



204.312

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**NEOPLASIAS MAS FRECUENTES DE
LA CAVIDAD ORAL**

T E S I S

Que para Obtener el Título de

Cirujano Dentista

P R E S E N T A

L. Leticia Sánchez Rivero

México, D. F.

1982.



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.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION -----	1
I. Definición y breves características histológicas de los tejidos -----	2
II. Nomenclatura de Neoplasias -----	6
III. Características diferenciales de las neoplasias -	10
IV. Clasificación de las neoplasias -----	15
V. Etiología del Carcinoma Epidermoide -----	74
VI. Carcinoma Epidermoide -----	81
VII. Graduación clínica del cáncer oral -----	102
VIII. Técnicas de Diagnóstico -----	108
IX. Tratamiento -----	114
CONCLUSIONES -----	122
BIBLIOGRAFIA -----	123

INTRODUCCION

El conocimiento de las neoplasias es de gran importancia para el Odontólogo, debido a la frecuencia con que se presentan en la práctica profesional. Por lo cual el Odontólogo debe estar lo suficientemente capacitado para el reconocimiento de las mismas.

Por lo anterior, este trabajo tiene como objeto -- orientar a mis compañeros o colegas acerca de las anomalías -- en el desarrollo de los tejidos que se presentan con mayor -- frecuencia en la cavidad oral, y con esto puedan tener un punto de referencia y así poder saber a quien y a donde remitirlos para su tratamiento.

A continuación se hace una explicación no profunda, pero si general, de las neoplasias más frecuentes de la cavidad oral.

Agradezco de antemano al honorable jurado el que -- tenga a bien juzgar mi trabajo hecho con poca experiencia pero con muchos deseos de superación en bien de nuestra profesión.

Capítulo I

DEFINICION Y BREVES CARACTERISTICAS HISTIOLOGICAS DE LOS TEJIDOS

Capítulo I
DEFINICION Y BREVES CARACTERISTICAS
HISTIOLOGICAS DE LOS TEJIDOS

DEFINICION DE NEOPLASIA

La neoplasia es un trastorno del crecimiento y la -
diferenciación celular es caracterizada por un crecimiento ex-
cesivo generalmente rápido y progresivo debido a múltiples cau-
sas que probablemente inducen a una mutación y que manifiesta
diversos grados de autonomía de los mecanismos normales de re-
gulación de la morfostasis.

CLASIFICACION DE LOS TEJIDOS.

El cuerpo humano está constituido por cuatro tejidos
básicos:

- I.- Tejido epitelial.
- II.- Tejido conectivo.
- III.- Tejido nervioso.
- IV.- Tejido muscular.

TEJIDO EPITELIAL.

Se divide en dos grandes grupos:

- a) Epitelios.
- b) Glándulas.

Epitelios.- En general, los epitelios se originan - de las tres capas embrionarias, pero diferenciarlos se les denomina basados en la capa que se originan:

- El epitelio derivado del mesodermo se denomina mesotelio.
- El epitelio derivado del endodermo se denomina endotelio.

Glándulas.- Las glándulas están formadas por invaginaciones del epitelio; por su tipo de secreción se dividen en:

Glándulas exocrinas.

Glándulas endocrinas.

Glándulas mixtas.

TEJIDO CONECTIVO.

Se origina a partir del mesodermo. Es el único tejido que está formado por células y por sustancias inertes.

Además une a otros tejidos manteniéndolos juntos. - Este tejido da origen a: tejido conectivo laxo, tejido hematopoyético, fibroso denso y tejido fibroso.

TEJIDO NERVIOSO.

Es un derivado del ectodermo, las células que forman el tejido nervioso son de dos tipos: las funcionales, denominadas neuronas, las células de sostén que en conjunto reciben el nombre de neuroglia y las células de defensa microglia.

TEJIDO MUSCULAR.

Es un derivado del mesodermo, es el cuarto tejido básico, está muy especializado para la contractilidad, conociéndose dos tipos de este, a saber; y un tercero producto de los dos anteriores:

1. Tejido muscular liso.
2. Tejido muscular estriado.
3. Tejido muscular cardíaco fisiológicamente liso, morfológicamente estriado.

Por lo anterior se entiende que la mayor parte de las neoplasias se suceden en el tejido epitelial y en el tejido conectivo.

En el tejido epitelial las neoplasias se presentan con mayor frecuencia debido a que los epitelios recubren todos los sitios expuestos del cuerpo, y por esto se encuentran sujetos a mayor posibilidad de cambio.

En el tejido conectivo las neoplasias también aparecen con frecuencia por las siguientes características: por ser el tejido más difundido en el cuerpo, por la cantidad de componentes que presentan y por tener mayor cantidad de tipos celulares.

Capítulo II

NOMENCLATURA DE NEOPLASIAS

Capítulo II

NOMENCLATURA DE NEOPLASIAS

NOMENCLATURA DE LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS.

Muchos de los nombres de las distintas neoplasias - se han heredado de épocas anteriores al uso del microscopio - por lo que no siempre corresponden a su histogénesis; además ocasionalmente la nomenclatura refleja ignorancia respecto a las células de origen de ciertas neoplasias o bien se usa un epónimo. (Esto se explica más adelante).

Por lo anterior, no es posible hacer generalizaciones sobre nomenclatura que no tenga muchas excepciones. Sin embargo, con las salvedades anteriores, se pueden señalar las siguientes reglas:

- I. Los tumores benignos se designan agregando el sufijo - - "OMA" al tipo celular del que se deriva el tumor .

Por ejemplo: los tumores benignos que provienen del tejido conjuntivo fibroso, formado por fibrocitos, se denominan "FIBROMA"; un tumor benigno cartilaginoso se llama - "CONDROMA"; un tumor benigno óseo se llama "OSTEOMA".

Los tumores benignos de tejido epitelial de revestimiento que se desarrollan en cualquier superficie y producen proyecciones verrugosas digitiformes peculiares se llaman "PAPILOMAS".

Los tumores del epitelio glandular se llaman "ADENOMAS"

Algunos tumores forman masas quísticas voluminosas como ocurre en el tumor que aparece en la glándula parótida - se llama "CISTADENOMA".

II. La nomenclatura de los tumores malignos sigue en esencia, la aplicada a los tumores benignos con algunas añadiduras.

Por ejemplo, las neoplasias malignas del tejido mesenquimatoso o sus derivados se llaman "SARCOMAS" y esta palabra se usa junto con el tipo celular de origen, por ejemplo: una neoplasia maligna originada en el tejido fibroso es un "FIBROSARCOMA"; una neoplasia maligna originada en el hueso será "SARCOMA OSTEOGENICO".

Los tumores malignos originados en las células epiteliales que provienen de cualquiera de las tres capas germinativas se llaman "CARCINOMAS" por ejemplo: un carcinoma con un cuadro de crecimiento glandular será un "ADENOCARCINOMA"; el que produce células escamosas identificables en cualquiera de los epitelios pavimentosos estratificados se llamará "CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS O EPIDERMÓIDE".

III. Otras neoplasias se denominan según las células que las componen, se denominan tumor de células gigantes; cuando los tumores están formados por más de un tipo celular su nombre puede referirse a este hecho como el TUMOR MIXTO DE LA GLANDULA SALIVAL.

IV. Los epónimos se usan por acuerdo tácito en rendir homena

je a los médicos que avanzaron el conocimiento describiendo nuevas entidades como la enfermedad de Hodgkin, y como el Tumor de Ewing (que es un tumor maligno primario que tiene su origen en la médula ósea)

EL SARCOMA DE KAPOSÍ (que es un proceso neoplásico del sistema vascular).

TUMOR DE PINDBORG (Que es un tumor maligno ectodérmico de origen dental).

En todos los casos conviene utilizar una nomenclatura -- que indique la histogénesis y el pronóstico, que son los dos factores más importantes en el tratamiento y sus resultados.

Capítulo III

CARACTERISTICAS DIFERENCIALES DE LAS NEOPLASIAS

Capítulo III
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LAS NEOPLASIAS

NEOPLASIAS BENIGNAS	NEOPLASIAS MALIGNAS
Crecimiento comparativamente lento.	Crecimiento rápido
Presentan agrandamiento progresivo.	Presentan agrandamiento irregular.
No amenazan la vida.	Causan la muerte.
No dan metástasis.	Producen metástasis.
No causan destrucción de los tejidos adyacentes.	Causan destrucción de los tejidos adyacentes.
Son semejantes a los tejidos de origen.	No son semejantes a los tejidos de origen.
No presentan anaplasia.	Presentan anaplasia.
El crecimiento suele ser por expansión.	El crecimiento es por infiltración.
Se encuentran rodeadas por una cápsula fibrosa.	Carecen de cápsula.

En términos generales, las características principales que diferencian las neoplasias benignas de las neoplasias malignas se pueden dividir en dos principalmente:

- 1.- Rapidez de crecimiento.
- 2.- Modo de crecimiento y propagación.

1.- RAPIDEZ DE CRECIMIENTO.

La rapidez de crecimiento de una neoplasia guarda -

relación con el nivel de diferenciación y con el comportamiento clínico.

La mayor parte de los tumores benignos bien diferenciados crecen lentamente, en un periodo de años con ritmo uniforme.

Mientras que la mayor parte de los tumores malignos crecen con rapidez, a veces de manera errática, para por último propagarse y matar al huésped.

2.- MODO DE CRECIMIENTO Y PROPAGACION.

Los tumores benignos crecen por "encapsulación", es decir, que crecen como masas localizadas que se expanden rodeadas por una cápsula fibrosa.

La cápsula consiste en una membrana fibrosa de envoltura que deriva en parte del estroma fibroso de los tejidos normales adyacentes y en parte es elaborada por el tumor.

Los tumores malignos casi nunca están encapsulados y se caracterizan principalmente por tener un crecimiento infiltrante y erosivo.

METASTASIS.

Es la capacidad de diseminación a sitios alejados o por las cavidades corporales que presentan todos los cánceres.

res.

Las metástasis identifican inequívocamente una neoplasia como maligna, ya que los tumores benignos carecen de esta capacidad. Con raras excepciones, todos los cánceres tienen la capacidad de dar metástasis.

La célula tumoral capaz de alejarse del tumor primario y seguir creciendo lejos de él en otro órgano, lo hace en tres etapas:

- a) Invasión.
- b) Embolia o transporte.
- c) Multiplicación y formación de nódulo.

a) Que puede ser infiltración de espacios intersticiales; por destrucción de las estructuras, por invasión directa de ellas y por penetración de la luz de vasos linfáticos o sanguíneos.

b) Representa el acarreo por linfa, sangre, líquido seroso o secreción epitelial de las células neoplásicas hasta llegar a su destino final.

c) Esto es que invade los tejidos vecinos y deriva de ellos el estroma necesario para su subsistencia.

El número de células neoplásicas que invaden los vasos y son transportadas a sitios alejados del tumor primario, es mucho mayor que el número de metástasis que se desarrollan.

Los principales caminos de diseminación metastásica son:

I.- Linfática.

II.- Hematogena.

III.- Linfohematogena.

IV.- Transcelómica (poco frecuente).

V.- Por conductos preformados y revestidos de epitelio (poco frecuente).

I.- Resulta ser la más frecuente en los carcinomas y da como resultado las metástasis en los ganglios de drenaje del sitio afectado.

II.- Es característica de los sarcomas, pero también se observa en ciertos carcinomas, es responsable de las metástasis pulmonares, hepáticas y óseas.

III.- Es una combinación de las dos anteriores.

IV.- Es casi exclusiva de carcinomas, consiste en la descamación de un tumor en una cavidad serosa con formación de nódulos independientes.

V.- Como ocurre con los tumores de la pelvícula renal, -- que pueden dar metástasis en el uretero o la vejiga urinaria.

Capítulo IV

CLASIFICACION DE LAS NEOPLASIAS

Capítulo IV

CLASIFICACION DE LAS NEOPLASIAS

CLASIFICACION DE TUMORES DE LA CAVIDAD ORAL.

TUMORES BENIGNOS

ODONTOGENICOS

Fibroma ameloblástico
 Dentinoma
 Cementoma
 Mixoma odontogénico
 Tumor odontogénico
 Adenomatoide o Adenoameloblastoma
 Odontoma ameloblástico
 Odontoma

OSEOS DE LOS MAXILARES

Osteoma
 Osteoblastoma benigno
 Condroma

EPITELIALES

Papiloma
 Fibroma

TUMORES MALIGNOS

Ameloblastoma
 Fibrosarcoma Ameloblástico
 Tumor odontogénico
 Epitelial calcificante

Fibrosarcoma
 Condrosarcoma
 Sarcoma osteogénico

Melanoma
 Carcinoma verrugoso
 Carcinoma in situ
 Carcinoma mucoepidermoide
 Carcinoma Epidermoide

CLASIFICACION DE LOS TUMORES ODONTOGENICOS

TUMORES ECTODERMICOS DE ORIGEN DENTAL

- I. Adamantoma
- II. Ameloblastoma
- III. Tumor odontogénico epitelial calcificante
- IV. Tumor odontogénico adenomatoide o adenoamelo--blastoma.

TUMORES MIXTOS DE ORIGEN DENTAL

- I. Fibroma ameloblástico
- II. Fibrosarcoma ameloblástico
- III. Odontoma ameloblástico
- IV. Odontoma

TUMORES MESODERMICOS DE ORIGEN DENTAL

- I. Cementoma
- II. Dentinoma
- III. Mixoma odontogénico.

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN ODONTOGENICO

FIBROMA AMELOBLASTICO.

Es un tumor raro de tipo mixto enteramente benigno.

ETIOLOGIA

Es desconocida.

ORIGEN

Es un tumor mixto en el cual hay proliferación, tanto del epitelio odontogénico como de las células mesenquimatosas. Se piensa que se pueda derivar de la vaina radicular epitelial de Hartwig.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es de forma redonda u ovalada y presenta un crecimiento clínico algo más lento que el ameloblastoma. No tiende a infiltrarse en las trabéculas óseas. En cambio se agranda - por expansión gradual de manera que la periferia de la lesión suele ser lisa.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Aparece como una lesión quística de contorno liso, - de forma redonda u ovalada. Pueden existir dientes sin erupción asociados al tumor. En ocasiones se ha observado separación de las raíces adyacentes.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El fibroma ameloblástico se encuentra encapsulado y compuesto de yemas, cordones e islas de células epiteliales - en un estroma de tejido conjuntivo mesenquimatoso que se asemeja al tejido de la pulpa dental.

INCIDENCIA.

La gran mayoría de los pacientes presentan una edad promedio entre los 50 y 20 años. Pero generalmente se presenta entre la segunda y tercera década de vida. Sin embargo, el

caso del paciente más joven que se encontró tenía la edad de 6 meses y el más viejo de 42 años. Parece no presentar ninguna preferencia sexual.

LOCALIZACION.

Este tumor suele localizarse en la zona premolar-molar del maxilar superior, con mucho más frecuencia en el maxilar inferior.

PRONOSTICO.

Es favorable. Este tumor tiene poca tendencia a recurrir.

DIAGNOSTICO.

Es de crecimiento lento, no es muy agresivo. Los dientes vecinos pueden ser desplazados de su posición normal, pero mantienen su vitalidad. Suele producir una dilatación indolora, asintomática de las láminas corticales de la zona premolar-molar, tanto del maxilar superior como del maxilar inferior, siendo más frecuente la del maxilar inferior.

TRATAMIENTO.

Consiste en la extirpación quirúrgica total de la lesión.

DENTINOMA.

Es un tumor mesodérmico benigno muy raro.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

A partir de tejido conectivo inmaduro, epitelio - - odontógeno y dentina irregular o displásica.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

En ocasiones se llegan a desarrollar en la perife-- ria y en la encía, y clínicamente aparecen como una zona fo-- cal de tejido hiperplástico.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Los hallazgos radiológicos no son específicos pero por lo general hay una zona radiolúcida en el hueso, que contiene una gran masa solitaria opaca o muchas masas radiopacas irregulares menores de material calcificado, cuyo tamaño va-- ría considerablemente.

En algunos casos hay dentina en cantidades poco re-- ducidas o sólo está mal calcificada; de manera que no hay opa-- cidad en la imagen radiolúcida.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El dentinoma se compone de masas de dentina irregu-- lar que puede ser denominada "dentinoide" u "osteodentina". - El tejido conectivo suele asemejarse a la papila dental, pero el grado de celularidad varía.

Es difícil justificar el diagnóstico de dentinoma - salvo que haya túbulos dentinales reconocibles.

INCIDENCIA.

En los pacientes en los que se presenta el dentinoma suelen ser jóvenes; la edad promedio es de 26 años.

No hay predilección evidente por ningún sexo.

LOCALIZACION.

Aparece principalmente en la mandíbula, en especial en la zona de molares y con frecuencia asociada a un diente retenido.

PRONOSTICO.

Es favorable, en consecuencia de que la lesión es benigna a pesar de esto llega a haber considerable destrucción local del hueso.

DIAGNOSTICO.

La mayoría de los pacientes notan una hinchazón durante un periodo variable de tiempo; hay dolor; perforación de la mucosa y presencia de la infección. Este tumor suele aparecer asociado a un diente retenido.

TRATAMIENTO.

Consiste en la escisión quirúrgica con un cureteado mínimo de la zona. Se ha comunicado que algunas lesiones tienen una cápsula de tejido que si se deja en el momento de la operación puede ser base de recidiva de este tumor.

CEMENTOMA.

Es una proliferación de tejido conjuntivo de tipo -

benigna. El término cementoma se emplea para describir lo que actualmente se considera como 4 lesiones diferentes: displasia fibrosa cemental periapical; cementoblastoma verdadero benigno; fibroma cementificante y cementoma gigantiforme múltiple familiar.

ETIOLOGIA.

No se conoce la causa específica. Aunque se ha pensado en factores traumáticos como disarmonías de cierre y en otras irritaciones locales, los estudios realizados en gran número de cementomas no han dado ninguna prueba que apoye este concepto. Así mismo se ha pensado en la infección, pero también se ha desechado.

No se ha podido asociar el cementoma a enfermedades generales específicas, se han recogido datos que hacen pensar en una asociación con una enfermedad endocrina, pero las pruebas suelen ser circunstanciales.

ORIGEN.

Es en los cementos celulares de la membrana peridental. Algunos creen en la teoría que atribuye su origen en el tejido odontogénico, llamado cemento.

En tanto que otros creen que constituye nada más -- que una reacción desusada del hueso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Aparece como una masa de tejido conjuntivo fibroso, que puede quedar convertido en cemento o hueso, o puede se-

guir sin modificación durante un periodo de tiempo indefinido.

El desarrollo de esta lesión se ha dividido se ha dividido en tres estadios:

- I. La proliferación fibrosa resultante y la formación de te ji do fibroso, rodea el ápice del diente, destruye la lámina dura y el hueso medular circundante por resorción - y crece periapicalmente a este estadio se le llama osteolítico.
- II. En este estadio llamado cementoblástico o estadio formador, los fibroblastos situados periapicalmente adquieren características cementoblásticas produciendo calcificaciones.
- III. Esta fase calcificante se continúa de forma lenta y a me nudo durante muchos años hasta que se obtiene una calcificación casi completa. Este estadio se llama cementoma "denso" u "osteoma". El periodo de tiempo durante el - - cual tiene lugar esta transformación es probablemente de 3 a 40 años. Y en algunos casos pueden no alcanzar el último estadio debido a la lentitud de la calcificación.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

La imagen radiológica variará dependiendo del estadio de desarrollo del cementoma.

En el estadio inicial o fase osteolítica, la lesión suele encontrarse como una zona radiotransparente oval pequeña que rodea el ápice del diente. Este estadio puede fácilmente confundirse con un quiste, granuloma periapical u otra entidad, sin embargo, es fácil diferenciarlos por la prueba de vitalidad del diente.

Segundo estadio o fase cementoblástica; es en parte radiotransparente y parte radiopaca, la calcificación puede iniciarse en el centro o más raras veces en la periferia de la lesión.

Puede haber un depósito de cemento en la raíz.

Tercer estadio o fase madura; se reconoce como una masa radiopaca irregular de densidad uniforme rodeada por una delgada línea radiotransparente que representa al ligamento periodontal y que la separa del ápice del diente.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

En su estadio inicial de desarrollo está constituido por fibroblastos, colageno y algunos vasos sanguíneos. Al progresar la enfermedad, los fibroblastos pueden diferenciarse en cementoblastos y osteoblastos.

La cementogénesis causa en ocasiones formación de cementículos redondeados que pueden aumentar de tamaño y fusionarse para formar masas sólidas de cemento. Cuando la actividad osteoblástica es intensa, la lesión está compuesta de tejido fibroso con diversos grados de celularidad, mezclado con tejido osteoide y hueso.

INCIDENCIA.

La proporción de incidencia en las mujeres en relación a los hombres era de 15 a 1. Se observó que es más frecuente en individuos de raza negra que en caucásicos.

En relación de las mujeres negras con respecto a las blancas de 8 a 1. La edad media en la cual la lesión se descubre es de 39 años, solamente en raras ocasiones se obser

va una persona de menos de 25 años de edad y casi nunca por de bajo de los 20 años de edad.

LOCALIZACION.

Es casi siempre en la región anterior de la mandíbu la junto a las raíces de los incisivos y caninos y es menos - frecuente en la región posterior de la mandíbula y mucho me-- nos en el maxilar.

La proporción maxilar superior-maxilar inferior, es de 5, 1 y 23:1, de 51 dientes examinados con esta lesión 35 - eran incisivos inferiores, 4 caninos inferiores, 8 premolares inferiores, 1 premolar superior, 2 molares superiores.

La mayor parte de las lesiones son múltiples tenien do algunos individuos hasta 8 dientes del maxilar inferior -- afectados.

De hecho, del 60% al 70% de los casos son múltiples.

PRONOSTICO.

Es favorable, debido a que no produce dolor ni tumo ración.

DIAGNOSTICO.

A causa de que carece de signos y síntomas clínicos, es decir, que no hay tumoración, asimetría facial, deforma- - ción, el diagnóstico se basa en un exámen radiográfico dental general. Los dientes no se encuentran desplazados ni la vita- lidad pulpar se encuentra afectada.

ADAMANTOMA.

No se le considera una neoplasia verdadera.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

Es a partir de un pequeño grupo de ameloblastoma -- desplazado.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta como un minúsculo glóbulo de esmalte, - firmemente adherido al diente, que constituye una pequeña masa focal excedente de esmalte de la superficie del diente.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Aparece como una zona radiopaca localizada en la bifurcación de las raíces o en la superficie radicular cerca de la unión amelocementaria.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El esmalte contiene a veces un pequeño núcleo de -- dentina y raras veces un pequeño cordón de tejido pulpar que se extiende desde la cámara pulpar o el conducto radicular -- del diente.

INCIDENCIA.

Puede ser descubierto a cualquier edad. No existe - preferencia por ningún sexo.

LOCALIZACION.

Suele ser cerca de la bifurcación o trifurcación de las raíces dentales. Es más común observarla en molares superiores que en los inferiores.

PRONOSTICO.

Es favorable.

DIAGNOSTICO.

Carece de signos y síntomas clínicos, por lo cual - el diagnóstico se basará en un exámen radiológico dental general.

TRATAMIENTO.

Debido a que el adamantoma carece de importancia -- clínica y no presente efectos perjudiciales, no necesita tratamiento.

MIXOMA ODONTOGENICO.

Es una neoplasia benigna localmente invasiva que no forma metástasis.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

En la porción mesenquimatosa del germen dental, ya sea en la papila dental, folículo o ligamento periodontal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es un tumor blando que se presenta frecuentemente - una superficie abombada de color blanco grisáceo y ámbar. La superficie cortada tiene un aspecto viscoso.

La mayoría de estos tumores se encuentran asociados con anomalías dentales como dientes ausentes o incluidos.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

En algunos casos, la radiografía revela un aspecto moteado o en panal de abeja del hueso, mientras que en otros aparece una imagen radiolúcida destructiva y expansiva, que - a veces tiene una estructura multilocular. La invasión del antro ocurre con frecuencia en las lesiones del maxilar.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El mixoma se compone de células fusiformes y estrelladas dispuestas en forma laxa, muchas de las cuales poseen largas prolongaciones fibrilares que tienden a entremezclarse.

La sustancia intercelular es rica en ácido hialúrico. Algunas veces se encuentran nidos de epitelio odontogénico.

INCIDENCIA.

No existe ninguna preferencia sexual. Es muy raro - que el mixoma ocurra antes de los 10 años o después de los 50 años. Aproximadamente el 50% aparecen durante la segunda y -- tercera década de vida.

LOCALIZACION.

Se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula -- que en el maxilar. En la mandíbula se localiza con igual frecuencia, tanto en la rama como en el cuerpo, la localización en la sinfisis es menos frecuente. En el maxilar se localiza en el antro.

PRONOSTICO.

Es excelente, pero el índice de recidivas es elevado.

DIAGNOSTICO.

Este tumor crece lentamente aunque la dilatación -- ósea puede ser intensa y producir gran deformidad facial, es raro que haya dolor intenso, aunque se han observado algunas excepciones. Puede haber parestesia del labio en caso de invasión del conducto mandibular. Los dientes se hallan a menudo desplazados y alrededor del 10% de los casos hay resorción -- dental.

TRATAMIENTO.

Es la escisión quirúrgica, seguida de la cauterización química o eléctrica. Las lesiones extensas pueden requerir resección en bloque para erradicar el tumor.

TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE O ADEROMAMELOBLASTOMA.

Es un tipo raro de tumor odontógeno

ETIOLOGIA.

El origen de este tumor es desconocido, aunque se - hay sugerido diversas posibilidades se le atribuye su origen a partir del preameloblasto. Por otra parte, la asociación -- del tumor con dientes incluídos bien formados hace pensar en un posible origen a partir del epitelio reducido del esmalte que rodea a la corona o del epitelio que revista a la cavidad quística.

ORIGEN.

Es desconocido.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Aparece como una masa de tamaño variable; que suele tener un diámetro de un centímetro hasta dos centímetros, - - tiende a aparecer a un quiste dentígero radiográficamente, di- lata la lámina cortical pero no llega a perforarla. No es inva- sivo.

ASPECTO RADIOLOGICO.

. Se manifiesta como una zona radiotransparente, úni- ca, homogénea, de tamaño variable. Sus bordes pueden estar -- bien limitados, generalmente se encuentran zonas de calcifica- ción dentro del tumor, pero no suelen ser suficientes para au- mentar considerablemente la densidad radiográfica.

CARACTERISTICAS ANATONOPATOLOGICAS.

Microscópicamente el tumor consta de estructuras en roseta o como conducto, redondas, deformadas, tapizadas con --

una capa única de células epiteliales cilíndricas medianas -- hasta altas, cuyos núcleos están polarizados lejos de la luz.

INCIDENCIA.

Este tumor es más frecuente en mujeres que en varones, en una proporción de 2 a 1. Ocurre durante la segunda dé cada de vida. El paciente más joven tenía 4 años y el más vie jo 43 años. Sin embargo más del 90% de los individuos afectados tenían de 12 a 30 años.

PRONOSTICO.

El pronóstico es favorable debido a que este tumor no tiene tendencia a recidivar.

LOCALIZACION.

Es más frecuente en el maxilar superior, especialmente (más del 90%) en la región anterior de ambos maxilares en aproximadamente tres terceras partes de los pacientes está asociado con un diente no erupcionado, más a menudo el canino y mucho menos frecuente el incisivo lateral del maxilar superior o el primer premolar del maxilar inferior.

DIAGNOSTICO.

El adenoameloblastoma es de crecimiento lento, de tamaño variable; oscila desde un milímetro hasta varios centí metros. Las lesiones pequeñas suelen descubrirse casualmente mediante la exploración radiográfica, por lo general el enfer mo no conoce su existencia; algunos de estos tumores producen hinchazón y suelen ser asintomáticos.

TRATAMIENTO.

Consiste en la extirpación simple del tumor, realizando un legrado conservador.

ODONTOMA AMELOBLASTICO.

Es una neoplasia odontógena que se caracteriza por la formación simultánea de un ameloblastoma y un odontoma -- compuesto.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

Se piensa que es posible que pueda tener su origen en un odontoma.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Presenta un crecimiento lento y muchas veces está asociado con tumefacción del proceso alveolar.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

La destrucción central de hueso, con expansión de las láminas corticales. El rasgo característico es la presencia dentro de la lesión propiamente dicha, de abundantes zonas radiopacas pequeñas que pueden o no asemejarse a dientes formados, si bien en miniatura.

En otros casos, sólo hay una masa única radiopaca -

e irregular de tejido calcificado.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Se observan tejidos diversos; epitelio ameloblástico, retículo estrellado, matriz de esmalte, esmalte, dentina, osteodentina, hueso, cemento y tejido pulpar.

Aunque muchas veces los tejidos están rodeados al azar, puede haber pruebas de formación de dientes pequeños.

La semejanza del centro del tumor con un odontoma complejo es muchas veces notable.

INCIDENCIA.

Este tumor aparece, salvo pocas excepciones, en niños. Aunque los límites de edad han sido de 6 meses y 40 años. Se afecta con igual frecuencia las mujeres y los hombres.

LOCALIZACION.

Aunque es algo más frecuente en el maxilar superior aparece en ambos maxilares probablemente con una ligera preferencia para la zona premolar-molar.

PRONOSTICO.

Es variable; este tumor generalmente no invade --
otras zonas.

DIAGNOSTICO.

A veces los odontomas ameloblásticos plantean un --
problema terapéutico debido a su tamaño.

Sin embargo, el tratamiento de elección es la extirpación.

pación en bloque en la pieza quirúrgica; debe incluirse un amplio márgen de tejido normal, ya que hay tendencia a la reci-diva.

ODONTOMA.

Es una neoplasia benigna que por su sola definición se refiere a cualquier tumor de origen dental.

El odontoma presenta dos clasificaciones: odontoma complejo y odontoma compuesto.

En odontoma complejo, el esmalte y dentina suelen - ser depositados de manera normal porque la organización de células odontógenas no alcanza un estado normal de morfodiferenciación.

El odontoma compuesto; es más frecuente que se pre-- sente que el odontoma complejo. Se denomina así porque está - compuesto por más de un tipo de tejido. En algunos el esmalte y la dentina se depositan de tal manera que las estructuras - conservan una considerable semejanza anatómica con dientes -- normales excepto que suelen ser menores que éstos.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

Es desconocido.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es una lesión pequeña y sólo ocasionalmente su diá- metro excede al de un diente normal.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Se presenta como una masa irregular de materia calcificada rodeada por una banda radiolúcida estrecha con una periferia lisa, o como una cantidad variable de estructuras dentiformes con el mismo contorno periférico.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Contiene esmalte o matriz adamantina, dentina, tejido pulpar, cemento de aspecto normal que pueden o no presentar una relación mutua normal. La cápsula de tejido conectivo que rodea al odontoma es similar en todo sentido al folículo que rodea a un diente normal.

INCIDENCIA.

Puede ser descubierto a cualquier edad, se encuentra en niños muy pequeños y por supuesto puede persistir en la vida adulta.

LOCALIZACION.

En cualquier sitio del arco dental superior e inferior y generalmente entre las raíces de los dientes.

PRONOSTICO.

Es favorable.

DIANGOSTICO.

El odontoma es clínicamente asintomático y solamente se llegan a descubrir en el examen radiológico sistemático. A veces suelen llegar a agrandarse y expanden el hueso con la

consiguiente asimetría facial.

Esto sucede si en torno al odontoma se forma un - -
quiste dentífero.

TRATAMIENTO.

Es la eliminación quirúrgica seguida de cuidados o
estudios microscópicos en busca de datos que hagan pensar en
un odontoma ameloblástico.

TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN ODONTOGENICO

AMELOBLASTOMA.

Es una neoplasia maligna de origen odontogénico epi
telial.

ETIOLOGIA.

Es desconocida, pero se ha pensado en traumatismos,
infección, mal nutrición y extracción de dientes. También se
ha sugerido un origen genético, es decir que sea una anomalía
de desarrollo del aparato odontogénico.

ORIGEN.

Se han postulado varios orígenes: el revestimiento
epitelial del quiste dentífero, restos de la lámina dental y
del órgano del esmalte y la capa basal de la mucosa bucal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Los tumores de gran tamaño suelen presentarse

una masa que puede ser de varios centímetros de tamaño y ocupar un espacio considerable en la boca. La superficie suele ser lobulada y la mucosa puede ulcerarse. Los dientes suelen estar móviles.

Los tumores de moderado tamaño presentan una masa dura ósea no dolorosa de tamaño variable que aumenta la superficie bucal lingual del maxilar. Puede ser de superficie lisa de forma redonda u ovalada recubierta por una mucosa de color rosado normal. Los dientes de la zona pueden ser algo móviles y estar mal alineados.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Las características radiográficas son muy variables dependiendo de la duración, localización y extensión de la degeneración quística que haya ocurrido en el interior de la masa tumoral.

La mayoría de los tumores quísticos pueden ser uniloculares o multiloculares. La lesión unilocular se observa como una radiotransparencia de tamaño variable, redonde u ovalada, central. La zona lítica suele ser homogénea y tiene un margen hiperostótico. Si la lesión aumenta de tamaño y hay degeneración quística extensa, el tumor se presenta como una radiotransparencia multilocular de forma irregular.

Cada compartimiento está separado por delgados tabiques óseos de diverso grado de densidad que le dan un aspecto de panal de miel.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Microscópicamente el ameloblastoma está caracterizado por islas o filamentos epiteliales en un estroma de tejido conjuntivo fibroso, la periferia de los filamentos o islas está formada por células ameloblásticas. El ameloblastoma se desarrolla a partir del epitelio que procede del ectodermo -- del aparato odontogénico, es decir, de la lámina dental, esmalte y las bases de malassez de la vaina de la raíz de -- Hertwig.

INCIDENCIA.

El ameloblastoma aparece con más frecuencia de los 20 a los 49 años de edad, siendo la edad media en la que se -- establece el diagnóstico, a los 39 años de edad, y la edad normal a la que se descubre es a los 33 años. No parece tener predilección por una raza determinada, los hombres y las mujeres se afectan por igual.

LOCALIZACION.

Tiene su origen en el 80% de los casos en el maxilar inferior. En el 70% de los casos ha sido en la zona molar inferior en la rama ascendente. Aproximadamente del 10% hasta el 15% están asociados con un diente sin erupcionar en la cavidad quística. En el maxilar superior parece ser más frecuente en la zona canina antral. Los tumores con esta localización pueden crecer hasta el seno maxilar, nariz y órbita.

Los ameloblastomas que se desarrollan en la tuberosidad pueden extenderse hacia la base del cráneo. Los ameloblastomas que se desarrollan a partir de quistes primordiales

se suelen localizar en regiones en las que falta un diente o pueden rodear la corona de un diente existente.

Aquellos que se desarrollan de nuevo a partir de otros orígenes odontogénicos se localizan generalmente entre las raíces de dos dientes o bien entre los ápices.

PRONOSTICO.

El ameloblastoma es un tumor persistente que señala un porcentaje de recidivas de hasta el 35%. Algunos ameloblastomas recidivan de 10 a 15 veces después del tratamiento, lo que hace pensar en el desarrollo de nuevas lesiones primitivas más que en el crecimiento continuo de un tumor extirpado en forma inadecuada.

DIAGNOSTICO.

Se debe sospechar de un ameloblastoma cuando se observa:

- I. Deformación asimétrica de los maxilares, grande, lobulada, no ulcerada, sobre todo cuando se ve en la mandíbula posterior.
- II. Historia de crecimiento lento y continuo, siendo relativamente asintomático, excepto en los casos de enfermedad -- muy avanzada, cuando puede haber dolor, parestesia o complicaciones de fracturas patológicas de infección secundaria.

Los dientes contiguos suelen estar mal colocados y móviles.

TRATAMIENTO.

Se debe practicar una extirpación en bloque, extendiéndose más allá de la dimensión radiográfica del tumor.

En las lesiones muy grandes donde se crea que la recidiva es inevitable, la operación debe ser conservadora, esperando tratar las lesiones posteriores conforme vayan surgiendo. Las disecciones del cuello están indicadas sólo si se confirma la existencia de metástasis cervicales.

La resección e incluso la hemisección quirúrgica -- son otras medidas que pueden utilizarse en el tratamiento del ameloblastoma.

TUMOR ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE.

Es una neoplasia maligna a la que se le conoce también con el nombre de tumor de PINDBORG.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

Se cree que se origina a partir del epitelio de -- dientes que no han brotado.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es un tumor invasivo de intensidad y malignidad variable. Suele aparecer como una hipertrofia bien delimitada o difusa de consistencia dura.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Aparece generalmente como una combinación de radiotransparencia y radiopacidad con numerosas islas densas de diversos tamaños dispersadas por todo el tumor.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El tumor consiste en pequeñas láminas de células epiteliales grandes poliédricas, separadas por una escasa estroma de tejido conjuntivo. El citoplasma es algo eosinófilo y homogéneo.

El núcleo es vesicular con núcleos bien definidos, pero puede aparecer hipercromático o picnótico.

INCIDENCIA.

Su mayor incidencia está entre la quinta y sexta dé cada de vida; se presenta casi exclusivamente en hombres.

LOCALIZACION.

El tumor aparece con una frecuencia de 2:1 en la mandíbula con respecto al maxilar. La mayor parte de las lesiones se desarrollan en la región premolar de la mandíbula a sociado generalmente a dientes incluidos o no erupcionados.

PRONOSTICO.

Este tumor tiene caracteres invasores y una gran tendencia a recidivar por lo que el pronóstico resulta poco favorable.

DIAGNOSTICO.

La mayoría de los pacientes con esta lesión carecen de síntomas y sólo en ocasiones suelen presentar una evidente hinchazón indolora, debido a que a medida que crece el tumor dilata las estructuras óseas circundantes.

TRATAMIENTO.

Está indicado realizar una extirpación en bloque, y la pieza quirúrgica debe comprender un margen adecuado de tejido óseo no afectado.

FIBROSARCOMA AMELOBLASTICO.

Es un tumor sumamente raro que resulta ser la contraparte maligna del fibroma ameloblástico en la cual se ha tornado maligno el elemento mesenquimatoso.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

Es posible que se deba a la transformación maligna de un fibroma ameloblástico benigno preexistente.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Puede presentar expansión voluminosa y adelgazamiento de la tabla, es de crecimiento rápido, presenta ulceraciones y hemorragia de la mucosa que lo cubre,

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

La lesión aparece como una gran destrucción ósea -- con márgenes irregulares y mal definidos.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Consiste en un epitelio odontogénico de aspecto benigno.

El componente mesodérmico es muy celular, consistiendo en células fusiformes y poliédricas, muchas con formas extravagantes y núcleos hipercromáticos que confirman el diagnóstico del fibrosarcoma.

INCIDENCIA.

Es más frecuente en adultos jóvenes, siendo 33 años la edad media. No presenta predilección de sexo.

LOCALIZACION.

La lesión se presenta con mayor frecuencia en la -- mandíbula que en el maxilar.

PRONOSTICO.

Es relativamente malo debido a que la recidiva es -- previsible.

DIAGNOSTICO.

Casi siempre el tumor es doloroso, por lo general -- crece con rapidez y causa destrucción ósea con aflojamiento -- de los dientes. El dolor puede dar lugar a la extracción del diente con crecimiento subsiguiente del tumor en el alveolo.

TRATAMIENTO.

Consiste en la resección radical.

CLASIFICACION DE LOS TUMORES
EPITELIALES Y CONECTIVOS

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO

- I. CONDROMA
- II. OSTEOMA
- III. OSTEOLASTOMA BENIGNO

TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO.

- I. FIBROSARCOMA.
- II. CONDROSARCOMA.
- III. SARCOMA OSTEOGENICO.

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

- I. PAPILOMA.

TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL.

- I. CARCINOMA EPIDERMÓIDE
- II. CARCINOMA IN SITU
- III. CARCINOMA VERRUGOSO
- IV. MELANOMA.
- V. FIBROMA

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO.

OSTEOMA.

Es una neoplasia ósea benigna, sumamente rara, de la mandíbula y del maxilar.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

A partir del periostio del hueso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

En los maxilares el osteoma puede presentarse como una masa dura y circunscrita que crece fuera del hueso o como una masa densa dentro del hueso. Estos tumores pueden estar fijados al hueso o como una base ancha o por un tallo delgado. Existen dos tipos de osteoma, el que es muy duro y similar al hueso cortical se llama osteoma compacto, y el otro es flojo, como el hueso trabeculado o esponjoso:(osteoma esponjoso).

El osteoma compacto tiene un color blanco amarillento y es homogéneo como el marfil.

El osteoma esponjoso tiene el mismo aspecto que el hueso esponjoso, a veces lo atraviesan algunas trabéculas más gruesas.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Aparece con una radiopacidad redonda muy bien limitada de densidad homogénea. A veces sus bordes no son bien de

finidos sino difusos, pareciendo confundirse con el hueso normal circundante. A veces los caracteres del osteoma y la enostosis son tan parecidos que es imposible realizar un diagnóstico radiográfico exacto.

El osteoma periférico es un bulto óseo duro, oval o redondo con una superficie lisa muchas veces lobulada.

Microscópicamente, el osteoma esponjoso consiste en trabéculas del hueso lamelar maduro dentro de una médula adiposa o fibrosa. El osteoma compacto lo forma una masa densa de hueso lamelar con pocos espacios medulares.

INCIDENCIA.

El osteoma aparece en todas las edades, pero es más frecuente en adultos con más de 40 años de edad.

LOCALIZACION.

Puede localizarse en el interior del cuerpo maxilar o en su periferia presentándose en el maxilar superior.

PRONOSTICO.

Es favorable, ya que no recidiva después de su extirpación quirúrgica.

DIAGNOSTICO.

Son indoloros, de crecimiento lento, de larga duración, puede producir asimetría facial. Si el osteoma está localizado en una zona que soporta una dentadura puede desarrollarse una ulceración debajo de la prótesis.

TRATAMIENTO.

No suele ser necesario, pero cuando se dificulta la funcionalidad, se afecta la estética o se impide la eficacia de la dentadura, se indicará una extirpación total o parcial.

OSTEOBLASTOMA BENIGNO.

Es un tumor raro que puede ser tomado por un tumor óseo maligno pese a su benignidad.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

Es desconocido.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

De este tumor, tiene un diámetro de dos a diez centímetros, el tejido es friable, granuloso o arenoso y hemorrágico, variando su color entre fojo y marrón rojizo.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

En algunos casos, hay puramente destrucción ósea en tanto que en otra hay suficiente neoformación ósea para producir un aspecto radiolúcido y radiopaco mixto manchado.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Los rasgos sobresalientes de osteoblastoma benigno son:

- 1) Vascularidad de la lesión con muchos capilares dilatados, -

distribuidos en todo el tejido.

- 2) cantidades moderadas de células gigantes multinucleares -- dispersas en el tejido.
- 3) Osteoblastos en activa proliferación que cubren las trabéculas irregulares de hueso nuevo.

INCIDENCIA.

Se origina con mayor frecuencia en personas jóvenes el 75% de los pacientes son menores de 20 años. En la mayoría de los casos hay una predilección definida por el sexo masculino.

LOCALIZACION.

Su localización más común es la columna vertebral. Otros sectores frecuentemente afectados incluyen el sacro, -- huesos tubulares largos y la bóveda craneana. También el osteoblastoma benigno se produce tanto en la mandíbula como en el maxilar con cierta frecuencia.

PRONOSTICO.

Debido a que es un tumor benigno el pronóstico es favorable; la recidiva es rara.

DIAGNOSTICO.

Presenta dolor e hinchazón en el sitio del tumor y su duración varía de unas pocas semanas a un año.

TRATAMIENTO.

La extirpación quirúrgica conservadora es el trata-

miento preferido para este tumor.

CONDROMA.

Es una neoplasia benigna central compuesta de cartílagos desarrollados sumamente rara.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

A partir del cartílago maduro.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Puede ser una prominencia nodular o un abultamiento único bien redondeado, de consistencia ósea, o puede ser una masa ósea multilobulada, recubierta por una mucosa lisa, de color normal.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El condroma se compone de una masa de cartílago hialino que a veces presenta calcificación y necrosis, la existencia de células multinucleadas y un aumento de tamaño de los núcleos serán signos de un tumor más maligno.

Consisten en una radiotransparencia difusa, de color gris claro de aspecto granular o ligeramente moteado. Se va a observar resorción de las raíces. A pesar de esto no existe una imagen constante que sugiera el diagnóstico del tumor.

INCIDENCIA.

No existe ninguna preferencia sexual, la edad media de los pacientes es de 47 años y 5 años.

LOCALIZACIÓN.

El lugar más frecuente de localización en el maxilar superior es la cresta alveolar anterior del paladar. La protuberancia se extiende muchas veces hacia arriba dentro de los senos paranasales o hacia la base del cráneo. En el maxilar inferior la localización es más frecuente, en la porción posterior y las regiones condileas y coronoides.

PRONOSTICO.

Es variable debido a que este tumor tiende a malignizarse fácilmente.

DIAGNOSTICO.

El tumor suele desplazar a los dientes vecinos. -- Cuando el tumor tiene situación central puede haber destrucción y exfoliación de los dientes, así como protuberancia de lámina lingual o bucal. Los tumores en las regiones coronoides producen una masa ósea dura que da lugar a dolor al masticar y desvía el maxilar hacia el lado libre si el tumor es -- más periférico, aparece como una masa cubierta por mucosa.

TRATAMIENTO.

Consiste en la extirpación quirúrgica, abarcando un amplio margen de tejido normal y como medida de seguridad deberán realizarse también reconocimientos periódicos para bus-

car posibles recidivas o malignizaciones.

Por lo tanto, el tratamiento del condroma será básicamente quirúrgico, puesto que el tumor es resistente a los rayos X.

TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO.

FIBROSARCOMA.

Es una neoplasia maligna muy frecuente.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

Es un tumor de fibroblastos malignos que pueden desarrollarse a partir del tejido conjuntivo fibroso en cualquier localización, incluyendo el endostio y periostio, aunque algunos opinan que proviene del endostio. Son una variante del sarcoma osteogénico.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Suele aparecer como una masa sólida, dura, dolorosa, sensible a la palpación y puede estar cubierta por mucosa ulcerada.

Aquellas lesiones que se desarrollan en el periostio o en la zona perióstica, quedan adheridas al hueso, pueden traumatizarse y ulcerarse más tarde en el curso de la en-

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Las células malignas fusiformes con núcleos largos están casi siempre dispuestas en forma ordenada, es decir, en fascículos. En los ejemplares más anaplásicos, se pierde esta disposición celular ordenada y los núcleos son irregulares, - con imágenes mitóticas. La producción de colágeno es variable.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Los datos radiológicos del fibrosarcoma no son patognónicos. En algunos casos, hay destrucción del hueso y erosión de las raíces de los dientes. Las lesiones más invasivas muestran zonas irregulares de destrucción de la cortical que puede hacer pensar en una enfermedad infiltrativa.

INCIDENCIA.

Puede presentarse en personas de cualquier edad, pero es más frecuente entre los 20 y 50 años. No hay preferencia por uno u otro sexo.

LOCALIZACION.

La mayor parte de los fibrosarcomas crecen en las extremidades, pero un 16% se encuentran por encima de las clavículas e incluyen localizaciones orales como el periostio de la maxila y de la mandíbula. Siendo más a menudo en la mandíbula, también se encuentran en el paladar, labio y lengua.

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

PRONOSTICO.

Es sorprendentemente favorable en comparación con el de otros sarcomas. Pero se debe tener en cuenta que el sitio del tumor y su accesibilidad, serán factores importantes en la consideración del pronóstico del tumor.

DIAGNOSTICO.

Puede haber dolor intenso o parestesia, con movilización y caída de los dientes, cuando hay infiltración ósea.

Siendo los hallazgos más típicos la tumefacción y deformación asimétrica.

TRATAMIENTO.

Las lesiones localizadas pueden tratarse mediante la extirpación quirúrgica amplia.

Este tumor es radioresistente.

CONDROSARCOMA.

Es una neoplasia maligna muy rara.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

Presenta dos orígenes: I Primario.- Es a partir de un tumor cartilaginoso benigno preexistente. II. Secundario.- Cuando se produce de nuevo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Generalmente se nota el examen clínico una masa o tumefacción cubierta por mucosa, los tumores de localización central dilatan el paladar bucal o lingual o ambos. A menudo se debe a un cambio maligno de un condroma previamente benigno. Por lo general estas lesiones son invasoras y destructoras y además, metatatan fácilmente.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

A menudo se evidencia radiográficamente destrucción ósea, así como densidades moteadas debidas a calcificación y osificación. Cuando hay zonas calcificadas se observa un aspecto moteado especial.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Consiste en la presencia de numerosas células con núcleos gruesos e irregulares y especialmente células multinucleares y aumento del tamaño nuclear o cromatina condensada. Generalmente hay una matriz mixomatosa mal organizada.

INCIDENCIA.

Aparece en cualquier edad habiendo una frecuencia mayor entre los 30 y 60 años. Es más frecuente en los varones en una relación aproximada de 2 a 1.

LOCALIZACION.

Se puede localizar tanto en la mandíbula como en el maxilar, siendo más frecuente en este último. En el maxilar se observa cerca del seno y en la mandíbula se localiza en la re

gión de la sínfisis.

PRONOSTICO.

Es desfavorable debido a que suele producir la - - muerte por invasión local o por metástasis en sitios aleja- - dos. Aunque la lesión crece con lentitud frecuentemente, la - intervención quirúrgica estimula el ritmo de crecimiento y la tendencia a la metástasis.

DIAGNOSTICO.

A pesar de que no presenta signos y síntomas patog- nómicos, ocasionalmente hay resorción y exfoliación de los -- dientes y presenta crecimiento lento. Es indoloro.

TRATAMIENTO.

El único tratamiento positivo es la cirugía. La naturaleza maligna de este tumor impone una extirpación amplia para asegurar la máxima posibilidad de cura los rayos X son de poco valor puesto que este tipo de neoplasia es resistente -- al tratamiento.

SARCOMA OSTEOGENICO.

Es un tumor maligno que representa el 30% de los tu- mores óseos malignos primarios.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

Se origina a partir del tejido formador del hueso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es una masa que varía entre una tumefacción difusa hasta una masa de dureza ósea, de crecimiento rápido, los dientes se ven desplazados por la masa infiltrante y muchas veces caen. Las estructuras de sostén son reemplazadas por el tumor invasor y pronto se perfora la corteza, extendiéndose el tumor por los tejidos blandos vecinos.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

El aspecto radiológico del sarcoma osteogénico dependerá de que el tumor sea de tipo escleroso o bien de la forma menos frecuente osteolítica. En el primer grupo, hay una destrucción de las trabéculas medulares, por una masa plana irregular, radiotransparente, con focos radipacos y cuyos bordes periféricos están mal definidos. Si se afecta la cortical y el periostio queda elevado, se estimula la neoformación ósea y se depositan espículas en ángulo recto en la superficie del hueso, dando la llamada imagen, en rayo de sol, que es patognomónica del osteosarcoma.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Para el diagnóstico histológico de sarcoma osteogénico, es necesario que se empleen dos criterios: 1) las células proliferantes deben ser malignas. 2) Es necesario que por lo menos algunas de las zonas malignas produzcan tejido osteoide. El osteoide maligno puede ser abundante o escaso.

Los tumores que presentan producción de osteoide maligno, pero que son predominantemente cartilagosos, pueden -- ser subclasificados como sarcoma osteogénico condroblástico y los que son predominantemente fibrosos como sarcomas osteogénicos fibroblásticos.

INCIDENCIA.

Los hombres se ven más afectados que las mujeres en relación de 2 a 1, la mayor parte de los casos se dan entre -- los 10 y 25 años de edad, el sarcoma osteogénico que se desarrolla en los maxilares se da con frecuencia en personas algo mayores, siendo el promedio de edad de 33 años.

LOCALIZACION.

La localización en el maxilar inferior es aproximadamente 2 veces más frecuente que en el maxilar superior.

PRONOSTICO.

El pronóstico es malo, con una supervivencia a los 5 años del 20%. La cifra de supervivencia de los enfermos con lesiones en los maxilares es ligeramente más alta.

DIAGNOSTICO.

Presenta hinchazón raras veces presenta ulceración, hay dolor y entumecimiento del mentón a causa de lesión del -- nervio alveolar inferior. En los últimos estadios después de -- haber dolor puede existir anestesia; hay desplazamiento o aflojamiento de los dientes.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de elección consiste en la extirpación quirúrgica radical.

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL.

PAPILOMA.

Es una neoplasia benigna del epitelio escamoso.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

Se origina en el epitelio superficial.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El color del papiloma varía según su localización.- Las lesiones originadas en un epitelio no queratinizante normal, como el piso de la boca o el paladar blando, tendrá el mismo color que los tejidos circundantes, o acaso algo más enrojecida, pero por lo general tienen un color gris o blanco grisáceo; presenta una superficie verrugosa que hace pensar en la superficie de una coliflor.

Generalmente el papiloma es una masa única o aislada de tejido normal que hace prominencia en los tejidos orales presentándose como un tumor bien limitado, cuyo origen suele estar en un pedículo pequeño.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Carece de imagen radiológica sugestiva.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Presenta un patrón complejo de múltiples prolongaciones digitales de epitelio estratificado y escamoso alrededor de un núcleo central de tejido conjuntivo vascular. Se encuentra adherido al tejido subyacente por un pedículo estrecho.

INCIDENCIA.

Se presenta en pacientes entre los 20 y los 50 años de edad. No se pudo establecer ninguna diferencia con respecto al sexo.

LOCALIZACION.

Se localiza en el paladar, encía, lengua; en el labio se presenta en el 90% de los casos, siendo el paladar - - blando y la úvula los lugares más frecuentes.

PRONOSTICO.

El pronóstico es excelente y sólo en casos excepcionales es la lesión recidiva después de su extirpación.

Se cree que el papiloma presenta una naturaleza pre-maligna y un potencial de transformación en carcinoma, pero esta malignización es rara.

DIAGNOSTICO.

Suele indicar una existencia desde hace mucho tiempo.

po, con un crecimiento lento, la mayoría son pequeños y con frecuencia el paciente desconoce su existencia.

TRATAMIENTO.

Consista en la extirpación total, incluida la base de la mucosa en la cual se inserta el pedículo. La remoción nunca se hará mediante una incisión que pase a través del pedículo.

Si la escisión del tumor es apropiada, la recidiva es rara.

FIBROMA.

Es la neoplasia benigna de tejido blando más común que se produce en la cavidad oral.

ETIOLOGICA.

Es desconocida.

ORIGEN.

En los fibroblastos del tejido conjuntivo oral de la cabeza y cuello.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

En la forma típica, sin que se haya complicado por irritaciones superpuestas o por traumatismos. Aparece como una masa prominente de tamaño variable (desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros) de diámetro.

El tumor es de superficie lisa y de forma curva simétrica redondeada, ovalada o elíptica; su base puede ser se-

sil, pero generalmente se adhiere a los tejidos subyacentes - por medio de un estrecho pedículo. Su color suele ser parecido al de los tejidos normales contiguos o algo más pálido y - su consistencia puede ser semisólida o dura.

Se encuentran muchas variantes de los caracteres -- clínicos del fibroma. Cuando estas lesiones se localizan en - los dientes, su forma generalmente redonda se altera por las estructuras duras dentales y sus superficies están muy infla- madas o incluso ulceradas por las irritaciones causadas por - la masticación.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Carece de imagen radiológica sugestiva.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Consiste en haces de tejido conjuntivo fibroso en - el interior de los cuales hay cierto número de fibroblastos y fibrocitos diseminados. En los llamados fibromas blandos la - consistencia dependerá de un tejido fibroso más celular y un poco compacto, hay un aumento de la vascularización.

La superficie de la lesión está cubierta por una -- capa de epitelio escamoso estratificado que frecuentemente a- parece estirado, con brotes epiteliales acortados y aplanados.

INCIDENCIA.

Se presente en personas de todas las edades y con - igual frecuencia en ambos sexos.

LOCALIZACION.

Se ha observado que pueden proceder de cualquier -- tejido blando de la boca, aunque generalmente se encuentran - en la lengua, encías, mucosa bucal y piso de boca.

PRONOSTICO.

Suele ser excelente. Las recidivas que a veces se - encuentran se deben generalmente a una extirpación defectuo-- sa.

DIAGNOSTICO.

Los fibromas son de crecimiento lento, son indolo-- ros y a la palpación muestran una masa bien limitada dura, de fácil movilización, que se desliza libremente por debajo de - la membrana mucosa.

TRATAMIENTO.

Consiste en la extirpación quirúrgica total. Realizada en forma conservadora.

TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL.

MELANOMA.

Es una neoplasia rara que constituye una de las enfermedades más malignas y de más rápida evolución de la cavidad oral.

ETIOLOGIA.

Existen presunciones acerca de que con frecuencia precede al melanoma un nevo preexistente o bien le sirve de base.

ORIGEN.

Es a partir de los melanocitos de la epidermis. Los cuales pueden encontrarse en la piel normal, pecas o en los componentes epidérmicos de un nevo pigmentado benigno.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Aparecen a menudo como una masa elevada de color marrón o azulado con bordes endurecidos. Presenta una ulceración en el centro bastante común.

Los melanomas orales de mayor tamaño pueden presentar notable estriación del pigmento desde la masa principal hacia la mucosa adyacente. A veces suele observarse nódulos satélites pigmentados alrededor de la tumoración principal.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Carece de imagen radiológica sugestiva.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El melanoma invasivo puede presentar variaciones -- considerables en cuanto al tipo celular. Las células atípicas se extienden en profundidad por los tejidos subyacentes distinguiéndose principalmente dos tipos de células de las cuales las más comunes son las grandes células epiteliales. Es--

tas pueden crecer en capas sólidas o formar agrupamientos alveolares.

El otro tipo corresponde a las células fusiformes - que se disponen en forma más bien anárquica o formando fascículos semejantes al fibrosarcoma.

La amplia variabilidad del patrón histológico puede inducir a confusión con otras neoplasias sobre todo cuando la cantidad de pigmento es escasa o falta en absoluto.

INCIDENCIA.

Es generalmente en individuos de edad avanzada, correspondiendo la mayor incidencia en la sexta década de vida y la menor edad que se registró fue en un niño de 5 años de raza negra con pubertad precoz.

El tumor muestra preferencia por el sexo masculino con una frecuencia doble con respecto al femenino. Se ha sugerido que el tumor es más frecuente en la raza negra.

LOCALIZACION.

Se localiza con mayor frecuencia en la mucosa alveolar del maxilar superior y por el paladar duro y blando.

PRONOSTICO.

Es bastante desfavorable. La vida media después de realizado el diagnóstico es de dieciocho meses y medio.

Resulta interesante especular acerca de si el diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico radical mejoran el pronóstico del melanoma oral.

DIAGNOSTICO.

En sus primeros estadios, el único signo sospechoso puede ser un aumento de la pigmentación de melanina, que forma una placa de color oscuro. Posteriormente el melanoma adquiere el aspecto de una masa tumoral de consistencia sólida.

Presenta un crecimiento rápido y constante. De gran importancia diagnóstica es el crecimiento de la lesión en todas direcciones, afectando a las estructuras vecinas.

Se acompaña de linfadenopatías metastásicas.

TRATAMIENTO.

Consiste en la escisión quirúrgica radical con disección en bloque de los ganglios linfáticos regionales.

CARCINOMA VERRUGOSO DE LA CAVIDAD ORAL.

Es una variedad clínicopatológica diferenciada del carcinoma epidermoide de grado bajo.

ETIOLOGIA.

Este tipo de tumor muestra una notable asociación con el hábito de mascar tabaco o aspirar rapé.

ORIGEN.

Generalmente la lesión se origina a partir de una zona de prolongada leucoplasia.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Clínicamente se va a presentar como una gran masa papilar que a menudo se extiende sobre una considerable zona

de mucosa.

Su color varía desde blanco o rojo, según la magnitud de la queratinización superficial. El tumor está formado por numerosas excrecencias papilares múltiples con fisuras -- profundas entre las proyecciones papilares.

La ulceración no es un dato característico, pero cabe encontrar pequeñas zonas ulceradas en las puntas o lados - de las prolongaciones papilares.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Carece de imagen radiológica sugestiva.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El tumor se manifiesta como un complejo de múlti- - ples pliegues de epitelio escamoso bien diferenciado.

Se observa asimismo, una considerable acantosis, -- con una profunda penetración de las crestas hacia los tejidos subyacentes.

Las células tumorales están bien diferenciadas y no presentan atipias significativas.

INCIDENCIA.

Se trata de una enfermedad de personas de edad avanzada. Generalmente aparece entre los 60 y 70 años de edad.

Cerca del 75% de las lesiones se dan en varones.

LOCALIZACION.

Se localiza en el surco bucomaxilar, mucosa bucal - adyacente y mucosa alveolar del surco maxilar inferior. Un re

ducido porcentaje de tumores se ubican en la mucosa alveolar superior y en algunas ocasiones cabe encontrarlos en la lengua o en el labio.

PRONOSTICO.

Los índices de supervivencia para los pacientes con carcinomas verrugosos de la cavidad oral, son relativamente mejores que en la mayor parte de los otros tipos de cáncer oral.

DIAGNOSTICO.

Evoluciona de modo indoloro, a la palpación aparece como una masa relativamente blanda y no posee la induración característica del carcinoma epodermoide, puede crecer hasta alcanzar tamaños considerables caracterizándose más por la propagación lateral extensa que por la invasión profunda: en ocasiones, penetra a través de las partes blandas de la mejilla, extendiéndose hacia la superficie externa como una masa fungosa.

TRATAMIENTO.

Ha sido tratado de diversas maneras en el pasado mediante la cirugía, los rayos X o bien la combinación de los dos procedimientos en tanto que la irradiación aparece como mecanismo desencadenante, se desconocen otros factores que contribuyan a la transformación o se relacionen con ella.

Aunque este hecho es raro, muchos investigadores opinan que el tratamiento debe ser enteramente quirúrgico.

CARCINOMA IN SITU.

Es una neoplasia intraepitelial que carece de características invasivas.

ETIOLOGIA.

Los factores etiológicos relacionados con el carcinoma in situ son desconocidos.

ORIGEN.

Es desconocido.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El aspecto clínico es variable y muchas veces las alteraciones encontradas son mínimas. La zona afectada puede aparecer como una ligera elevación, ser plana o incluso deprimida.

La superficie tiende a adoptar un aspecto granuloso o aterciopelado. Otras veces adopta la forma de manchas brillantes atróficas de un color rojo más intenso que el de la mucosa circundante.

Las zonas de carcinoma in situ pueden alternarse con leucoplasias clínicas o incluso parecerse a éstas.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Carece de imagen radiológica sugestiva.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Presenta desorganización completa de las células en todas las capas de epidermis. Pueden observarse hiperquerato-

sis, acantosis y sobre todo disqueratosis, además presenta núcleo hiper Cromático.

La actividad mitótica es notable y cabe encontrar - imágenes de divisiones anormales. Un hallazgo frecuente que se encuentra en esta región, es el abultamiento del epitelio, aunque la capa basal celular está intacta.

INCIDENCIA.

No existen datos que relacionen la distribución por edades y sexos del carcinoma in situ. Se acepta que el carcinoma in situ aparece por regla general, unos 5 años antes que el carcinoma invasor.

LOCALIZACION.

Aunque el carcinoma in situ puede ocurrir en cualquier lugar de la cavidad oral, se localiza con mayor frecuencia en el piso de la boca, en la parte ventral de la lengua o en los tejidos del paladar blando o de las amígdalas.

PRONOSTICO.

Con un adecuado tratamiento, el pronóstico del carcinoma oral in situ debe de ser bueno, debido a que la mayoría de los carcinomas in situ no sometidos a tratamiento se convertirán a la larga en carcinomas invasores.

Es decir, que aunque el pronóstico del carcinoma in situ sea relativamente bueno, el paciente debe ser considerado como de riesgo elevado y vigilado de cerca.

DIAGNOSTICO.

Presenta crecimiento rápido, aparecen lesiones residuales de tamaño variable, muy enrojecidas, brillantes de erosiones o de tejido de granulación plano o ligeramente elevado, pero muchas veces están rodeadas por pequeñas queratosis, de color gris claro, que difícilmente se distinguen.

Este tumor se hace invasivo con mucha rapidez.

TRATAMIENTO.

Es la extirpación quirúrgica. Es importante realizar una extirpación completa para evitar la posible transformación en un carcinoma infiltrativo.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE.

Es una neoplasia maligna cuyas características clínicas e histológicas son muy variables.

ETIOLOGIA.

Es desconocida.

ORIGEN.

Se cree que este tumor se origina en el epitelio ductal de las glándulas salivales mayores.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Este tumor presenta dos clasificaciones, dependiendo del grado de malignidad: I.- Menos malignos. II.- Muy malignos.

I. Los menos malignos son habitualmente pequeños y blandos,-

con un tamaño entre los 2 y 5 centímetros. La mayoría -- contienen quistes cuyo contenido es algo viscoso, casi -- claro o discretamente sanguinolento. Existe a menudo ne-- crosis localizadas, con menor frecuencia degeneración - - quística. Son de crecimiento lento.

II. Los muy malignos son mayores, más duros y dolorosos. Son de crecimiento lento.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Es parecido al de un quiste, es decir, una zona radiotransparente redonda u ovalada.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Deben separarse los carcinomas mucoepidermoides, I. Menos malignos. II.- Muy malignos.

I. Los menos malignos se caracterizan por un epitelio escamoso cubierto principalmente: células escamosas, células secretoras de moco y células intermedias y poco diferenciadas.

II. Los muy malignos muestran claramente focos carcinomatosos en algunas zonas. En el tumor poco diferenciado las células mucosas y escamosas son menos numerosas y predominan las células epidermoides intermedias y poco diferenciadas.

INCIDENCIA.

La edad de incidencia es muy variable y va de los 5 a los 79 años con una media aproximadamente de 40 años. Cerca del 15% se observa en niños.

La forma menos maligna se da más a menudo de un 65% a un 70% en las glándulas salivales mayores de las mujeres.

La forma muy maligna es igualmente frecuente en ambos sexos.

LOCALIZACION.

Ya que el carcinoma mucoepidermoide tiene su origen en las glándulas salivales, su localización más frecuente es en la glándula parótida aproximadamente del 65% al 70% en la glándula submaxilar, alrededor del 10% en el paladar aproximadamente el 15%. Pero también puede presentarse en labios y en la mucosa bucal donde se desarrolla a partir del tejido glandular salival accesorio. También puede desarrollarse en las regiones centrales de los maxilares, sobre todo en la mandíbula.

PRONOSTICO.

Variará de acuerdo al grado de malignidad del tumor. Pacientes con tumores mucoepidermoides poco malignos estaban libres de la enfermedad después de la intervención en un promedio del 95%. Mientras que los pacientes con tumores muy malignos sólo el 50% seguía con vida.

DIAGNOSTICO.

Este tumor se diagnostica a menudo como tumor mixto. Sin embargo, debe sospecharse su existencia o al menos tenerla en cuenta, cuando se encuentra un tumor que se localice en el tejido glandular salival. Los tumores menos malignos raramente producen dolor.

El carcinoma mucoepidermoide muy maligno presenta - dolor; existe parálisis del nervio facial en el 15% de los pa-
cientes. A la palpación, el tumor es duro y el dolor suele a-
parecer antes de que la tumefacción sea visible.

Ambas formas son de crecimiento lento. El diagnósti-
co definitivo dependerá siempre de la biopsia.

TRATAMIENTO.

Es fundamentalmente quirúrgico, aunque algunos ca--
sos han respondido a la irradiación con rayos X. Sin embargo,
ha de reservarse la irradiación para aquellos tumores de alto
grado cuya metástasis temprana es breve.

Capítulo V

ETIOLOGIA DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE

Capítulo V

ETIOLOGIA DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE.

El estudio de los factores etiológicos generales -- del carcinoma de la cavidad bucal es un problema en extremo -- difícil, pero se le enfoca mejor mediante la aplicación de -- técnicas epidemiológicas que utilizan patrones de frecuencia.

Una de las mejores de estas investigaciones es la -- de Wynder y colaboradores, de la cual podemos extraer valiosa información como indicación general de la gravedad de esta en -- fermedad, Wynder y su grupo señalaron que en 1954, en Estados Unidos, 4,210 hombres y 1,172 mujeres murieron de cáncer bu-- cal.

Este índice de mortalidad aumento en años más re- - cientes. La American Center Society, por ejemplo, estimó que en 1972, fallecieron 5,450 varones y 2,050 mujeres por cáncer bucal Wynder. También comunica que en un estudio del United - States Public Health Service, reveló que la frecuencia del -- cáncer bucal en un exámen de 10 ciudades era de 19.4 por ---- 100,000 habitantes para los varones y de 5.2 por 100,000 habi -- tantes para las mujeres. Esto confirma la mayoría de otros es -- tudios, en los cuales los índices de morbilidad y mortalidad del cáncer bucal son tres o cuatro veces mayores en los varo -- nes.

Los factores etiológicos ambientales más comunes a

los que se atribuye la formación del cáncer bucal son:

- a) Tabaco
- b) Alcohol
- c) Sífilis
- d) Deficiencias nutricionales
- e) Luz solar (en el caso de cáncer de labio).
- f) Factores varios (que incluyen traumatismos, sepsis e irritación originada por dientes y prótesis agudas y calor, -- particularmente el producido por la boquilla de la pipa en el caso de cánc er de labio).

Estos factores fueron investigados en un estudio estadístico de 659 pacientes con cáncer bucal, realizado por Wynder y su grupo, y sintetizaremos aquí sus hallazgos.

a) TABACO.

El fumar es un factor importante en la generación del cáncer bucal. Sólo el 3 por 100 de los pacientes con cáncer bucal no habían fumado nunca, en oposición al 10 por 100 de los pacientes de control sin esta neoplasia. Además, el 29 por 100 de los pacientes que lo padecían eran grandes fumadores, en comparación con sólo el 17 por 100 del grupo de control. En este estudio el fumar cigarros y pipa aumentaba el riesgo del cáncer bucal más que el cigarrillo en definido con traste con estudios similares sobre el cáncer del pulmón.

Asimismo, se comprobó que el mascar tabaco era de importancia etiológica, pero no tanto como el fumar.

Moore también dió a conocer datos que relacionan el fumar con el cáncer bucal. En un grupo de 102 fumadores, ---

dos los cuales habían sido "curados" de cáncer bucal o de "garganta", 65 seguían fumando mientras 37 habían dejado de hacerlo. Al cabo de seis años, 21 de los 65 (32%) que siguieron fumando adquirieron un segundo cáncer de la "zona tabáquica", sólo 2 de los 37 (5%) que habían dejado de fumar presentaron un segundo cáncer en el transcurso del mismo periodo. Silverman y Griffith registraron hallazgos virtualmente idénticos en un grupo de 174 pacientes.

b) ALCOHOL.

También aparece en el estudio de Wynder como factor importante en el origen del cáncer bucal, particularmente en pacientes que ingieren más de 207 ml. de whisky por día. Únicamente el 12% de los pacientes de control consumían esta cantidad de alcohol, mientras que el 32% de los pacientes varones con cáncer bucal bebían esta cantidad.

c) SIFILIS.

Tiene importancia en los casos de cáncer de labio y los dos tercios anteriores de la lengua. Pero no se pudo establecer si el cáncer era producto de la glositis sífilítica o de la arsenoterapia que la mayoría de los pacientes habían recibido.

d) DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.

Fueron difíciles de valorar, pero no presentaban relación evidente con el cáncer bucal y problemas médicos nutricionales o de otra naturaleza. Sin embargo, es preciso recordar una indudable relación entre el cáncer bucal y el síndrome

me de Plummer Vinson. Además, Trieger y sus colaboradores comunicaron que la disfunción hepática podría tener cierta importancia, pues en un estudio de 152 pacientes con cáncer bucal, los pacientes cirróticos tenían el 19% de sobrevivida de cinco años, mientras que los pacientes no cirróticos tenían el 40% de sobrevivida de cinco años. Esta relación fue confirmada en un grupo de 408 pacientes estudiados por Keller.

e) LUZ SOLAR.

En los casos de cáncer de labio, tendría poca importancia.

f) TRAUMATISMO E IRRITACION DENTAL.

No fueron consignados como factores etiológicos importantes del cáncer bucal.

g) VIRUS.

En años recientes, se ha ido concediendo una creciente atención a la posibilidad de una relación causal entre los virus y las diversas formas de cáncer en el ser humano. Mucho de esto se debe al conocido papel etiológico de los virus en los cánceres de animales, hecho que fue bien reconocido alrededor de los años 50. La búsqueda de los virus oncógenos del ser humano prosigue con marcada rapidez, y mientras todavía se carece de pruebas, se han acumulado cantidades de evidencias circunstanciales indicadoras de una serie de cánceres del ser humano son causadas por virus. Son ellos: el carcinoma de la nasofaringe, mama, útero y tejidos linfoides, incluido el linfoma africano del maxilar; así como ciertas formas

de leucemia y ciertos sarcomas.

Si bien se ha pensado en una cantidad de diferentes virus, uno de los que con mayor frecuencia se sospecha es el virus de Epstein-Barr (EB), un virus semejante al del herpes. Es muy probable que en la próxima década se hagan grandes adelantos en el campo de la oncología viral.

Al valorar los factores etiológicos, también es preciso considerar el problema de las lesiones múltiples del carcinoma bucal está predispuesta a generar una lesión maligna, también pueden estarlo otras muchas.

Ahora se disponen de suficientes pruebas de que la "cancerización del campo" se produce realmente y muchos pacientes con cáncer bucal tienen múltiples lesiones anatómicamente separadas al mismo tiempo o a intervalos.

La literatura sobre tumores bucales malignos múltiples ha sido analizada a fondo por Meyer y Shklar, quienes citan a un autor que demostró que la aparición de lesiones malignas bucales múltiples era 15 veces más común de los previsibles que si hubieran aparecido únicamente por casualidad.

Hay una creciente tendencia no sólo a la aparición de cánceres bucales múltiples, sino también a la de las lesiones malignas en el tracto gastro-intestinal. Meyer y Shklar registraron 48 casos de lesiones malignas bucales primarias - en 768 casos de cáncer bucal (6.3%), y Wynder y su grupo, 54 casos en 543 pacientes del sexo masculino (11%).

Capítulo VI

CARCINOMA EPIDERMOIDE

Capítulo VI

CARCINOMA EPIDERMOIDE

Es la lesión maligna más frecuente y de mayor importancia de la cavidad oral. Representa más del 90% de los cánceres orales.

ETIOLOGIA.

Es aún desconocida, sin embargo se cree que la mala adaptación de aparatos protésicos, luz solar (sobre todo en cáncer de labio), tabaco, glositis sifilítica y el alcoholismo desempeñan un papel importante en su desarrollo.

ORIGEN.

Se compone de capas y nidos de células cuyo origen obvio es el epitelio escamoso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Presenta notables variaciones. La lesión inicial -- puede adoptar un aspecto inocente, manifestándose sólo 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 tipos de crecimiento.

- a) Exofítico.
- b) Ulcerado.
- c) Verrugoso.

a) La lesión exofítica se observa como una masa elevada de amplia base y superficie algo modular. La palpación - descubre induración en la base y bordes.

b) La lesión ulcerada 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.

c) La forma verrugosa del carcinoma es una lesión - que se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo y acentuado de múltiples pliegues extensivos.

ASPECTOS RADIOLOGICOS.

Carece de imagen radiológica sugestiva.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Microscópicamente se caracteriza por masas, islotes o cordones irregulares de células escamosas que proliferan hacia abajo invadiendo el tejido conjuntivo subyacente.

Las células del carcinoma espidermoide bien diferenciado apenas varían respecto al epitelio escamoso normal. Los islotes o cordones invasores de células epiteliales malignas están formados por células del tipo periférico basal, espinosas, granulosas y queratina.

En la región central de las masas invasoras, las células sufren una querantinización, dando lugar a las características perlas de queratina.

INCIDENCIA.

Representa el 6.2% de los cánceres entre los hombres y el 1.9% entre las mujeres; esto es que de 8 a 9 veces es más frecuente en el hombre que en la mujer.

Si bien se presenta a cualquier edad, su mayor incidencia se observa después de la cuarta década de vida.

Es más frecuente en las personas de piel clara que en los de piel oscura.

LOCALIZACION.

El 50% de los carcinomas intrabucales aparecen en la lengua, el 16% en el piso de boca y el 34% restante se distribuye en la mucosa alveolar, paladar y mejillas.

Se localiza con mayor facilidad en el labio y más frecuentemente en el labio inferior, y por lo general, más en las regiones laterales que en la línea media.

PRONOSTICO.

Variará de acuerdo al tamaño, sitio del tumor y a la presencia de metástasis.

DIAGNOSTICO.

Es variable, esto es que dependerá del sitio exacto de origen. Su grado de evolución (precoz o tardío), su forma clínica y de los efectos de las irritaciones o episodios traumáticos superpuestos (alimentos líquidos irritantes, empastes dentales, caninos cortantes).

TRATAMIENTO.

De elección será la intervención quirúrgica, y en - casos que no sea posible realizar, será la irradiación.

Aunque el carcinoma epidermoide se produce en cualquier sector dentro de la boca, existen ciertas zonas que son afectadas con mayor frecuencia que otras.

PRINCIPALES LOCALIZACIONES DE CARCINOMA EPIDERMOIDE EN LA CAVIDAD ORAL

LOCALIZACION PRIMARIA	FRECUENCIA POR 100
Lengua	52
Labio	30
Piso de la boca	15
Paladar	11
Mucosa alveolar	10
Mucosa vestibular	9
Seno maxilar	No es posible determinar su frecuencia real.

I. CARCINOMA DE LENGUA.

Es un tumor sumamente maligno, común e importante y altamente mortal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las características clínicas varían considerablemente según la localización del tumor.

Por esto se ha dividido a la lengua en subdivisiones anatómicas:

- a) Base o tercio posterior.
- b) Porción movable o dos tercios anteriores.

a) Las lesiones del tercio posterior son difíciles de visualizar y tienen tendencia a infiltrar profundamente. - El signo más frecuente consiste en una zona de induración que se identifica a la palpación profunda.

b) Las lesiones de los tercios anteriores aparecen como una zona de engrosamiento o rugosidad localizada (leucoplasia) o como una zona indolora de ulceración o descamación superficial. A medida que la lesión avanza, la zona de ulceración aumenta de tamaño y queda con unos bordes encorvados y grisáceos.

LOCALIZACION.

Suele localizarse con mayor frecuencia en el borde lateral del tercio medio, después siguen el tercio anterior y al último el dorso de la lengua.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

El carcinoma epidermoide supone alrededor del 97% - de los procesos linguales malignos, formándose el resto a base de adenocarcinomas y sarcomas.

DIAGNOSTICO.

En los dos tercios anteriores de la lengua se observa una masa a menudo indolora y con frecuencia descubierta -- por el propio paciente.

En el tercio posterior de la lengua el síntoma más importante será el dolor muchas veces simulado por una faringitis. También la afectación del nervio glossofaríngeo puede - provocar un dolor referido a los oídos.

La disfagia o la presencia de un bulto en el cuello pueden ser las manifestaciones iniciales en un determinado número de pacientes.

PRONOSTICO.

El carcinoma lingual tiene un pronóstico grave. La supervivencia señala un índice de 5 años del 14% al 70%.

Se debe de tener en cuenta que el pronóstico se encuentra influido por:

- 1.- Localización anteroposterior del tumor.
- 2.- El grado de diseminación.
- 3.- La incidencia de metástasis demostrada histológicamente.

METASTASIS.

Presenta una elevada incidencia de metástasis a los ganglios linfáticos regionales. Principalmente los ganglios - cervicales en una proporción de 7 entre 16 enfermos.

La afectación es bilateral en un 20% y contralateral en un 3%.

TRATAMIENTO.

El tratamiento del cáncer de lengua es un problema difícil incluso ahora no es posible hacer afirmaciones específicas con la eficacia de la cirugía comparada con la irradiación de rayos X.

Como en otros campos, probablemente se comprobará - que la combinación aceptada de la cirugía y rayos X brindarán mayores beneficios al paciente.

II. CARCINOMA DEL LABIO.

Es una lesión bastante frecuente que ocupa del 25 - al 30% de todos los carcinomas de la región oral. Alrededor - del 95% de estas lesiones afectan al labio inferior.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El carcinoma labial inicial suele presentarse como una zona blanca engrosada y localizada que puede estar recu-- bierta en parte por una costra.

Muchos de los pacientes con carcinoma labial exhi-- ben además una leucoplasia generalizada en todo el borde la-- bial. Mientras evoluciona, el tumor sigue uno de los tres pa-- trones siguientes: a) exofíltico, b) ulcerado, c) verrugoso.

a) El tipo exofíltico es el más frecuente, presenta una le-- sión típica que consiste en una excrecencia verrugosa de - lento crecimiento con una superficie granulosa de color -- blanquecino. A medida que su tamaño va en aumento se produ-- ce una ulceración central y las hemorragias mínimas con sa-- lida de suero origina la formación de una costra sobre la superficie del tumor. Tiene una evolución clínica lenta. Los carcinomas de este tipo propenden más bien, a mostrar una malignidad histológica de grado inferior al tipo ulce-- rado.

b) El tipo ulcerado comienza con una pequeña úlcera, y la in-- filtración hacia estructuras profundas es más rápida que -

en el tipo exofítico.

Los márgenes de la úlcera están arrollados y son de consistencia firme, siendo frecuente que existan costras en los bordes.

- c) El carcinoma verrugoso típico sólo raras veces se origina en los labios, adoptando el aspecto de una neoformación papilar en forma de coliflor; la ulceración suele producirse únicamente en las profundas grietas existentes entre las prolongaciones papilares.

Las lesiones verrugosas pueden extenderse sobre una amplia superficie pero muestran sólo una mínima tendencia a la invasión.

LOCALIZACION.

Aparece en la mayoría de las veces en el borde del labio inferior por fuera de la línea de contacto con el labio superior.

Su lugar de origen es casi siempre un punto situado a media distancia entre la línea media y la comisura.

Afecta al labio inferior con mayor frecuencia que al superior.

INCIDENCIAS.

Incide en personas con una edad comprendida entre 50 y 70 años. Tiene preferencia por el sexo masculino y por la raza negra.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

La inmensa mayoría de los carcinomas labiales son -

del tipo epidermoide bien diferenciado.

DIAGNOSTICO.

La mucosa aparece seca, atrófica y con numerosas -- grietas y fisuras. No es raro que el paciente considere que -- la lesión es una "reacción" o una "ampolla" que en lugar de -- curarse persisten.

Presenta un diámetro de 1.5 centímetros; es de crecimiento lento e indoloro.

Existe relación del carcinoma labial con la comple-- xión y el empleo del paciente.

PRONOSTICO.

Es bastante favorable, y los resultados obtenidos -- son a menudo satisfactorios aún en casos avanzados.

Esto se debe en gran parte a la frecuencia relativa -- mente baja de diseminaciones metastásicas.

METASTASIS.

No se producen tan precozmente ni con tanta frecuen -- cia como en los otros tipos de carcinoma.

Los ganglios submaxilares son la principal localiza -- ción de la metástasis. Los carcinomas que afectan las comisuras tienen más probabilidades de dar metástasis que los ubica -- dos en el labio propiamente dicho.

TRATAMIENTO.

Es tratado por escisión quirúrgica o con rayos X -- con éxito aproximadamente igual, según en cierta medida la du

ración y extensión de la lesión y la presencia de metástasis.

III. CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA.

Es una de las principales localizaciones de los carcinomas orales, que ocupa el 15% de todos los casos de cáncer intrabucal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La lesión inicial consiste en una lesión de aspecto inofensivo como puede ser una mancha localizada de mucosa enrojecida o una zona de leucoplasia. A medida que la enfermedad avanza, aparece la clásica ulceración de bordes levantados.

Es frecuente que la mucosa vecina ofrezca alteraciones leucoplásicas y a medida que el tamaño de la lesión va en aumento, la induración es cada vez más pronunciada.

Presenta alteraciones superficiales escasas, caracterizándose más que nada por su extensa invasión e induración.

LOCALIZACION.

En la porción anterior, se localiza en ambos lados de la línea media cerca de los orificios de las glándulas salivales; las porciones anteriores del piso de la boca resultan afectadas con mayor frecuencia, en relación con las regiones posteriores.

A veces se llega a localizar a nivel de los dientes molares.

INCIDENCIA.

Este tipo de carcinoma predomina en los hombres; en

una proporción hombre/ mujer de 4 o 5 veces superior en los - hombres.

Suele observarse con mayor frecuencia entre los 50 y 60 años de edad. Es más común en individuos de raza negra.

DIAGNOSTICO.

El dolor es una característica más bien tardía. El primer síntoma suele ser la aparición de una zona dura que el propio paciente advierte con la lengua.

Puede ocurrir que algunas lesiones en fase relativamente precoz y afectando el frenillo lingual provoquen dolor al principio del proceso. Presenta un crecimiento de tipo ulcerado e infiltrativo.

PRONOSTICO.

Tiene un pronóstico más favorable en comparación -- con el carcinoma lingual. Se ha descrito una supervivencia de 5 años del 18% al 50% y la supervivencia se encuentra notablemente influenciada por el tamaño de la lesión inicial y la presencia o ausencia de ganglios metastásicos.

METASTASIS.

Son frecuentes y no se producen en una fase tempra-na. Se señala una existencia de metástasis en el 28% de los - casos.

La diseminación bilateral será la más frecuente. -- Los ganglios linfáticos submaxilares son el lugar preferido - por las metástasis.

TRATAMIENTO.

El tratamiento del cáncer de piso de boca es difícil y con demasiada frecuencia infructuoso. Las lesiones grandes debido a la anatomía de la región no suelen constituir un problema quirúrgico incluso los tumores pequeños tienen propensión a recidivar después de la escisión quirúrgica.

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

El problema se complica, empero, si concomitante está atacada la mandíbula.

IV. CARCINOMA DE PALADAR DURO Y BLANDO.

Ocupa el 11 por 100 de la totalidad de los casos de cáncer intraoral.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El carcinoma palatino inicial puede aparecer clínicamente como una zona de leucoplasia o una erosión superficial irregular. Al parecer el carcinoma del paladar duro suele ir acompañado más a menudo de leucoplasia que el paladar blando.

Cuando el carcinoma está más avanzado suele presentarse como una masa granulosa ligeramente exofítica, con una ulceración central que a la larga invade el hueso palatino y se extiende hacia el seno maxilar del piso nasal.

Los carcinomas del paladar blando tienden a invadir los pilares anteriores de las fauces y la fosa pterigoidea.

LOCALIZACION

El paladar blando se afecta unas tres veces más a menudo que el paladar duro.

INCIDENCIA.

Esta enfermedad afecta más a los hombres con una frecuencia de tres a cuatro veces superior en los hombres que en las mujeres.

La edad promedio en que aparece el carcinoma es una edad superior a 50 años.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Los carcinomas epidermoides del paladar suelen ser neoplasias moderadamente bien diferenciadas.

DIAGNOSTICO.

Los tumores originados en el paladar duro sólo en raras ocasiones provocan la aparición de síntomas.

La dificultad para el uso de dentaduras postizas suele ser uno de los síntomas iniciales.

El carcinoma del paladar blando puede provocar dolor, en una fase incluso precoz de su evolución y al producirse la invasión en profundidad, el dolor, la disfagia y el trismo pueden llegar a ser considerables.

PRONOSTICO.

El pronóstico del carcinoma palatino varía según el tamaño, localización y grado histológico del tumor.

Las lesiones del paladar duro en general, poseen un

pronóstico algo más favorable que las originadas en el paladar blando.

METASTASIS.

Sus metástasis afectan generalmente a los ganglios cervicales profundos.

TRATAMIENTO.

Se utiliza tanto la cirugía como los rayos X.

V. CARCINOMA DE ENCIA Y MUCOSA.

Este carcinoma es de una extremada importancia, debido a que puede confundirse con otros procesos inflamatorios benignos que se asientan a menudo en dichas localizaciones.

Ocupa el 10 por 100 de todos los tumores orales malignos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

En el carcinoma de la mucosa alveolar la lesión inicial suele aparecer como una formación pequeña, nodular y de superficie granular. Los carcinomas alveolares suelen ir asociados a una zona leucoplásica y con frecuencia parecen originarse en ellas. Los bordes de la úlcera están ligeramente elevados y con un aspecto incurvado.

El carcinoma gingival puede presentarse clínicamente como una masa proliferativa sin ulceración aparente y puede simular una hiperplasia gingival inflamatoria localizada.

LOCALIZACION.

El carcinoma suele aparecer en la mucosa alveolar - del maxilar inferior con una frecuencia dos o tres veces más elevada que en el maxilar superior. Aunque el carcinoma puede originarse en cualquier región alveolar la más frecuente es - la molar inferior.

El carcinoma del surco alveolar parece asentarse a menudo en zonas desprovistas de dientes.

El carcinoma de la encía es más frecuente en la zona posterior que en la anterior, siendo esta última muy rara.

INCIDENCIA.

El carcinoma de la mucosa alveolar suele observarse en pacientes de más de 60 años de edad.

Con una frecuencia de cuatro a cinco veces superior en hombres que en mujeres.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Los carcinomas gingivales acostumbran a ser de los tipos epidermoides bien diferenciados.

Su estrecha proximidad con el hueso hace que la invasión ósea sea un hecho frecuente.

PRONOSTICO.

Es algo mejor que el de carcinoma de la lengua y aproximadamente el mismo que el carcinoma de piso de boca.

Se observó una supervivencia de 5 años en un 52%, - en pacientes tratados quirúrgicamente.

DIAGNOSTICO.

Aparece como una úlcera indolora con escasos signos de inflamación alrededor de los bordes. Cuando hay invasión del hueso alveolar se provoca la pérdida de los dientes avanzados.

Suele aparecer cerca de las aletas de las dentaduras postizas y presentar un aspecto parecido al del epulis fissurado común.

Cuando el cáncer está en fase avanzada puede ir acompañado por una extensa destrucción lítica que incluso evoluciona a veces hasta provocar fracturas patológicas.

METASTASIS.

Las metástasis en el cáncer gingival tanto del maxilar superior como del inferior, se asientan fundamentalmente en los ganglios submaxilares.

TRATAMIENTO.

La utilización de rayos X en el carcinoma gingival está acompañada de riesgos en razón del bien conocido efecto lesivo de los rayos X en el hueso.

Por lo general el tratamiento del carcinoma en este sitio es la cirugía.

VI. CARCINOMA DE LA MUCOSA BUCAL.

La frecuencia del carcinoma de la mucosa bucal exhibe una considerable variación según las diferentes partes del mundo.

Constituye el 9 por 100 de la totalidad de los ca--

sos de cáncer intrabucal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La lesión es ulcerativa, en la cual es común la induración e infiltración de los tejidos más profundos. Algunos casos son superficiales y proliferan de la superficie hacia afuera en vez de invadir los tejidos.

LOCALIZACION

Suele presentarse en el plano de oclusión a medio camino en dirección anteroposterior.

Es frecuente en el lado izquierdo.

INCIDENCIA.

Aparece cuatro veces más a menudo en los hombres -- que en las mujeres. Los pacientes tienen por lo regular edad avanzada, siendo raro observar la enfermedad en personas menores de 50 años de edad.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

La mayor parte de los carcinomas epidermoides de la mucosa bucal son tumores con una diferenciación de moderada a intensa, sobre todo en aquellos que pertenecen al tipo exofítico. En cambio los carcinomas epidermoides anaplásicos son menos frecuentes. En cuanto a las lesiones de elevado grado de malignidad acostumbran a ser del tipo ulcerativo infiltrante y pueden invadir en profundidad aunque sus ulceraciones superficiales sean relativamente escasas.

La leucoplasia es predecesora común del carcinoma -

de la mucosa vestibular. Su duración suele ser en extremo prolongada y puede o no necesariamente ir asociada al consumo de tabaco. Es dolorosa.

PRONOSTICO.

El pronóstico del carcinoma de la mucosa bucal guarda relación con el tamaño, grado histológico y localización del tumor.

Los carcinomas localizados en la región retrocomisural son los que al parecer tienen el mejor pronóstico, mientras que los ubicados en el tercio posterior de la mucosa bucal tienen un pronóstico pero por su tendencia a invadir los alveolos maxilares, los pilares del paladar o el paladar blando.

METASTASIS.

Las metástasis procedentes de la mucosa bucal suelen encontrarse a nivel de los ganglios linfáticos submaxilares.

Sin embargo los tumores localizados en el tercio posterior de la mucosa bucal pueden propagarse inicialmente a los ganglios cervicales profundos.

TRATAMIENTO.

Consiste en cirugía y rayos X. El empleo combinado de estas dos formas de tratamiento sin duda tiene también un lugar en la terapéutica del tumor.

VII. CARCINOMA DEL SENO MAXILAR.

Este tipo de carcinoma es sumamente raro, y no es posible determinar la frecuencia real de la enfermedad con respecto al carcinoma intrabucal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El carcinoma que invade el piso del seno provoca la destrucción del hueso alveolar, invade el ligamento periodontal y da lugar a la caída de piezas dentarias.

El crecimiento de la tumoración puede provocar la tumefacción del paladar alveolar o surco gingivobucal; la afectación dentaria simula en ocasiones un absceso periapical o periodontal.

Si se procede a la extracción de las piezas dentarias afectadas, el tumor crece, a menudo con gran rapidez hacia el interior de la boca, apareciendo como una masa de tejido de "granulación" normal.

LOCALIZACION.

Aparece en la mitad inferior del antro, relativamente cerca de las raíces de los dientes premolares y molares del maxilar superior.

INCIDENCIA.

Incide con una frecuencia aproximadamente doble en los hombres que en las mujeres.

La mayor incidencia se observa en individuos de más de 50 años.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

A pesar de que el seno maxilar está revestido normalmente por un epitelio pseudoestratificado ciliado y cilíndrico, los carcinomas del seno maxilar son, la mayor parte de las veces, del tipo epidermoide, dentro del cual se observa una variación histológica tan amplia que ha dado origen a la utilización de numerosos términos tales como: carcinoma sólido de células cilíndricas, carcinoma shneideriano, carcinoma celular de transmisión linfoepitelioma, carcinoma de células intermedias, etc.

DIAGNOSTICOS.

Permanecen asintomáticos durante largo tiempo en los que la tumoración va creciendo desde la mucosa de revestimiento hacia la cavidad del seno.

Los síntomas se hacen aparentes cuando el tumor invade las paredes óseas circundantes.

Los signos y síntomas dependen en buena parte de la región que resulte invadida.

Se presenta tumefacción de los párpados, lagrimeo unilateral, debilitamiento de la visión, diplopia y proptosis. También puede existir obstrucción nasal.

Cuando los carcinomas del seno llegan a invadir la segunda división del quinto par craneal, pueden originar dolor en los dientes superiores o paraestésias y anestesia de la piel mucosa.

Otro síntoma que puede presentarse es la sensación de relleno encima de los ápices de los dientes posteriores o un aflojamiento en uno o más dientes en este segmento de la

arcada dentaria. También el dolor dentario inexplicable.

PRONOSTICO.

La localización del tumor tendrá considerable influencia en cuanto al pronóstico del tumor.

Por ejemplo, los que se originan en las paredes superior, interna o posterior tienen peor pronóstico debido a su tendencia a invadir lugares inaccesibles.

Los índices de supervivencia para el carcinoma del seno maxilar oscilan entre 10% y 50%.

METASTASIS.

Se producen metástasis a distancia aunque no con la misma frecuencia que en otras formas de cáncer oral.

A pesar de esto, las metástasis no ocurren sino hasta que el tumor está muy avanzado y cuando se producen abarcan los ganglios linfáticos submaxilares.

TRATAMIENTO.

Se emplea principalmente la cirugía y los rayos X.

Si el cáncer se halla confinado al seno y estructuras inferiores, la hemimaxilectomía dará resultados clínicos favorables.

Capítulo VII

GRADUACION CLINICA DEL CANCER ORAL

Capítulo VII

GRADUACION CLINICA DEL CANCER ORAL

En los años recientes, la graduación clínica del -- cáncer de diversos sitios del organismo asumió un papel importante en el manejo del paciente canceroso.

La graduación clínica se refiere a una determina- - ción de la extensión de la enfermedad antes de emprender el - tratamiento y tiene su finalidad. 1) Selección del tratamien- to más apropiado y 2) Comparación valorada de los resultados finales obtenidos de diferentes fuentes.

El sistema de graduación aquí utilizado es el más - conocido y es el que ideó American Joint Comittes for Cancer Staging and Results Reporting (AJCCS), patrocinado por United States Public Healt Service; el American College of Surgeons, American College of Physicias, College of American Patholo- - gists y la American Cancer Society entre otros.

El sistema conocido como sistema TGM (T = tumor primario; G = ganglios linfáticos regionales; M = metástasis a - distancia), y en 1967, fue adoptado para su aplicación al carcinoma de la cavidad bucal. En el siguiente cuadro se halla - la definición de las categorías TGM para el carcinoma de la - cavidad oral.

DEFINICION DE LAS CATEGORIAS TGM DE TUMORES
NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL.

T Tumor primario

T1 Tumor cuyo diámetro mayor es de 2 cms. o menos.

T2 Tumor cuyo diámetro mayor es de más de 2 cms. pero no más de 4 cms.

T3 Tumor cuyo diámetro mayor es de más de 4 cms.

G Ganglios linfáticos regionales

G0 No hay ganglio(s) linfático(s) cervical(es) palpable clínicamente, o hay ganglio(s) palpable(s) pero no sospecha metastásica.

G1 Ganglio(s) linfático(s) homolateral(es) sin fijación, palpables clínicamente. Se sospecha metástasis.

G2 Ganglio(s) linfático(s) cervical(es) contralateral(es) sin fijación, palpable clínicamente; se sospecha metástasis.

G3 Ganglio(s) linfático(s) fijo(s) palpable(s) clínicamente;- se sospecha metástasis.

M- Metástasis a distancia.

M0 No hay metástasis a distancia.

M1 Evidencias clínicas, radiográficas o ambas, de metástasis diferentes de los ganglios linfáticos cervicales.

AGRUPAMIENTO POR GRADOS CLINICOS DEL
CARCINOMA DE LA CAVIDAD BUCAL

GRADO	I	T1	G0	MO			
GRADO	II	T2	G0	MO			
GRADO	III	T3	G0	MO			
		T1	G1	MO			
		T2	G1	MO			
		T3	G1	MO			
GRADO	IV	T1	G2	MO	T1	G3	MO
		T2	G2	MO	T2	G3	MO
		T3	G2	MO	T3	G3	MO
O cualquier categoría T o G con M1							

Es necesario saber que pautas específicas modifican la aplicación del sistema TGM según la zona anatómica y que la clasificación histopatológica o graduación del cáncer no interviene en el agrupamiento clínico.

SISTEMA DE GRADACION NUMERICA DE LOS CARCINOMAS SEGUN SU GRADO DE MALIGNIDAD.

Broders popularizó un sistema de gradación numérica de los carcinomas según su grado de malignidad, que todavía sigue siendo ampliamente utilizado. Este sistema se basa en el grado de diferenciación del tumor y utiliza la gradación numérica del I al V.

Este sistema se basa en: el carcinoma de grado I, - el 75% al 100% de las células diferenciadas mientras que las

no diferenciadas pueden oscilar del 0 al 25% en el grado II - la proporción de células diferenciadas es del 50% al 75%; en el grado III del 25% al 50% están diferenciadas y en el grado IV la proporción de células diferenciadas es del 0 al 25% y - el de las indiferenciadas del 75% al 100%.

Este sistema numérico de gradación puede ser objeto de ciertas objeciones. Hay una considerable subjetividad en este método, y la impresión personal del que interpreta el porcentaje de células diferenciadas o indiferenciadas puede variar de una zona a otra del tumor. Muchos anatomopatólogos, más que emplear un sistema de gradación numérica, preconizan la idea de precisar la malignidad histológica relativa mediante el uso de términos como los de carcinoma epidermoide (células escamosas) bien diferenciado (o de grado inferior) moderadamente diferenciado, o poco diferenciado. Otros utilizan un sistema numérico de tres gradaciones para designar el carcinoma bien diferenciado (Grado I); moderadamente diferenciado -- (grado II) e indiferenciado (grado III).

Ackerman y Regato han señalado que, con frecuencia, se ha sobreestimado en exceso el grado del tumor, ya que éste puede no ser un factor importante para el pronóstico, como sucede cuando un carcinoma de grado I se acompaña de metástasis ganglionares fijas, puesto que en tal caso su pronóstico es peor que el de grado III limitado aún a su lugar de origen.

Recientemente se ha insistido mucho en el logro de un sistema uniforme para catalogar los cánceres, a fin de ob-

tener una mayor uniformidad de datos a efectos de valoración y resultados (American Joint Comitee for Cancer Staging and End Results Reporting).

Para la designación de los carcinomas orales se ha recomendado la siguiente clasificación.

ESTADIO I.

El tumor primario está limitado a su lugar de origen en la cavidad oral sin metástasis ganglionares palpables.

ESTADIO II.

El tumor se ha extendido más allá de su lugar de origen en la cavidad oral alcanzando las zonas vecinas, pero todavía está limitado a la cavidad oral, sin metástasis ganglionares palpables.

Estadio III.

El tumor primitivo es parecido al de los estadios 1 o 2, pero sin metástasis ganglionares cervicales palpables no fijas.

ESTADIO IV.

El tumor primitivo es similar al de los estadios I o II o bien se extiende más allá de la cavidad oral con metástasis ganglionares cervicales fijas, clínicamente palpables, o bien el tumor es como en los estadios I, II o III con metástasis a distancia.

Capítulo VIII

TECNICAS DE DIAGNOSTICO

Capítulo VIII
TECNICAS DE DIAGNOSTICO

UTILIDAD DE LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA EN EL
DIAGNOSTICO DEL CANCER ORAL.

Ya que las lesiones orales malignas representan cerca de un 5% de todas las neoplasias malignas y puesto que su índice de curación está en relación directa al tamaño del tumor, es evidente que al menos por ahora, el aumento de éste índice de curación dependerá principalmente del diagnóstico precoz.

La fácil accesibilidad de la cavidad oral la hace apta para la exploración directa y para la obtención de muestras (biopsias) de las lesiones sospechosas; la muestra biopsica puede obtenerse con una molestia relativamente pequeña para el enfermo y con poco esfuerzo de parte del médico.

Pero, mientras el diagnóstico precoz de las lesiones malignas parece fácil, cerca de 2 de cada 3 casos tienen mal resultado terapéutico, generalmente porque el tumor, en el momento del diagnóstico había alcanzado ya un grado de desarrollo superior al que es accesible el éxito terapéutico.

Así pues, es obligatorio que se utilicen todos los medios de que se disponga para el diagnóstico precoz en aque-

llos enfermos sospechosos de cáncer.

Uno de los métodos usados en el diagnóstico del cáncer es la Citología Exfoliativa.

Los estudios realizados con este método han demostrado que las células exfoliadas de las lesiones epiteliales malignas, pueden diagnosticarse de forma exacta y suelen proporcionar la señal más precoz de la presencia de procesos malignos.

La citología exfoliativa oral es un método relativamente nuevo en el campo del diagnóstico citológico. Mientras que la descripción de células cancerosas en el esputo se hizo en 1843, el interés de la citología exfoliativa aplicada en la odontología, no empezó a ser importante hasta principios del año 1950. Desde entonces, han aparecido bastantes publicaciones tanto en la literatura médica como dental relacionadas con los experimentos diagnósticos de varios investigadores -- que utilizaron este método.

Hay pruebas válidas de que el diagnóstico citológico puede reflejar con exactitud los componentes histológicos de una lesión en la gran mayoría de las muestras, lo que proporciona un método adicional de diagnóstico en las lesiones malignas.

PAPEL DE LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA EN LA PRACTICA CLINICA.

Ante todo, debe decirse que la citología exfoliativa oral no sustituye a la biopsia.

Siempre que se encuentre una lesión sospechosa, la biopsia es el método de diagnóstico de elección. Por desgracia hay lesiones en las que el aspecto clínico inocuo o aparentemente benigno da cierta reticencia a realizar una biopsia. Es esta lesión aparentemente inocua que puede ser un estadio precoz de la lesión maligna; en la que generalmente no se realiza la biopsia, pero en la que la citología exfoliativa puede ser importante al describir la verdadera naturaleza de la lesión.

El diagnóstico citológico oral puede ser útil también en la obtención de datos que complementen a los obtenidos por la biopsia; puede actuar también como un buen método preventivo en las exploraciones sucesivas de los cánceres tratados; es un método excelente para revisar las lesiones orales no malignas que pueden convertirse en malignas.

TECNICA DE LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA EN LA CAVIDAD ORAL

La técnica de obtención de una muestra es muy sencilla, y puede realizarse en cualquier consulta dental.

Para su obtención se utilizan los siguientes materiales: 2 portas de vidrio, un escarbador en forma de depresor lingual, un fijador (que puede ser alcohol etílico al 95%).

PASOS A SEGUIR EN LA TECNICA DE LA CITOLOGIA
EXFOLIATIVA EN LA CAVIDAD ORAL.

- I. Realizar una completa historia del enfermo anotando todos sus datos, la historia clínica, la descripción de la lesión y el diagnóstico clínico.
- II. Escribir el nombre del enfermo y la fecha en el porta.
- III. Humedecer una gasa esponjosa con agua del grifo y limpiar la superficie de la lesión.
- IV. Humedecer la terminación del escarbador y escarbar firmemente toda la superficie de la lesión. En los casos de ulceración se puede llegar a provocar una hemorragia, pero se detendrá con facilidad. En las lesiones queratinizadas es mejor desprender antes toda la superficie queratinizada antes de obtener la muestra; de otra forma se pueden obtener células superficiales enucleadas, que no sirven para el diagnóstico.
- V. Inmediatamente extender el material obtenido por toda la superficie libre del porta, formando así una capa muy fina.
- VI. Colocar rápidamente varias gotas del fijador encima del porta o colocar el porta en un vaso que contenga el fijador. El porta debe mantener el contacto con el

fijador durante unos 15 minutos. Los porta objetos fijados se secan al aire libre.

- VII. Enviar entonces los porta objetos y la historia a un laboratorio adecuado para que realicen el estudio citológico.
- VIII. Se deben de obtener casi siempre dos muestras de la misma lesión para que no exista error.

INFORME CITOLOGICO.

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

Tipo I: Células normales.

Tipo II: Ligera atipia, pero sin señales de transformación --maligna.

Tipo III: Alteraciones nucleares indeterminadas. Este dato refleja una intensa atipia nuclear, asociada muchas veces a displasias epiteliales.

Tipo IV: Sugestivo de cáncer.

Tipo V: Cáncer seguro.

Se ha dicho que en todos los enfermos cuyas muestras estén incluídas dentro del tipo II se les pueden realizar muestras sucesivas con el fin de obtener una mayor valoración de atipia observada. En todos los enfermos cuyas muestras estén incluídas dentro de los grupos II al V la biopsia y el diagnóstico histológico son el paso obligado.

Capítulo IX

T R A T A M I E N T O

Capítulo IX
T R A T A M I E N T O.

En términos generales, el tratamiento del cáncer se divide en la siguiente forma:

- I. Quimioterapia
- II. Cirugía
- III. Radioterapia

QUIMIOTERAPIA.

Los quimioterápicos son medicamentos que actúan sobre las células cancerosas.

Son el tratamiento de elección en las enfermedades -lifoematógenas, como la leucemia linfocítica crónica; enfermedad de Hodgkin; linfosarcoma; también son útiles en el tratamiento del r**ab**domiosarcoma, mieloma múltiple y en cierto tipo de tumores bucales.

Los quimioterápicos presentan efectos secundarios - entre los que se encuentran: náuseas, vómitos, diarrea, dermatitis, alopecia, flebitis en el sitio de la inyección y estomatitis.

Los agentes quimioterápicos más utilizados en el -- tratamiento del cáncer son: fluoracilo, doxorubicina o adria

micina y daunorrubicina o daunoblastina.

AGENTES QUIMIOTERAPICOS UTILES EN LAS
ENFERMEDADES NEOPLASICAS. (1)

CLAVE	TIPO DE AGENTES	NOMBRE COMUN	ENFERMEDAD
		Mecloretamina (NH ₂ ; MUSTARGEN)	Linfosarcoma, enfermedad de Hodgkin.
AGENTES DE ALQUILACION	MOSTAZAS NITROGENADAS	Ciclofosfamida (CITOXSN, ENDOXAN)	Leucemia Linfocítica aguda y crónica Rabdomyosarcoma.
		Melfalán (L-sarcolisina ALKERAN).	Mieloma de Célula plasmática.
PRODUCTOS NATURALES	ALCALOIDES DE VINCA	Vinblastina (VLB VELBAN)	En los carcinomas bucales,-- leucemias agudas y crónica.
		Vincristina (ONCOVIN)	Linfomas agudas agranulocítica y linfocítica.
PRODUCTOS NATURALES	ANTIBIOTICOS	Daunorrubicina (DAUNOMICINA; DAUNOBLASTINA).	Leucemia aguda granulocítica y linfocítica
ANTI-METABOLITOS	ANALOGOS DEL ACIDO FOLICO	5 Fluoracil (5-FU; FLUORACIL).	Carcinoma múltiple superficial de células basales,-- carcinoma de áreas orofaríngeas.

Solamente se menciona la Vinblastina debido a que es el agente quimioterápico que se utiliza principalmente en el tratamiento de cierto tipo de tumores bucales.

PREPARADOS, VIA DE ADMINISTRACION Y DOSIS.

El sulfato de vinblastina U.S.P. (Verbal). Se expende en ampolletas que contienen 10 mg. de polvo seco para preparar soluciones (10 Ml.). Las soluciones pueden conservarse en el refrigerador 30 días sin pérdida apreciable de potencia.

Se administra por vía intravenosa o por inyección directa en el tubo de una infusión intravenosa.

Después de una dosis única de 0.1 a 0.15 mg/kg. de peso corporal se observa la reacción hematológica durante 7 a 10 días.

Las pruebas indican que, particularmente en los pacientes con carcinoma, el ciclo de tratamiento debe extenderse por lo menos durante 12 semanas.

TOXICIDAD CLINICA.

Los efectos tóxicos de la vinblastina son de pares--

(1) Modificado de Goodman y Gilman. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Quinta edición. Editorial Interamericana. Sección XV. Cuadro XV - J Págs. 1049 y 1050.

tesia, pérdida de los reflejos tendinosos profundos y, más -- raros, cefalea, convulsiones y psicosis; la alteración del -- funcionamiento del Sistema Nervioso Autónomo, con estreñimiento notable, retención urinaria, dolor bilateral, dolor a la - palpación de las parótidas, sequedad de la boca, mucositis ve sicular de la entrada de la boca.

USOS TERAPEUTICOS.

Sarcoma de células reticulares, neuroblastoma, en-- fermedad de Letterer-Siwe (histiocitosis X), carcinoma de la cavidad bucal.

CIRUGIA.

La cirugía resulta ser el tratamiento de elección - en la mayoría de las neoplasias orales. El tipo de cirugía -- que se realice variará de acuerdo al tipo, sitio y tamaño del tumor.

Los diferentes tipos de cirugía que se pueden realizar son los siguientes:

- Extirpación quirúrgica total. Este tipo es el más común.
- Extirpación quirúrgica conservadora. Este tipo se utiliza - en lesiones muy grandes, donde la recidiva es inevitable.
- Extirpación en bloque, extendiéndose más allá de la dimen-- sión radiográfica del tumor. Este tipo se utiliza cuando -- las neoplasias se encuentran rodeadas por una cápsula como

el Papiloma y en casos de que el tumor presente una fácil -
tendencia a recidivar.

- Escisión quirúrgica radical con disección en bloque de los ganglios linfáticos regionales. Esto se realiza cuando se encuentran metástasis a los ganglios linfáticos como sucede en el melanoma y en el carcinoma epidermoide.

RADIOTERAPIA.

La radioterapia es un tratamiento que se utiliza básicamente en combinación con la cirugía.

Otro uso importante es cuando un tumor se encuentra en una zona inaccesible y resulta imposible realizar la extirpación quirúrgica.

Es importante aclarar que existen neoplasias -- que son resistentes al tratamiento de los rayos X.

CONCLUSIONES.

- 1.- Las neoplasias son anomalías de crecimiento y diferenciación de las células componentes de un tejido.
- 2.- La mayor parte de las neoplasias se suceden en el tejido epitelial y en el tejido conectivo, debido a su capacidad de reproducción.
- 3.- En el tejido conectivo las neoplasias aparecen con menor frecuencia que en el tejido epitelial por las siguientes características: por ser el tejido más difundido en el -- cuerpo por la cantidad de componentes que presenta y por tener mayor cantidad de tipos celulares.
- 4.- Los tumores benignos se designan agregando el sufijo - - "oma" al tipo celular del que se deriva el tumor.
Los tumores malignos se pueden designar de dos formas:
 - a) Las neoplasias malignas derivadas del tejido mesenquimatoso se llaman "sarcomas" y esta palabra se usa junto - con el tipo celular de origen.
 - b) Los tumores malignos originados en las células epite-- liales que provienen de cualquiera de las tres capas germinativas se les llama "carcinomas".
- 5.- Las neoplasias se clasifican en Benignas y Malignas. Esta clasificación se realiza en base a las características diferenciales que presentan.
- 6.- El carcinoma epidermoide resulta ser la lesión de mayor - importancia que se presenta en la cavidad oral.
- 7.- El carcinoma epidermoide representa el 6.2% de los cáncere-

res entre los hombres y el 1.9% entre las mujeres, esto es, que de 8 a 9 veces el cáncer es más frecuente en el hombre que en la mujer.

- 8.- El carcinoma epidermoide se produce en cualquier sector dentro de la boca; pero presenta ciertas zonas que son afectadas con mayor frecuencia que otras como: lengua, labio, piso de la boca, paladar, mucosa alveolar y mucosa vestibular.
- 9.- El índice de curación de la mayoría de las neoplasias depende principalmente de la realización de un buen diagnóstico precoz. Por esto es tan importante el uso de la Citología Exfoliativa en el diagnóstico del cáncer oral.
- 10.- El diagnóstico citológico oral es útil en la obtención de datos que complementen los obtenidos por la biopsia; puede actuar también como método preventivo en las exploraciones sucesivas de los cánceres tratados; es un método excelente para revisar las lesiones orales no malignas que pueden convertirse en maligna.
- 11.- El tratamiento del cáncer oral se divide en: quimioterapia, cirugía y radioterapia.
- 12.- Los agentes quimioterápicos son medicamentos que actúan sobre las células cancerosas. Son el tratamiento de elección en las enfermedades linfohematógenas y en cierto tipo de tumores bucales.
- 13.- La cirugía es el tratamiento de elección en la mayoría de las neoplasias orales.
- 14.- La radioterapia es el tratamiento que se utiliza básicamente en combinación con la cirugía.

- 15.- La graduación clínica del cáncer es de gran importancia debido a que representa un papel importante en el manejo del paciente canceroso.
- 16.- La graduación clínica del cáncer oral tiene como finalidad la selección del tratamiento más apropiado y la comparación valorada de los resultados finales obtenidos de diferentes fuentes.

BIBLIOGRAFIA.

- GILMAN Alfred y GOODMAN S. Louis: Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Quinta Edición, 1978, Editorial Interamericana, México.
- GOLDMAN H. Henry, GORLIN J. Robert: Patología Oral Thoma. Salvat Editores, 1973, España.
- GOMEZ Mattaldi: Radiología Odontológica Recaredo. Segunda Edición, Editorial Mundi, 1975, Argentina.
- HAM W. Arthur: Tratado de Histología. Séptima Edición, 1975, Editorial Interamericana, México.
- PEREZ Tamayo, Ruy: Introducción a la Patología. Editado por el Instituto Nacional de la Nutrición, 1979, México, pp. 317 a 334.
- ROBBINS Stanley L. y ANGELL Marcia: Patología Básica. Segunda Edición, 1979, Nueva Editorial Interamericana, México, pp. 78 a 89.
- ROBBINS Stanley L. y ANGELL Marcia: Patología Estructural y Funcional. Primera Edición. Editorial Interamericana, México. pp. 106, 107, 114 a 116.
- SHAHER G. WILLIAM, HINE K. Maynard y BARNET M. Levy: Tratado de Patología. Tercera edición, 1977, Editorial Interamericana.
- ZEGARELLI V. Edward, HYMAN A. George y KUTSCHER H. Austin: Diagnóstico en Patología Oral. Salvat Editores, 1972, España.