dedos detrás del borde posterior de la rama vertical de la mandíbula, después la desliza hacia adelante para exprimir la parótida y ver su secreción en el conducto de Stenon que desemboca frente al segundo molar superior. Ahora, se examinará el lóbulo superficial de la glándula para encontrar algún tumor parotídeo y linfadenopatías.

Los nódulos redondeados presentes en las mejillas constituyen un signo clásico de tumores malignos de esta zona.

Recordemos que en la mucosa oral asientan la mayoría de

las lesiones anteriormente descritas, por lo que el examen de la mucosa deberá ser minucioso en la búsqueda de alguna neoplasia.

c. Lengua. Es una fase muy importante del examen oral, ya que el 50% de las lesiones malignas intraorales se localizan en la lengua, siendo ligeramente menos frecuentes que en los labios. Su exploración se efectúa en la siguiente forma: para examinar los dos tercios anteriores se toma de la punta y se tracciona hacia afuera y se lleva a la izquierda y con el índice de la mano contraria se presionan las porciones lateral, ventral y dorsal del lado expuesto de la lengua. Ya que, existe tejido fibroso conectivo entre el recubrimiento epitelial y el núcleo estriado, es posible palpar cualquier zona endurecida debajo de la capa blanda. Enseguida, se sigue el mismo procedimiento para revisar el lado opuesto de la lengua.

Por lo regular, se localiza el tumor en el tercio medio del borde lateral y la mayor parte de las veces es una masa indolora.

d. Piso de la boca. La porción anterior es visible cuando el paciente enrrolla la punta de la lengua sobre la parte anterior del paladar duro. El médico sostiene el mentón en su mano y con el índice de la mano contraria palpa la mucosa y las glándulas sublinguales mayores y menores. La porción anterior de esta zona es la habitualmente afectada por el cáncer; en sus etapas precoces la lesión tiene un color rojo aterciopelado o se puede presentar bajo la forma de una úlcera persistente. A medida que avanza el proceso, la úlcera se hace más profunda y necrótica de olor fétido.

e. Paladar. La exploración del paladar se hace con miras a encontrar una asimetría o anomalías superficiales. Para captarla en su totalidad nos ayudamos de un depresor de lengua. Un tumor casi siempre se hace evidente mostrándose asimetría sobre todo en el rafe medio, aunque es ocasional la presencia de tumores en esta área. La parte posterior del paladar duro es el sitio de localización más frecuente de los carcinomas del paladar, más que la zona blanda. Es más habitual encontrar el cáncer en las glándulas salivales menores. El carcinoma epidermoide del paladar comprende el 10% de los tumores intraorales, afectando generalmente a los ancianos varones; ataca tres veces más el paladar blando con respecto al duro.

Se debe buscar una zona hiperqueratósica o una lesión granulosa localizada roja, la cual crearía irritación en los pacientes con prótesis total superior.

Existe una lesión guijarrosa y blanca en los pacientes que tienen la costumbre de fumar al revés, la cual constituye una hiperqueratosis, teniendo en cuenta que esta lesión será premaligna o maligna.

Se presentan también en la submucosa del paladar tejidos linfoides difusos y nodulares, originando linfomas manifestándose como tumefacción masiva del tejido blando con zonas ulceradas o focales.

f. Papilas tonsilares y pared faríngea. Su estudio se lleva a cabo con la ayuda de un espejo, un depresor y un anestésico tópico (para inhibir el reflejo nauseoso).

Se practica la rinoscopia posterior y la laringoscopia. La rinoscopia posterior se efectúa deprimiendo la lengua con

el depresor y se coloca un espejo de ángulo en la pared posterior de la orofaringe dirigiendo la cara reflejante hacia arriba. La laringoscopia indirecta se realiza con la mano izquierda traccionando la lengua con una gasa y se rechaza la úvula con el espejo de ángulo dirigiendo su cara reflejante hacia abajo, permitiendo este estudio el conocimiento de la morfología de la laringe y de las cuerdas bucales.

La lesión neoplásica más sobresaliente en estas estructuras es el carcinoma escamocelular mal diferenciado (carcinoma de células de transición o linfoepitelioma). Su manifestación es por medio de una lesión macular, indolora y de color rojo aterciopelado. Ya que, esta lesión es incidiosa o tiende a metastatizarse, su primer signo es la aparición de un nódulo cervical, aunque puede hacerse aparente el tumor bajo la forma de una ulceración.

El primer signo de un cáncer en desarrollo con necrosis extensa es un olor desagradable, característico de tejido descompuesto, presentándose en el carcinoma escamocelular de la zona tonsilar y faríngea.

g. Encías y mucosa alveolar. Su examen se realiza con un espejo dental. Se puede empezar con el maxilar derecho y luego el izquierdo. Tratando de encontrar úlceras, zonas eritematosas, etc., tanto de la parte lingual como la vestibular o labial. Enseguida se realiza la misma maniobra para la mandíbula, teniendo cuidado en inspeccionar la zona retromolar.

Los procesos carcinomatosos de encía y mucosa alveolar son frecuentes, presentándose más habitualmente en encía mandibular que en la maxilar y en varones mayores de 60 años.

Cuando el proceso neoplásico está en su fase inicial se nota como un crecimiento granuloso, nodular ulcerado.

El tumor verrugoso también ataca a la encía y a la mucosa alveolar, siendo su pronóstico muy desfavorable, debido a los pacientes que lo presentan tienen una sobrevivencia máxima de 5 años.

La encía y la mucosa alveolar son susceptibles a una gran cantidad de cánceres primarios o metastásicos siendo el carcinoma escamocelular el principal agresor. Ulceras refractarias de la mucosa, petequias, hemorragias o hipertrofias gingivales suelen ser los signos característicos de una leucemia aguda.

Esta inspección en la búsqueda de alguna úlcera o zona eritematosa es debido a que muchas neoplasias, ya sea en fases iniciales o avanzadas se ulceran con facilidad y muchas de las veces las úlceras o eritemas encubren la neoplasia. Sucede con frecuencia que tales úlceras o zonas eritematosas son tratadas equivocadamente en forma local sin mejoría en término de 15 días o más, por lo cual esto nos dará la pauta para pensar en un proceso canceroso. Tales son los casos del fibroma gingival, la hiperplasia pseudoepiteliomatosa, el carcinoma escamocelular, carcinoma gingival y el carcinoma verrugoso.

Cuando existen prominencias en las encías como sucede en el fibroma, será difícil desplazarlas porque son tejidos blandos fijos muy adheridos al igual que en el paladar. Lo contrario sucederá cuando el fibroma u otra neoplasia se presente en tejidos compresibles como mucosa bucal, lengua y suelo de la boca, ya que en estas zonas la lesión será desplazable fácilmente sin producir alteración en los tejidos



circundantes. Este dato importante de desplazamiento del tumor nos sugerirá que se trata de un tumor benigno.

h. Procesos maxilar y mandibular. Se presenta en igual frecuencia los procesos malignos primarios en los maxilares que en la parte esquelética del cuerpo, ya que son procesos de orden general y no local, como en los casos de los condromas.

Los signos y síntomas presentes en los cánceres maxilares son: alteración de la sensibilidad (dolor y parestesia), inflamación y pérdida de dientes, son causas desconocidas. - Siendo metastásicos algunos tumores.

1. Dientes. Este inciso será el principal en última instancia para el diagnóstico y tratamiento bucal del paciente.

El examen de rutina será:

1. Anotar en el odontograma las lesiones cariosas presentes; dolor a la percusión o palpación, dientes perdidos, obturados, retenidos, extracciones indicadas.

2. Enseguida se revisará si hay la presencia de placa dentobacteriana, materia alba, sarro supragingival o infragingival, bolsas parodontales, gingivitis, abscesos o movilidad dentaria. Un hecho importante es la pérdida de dientes en el 50% de los pacientes con carcinoma gingival, ya que se produce infección, destrucción ósea y fractura.

3. El siguiente paso es anotar el tipo de oclusión y se mandarían los estudios radiográficos necesarios para cada caso en especial; se anotará si el paciente usa

alguna prótesis. Es de interés interrogar al paciente sobre uso anterior o actual de prótesis, ya que éstas actúan como mecanismos de irritación como en el caso del carcinoma gingival, que en estos casos simula ser un épulis fisurado común. Los estudios radiográficos nos serán especialmente útiles en aquellas neoplasias que involucren hueso y que puedan provocar fractura ósea, como es el carcinoma gingival, el cual en su fase avanzada produce destrucción y fractura ósea.

4. Cuando el paciente refiere algún signo o síntoma como por ejemplo, dolor se le interrogará sobre su fecha de inicio, si es provocado o espontáneo, si ha aumentado o disminuido y con qué y que tipo de dolor es: lancinante, punzante, quemante, etc.. Estos datos tan importante nos darán el conocimiento exacto del padecimiento actual y la pauta para precisar el diagnóstico bucal.

5. Se pregunta al paciente sobre algún medicamento que esté tomando actualmente. Sabemos, por ejemplo, que la difenilhidantoina sódica modifica la formación y estabilidad de la colágena localizada en las encías produciendo la fibromatosis gingival hereditaria con influencia farmacológica, en aquellos pacientes con epilepsia y que su tratamiento es a base del medicamento antes mencionado.

6. Por último, se anotará cualquier otra observación extra y se asentará el diagnóstico bucal y general, así como el pronóstico y plan de tratamiento a seguir.

No es por demás recordar, que para efectuar la exploración intraoral únicamente se necesita adecuada iluminación, un abatelenguas, un espejo, tiras de gasa, y un guante. Es conveniente también recordar que el examen debe ser metódico, efectuándose primero el extraoral y por último el intraoral.

En las páginas siguientes, se presenta una forma del examen de cabeza y cuello, el cual nos da un panorama de como se diagnostica y se valora el cáncer bucal.

EXAMEN DETALLADO DE CABEZA Y CUELLO

DATOS. (Detallar cómo se descubrió la lesión en los esquemas que acompañan)

Normal	Anormal (primera visita)	Normal	Anormal (primera visita)	Normal	Anormal (primera visita)
___	___ Cuello	___	___ Glándulas salivales principales	___	___ Senos paranasales
___	___ Tiroides	___	___ Ojos (músculos extraoculares, pupilas, párpados)	___	___ Oídos
___	___ Cuero cabelludo	___	___ Nariz - externa	___	___ Nervios craneales
___	___ Cara maxilar sup.	___	___ Cavidad nasal	___	___ Otros (tráquea, cartilago, tiroides)

PALPACION E INSPECCION DE LA BOCA

Normal	Anormal (primera visita)	Normal	Anormal (primera visita)	Normal	Anormal (primera visita)
___	___ Labios	___	___ Encía	___	___ Base de la lengua
___	___ Paredes de la boca	___	___ Maxilar inferior	___	___ Trigono retromolar
___	___ Paladar	___	___ Suelo de la boca	___	___ Amígdala
___	___ Dentición	___	___ Lengua	___	___ Orofaringe

ENDOSCOPIA CON ESPEJO

Normal	Anormal (primera visita)	No se efectuó/ no se vio	Normal	Anormal	No se efectuó/ No se vio
___	___ Base de la lengua	___	___	___ Aritenoides	___
___	___ Valécula	___	___	___ Senos piriformes	___
___	___ Epiglotis	___	___	___ Hipofaringe	___
___	___ Cuerdas vocales	___	___	___ Nasofaringe	___
___	___ Ventrículos	___	___	___ Pliegues arriepiglóticos	___
___	___ Bandas ventriculares	___	___		___

IMPRESION

\_\_\_ Sin señal de enfermedad    \_\_\_ Lesión neoplásica de cabeza y cuello    \_\_\_ Otros (especificados)

MEDIDAS RECOMENDADAS

VALORACION DEL TUMOR

1. Lugar de origen probable (primera visita) (poner el número después de la localización para completar el diagrama)
- |                                              |                                               |                                                              |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cavidad bucal (2,3) | <input type="checkbox"/> Laringe (1)          | <input type="checkbox"/> Seno maxilar (4,5)                  |
| <input type="checkbox"/> Nasofaringe (5)     | <input type="checkbox"/> Nariz (4,5)          | <input type="checkbox"/> Glándulas salivales principales (4) |
| <input type="checkbox"/> Orofaringe (3)      | <input type="checkbox"/> Esófagr cervical (1) | <input type="checkbox"/> Senos, excepto el maxilar (4,5)     |
| <input type="checkbox"/> Hipofaringe (1)     | <input type="checkbox"/> Tráquea cervical (1) | <input type="checkbox"/> Primario desconocido (el que sea)   |

ETAPA CLINICA DEL TUMOR

2. Asiento primario (primera visita) (Definiciones en la página opuesta)
- T1S  T1  T2  T2a  T2b  T3  T4
3. Ganglios (primera visita) (definiciones en la página opuesta).
- N0  N1  N2  N2a  N2b  N2c  N3  N3a  N3b  N3c
4. Metástasis a distancia (primera visita) (definiciones en la página opuesta).
- M0  M1
5. Grado del tumor, histología (especificar) \_\_\_\_\_

Nombre del hospital \_\_\_\_\_ Informe de patología quirúrgica núm. \_\_\_\_\_

DECISION FINAL DEL TRATAMIENTO

6. Comprobar si cualquiera de los factores siguientes tiene importancia para la decisión final:
- Edad  Ocupación  Respiratoria  Cardíaca  Metástasis  procesos malignos coexistentes
- Lesión inextirpable  Otros (especificar): \_\_\_\_\_
7. Plan terapéutico recomendado-comprobar todo lo que se emplee (el tratamiento administrado seriadamente se considerará en fases separadas). Si simultáneamente se emplean radio, quimio e inmunoterapia, representan una fase común de tratamiento.

Secuencia del tratamiento	Cirugía			Radioterapia			Quimioterapia		Inmunoterapia
	Primaria	Ganglios	Metástasis a distancia	Primaria	Ganglios	Metástasis a distancia	General	Regional	
1a. Fase									
2a. Fase									
3a. Fase									
4a. Fase									

8. ¿Cuál es el objetivo del tratamiento? (primera visita)  Curativo  Paliativo

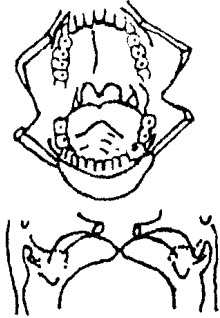
Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Completado por \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

Impreso para examen detallado de cabeza y cuello.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

ESTADO CLINICO ANTES DEL TRATAMIENTO

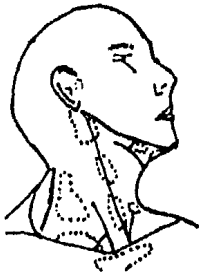
Localización del tumor: Lugar de origen (primera visita) Lugar(es) también afectados



- Labios
  - Superiores
  - Inferiores
- Mucosa bucal
- Suelo de la boca
- Lengua
- Paladar duro
- Encías
  - Superior
  - Inferior
- Trigono retromolar

Dimensión del tumor  
 2 cm       2 - 4 cm       4 cm

- Características del tumor
- |                                   | SI                       | NO                       |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Exofítico                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Superficial                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Moderadamente infiltrante         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infiltrante profundo              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ulcerado                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se extiende a hueso o lo recubre  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erosión manifiesta de hueso       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Destrucción radiográfica de hueso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

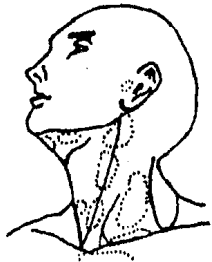


- Participación de regiones vecinas
- |                                      |                          |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pilares amigdalares o paladar blando | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cavidad nasal o antro                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nasofaringe                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Músculos pterigoideos                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tejidos blandos o piel del cuello    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ganglios linfáticos regionales (comprobar sólo uno)

- |                                    |                                |                                                        |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Ninguno                            | (N0) <input type="checkbox"/>  |                                                        |
| Sólo unilateral 3 cm               | (N1) <input type="checkbox"/>  | Homolateral 6 cm (N3a) <input type="checkbox"/>        |
| Sólo homolateral 3-6 cm            | (N2a) <input type="checkbox"/> | *Bilateral (N3b) <input type="checkbox"/>              |
| Homolateral múltiple hasta de 6 cm | (N2b) <input type="checkbox"/> | Contralateral solamente (N3c) <input type="checkbox"/> |

\*Si hay ganglios bilaterales, establecer la etapa de cada lado por separado. Der. \_\_\_\_\_ IZq. \_\_\_\_\_



Metástasis a distancia

Ninguna  Pulmón  Hueso  Hígado  Otros \_\_\_\_\_

Diagnóstico celular e histológico

- Carcinoma escamoso o epidermoide
- Adenocarcinoma
- Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Clasificación clínica

T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Etapa \_\_\_\_\_

DATOS ESPECIFICOS DE LOCALIZACION PARA LA CAVIDAD BUCAL

### 3. DIAGNOSTICOS PARA DETECTAR LA NEOPLASIA

El éxito de la medicina, en gran parte, es debido al corrcto y preciso diagnóstico de las enfermedades, ya que de aquí se deriva su tratamiento adecuado.

Ahora bien, el terapeuta debe tener la capacidad de clasificar, reconocer e identificar las enfermedades "clínicas", es decir, las que pueden diagnosticarse únicamente por sus signos y síntomas clínicos, dicho en otras palabras, tener la capacidad de emitir un diagnóstico.

Para llegar a un diagnóstico preciso nos valemos de diferentes datos y estudios, los cuales conjuntamente, nos forman un criterio acerca de las enfermedades o patologías en estudio.

Un gran número de enfermedades son diagnosticadas únicamente por sus características patognomónicas, mientras que otras más requieren de estudios adicionales para corroborar el diagnóstico de presunción, el cual es básicamente clínico en muchos de los casos. A continuación, se enunciarán los tipos de diagnósticos más utilizados en la detección de las neoplasias.

#### 3.1. Diagnóstico clínico

Definitivamente es el tipo de diagnóstico más usado en la rama médica, ya que se útiliza en los procesos patológi--

cos cuyos caracteres son patognomónicos y que abarcan un porcentaje considerable.

El terapeuta para emitir este diagnóstico se basa única y exclusivamente en la valoración de los síntomas y signos clínicos sin tomar en cuenta datos de otro origen. Aunque este método se restringe en su uso por razones obvias, es un método de diagnóstico útil y seguro.

### 3.2. Diagnóstico radiológico

Básicamente, este tipo de diagnóstico se emplea en aquellos casos donde la identificación de la patología es más segura y rápida por éste que por otros medios. Podemos dar ejemplos de los odontomas, dientes supernumerarios o incluidos en el paladar, tumores, quistes, etc., que tienen aspectos radiológicos característicos y que son identificados casi exclusivamente por su imagen radiográfica. Es de gran valor este tipo de diagnóstico, pero no deja también de tener sus limitaciones.

### 3.3. Diagnóstico anamnésico

La valoración correcta de la historia clínica en muchas ocasiones nos inducirá hacia un diagnóstico definitivo.

Así pues, los datos personales del paciente como edad, sexo y ocupación nos puede dar una referencia para identificar su enfermedad. Podemos citar como ejemplo, al herpes simple en donde es más pronunciada su aparición en la adolescencia o, la marcada preferencia del cementoma por el sexo femenino. Estos pequeños detalles nos confirman nuestras -



sospechas diagnósticas.

En otras ocasiones, el diagnóstico se establece con la valoración familiar. Datos positivos recavados de enfermedades genéticas como la amelogenésis imperfecta, hemofilia y otras enfermedades de este tipo son auxiliares para confirmar o emitir un diagnóstico.

Los datos de la enfermedad actual, o sea, su comienzo, duración y evolución nos darán una información adicional para su diagnóstico, como sucede en la estomatitis ulcerativa recurrente que presenta episodios de remisión y exacerbación, que es característica de éste proceso patológico.

#### 3.4. Diagnóstico de laboratorio

Desafortunadamente, muchas enfermedades no se pueden diagnosticar únicamente por los datos clínicos, radiográficos o anamnésticos, por lo que se tiene que recurrir al estudio que nos reporten las pruebas de laboratorio para aquellos procesos patológicos que lo ameriten, como sucede con las neoplasias, las cuales requieren el reporte de laboratorio para establecer o confirmar el diagnóstico; en estos casos será difícil dar un diagnóstico definitivo sin dichos estudios.

#### 3.5. Diagnóstico diferencial

Suele suceder muy a menudo confundir un proceso patológico con otro por sus características similares, y es aquí donde el diagnóstico diferencial entre las dos entidades suele surtir efecto. Es necesario el conocimiento de las dos

enfermedades, así como la correcta valoración de los datos que nos brinden otras fuentes, como la historia clínica y el estudio radiológico, para llevar a cabo dicho diagnóstico.

Cualquiera que sea el tipo o tipos de diagnósticos que se utilicen para identificar una patología, siempre deberá enfocarse hacia la identificación precoz de ésta, sobre todo en los casos de sospecha de una neoplasia, ya que, así no será tan desalentador el tratamiento para el paciente que lo requiera.

Un aspecto importante del diagnóstico de las neoplasias orales es el fácil acceso a la cavidad oral, permitiendo así la completa visualización de cualquier alteración de los tejidos orales y además permitir llevar a cabo una palpación directa de éstos. Estas ventajas no se tienen para el estudio de otras zonas corporales, lo que hace más rápido y sencillo el poder llegar al diagnóstico de las lesiones orales.

## 4. BIOPSIA

La biopsia es un procedimiento de rutina en el diagnóstico de las enfermedades precancerosas o cancerosas, y consiste, en la toma de tejido de un paciente vivo para examen microscópico. No sólo nos permite asegurar el diagnóstico, sino que brinda especialmente en los cánceres, informes sobre el grado de diferenciación, profundidad de la infiltración, etc. Antes de efectuar la biopsia es indispensable hacer una historia clínica adecuada, así como un examen incluyendo inspección y palpación de la o las lesiones existentes. El examen también deberá incluir una evaluación de linfadenopatía. De ser positiva deberá describirse la localización de los ganglios linfáticos, así como sus características (si es fija o movable, dolorosa, indolora, así como un cálculo de su tamaño, etc.). Solamente así podrá hacerse una impresión clínica que puede ser confirmada sólo por el procedimiento de biopsia. En conclusión, la biopsia es el único método realmente seguro para valorar la índole cancerosa o precancerosa de una lesión.

### 4.1. Tipos de biopsia

Existen varios tipos de biopsia, las cuales pueden efectuarse: con bisturí, con forceps o pinzas sacabocados, con punch rotatorio o con agujas de grueso calibre, según sea el procedimiento de la biopsia a realizar. Los tipos de biopsia son: a. por aspiración, b. por punción, c. por extirpa

ción o excisión y d. por incisión.

a. Biopsia por aspiración

Es ideal para quistes, tumores no ulcerados y lesiones de hueso, así como para ganglios cervicales. Es obvio que el material obtenido por aspiración puede ser cultivado u observado microscópicamente, así como macroscópicamente por inspección (fig. 1).

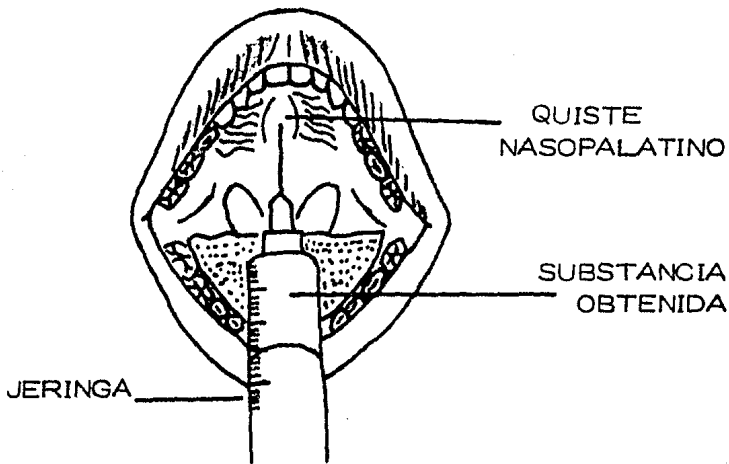


Fig. 1. Biopsia por aspiración de quiste nasopalatino.

b. Biopsia por punción o en sacabocados

Se vale de un forceps especial, tipo punzón, para la extirpación de una porción de la lesión. Esta biopsia se utiliza muchas veces para selección múltiple, cuando no se dispone de los medios clínicos adecuados. Se recomienda -- cuando la lesión tiene aspecto uniforme; la zona sometida a

biopsia no es muy grande, y el tejido vecino normal no se necesita para comparación (fig. 2).

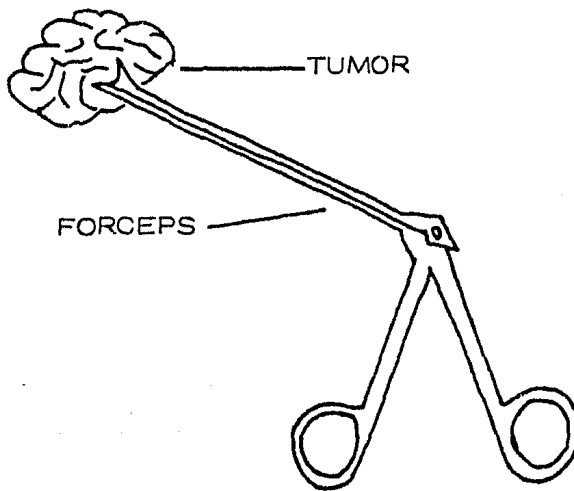


Fig. 2. Biopsia por punción o en sacabocado.

### c. Biopsia por extirpación o excisión

Es la eliminación completa de la lesión circunscrita, de tal manera que, sea totalmente extirpada, y al mismo tiempo para efectuar examen histopatológico. Las lesiones de 1 cm ó menos son las mejores para este tipo de biopsia. Deberá emplearse en lesiones cerca de los ápices de los dientes y en caso de que sea evidente la facilidad de hacer la excisión total. La excisión parcial o la biopsia por excisión esta contraindicada en casos de sospecha de nemangioma o melanoma maligno. El tratamiento en estos casos parece ser la excision quirúrgica amplia para evitar

el sangrado aparatoso o la infección aguda no es aconsejable ya que puede provocar la diseminación de la infección, aunque esto no impide utilizar la técnica de la biopsia para hacer el diagnóstico de lesiones micóticas y dermatológicas (fig. 3).

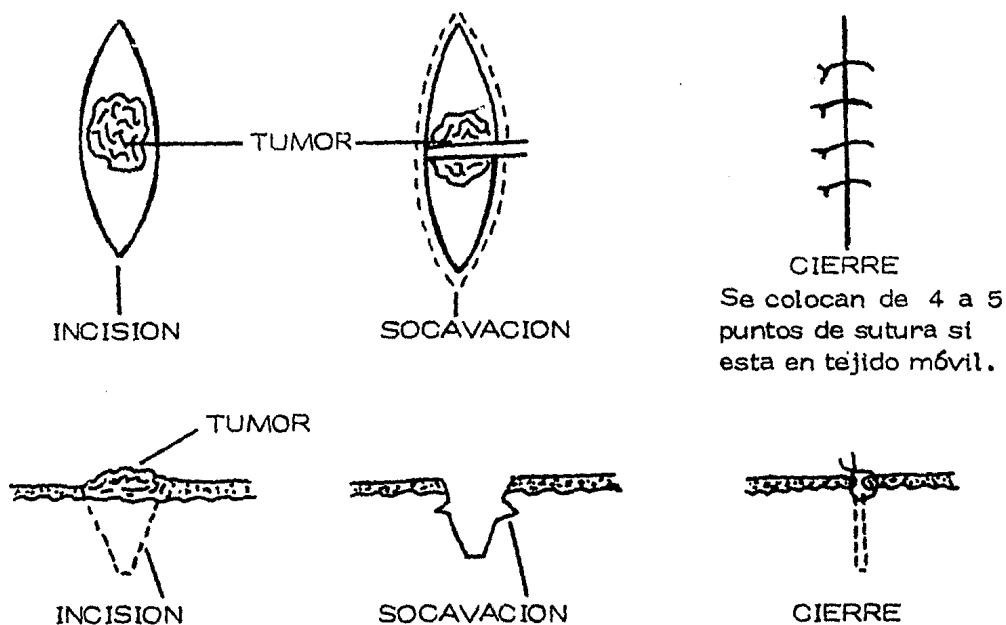
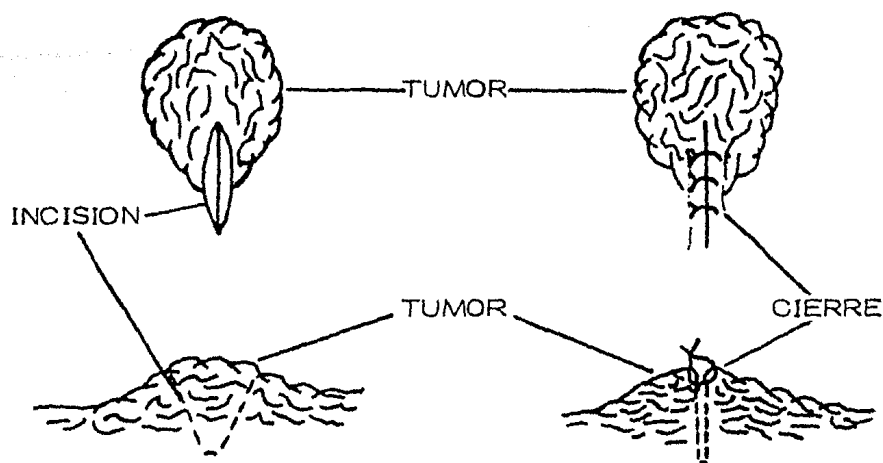


Fig. 3. Técnica para biopsia por incisión.

#### d. Biopsia por incisión

Este procedimiento consiste en la eliminación de una porción de tejido anormal junto con tejido normal para su identificación. La biopsia por incisión se emplea cuando la lesión sospechosa es de gran volumen (fig. 4).



La incisión se realiza con un mínimo de 10 mm de largo, 5 mm de ancho y 5 mm de profundidad.

Se colocan de 4 a 5 puntos de sutura si esta en tejido móvil.

Fig. 4. Técnica para biopsia incisional.

#### 4.2. Procedimiento para realizar la biopsia

El método o procedimiento de obtención del material para el estudio histopatológico, debe adecuarse: a. al tipo semiológico de la lesión, b. a la ubicación en regiones accesibles o no de la mucosa bucal y c. la lesión este localizada en tejidos blandos o duros. Cualquiera que sea el método de obtención del tejido para biopsia, se debe tener en cuenta que el patólogo tiene que estudiar tejidos, que deben conservar su morfología después de ser extraídos del paciente. Para que -

se cumpla este requisito, el material retirado no se debe -- traumatizar, ni comprimir con pinzas, ni dejar secar sobre - una gasa. La extracción biopsica puede ser realizada con un poco de práctica por cualquier odontólogo o médico. No son - necesarios ambientes quirúrgicos.

La mayor parte de procedimientos de técnicas de biopsia, es la siguiente:

1. Efectuar antisépsia con medicación suave.
2. Lograr anestésia. Se hace utilizando anestésico local (novocaína, xylocaína, etc.) debiendo prestar atención a la colocación de éste. Colocar la solución por infiltración local o alrededor de la lesión, no directamente dentro de -- ella. Esto se hace con el fin de evitar cual-- quier cambio arquitectónico o distorción de los tejidos durante el procedimiento. El colocar demasiado anestésico cerca de la lesión provocará cambios, dificultando la técnica de biopsia, con la posibilidad de causar una deformación en el tejido que será sometido a examen (fig. 5).

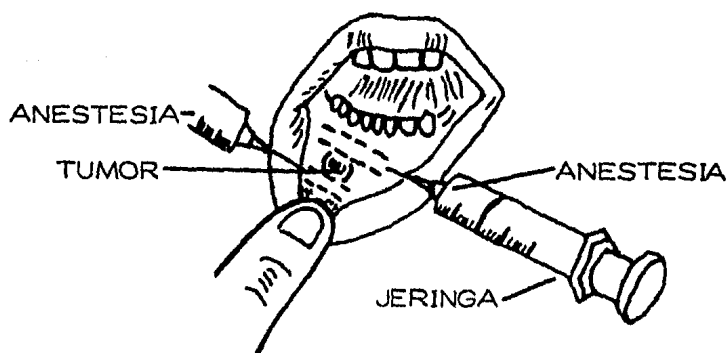


Fig. 5. Técnica para la administración de un bloqueo anestésico anular.



3. Inmovilizar los tejidos haciendo incisiones - elípticas, o también puede emplearse una sutura por tracción, gancho o forceps para tejidos. - En una biopsia por excisión, la lesión deberá ser palpada con mucho cuidado, deberá determi-- narse su profundidad, calculando las incisiones iniciales para que sean ligeramente más profun-- das que la lesión total. En la biopsia por -- incisión, basta cualquier incisión que permita obtener el suficiente material para la evalua-- ción. La incisión deberá incluir una porción significativa del tejido sospechoso incluyendo a la vez, una porción de tejido normal<sup>1</sup>. La - biopsia por punción se colocará el sacabocados para biopsia en la zona central de la lesión y girarlo en dirección del reloj hasta incluir al go de tejido muscular.
4. Agarrar el tejido con pinzas y disecarlo, separándolo con cuidado, es decir, deberá cortarse la base de la muestra con tijeras curvas o con bisturí.
5. Colocar el tejido en una solución de formol -- amortiguado al 10%.
6. Colocar puntos para cerrar la herida de biopsia. Los bordes de la herida deberán socavarse, controlarse la hemorragia y cerrarse la incisión con suturas<sup>2</sup>.
7. En cada caso, el material para biopsia deberá presentarse inmediatamente al laboratorio clíni

---

1. Cfr. WAITE, Daniel E., Cirugía bucal práctica, p. 265

2. Ibidem. 267

co para su evaluación. Las muestras deberán ser colocadas, como ya se menciono anteriormente, en formalina al 10%, y acompañados con los datos - apropiados relativos al caso. Además, del nombre y edad del paciente, la historia clínica que puede incluir una historia previa de tratamiento, así como la impresión clínica o el diagnóstico - clínico. Deberá incluirse también una cuidadosa descripción de la lesión y de su localización, - señalando en particular, su color, movilidad, - inserción, ulceración, induración o cualquier - término descriptivo que favorezca la impresión clínica. El tamaño de la lesión en mm puede ser importante para el diagnóstico diferencial final. Si las radiografías son meritorias, tal como en el caso de las lesiones óseas, también deberán - acompañar a la muestra tomada. Tan pronto se - tengan los datos necesarios debemos notificar al paciente de inmediato para comentar los resultados y tratamiento indicado. Si se descubre --- lesión maligna, el paciente deberá ser referido al especialista apropiado. En la siguiente página, se presenta una forma, en donde se aprecia que el patólogo realiza un estudio minucioso y - es él el que nos proporciona el diagnóstico defi nitivo.

PATOLOGIA BUCAL			
Paciente _____	Fecha _____	Sexo _____	
Dirección _____	Edad _____	Raza _____	
Datos clínicos (Descripción, localización, duración, y otros pertinentes).			
Contribución de _____			
Dirección _____			
Diagnóstico clínico _____			
SOLO PARA USO DEL LABORATORIO			
Datos recibidos _____			
REPORTE			
Diagnóstico _____			

### 4.3. Citología exfoliativa

El papel de la citología exfoliativa en detección del -- cáncer bucal ha causado polémicas, y no ha probado ser una fuente de información precisa para la detección del cáncer -- bucal. En esta técnica, se raspan células de la superficie de la lesión, se colocan sobre una laminilla, se fijan y se tiñen<sup>1</sup>. Esta técnica deriva su reputación de la precisión -- de la técnica de tinción de Papanicolau (denominado frotis -- de Papanicolau) en la biopsia cervical, aunque no existe tal exactitud en las lesiones de la cavidad bucal. La citología exfoliativa bucal puede ser de valor cuando un paciente se niega a otorgar permiso para hacer una biopsia quirúrgica o después del tratamiento de una lesión por radiación. Cuando no estarían indicadas biopsias quirúrgicas repetidas. Presenta la ventaja de que no requiere anestésia para obtener las muestras. En un paciente de edad avanzada o en uno incapaz de soportar el trauma de una biopsia quirúrgica pueden obtenerse datos de la técnica de citología exfoliativa. Sin embargo, -- se debe hacer hincapié que para el diagnóstico final será necesario recurrir a una muestra quirúrgica.

Generalmente el informe citológico establece el diagnóstico dentro de estas cinco categorías:

Tipo I - Células normales.

Tipo II - Ligera atipia, pero son señales de transformación maligna (células anormales pero no --

---

1. Cfr. ZEGARELLI, Edward V., Diagnóstico en patología oral, p. 268.

Cfr. GRINSPAN, David, Enfermedades de la boca, p.459-468.

neoplásicas).

Tipo III - Alteraciones nucleares indeterminadas. Existe una ligera atípia nuclear, muchas veces asociada a displasias epiteliales.

Tipo IV - Sugestivo de cáncer.

Tipo V - Cáncer.

Los enfermos cuyas muestras se encuentran incluidas en el tipo II es necesario hacer muestras sucesivas con el fin de obtener una mayor valoración de la atípia observada. Y - las muestras de los enfermos que se encuentran del tipo III al V la biopsia es el paso obligado.

#### 4.4. Citología de los tumores malignos de la cavidad bucal

De los tumores malignos de localización intraoral, el de mayor frecuencia es el carcinoma pavimentoso y en proporción mucho menor pueden hallarse cilindromas, adenocarcinomas, sarcomas y melanomas malignos. Estos tumores pueden ser detectados por medio de la citología, pues en su desarrollo involucran el epitelio superficial, lo que permite obtener material satisfactorio mediante el raspado de la lesión.

La descamación es favorecida por la disminución de la cohesión intercelular que se produce en estos procesos. Las células descamadas de los carcinomas diferenciados muestran, en general un citoplasma abundante bien definido, cianófilo o intensamente acidófilo, con uno o más núcleos con caracteres malignos que permiten su individualización. Por lo contrario,

las células exfoliadas en los tumores poco diferenciados o indiferenciados suelen presentar groseras atípias nucleares, mientras que el citoplasma, escaso o ausente no permite reconocer el tejido de origen.

Al examinar el material obtenido deben tenerse en cuenta los siguientes criterios de malignidad:

1. Variación del tamaño y forma celular.
2. Formas celulares raras (en fibra, raqueta, etc.)
3. Cornificación excesiva, y a veces la presencia de perlas córneas.
4. Englobamiento de una célula dentro de otra.
5. Aumento del tamaño del núcleo con pérdida de la relación citoplasmática.
6. Uno o múltiples nucléolos acidófilos.
7. Distribución irregular de la cromatina que puede presentarse en forma de acúmulos groseros.
8. Marginación de la cromatina.
9. Hiperchromacia nuclear.
10. Multinucleación.
11. Monstruosidades nucleares.

## 5. LESIONES PRECANCEROSAS

Aunque las neoplasias malignas de tamaño grande y aun moderado pueden descubrirse rápidamente y su diagnóstico es fácil, las lesiones de pequeño tamaño y las precoces pueden no ser descubiertas, o puede ser que el médico no las observe o se equivoque catalogándolas de poca importancia. Suelen carecer de la mayoría de los signos clínicos del cáncer, o de otros caracteres que estan presentes son difícilmente distinguibles y sugieren muy poca cosa. Y si estas lesiones pequeñas y precoces se descubrieran y diagnosticaran exactamente, se obtendría una gran reducción en la mortalidad del cáncer oral.

Por ello, es importante que el médico no sólo realice una cuidadosa y completa exploración de la boca, sino que sospeche cuando se encuentre ante cualquier lesión que presente un sólo signo de cáncer, aunque sea de la más mínima intensidad.

### Cuadro clínico

El cuadro clínico de una lesión cancerosa precoz de la boca puede presentarse en diversas formas.

A veces se presenta como una masa ligeramente prominente, de pequeño tamaño, muy discreta, grisácea, queratósica con una superficie rugosa, que presenta numerosas prominencias del tamaño de una cabeza de alfiler, que se parece a --

pápulas. La pequeña masa es de consistencia dura y puede estar poco adherida a los tejidos circundantes. Estos únicos datos, aunque sean pequeños y de mínima intensidad, obligan a sospechar en un cáncer de la boca y a seguir nuevas etapas exploratorias.

En otros casos, las lesiones cancerosas precoces se presentan como erosiones intensamente enrojecidas, de forma irregular en el centro de una lesión queratósica, o como formaciones fisurales que se extienden en una placa queratósica.

Aún hay otros casos en los que se presenta en forma de prominencias papulosas agrupadas, pequeñas, rojizas, escasamente elevadas que simulan un tejido de granulación pero que son de consistencia dura. Diseminadas entre estas lesiones se ven muchas veces pequeñas pápulas grises que, a primera vista, hacen pensar en una necrosis hística, pero que en posteriores exploraciones, se ven que son formaciones queratósicas adherentes.

Las lesiones cancerosas precoces pueden encontrarse también como pequeñas ulceraciones, de varios milímetros, que han existido de forma constante y que han crecido lentamente en las últimas semanas o meses. La úlcera puede ser sospechosa sólo por presentar una depresión central, con un margen estrecho, ligeramente elevado, parecido a un anillo. Toda la lesión es de consistencia dura y puede estar adherida a los tejidos circundantes. Debe señalarse que las lesiones ulcerativas que tienen una duración de 4 semanas o más y que en este tiempo no han presentado ningún signo de curación deben despertar sospecha de un cáncer de la boca que obliga a realizar una exploración posterior.



En algunos casos, la lesión precoz es una masa prominente ligeramente elevada, pequeña pero difusa, de color rojizo, que hace pensar mucho en un proceso inflamatorio pero que a la palpación se ve de consistencia dura y algo adherida a los tejidos circundantes. Estas lesiones precoces se ven muchas veces en el suelo de la boca.

Y, finalmente, las lesiones cancerosas precoces situadas en el bermellón del labio pueden presentarse como pequeñas costras o escamas de color tostado o pardo debajo de las cuales hay una masa fácilmente palpable de consistencia dura. En estos casos, la historia de eliminaciones repetidas de la costra o escama seguidas de la reaparición de formaciones similares hacen necesaria la exploración biopsica.

## 6. NEOPLASIAS MALIGNAS EPITELIALES Y NO EPITELIALES

Entre los tumores de la cavidad oral se incluyen aquellos que afectan los labios, suelo de la boca, paladar, encías, lengua y mucosa bucal. La mayoría de estos tumores se limita a la invasión local y metástasis en los ganglios regionales del cuello. Las lesiones de la cavidad oral dan síntomas precoces de dolor, sensibilidad y tumefacción. Puesto que son fácilmente accesibles, la biopsia se practica sin dificultad. Los tumores en estas regiones se tratan mediante cirugía, radioterapia aislada o combinación de ambos métodos. A continuación, se describirán brevemente algunas neoplasias malignas epiteliales y no epiteliales más frecuentes en la cavidad bucal.

### 6.1. Carcinoma epidermoide

Son los tumores más importantes de la cavidad bucal (labios, lengua, otros lugares de la cavidad bucal y de los maxilares). Según estadísticas, el 90% de todos los tumores malignos de la cavidad oral son carcinomas.

El carcinoma, como tumor biológicamente maligno, inmaduro y morfológicamente atípico del tejido epitelial, produce, a merced a su crecimiento permanente y sin límites, graves trastornos locales y perjudica, en determinadas circunstancias, a funciones vitales.

El carcinoma produce metástasis, y cuando no se consigue extirparlo radicalmente en su período inicial, produce la destrucción del organismo que lo soporta.

Según su localización se diferencian en:

- a. Cáncer de la piel de la cara
- b. Cáncer de los labios
- c. Cáncer de la lengua
- d. Cáncer de la mucosa de la cavidad bucal
- e. Cáncer del seno maxilar
- f. Cáncer central de los maxilares
- g. Cáncer procedente del epitelio glándular (cáncer de las glándulas salivales mayores y menores)

Aunque el aspecto clínico del carcinoma epidermoide varía mucho, dependiendo del lugar exacto de origen (lengua, labios, mucosa, etc.), su grado de evolución (precoz o tardío), su forma clínica (fungoso, verrugoso o infiltrativo) y de los efectos de los irritantes (físicos, químicos, etc.), que cuando se encuentran deben hacer pensar en una neoplasia maligna, por lo que se realizará una investigación más extensa, realizando, como se describió en los capítulos anteriores una historia clínica y una biopsia.

El carcinoma epidermoide de la boca, como las otras formas de cáncer, invade siempre los tejidos circundantes por invasión directa. De hecho, la extensión a los tejidos vecinos se ve facilitada en la boca por las mínimas barreras naturales de esta región. Por ello, no es rara la extensión de una lesión del suelo de la boca a la base de la lengua, encía y mandíbula, y una lesión primitiva de los tejidos gingivales o palatinos invade directamente al hueso que hay por debajo.

El carcinoma epidermoide puede crecer también por metástasis, produciéndose la diseminación a distancia por vía linfática y por los vasos sanguíneos venosos y arteriales. Sin embargo, la vía más frecuente de metastización son los conductos linfáticos, cuyas delgadas paredes permiten fácilmente el paso de las células neoplásicas. Pueden desprenderse pequeños nidos celulares que son transportados a lo largo de la luz del vaso hacia los ganglios linfáticos de drenaje, de donde quedan atrapados. En otros casos, las células neoplásicas crecen a lo largo de las paredes internas de los vasos linfáticos hasta alcanzar los ganglios linfáticos de drenaje. Los ganglios linfáticos que se afectan más frecuente por metastización de los carcinomas intraorales son los submandibulares y los cervicales. Otros grupos de cadenas ganglionares, como la submental, supraclavicular, etc., pueden afectarse también, pero no es tan frecuente.

Son vistos algunos casos de metástasis por vía sanguínea, siendo más frecuente la diseminación venosa de los carcinomas de la boca suelen afectarse sobre todo los pulmones, hígado y hueso, mientras que los riñones, glándulas endocrinas y la médula ósea se afectan sobre todo por invasión arterial.

### Características clínicas

El aspecto clínico del carcinoma epidermoide oral presenta notables variaciones. La lesión inicial puede adoptar un aspecto inocente, manifestándose solamente como una zona aplanada de mucosa eritematosa, o ligeramente rugosa, o bien como una placa blanca o incluso una masa polipoide con ulceración superficial o sin ella. Al ir evolucionando clínicamente, los carcinomas orales muestran tendencia a adoptar uno de estos tres tipos de crecimiento: exofítico, ulce-

rado y verrugoso.

La lesión exofítica. Se presenta como una masa elevada de amplia base y superficie algo nodular. La palpación descubre induración en la base y bordes. A medida que el tumor va haciéndose más voluminoso, aparece generalmente necrosis, ulcerandose consiguientemente la porción central de la masa exofítica.

El carcinoma ulcerado, presenta como un defecto crateriforme de bordes encorvados y elevados. Este tipo de carcinoma tiene una mayor tendencia a invadir profundamente los tejidos que el tipo exofítico. Algunas lesiones ulceradas -- exhiben una zona relativamente pequeña de ulceración superficial pero en profundidad infiltran el tejido subyacente (por consiguiente es endofítico).

La forma verrugosa se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo y acentuado de múltiples pliegues extensivos. No es frecuente la ulceración excepto en las grietas existentes entre los pliegues papilares.

## 6.2. Carcinoma mucoepidermoide

El carcinoma mucoepidermoide es una neoplasia maligna cuyas características clínicas e histológicas son muy variables. Puede ser de crecimiento lento, compuesto por epitelio escamoso bien diferenciado predominando el epitelio secretante, o bien, puede ser una neoplasia de crecimiento muy rápido compuesto por un epitelio escamoso con hiperchromatismo, imágenes típicas de mitosis y signos importantes de invasión y de metástasis. Esta última variedad tiene también -- células mucosas secretantes, pero en menos número que en la

forma de crecimiento lento.

Ya que el carcinoma mucoepidermoide tiene su origen en las glándulas salivales, su localización frecuente esta en la parótida y en las otras glándulas principales, pero --- también puede presentarse en el paladar, labios y en la mucosa bucal, donde se desarrolla a partir del tejido glándular salival accesorio. También puede desarrollarse en las regiones centrales de los maxilares, sobre todo de la mandíbula, donde se forma a partir de tejido glándular salival ectópico, que ha quedado localizado allí durante el desarrollo fetal.

Es realmente difícil diagnosticar un carcinoma mucoepidermoide basandose únicamente en los datos clínicos, ya que muchas veces hace pensar en un tumor mixto benigno o en una neoplasia maligna de la glándula parótida (cilindroma o adenocarcinoma), e incluso al quiste mucoso.

Sin embargo, se debe sospechar su existencia o al menos tenerla en cuenta, cuando nos enfrentamos a un tumor que se localiza en el tejido glándular salival y, sobre todo, cuando el tumor presenta signos de malignidad aunque sean mínimos (consistencia sólida, rigidez, adherencia a los tejidos vecinos y crecimiento constante o rápido). El diagnóstico definitivo depende siempre de la biopsia.

#### Características clínicas

Es conveniente separar los carcinomas mucoepidermoides en los muy malignos (al microscopio presentan un crecimiento invasor) y menos malignos.

El carcinoma mucoepidermoide es habitualmente pequeño y

blando con un diámetro aproximadamente entre 2 y 3 cm. Se le diagnóstica a menudo clínicamente de tumor mixto. Más de la mitad de los menos malignos contienen quistes cuyo contenido es algo viscoso, casi claro o directamente sanguinolento. En algunos, los quistes son grandes dando al corte un aspecto de "queso de Gruyère". Raramente producen dolor.

El carcinoma mucoepidermoide muy maligno tiende a ser mayor y el dolor suele aparecer antes de que la tumefacción sea visible. Existe parálisis del nervio facial en aproximadamente el 15% de los pacientes.

A la palpación el tumor es más duro debido a su crecimiento infiltrativo. Existe a menudo necrosis localizada y con menor frecuencia, degeneración quística.

Ambas formas crecen muy lentamente, transcurriendo más de 6 años desde la aparición de los primeros síntomas al diagnóstico microscópico.

### 6.3. Melanoma maligno

Los melanomas suponen, aproximadamente el 2% de todos los cánceres sufridos por el hombre y, si bien pueden aparecer en cualquier superficie epidérmica, muestran predilección por determinados lugares.

El melanoma primitivo de la mucosa oral se considera relativamente raro.

#### Características clínicas

El melanoma maligno o melanocarcinoma es, afortuna

damente, una neoplasia rara de la boca, ya que se trata de una de las enfermedades más fatales y de más rápida evolución. Los melanomas orales muestran una notable predilección por la encía y el paladar.

Por otra parte, el tumor muestra preferencia por el sexo masculino. Además, se trata esencialmente de una enfermedad de individuos en edades avanzadas correspondiendo la mayor incidencia a la sexta década de la vida.

En sus primeros estadios, el único signo sospechoso - puede ser un aumento de la pigmentación de melanina, que forma una placa de color oscuro. Enseguida, por su carácter de crecimiento rápido y constante, el melanoma maligno adquiere un aspecto de una masa tumoral de consistencia sólida. De gran importancia diagnóstica es el crecimiento de la lesión en todas direcciones, afectando a las estructuras vecinas por un tejido normal de color oscuro o negro. Si la neoplasia sigue creciendo, aparecerán la mayoría de caracteres clínicos de los cánceres de la boca: el tumor es de consistencia sólida, está adherido, tiene bordes indurados y una ulceración en su centro y se acompaña de linfadenopatía -- metastásica.

#### 6.4. Adenocarcinoma

Carcinoma anaplásico se denomina también adenocarcinoma indiferenciado o sólido o carcinoma de células de transición. Constituye aproximadamente el 1% de los tumores salivales; - es tan frecuente en las glándulas salivales mayores como en las menores y se da más en los hombres que en las mujeres. La edad máxima de incidencia se encuentra entre los 50 y 70 años. Es uno de los tumores más malignos de las glándulas



epiteliales.

### Características clínicas

Este tumor puede presentarse en el tejido de las glándulas aberrantes de los labios, carrillos, paladar y bucofaringe, así como en las glándulas principales.

Los adenocarcinomas primarios pueden diferenciarse del tumor mixto benigno por su rápido crecimiento, dolor temprano ocasionado por compresión de los nervios e inmovilidad de la masa del tumor por sus extensiones en los tejidos adyacentes. El adenocarcinoma produce metástasis a los ganglios linfáticos de la región, pulmones y esqueleto. Más de la mitad de los pacientes padecen parálisis del nervio facial que no se recuperan tras la radioterapia, como en la mayoría de los otros tumores salivales.

### 6.5. Cilindroma

Carcinoma adenoquistico o cilindroma, es otra variedad de neoplasia maligna que puede ocurrir en la boca, aunque una de sus localizaciones más frecuentes es en el paladar -- donde su aspecto clínico puede ser al del tumor mixto o a otro tipo de cáncer bucal. Al igual que en el carcinoma mucoepidermoide de esta misma localización el diagnóstico definitivo será por exploración biopsica.

La estructura histológica es variable, pero por lo general el cilindroma se compone de células parecidas a las basales, pequeñas, que se tiñen intensamente, dispuestas en forma de cordón que contienen un material mucoide. Las células tumorales estan rodeadas por tejido conectivo hialinizado -

cuya forma se parece a un cilindro, por lo que se le llama "cilindroma".

### Características clínicas

Se parece a los tumores mixtos por su lento crecimiento pero, a la palpación esta más adherido.

El síntoma más significativo es el dolor precoz. Se producen parálisis faciales espontáneas. El tumor mide habitualmente de 2 a 5 cm de diámetro y presenta poca o ninguna capsulación.

Se han observado metástasis hematógenas a los pulmones, los huesos y la piel en aproximadamente el 30% al 50% de los pacientes. Por ello, es indispensable obtener una radiografía pulmonar. Las metástasis linfáticas, por otra parte, son algo menos frecuentes (aproximadamente el 20%).

### 6.6. Sarcomas de los tejidos blandos

Son neoplasias malignas de origen mesodérmico y pueden desarrollarse a partir de cualquier tejido conectivo del cuerpo. Son muy raros si se les compara con los tumores epiteliales malignos; tienen tendencia a metastatizar precozmente, sobre todo por vía sanguínea, y tiene mal pronóstico.

Los sarcomas fundamentalmente difieren de los carcinomas; estos últimos prefieren el período descendente de la vida, aumentando sin cesar desde los cuarenta a los cincuenta años, siendo extraordinariamente raros en la infancia y en la juventud. Los sarcomas, por el contrario, se presentan casi con igual frecuencia en todas las edades. Una excepción la cons-

tituye, de modo exclusivo, los sarcomas osteógenos. Los tumores malignos de las partes blandas de la cavidad bucal, en la infancia y en la juventud, prácticamente son siempre sarcomas; en la edad avanzada, son carcinomas en más del 90% de los casos.

Los sarcomas de las partes blandas de la cavidad bucal proceden del tejido conectivo laxo de la mucosa, del tejido linforreticular extendido en la cavidad bucal, del tejido --conectivo estriado fascial situado en la profundidad (aponeurosis de la lengua, fascias, estado de fibras del periostio, cápsula de la articulación mandíbular) y de la musculatura estriada. En muchos casos, en particular los sarcomas no diferenciados de rápido crecimiento, no es posible establecer un orden histogenético respecto a un determinado tejido tales tumores son extraordinariamente ricos en células, forman muy pocas sustancias intermedias y no ofrecen ninguna estructura que permitan sacar una conclusión sobre todo el tejido originario. Pueden caracterizarse, sólo según el tipo celular dominante, como sarcomas de células redondas, sarcomas de células fusiformes o sarcomas de células polimorfas.

Los sarcomas de las partes blandas de la cavidad bucal son mucho más raros que los carcinomas. Son más frecuentes los sarcomas fusiformes y fibrosarcomas. Los sarcomas de células fusiformes son muy raros.

Los sarcomas pueden desarrollarse en todos los lugares de la cavidad bucal, con relativa frecuencia se observan los situados en los procesos alveolares del maxilar y mandíbula. Varios sarcomas de células fusiformes (tejido conectivo mucoso, aponeurosis de la lengua), o rabdiomiosarcomas de células polimorfas (musculatura de la lengua), mientras que en la base de la lengua se presentan con más frecuencia los lin

fosarcomas.

La velocidad del crecimiento de los sarcomas es muy variable. Los sarcomas de células fusiformes ricos en fibras (fibrosarcomas) se desarrollan con lentitud, y sólo más tarde producen metástasis.

Los sarcomas ricos en células y, sobre todo, los de células polimorfos, producen metástasis precozmente, como todos los sarcomas (con excepción de los linfosarcomas) por vía sanguínea y de modo principal en los pulmones. En lo que se refiere a este inciso, solo hablaré de los sarcomas de las partes blandas más frecuentes: a. fibrosarcoma y b. rabdomiosarcoma.

#### a. Fibrosarcoma

El fibrosarcoma es la neoplasia mesenquimatosa maligna más frecuente y representa un 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 localización incluyendo el periostio y el endostio, aunque algunos opinan que los que provienen del último son una variante del sarcoma osteogénico. El 80% de los fibrosarcomas están bien diferenciados y crecen lentamente por infiltración local. Las metástasis son raras y ocurren sólo en los estadios finales. Aproximadamente un 20% de estas lesiones están mal diferenciadas y su curso es más agresivo que el de los demás tipos, con metástasis hematógenas a los pulmones, que son de aparición precoz. Es rara la afección de los ganglios linfáticos.

Los fibrosarcomas pueden presentarse en personas de cual

quier edad, pero son más frecuentes en las de mediana edad, y más en los varones que en las mujeres. A veces las lesiones se originan en zonas que se están cicatrizando después de un trauma físico o de una exposición a una irradiación. La mayor parte de los fibrosarcomas crecen en las extremidades, pero un 16% se encuentra 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 y la mucosa bucal y paladar. También se han descrito algunos casos en la faringe, en el antro maxilar y en la articulación temporomandibular.

#### Características clínicas

Cuando un fibrosarcoma se localiza en la boca, presenta un cuadro clínico de una masa sólida, no dolorosa, no ulcerada, mal definida, recubierta por mucosa rosada normal. Muchas veces la lesión precoz no es muy característica y puede confundirse con una neoplasia benigna. Aquellas que se desarrollan en el periostio o en la zona perióstica quedan adheridas al hueso. Puede traumatizarse y ulcerarse más tarde en el curso de la enfermedad. Muy pocas veces el fibrosarcoma de la cavidad bucal es poco diferenciado, excepto en el caso del que el aspecto y el curso clínico sean espectaculares. Puede haber dolor intenso o parestesia, con movilización y caída de los dientes cuando hay infiltración ósea.

Los datos radiológicos del fibrosarcoma no son patognómicos. Los tumores bien diferenciados pueden no presentar ningún signo de destrucción ósea, pero las lesiones más invasivas muestran zonas irregulares de destrucción de la cortical que hacen pensar en una enfermedad infiltrativa.

Las lesiones localizadas pueden tratarse con éxito me--

dante la extirpación quirúrgica amplia. Por lo general, - no son radiosensibles. El pronóstico es variable.

#### b. Rabdomiosarcoma

El rabdomiosarcoma es un tumor raro que representa un 8% de todos los sarcomas de tejidos blandos. Está formado por células que se parecen a la célula muscular estriada inmadura o rabiomioblasto y es frecuente que se desarrolle - asociado al músculo esquelético. La afectación oral es rara. Sin embargo, se han descrito casos de tumor en la lengua, la labio, en el buccinador y en los músculos del cuello. No son frecuentes las metástasis cervicales. El rabdomiosarcoma puede dividirse en tres subtipos histológicos, cada uno de los cuales presenta distintos caracteres clínicos.

El tipo adulto pleomórfico se ve en personas que están en la quinta y sexta década de la vida y la mayor parte se desarrollan en las extremidades inferiores. En la boca tiene el aspecto de un tumor sólido, voluminoso, muy infiltrativo que no suele ser doloroso a menos que afecte al nervio lingual y al hueso. La ulceración ocurre cuando las lesiones son muy grandes. El enfermo cuenta una historia de crecimiento rápido, y cuando está afectada la lengua, se quejará 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 rabdomiosarcoma embrionario se presenta en niños y representa la mayor parte de los rabdomiosarcomas originados en la cabeza y en el cuello. La localización más frecuente

es en el paladar blando, donde el tumor se desarrolla como una masa blanda, no dolorosa, sésil y polipoide. La mucosa que la recubre puede ser hiperémica, pero muy pocas veces -- está ulcerada, y en sus primeras fases la lesión se parece a una hiperplasia papilar.

El tratamiento de elección en los tres tipos es la extirpación quirúrgica. Si quiere realizarse con éxito la extirpación ha de ser amplia. La disección cervical está indicada solamente en caso de metástasis cervicales confirmadas. El rhabdomiosarcoma de metástasis precoces en los pulmones, y la muerte suele ocurrir en el plazo de dos años.

## 7. CASUISTICA

El término casuística, es la consideración de los diversos casos particulares que se pueden prever en determinada materia. De acuerdo con esta definición sólo me referire al área médica.

La casuística nos es fundamentalmente útil, ya que en base a ella, se resuelven interrogantes, tales como: ¿cuá--les son los padecimientos más frecuentes?, ¿en qué entidad - geográfica se presenta el mayor número de enfermos?, etc. - En sí, la casuística es importante para hacer un estudio o análisis a fondo para cualquier padecimiento o alteración - del organismo.

La casuística de los padecimientos neoplásicos malignos en cavidad bucal consta únicamente de datos estadísticos, - los cuales comprenden dos incisos:

1. Distribución porcentual de tumores malignos según localización anatómica, sexo y grupos de edad. (cuadro 1).
2. Distribución porcentual de tumores malignos según localización anatómica por entidad federativa. (cuadro 2)

La casuística de los tumores malignos en cavidad bucal o cáncer bucal, se realizó con datos obtenidos del Archivo -



Clínico del Instituto Nacional de Cancerología de la S.S.A., durante los períodos: 1980, 1981 y 1982, obteniéndose un total de 227 casos.

Ahora bien, haciendo un pequeño análisis de los cuadros estadísticos se concluye que:

1. El número de casos de cáncer bucal registrados durante los períodos 1980, 1981 y 1982 del mencionado Instituto es el siguiente (cuadro 3). En el cual, se observa que en el año 1981 aumento 9.59%, con relación al año anterior, en el año 1982 el incremento fué de 1.37%, con respecto al año 1980. El número de casos registrados en éste período no presenta variaciones importantes, por lo tanto se tiene que el cáncer bucal no ha sido controlado.

CUADRO 3. CASOS DE CANCER BUCAL

PERIODO	# DE CASOS	%
1980	73	100.00
1981	80	109.59
1982	74	101.37

2. Entre los tumores malignos de la cavidad bucal se incluyen aquellos que afectan: labio, lengua, glándulas salivales, encía y boca.
3. En lo que respecta al sexo y la edad, el cáncer bucal tiene preferencia por el hombre, y se presentó sólo en una etapa de la vida que es después de los 65 años.
4. En cuanto a la localización anatómica se tiene que el cáncer de las glándulas salivales es más frecuente, siguiéndole en orden de frecuencia descendente:

- el cáncer de la boca, el cáncer del labio, el cáncer de la lengua, y por último el cáncer de la encía.
5. En lo que respecta, a la localización anatómica por entidad federativa, el Distrito Federal presenta el mayor número de casos de tumores malignos, y esto es debido: a. el ambiente en que se encuentra la ciudad; b. al tipo de alimentación que tienen los individuos; c. a los irritantes físicos, térmicos, químicos, etc. Así, como éstos factores etiológicos cancerígenos, podemos encontrar una gran variedad (ver págs. 29, 30 y 31). Los cuales, todos éstos producen alteraciones morfológicas y funcionales en las células normales.
  6. De los padecimientos de cáncer bucal que fueron atendidos en dicha Institución, al 92.95% se les realizó un estudio histopatológico, es decir, de los 227 casos reportados con cáncer bucal a 221 de éstos se les practicó un estudio histopatológico. El cual, indica que para diagnosticar bien el cáncer bucal es bueno realizar un correcto estudio histopatológico (veáanse págs. 16-21 y 62-74).

CUADRO 1. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TUMORES MALIGNOS SEGUN LOCALIZACION ANATOMICA, SEXO Y GRUPOS DE EDAD

PERIODO	LOCALIZACION ANATOMICA	SEXO		TOTAL	%	HISTOP. SI NO	GRUPOS DE EDAD Y SEXO								
		M	F				5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 - +		
							M	F	M	F	M	F	M	F	
1980	LABIO	9	5	14	19.18	13	1	-	-	-	-	6	4	3	1
	LENGUA	7	6	13	17.80	13	-	-	-	-	3	3	4	3	
	GLDAS. SALI VALES	4	16	20	27.40	19	1	-	1	5	3	2	-	8	
	ENCIA	6	5	11	15.07	11	-	-	-	1	1	3	3	2	1
	BOCA	10	5	15	20.55	15	-	-	-	1	1	4	1	5	3
	T O T A L E S	36	37	73	100.00	71	2	-	1	3	7	19	13	14	16
1981	LABIO	12	4	16	20.00	16	-	-	-	1	1	3	-	8	3
	LENGUA	13	3	16	20.00	16	-	-	-	1	-	5	1	7	2
	GLDAS. SALI VALES	10	12	22	27.50	20	2	-	-	3	3	3	-	4	9
	ENCIA	8	3	11	13.75	10	1	-	-	1	-	4	-	3	3
	BOCA	10	5	15	18.75	14	1	-	-	-	1	8	2	2	2
	T O T A L E S	53	27	80	100.00	76	4	-	-	6	5	23	3	24	19
1982	LABIO	8	6	14	18.92	12	2	-	-	-	-	3	-	5	6
	LENGUA	9	6	15	20.27	14	1	-	-	1	1	4	2	4	3
	GLDAS. SALI VALES	6	9	15	20.27	11	4	-	-	1	1	3	4	2	4
	ENCIA	7	7	14	18.92	13	1	-	-	2	-	4	1	1	6
	BOCA	14	2	16	21.62	14	2	-	-	2	1	8	-	4	1
	T O T A L E S	44	30	74	100.00	64	10	-	-	6	3	22	7	16	20

Fuente: Archivo Clínico del Instituto Nacional de Cancerología de la S.S.A. 4:1980-1982.

CUADRO 2. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TUMORES MALIGNOS SEGUN LOCALIZACION ANATOMICA POR ENTIDAD FEDERATIVA

PERIODO	LOCALIZACION ANATOMICA	TOTAL	AGS.	B.C.N.	B.C.S.	CAMP.	COAH.	COLIMA	CHIS.	CHIH.	D.F.	DCO.	GTO.	GRO.	HGO.	JAL.	E. MEX.	MICH.	MOR.	NAY.	N.L.	OAX.	PUEBLA	QRO.	S. P.Q.	S.L.P.	SIN.	SON.	TAR.	TAMPS.	T.LAY.	VER.	YUC.	ZAC.		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32		
1980	LABIO	14								1	5					2	3	1	1																	
	LENGUA	13									6						1					1	3											2		1
	GLDAS. SALI VALES	20							1	7		1	2	1	2	3	1						1													
	ENCIA	11		1					3	4			2		1																					
	BOCA	15							1	4			2			5							1		1								1			
	TOTALES	73		1					5	1	26		1	6	1	5	12	2	1			1	4	1		1						1	3		1	
1981	LABIO	16								3			1			7	3	1																1		
	LENGUA	16					1			5		1			1	3							1	1									2			
	GLDAS. SALI VALES	22								5			1	1		7	2						1										4			
	ENCIA	11								3			1			3	1																	3		
	BOCA	15								4			2	1		3	1	1					2										1			
	TOTALES	80					1			20		1	5	2	1	23	7	2					3	2						2			11			
1982	LABIO	14								6		2		1		4																				
	LENGUA	15	1						1	6			2			1		1							1										2	
	GLDAS. SALI VALES	15								3		2	2			4							1				1								3	
	ENCIA	14								5			1			4							1	1											1	
	BOCA	16	1							5			4			5							1													
	TOTALES	74	2						1	25		4	9			18		1					2	2		1		1	1						6	

Fuente: Archivo Clínico del Instituto Nacional de Cancerología de la S.S.A. 10:1980; 11:1981-82.

## CONCLUSIONES

1. Todas las lesiones sospechosas deberán ser consideradas malignas en potencia hasta que se pruebe lo contrario. En sus primeras etapas el cáncer bucal esta localizado, es pequeño y de apariencia inofensiva. Sin embargo, su progreso puede ser tan rápido que al cabo de unas semanas se haya convertido en una lesión ulcerada e infiltrante.
2. El cáncer, enfermedad insidiosa en su desarrollo, - suele ser curada si se descubre oportunamente. Los síntomas más evidentes del cáncer suelen ser: dolor, sangrado, induración, el olor y la adenopatía; pueden presentarse cuando la enfermedad ha progresado.
3. La citología exfoliativa bucal puede utilizarse como auxiliar, para comprobar la posible recidiva de un tumor en zonas difíciles de alcanzar. Si esta demuestra presencia de células anormales, hay que - efectuar siempre una biopsia de la zona sospechosa, para confirmar el diagnóstico de malignidad.
4. Para el tratamiento del cáncer (e inclusive para - cualquier padecimiento patológico), es importante - realizar un buen manejo del padecimiento, pues de otra forma se propicia el avance de la enfermedad por tratamientos inadecuados y no debemos olvidar que en estos padecimientos, el tiempo es un factor valioso.

5. El diagnóstico, como se observó juega un papel -- importante en la detección precoz de la enfermedad y de esta forma se evita que el cáncer llegue a fases severas.
6. El uso de los diferentes medios que existen para - combatir este padecimiento, dependerá de la fase de evolución en la cual se encuentre; pudiendo ser un tratamiento quimioterápico, radioterapia o cirugía.
7. En base a la casuística se establecen cuales son - los padecimientos más frecuentes, en que edad y sexo, es más frecuente el padecimiento, en que entidad geográfica se presenta el mayor número de enfermos, etc.
8. Las neoplasias pueden presentarse en cualquier época de la vida pero lo más probable es que la mayoría se origine en la quinta década de la vida y la frecuencia aumenta con la edad de la persona.
9. El dentista tiene mayores oportunidades de ver un cáncer de boca que el médico, ya que las personas con lesiones gingivales acuden primero al dentista, por lo tanto, éste debe tener amplios conocimientos sobre los padecimientos patológicos, pues en sus manos va estar el poder conservar la salud del paciente.

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

1. Allgöwer, Martín. Manual de cirugía general y especial. 3era ed. Barcelona. Ed. Científico-médica. - 174-180: 1977.
2. Baumann, R.P. "Efficiency of the TNM system of tumor classification. Epidemiologic studies". et. al. -- Fortcher Med 1983 Apr 28; 101 (16): 730.
3. Burket, Lester W. Cáncer de la boca. 2da ed. México. Ed. Interamericana. 1954.
4. Ferrer, Roda J. "Difficulties in the classification of tumor". Actas Urol Esp. 1982 (Nov-Dec; 6 (6): -- 315-6 (spa).
- 5 Grant, "Fine-needle biopsy directed by real-time sonography: technique and accuracy". et. al. AJR 1983 jul; 141 (1): 29-32.
6. Grinspand, David. Enfermedades de la boca. 1era ed. México. Ed. Mundi. 5-32, 417-441 y 459-496: 1970.
7. Katz, Simon. Odontología preventiva en acción. 1era ed. Buenos Aires. Ed. Médica panamericana. 378-396: 1975.
8. Lynch, A. Malcom. Medicina Bucal. 3era ed. México. 539-576: 1980.
9. Mascaró, P.J. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 11ava ed. México. Ed. Salvat. 1977.
10. Schwart, I. Seymor. Patología quirúrgica. 3era ed. México. Ed. Prensa Médica Mexicana. 249-256: 1976.

11. Waite, E. Daniel. Cirugía bucal práctica. 1era ed. México. Ed. Continental. 259-276: 1980.
12. Wilhelm, Meyer. Tratado general de odonto-estomatología. 1era ed. España. Ed. Alhambra. 885-910:
13. Zegarelli, V. Edward. Diagnóstico en patología oral. 6ta ed. México. Ed. Salvat. 258-270, 298-303 y -- 306-308: 1979.