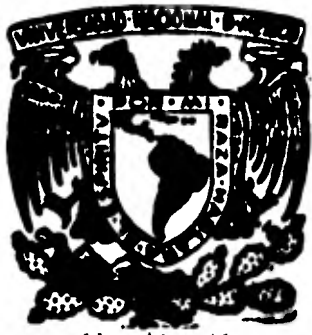


2ej. 5/5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"CANCER ORAL"

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Norma Patricia Maldonado Vega'.

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

Norma Patricia Maldonado Vega

Mexico, 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

INTRODUCCION.

CAPITULO I.

DEFINICION DE NEOPLASIA.

ETIOLOGIA Y DIFERENTES TIPOS DE DEFINICIONES
DE CANCER.

CAPITULO II

HISTOLOGIA

CAPITULO III

CONCEPTO DE CANCER EN GENERAL.

CAPITULO IV

DISEMINACION TUMORAL.

CAPITULO V

CLASIFICACION DE TUMORES MALIGNOS.

CAPITULO VI

CARACTERISTICAS GENERALES DE CANCER.

CAPITULO VII

ETIOLOGIA DEL CANCER EN GENERAL.

CAPITULO VIII

ETIOLOGIA DEL CANCER ORAL.

CAPITULO IX
CLASIFICACION DE TUMORES ORALES.

CAPITULO X
DIAGNOSTICO DEL CANCER.

CAPITULO XI
SINTOMAS Y SIGNOS.

CAPITULO XII
TRATAMIENTOS Y PREVENCION.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

Este trabajo de tesis que me permito presentar al H. Jurado para su aprobación, no es un trabajo de investigación sino una recopilación de datos realizados por diferentes autores relacionados con las neoplasias malignas que afectan a cada uno de los tejidos de la cavidad oral.

Este estudio no pretende aportar nuevas investigaciones, sino tiene la finalidad de presentar un papel que tenga como objetivo hacer una clasificación didáctica desde el punto de vista clínico y pueda ser consultado y servir como auxiliar para el diagnóstico precoz de estas lesiones.

Por otra parte durante el curso de mis estudios de licenciatura me incliné hacia el campo de la patología que me pareció sumamente interesante, ya que el odontólogo juega un papel muy importante y en determinadas circunstancias podría salvar la vida del paciente y orientarlo para un mejor tratamiento.

Esperando que esta tesis despierte el interés entre los compañeros, y enfoque su atención en la importancia que tiene el conocer las lesiones cancerosas expongo el presente trabajo.

CAPITULO I.

DEFINICION DE NEOPLASIA.

Se nombra neoplasia a un transtorno de la reproducción celular que conduce a una multiplicación ilimitada determina dos grupos de células que escapan a los controles normales del organismo; generalmente esta reproducción se acompaña de una insuficiente - diferenciación celular que produce una nueva masa - que ocupa espacio en el organismo y rechasa o infiltra los tejidos vecinos.

Cuando la proliferación neoplásica encuentra una - fuente para nutrirse y se deja a su libre crecimiento invade los tejidos del individuo; las células adquieren la propiedad de autonomía que consiste en - continuar la multiplicación sin ser frenadas por - los mecanismos de control que ejercen su poder sobre las células normales.

En muchas ocasiones el proceso neoplásico no se presenta bruscamente, sino como una alteración progresiva de la reproducción celular de un tejido que - partiendo de una lesión de tipo hiperplásico pasa - por varias etapas intermedias y finalmente invade - de manera agresiva el organismo, constituyendo el - verdadero cáncer.

La división en varias etapas de este proceso conti-

nuo no es por lo tanto absoluta, sino convencional. En un extremo del proceso neoplásico están las hiperplasias y en el otro el cáncer. En el intermedio están las lesiones "precancerosas" que pueden o no evolucionar a verdaderas neoplasias malignas, y los tumores llamados benignos que son neoplasias cuya diferenciación celular es generalmente mayor y cuyo grado de reproducción celular es menor que el de los verdaderos cánceres, a los cuales se les denomina tumores malignos.

La terminación "oma" se usa para designar en general a los tumores precidida de la raíz correspondiente al tejido de origen (fibroma, lipoma, etc.) o de alguna característica clínico-patológica (papiloma: tumor en forma de papilas. Adenoma: Tumor glandular).

El vocablo carcinoma indica un tumor maligno de tejidos epiteliales. Y sarcoma se refiere a tumores malignos de tejido conjuntivo.

ETIMOLOGIA Y DIFERENTES TIPOS DE DEFINICIONES DE - CANCER.

La palabra cáncer deriva del vocablo latino cáncer: cangrejo y de la raíz greiga karkinos: carcinoma.

CANCER:

"Reproducción celular que conduce a una multiplicación ilimitada de determinados grupos de células - que escapan a los controles normales del organismo" Pérez Tamayo.

CANCER:

"Tumor de crecimiento local destructor infiltrativo, con metástasis por vía hemática o linfática y - la tendencia a las recidivas regionales". Schlegel.

CANCER:

"Crecimiento nuevo y anormal y rápido de los tejidos sin ningún propósito útil". Burket.

CANCER:

"Cualquier proceso patológico que produzca una tumefacción en una parte del cuerpo con procesos destructivos". Varios.

Por lo tanto, más claramente y en términos generales, el cáncer está constituido por células atípi-

cas que se reproducen sin seguir un plan organizado y en forma incontrolada, con destrucción progresiva del protoplasma y crecimiento autónomo, que condiciona su grado de anaplasia y que conducen irremediablemente a la muerte del individuo en un período relativamente corto en el caso de que no se haga un tratamiento efectivo y precoz.

CAPITULO II.

HISTOLOGIA.

La célula cancerosa se caracteriza por su rápida reproducción indiferenciada, a veces no existe una - distinción específica con el tronco original, ello en virtud de su atipicidad o bien puede ser parcial la indiferenciación. En comparación con las células normales, son inferiores a ellas porque evolucionan en la forma más simple.

Las células cancerosas llaman la atención por el volumen nuclear de gran tamaño, dos o tres veces ma--yor que el de las normales y desigual con relación al de sus vecinas, además de tener nucleolos de - - enorme grosor, los cromosomas que normalmente son - cuarenta y seis en la célula cancerosa son más.

Son de forma variable y de contornos irregulares, - observándose la membrana como deshilachada, festo--neada y lobulada, la sustancia cromática es rica y aparece como bloques irregulares, avidos de colorantes básicos, hipercromáticos, ordinariamente adosa--dos a la membrana.

La célula maligna contiene los mismos elementos que la normal: membrana, protoplasma y núcleo, pero con la característica de que la maligna es atípica, puede tener uno o más núcleos, es de forma irregular,

y el modo de reproducirse puede ser también diferente.

Así estos elementos malignos se multiplican geométricamente, pues en vez de dividirse en dos, se dividen en cuatro, en ocho o en más células a la vez, alejándose gradual y progresivamente del tipo normal hasta la indiferenciación, la multiplicación celular es independiente e incontrolada por insensibilidad genética.

Tienen más apetito que las células normales y así en su loco crecimiento atrofian a los tejidos vecinos al producirse la invasión, característica esta que las hace aparecer peligrosas para el organismo.

Se ha descubierto que les es imprescindible para nutrirse, de siete vitaminas y siete aminoácidos.

Las vitaminas son: colina, riboflamina, ácido fólico, nicotinamida, pantoténico, piridoxina y tiamina (Vit. B 1).

Los aminoácidos o bloques constructores de proteínas son: argina, cistina, glutamina, histidina, isoleusina, leusina, lisina, metionina, fenilalanina, treonina, triptófano, tirosina y valina.

Además de todo ello, las células cancerosas se alimentan de glucosa y proteínas no identificadas que existen en el suero sanguíneo, así como de sales de sodio, potasio, fósforo, calcio y magnesio, de tal

manera que si estos elementos nutritivos faltan, -
aquéllas mueren.

Las características esenciales de la célula cancero
sa son entre otros, exageración de volumen, forma -
irregular, abundancia de cromatina; el número de nú-
cleos es variable y el citoplasma abunda más de lo
debido; esta última sustancia encierra los elemen-
tos que traducen toda la acción elaborada de célu-
las normales: mitocondrias, aparato de Golgi, etc.
Se observa que en otros tumores, estos caracteres -
están ausentes y se reemplazan por granulaciones -
azurofilas, que resultan de fenómenos degenerativos
y son comparables a los granos hialinos de degenera-
ción granulosa. La autonomía es una de sus notas -
principales.

La célula cancerosa vive sólo para sí sin seguir un
orden armónico, en su crecimiento no realiza fun- -
ción benéfica alguna para el organismo humano. Es -
una especie de órgano con vida independiente que no
pertenece al tejido sobre el que se desarrolla, si-
no que sólo se sitúa en él, para proliferar indefi-
nidamente, afectando todas las células normales que
se interpongan en su camino.

CAPITULO III.

CONCEPTO DE CANCER EN GENERAL.

El tumor maligno es aquel que se forma por el crecimiento exorbitante de sus células, mismas que se ensanchan hacia los tejidos vecinos en forma desordenada grotesca, a gran velocidad y es casi siempre mortal.

Podemos decir que las lesiones malignas se distinguen porque se tornan invasoras, desconociendo los tejidos de donde provienen convirtiéndose en extrañas y atípicas.

Los requisitos de las lesiones malignas son:

La proliferación incontrolada de las células, la infiltración e invasión de los tejidos circunvecinos, la rigidez o adherencia a los tejidos circunvecinos, la induración (dureza de las zonas contiguas), y la linfadenopatía metastásica.

Como mencioné anteriormente, una de las características del cáncer es crecer y propagarse más allá de su sitio de origen. Los mecanismos involucrados en este proceso de invasión son mal conocidos. Existen grandes diferencias entre los diversos tipos de tumores malignos en cuanto a la capacidad de producir metástasis, la frecuencia con que el fenómeno ocurre y los tejidos en donde ellas proliferan.

El grado de proliferación que haya alcanzado un tumor en el momento de su diagnóstico es de trascendental importancia para el paciente, pues de ello depende en buena parte que pueda ser resecado completamente y por lo tanto que pueda considerarse curado.

Podemos decir que la invasión es la capacidad de las células para penetrar en los tejidos circundantes y una característica muy propia de este fenómeno es la agresividad con que lo hacen, destruyendo cuanto tejido encuentran a su paso, instalándose en él o lesionándolo definitivamente y reproduciéndose en proporción geométrica.

Ello se lleva a cabo, utilizando vías accesibles, cavidades o conductos preformados, así como espacios intersticiales, abarcando después estructuras más firmes como huesos y cartílagos.

CAPITULO IV.

DISEMINACION TUMORAL.

Las maneras más comunes de hacer la diseminación tu moral son:

Infiltración tisular directa.

Invasión linfática.

Diseminación venosa y arterial.

Implantación.

Inoculación.

INVASION TISULAR DIRECTA:

Casi todos los tumores malignos tienden a invadir -- los tejidos vecinos. Esta capacidad de las células tumorales se ha tratado de explicar por poseer ellas cualidades, como los movimientos ameboides y la poca adhesividad. Que son observados también en otras células que tienen la capacidad de invadir los tejidos: los leucocitos y macrófagos.

INVASION LINFATICA:

Las células tumorales con frecuencia llegan a los canales linfáticos y son identificables en ello a veces desde tempranas etapas, cuando todavía la columna celular que invade el canal linfático se fusiona con la masa tumoral principal. A este fenómeno se le denomina permeación linfática y ella continúa por una longitud considerable.

Más frecuentemente sin embargo, pequeños acumulos celulares se desprenden de la masa principal y viajan en forma de émbolos que continúan por el canal linfático hasta que son atrapados en el seno marginal de un ganglio linfático. Allí puede continuar su crecimiento por reproducción de las células del émbolo original, constituyendo una metástasis. Las metástasis ganglionares, cuando son abundantes llegan a bloquear completamente la circulación linfática de un ganglio y de esta manera constituyen a limitar la propagación del tumor.

Si la embolización tumoral continúa, generalmente se producen metástasis en ganglios más alejados del tumor hasta que finalmente los émbolos tumores llegan a la circulación venosa y son atrapados en los capilares pulmonares. Algunos de ellos producen ahí nuevas metástasis, otros aparentemente son reabsorbidos y otros pasan a la circulación general y pueden producir nuevas metástasis en otros órganos.

El bloque formado por las metástasis en algunos ganglios linfáticos en ocasiones hace que los émbolos tumorales al llegar a ellos sean desviados por otros canales linfáticos y viajen en dirección retrograda hasta alcanzar ganglios situados fuera de la vía normal de drenaje del tumor original.

Los conductos linfáticos constituyen un sistema subsidiario de canales, localizados en casi todo el organismo, los cuales se unen y vierten su contenido en el torrente sanguíneo.

Todos los vasos terminan en dos conductos que son:

Torácico.- Recibe linfáticos del miembro superior izquierdo, mitad izquierda del corazón, tronco medias-tínico, pulmón, cabeza y cuello.

Gran vena.- Recibe linfáticos del miembro superior - derecho, mitad derecha del tórax, pulmón, cabeza y - cuello.

El sistema linfático se compone de ganglios y vasos.

DISEMINACION VENOSA:

Por mucho tiempo se ha conocido el hecho de que las células tumorales se pueden encontrar con alguna frecuencia en la sangre: las venas son caminos accesi--bles para su infiltración, especialmente las de pa--red delgada, dañando pulmones, hígado, etc.

DISEMINACION ARTERIAL:

Se valen de las arterias como medio de infiltración afectándose riñones, glándulas endócrinas y médula ósea.

IMPLANTACION:

Algunas células tumorales tienen la capacidad de adherirse a ciertas superficies del organismo y derivar a través de ellas nutrición suficiente para continuar su crecimiento metastásico.

INOCULACION:

Cuando los tejidos tumorales son artificialmente transplantados a otros terrenos del mismo huesped (ingerto autólogo) se obtiene el crecimiento del transplante en una alta proporción de casos. En algunos pacientes se logra crecimiento tumoral cuando se inoculara tejido neoplásico en otro animal de la misma especie (ingerto homólogo).

El transplante a animales de otras especies (ingerto heterólogo) no tiene éxito debido a la formación de anticuerpos específicos antitumorales por el huésped.

CAPITULO V.

CLASIFICACION DE TUMORES MALIGNOS.

TEJIDO DE ORIGEN

TUMOR MALIGNO

EPITELIO

DE REVESTIMIENTO

CARCINOMA

GLANDULAR

ADENOCARCINOMA

TROFOBLASTO

CARLOCARCINOMA

ORGANO DEL ESMALTE

ADAMANTINOMA

CONJUNTIVO

FIBROSO

FIBROSARCOMA

ADIPOSO

LIPOSARCOMA

MUSCULAR LISO

LEIOMIOSARCOMA

MUSCULAR ESTRIADO

RABDOMIOSARCOMA

OSEO

OSTEOSARCOMA

NOTOCORDA

CORDOMA

VASCULAR

VASCULAR LINFATICO

LINFOGIOSARCOMA

VASCULAR SANGUINEO

HEMANGIOMA

GLOMGLOMUS

HEMANGIOPERICITOCOMA

LINFOIDE

LINFOIDE Y HEMATOPOYETICO

LINFOMA

MEDULA OSEA

LEUCEMIA

SINOVIAL

SINOVIOMA MALIGNO

NERVIOSO

VAINA NERVIOSA
CELULAS SIMPATICAS
GLIA
ASTROCITOS

SCHWANNOMA MALIGNO
NEUROBLASTOMA
GLIOMA
GLIOBLASTOMA MULTIFORME

PIGMENTARIO

MELANOCITOS

MELANOMA MALIGNO

PLACENTARIO

TROFOBLASTO

CORIOCARCINOMA

EMBRIONARIO

EMBRIONARIO

TERATOMA MALIGNO.

CAPITULO VI.

CARACTERISTICAS GENERALES DEL CANCER.

En términos generales puede decirse que los tumores - malignos son de tres caracteres:

Carcinomas.

Sarcomas.

Leuceomías y linfomas.

Carcinomas.- Los que tienen lugar en el epitelio de - revestimiento cutáneo, mucoso o glandular.

Sarcomas.- Los que tienen lugar en los tejidos de sosten o de locomoción como el muscular, óseo, cartilaginoso, conjuntivo, adiposo, tejidos de órganos sanguineos formadores.

Leuceomías y linfomas.- Los que tienen lugar en la - sangre u órganos hematopoyéticos y en el torrente linfático.

Las neoplasias malignas y benignas, constan de dos tejidos esenciales.

Parenquima y estroma.

Parenquima.- Constituye lo que es la masa tumoral, - sus características son semejantes al tejido que ha - invadido, tanto en su funcionamiento normal como en - el caso de metaplasia.

Estroma.- Se denomina así el lecho en que tiene su -

asiento a la neoplasia.

Existe la creencia que el objeto de un tumor, no es la proliferación anormal de células, sino que algo que aspira a convertirse en un órgano, pero que al no poderlo ser degenera casi siempre los tumores cancerosos, se identifican por su exagerada hiperplasia, hipertrofia, pleomorfismo, atipia, hipercromatismo, mitosis, anormal, pérdida de inhibición de crecimiento por contacto por lo que las células están más unidas íntimamente. Además encontramos que el crecimiento del tumor es erosivo, no aparecen encapsulados, se extienden por planos de menor resistencia.

Otra característica es que esta enfermedad no cura por sí misma o en forma espontánea su evolución es irreversible, produce metástasis, es decir las células son desprendidas y llevadas por la circulación sanguínea o linfática hacia sitios distantes.

Encontramos que a mayor malignidad menor es la diferenciación de sus elementos celulares.

Evolución Clínica.

Tiene lugar en tres etapas muy específicas, descritas a continuación:

Etapas local.

Etapas regional.

Etapas generalizada.

Etapa local.- La multiplicación celular se efectúa lo calmente, en esta fase no hay metástasis, es la mejor oportunidad para el ataque, la intervención quirúrgica es lo indicado.

Etapa regional.- La neoplasia se desarrolla excéntricamente a los tejidos adyacentes, de metástasis regio nales. La intervención quirúrgica abarcará mucho teji do sano, incluyendo los ganglios, evitando así la re cidiva.

Etapa generalizada.- De los ganglios linfáticos, el el - cáncer alcanza otras áreas más lejanas, haciéndose - problemático aplicar el tratamiento adecuado.

CAPITULO VII.

ETIOLOGIA DEL CANCER EN GENERAL.

CONDICIONES ETIOLOGICAS GENERALES.

Son los factores ocasionales predisponentes y se refieren a la herencia, edad, sexo, clima, raza, situación geográfica, etc. Así en un ambiente citadino, existen muchas probabilidades de contraer cáncer, ya por los gases tóxicos desprendidos de fábricas y vehículos, que son propicios para provocar alteración en las células normales y tornándose malignas.

Se menciona también que la frecuencia de la neoplasia maligna, aumenta con la edad, así se tiene que alcanzar un máximo a partir de los 30 años, predomina el sarcoma y rebasando esa edad el epiteloma; en lo que respecta al sexo, los tumores cancerosos, tienen predilección hacia los varones.

Los factores constitucional y cósmico, ejercen una gran influencia en los procesos que evolucionan en la boca, así por ejemplo, la nutrición secreciones internas, vitaminas, enfermedades de la sangre, así como las causas exógenas que hemos visto líneas atrás, tienen mucha importancia en la aparición del cáncer no tan sólo bucal sino de otras modalidades.

CONDICIONES ETIOLOGICAS LOCALES.

Son causas determinantes, el traumatismo o su cicatrización que pueden crear un foco de desenvolvimiento -

de una lesión maligna, como las irritaciones, inflamaciones crónicas, que pueden producir cáncer cutáneo y también las cicatrices de quemaduras.

Teorías sobre la etiología del cáncer.

Teoría humoral.

Esta teoría afirma que el cáncer es más susceptible a desarrollarse en personas adultas que en jóvenes tanto en el hombre como en los animales.

Lo anterior puede deberse a probables desgastes celulares o a padecimientos orgánicos sufridos por el paciente a lo largo de su vida y que han desarrollado un camino para la incubación de la enfermedad.

Esta corriente afirma también que el colesterol es el causante del cáncer, porque pertenece a las grasas y con los años se asienta en el tejido óseo.

Sin embargo consideramos que la edad, en sí no es factor etiológico del cáncer, sino que las sustancias cancerígenas, encuentran un camino óptimo en personas de más de cuarenta años, porque generalmente el período de latencia es de años. Se piensa también que la edad peligrosa ocurre durante el climaterio generalmente en las mujeres en la etapa de la menopausia.

Teoría celular.

Deriva de los adelantos de la citología y se explica a partir de las anomalías que tienen lugar en la divi

si3n de las c3lulas cancerosas.

Los cient3ficos han logrado por medios f3sicos y qu3micos provocar modificaciones celulares en 3rganos de animales, utilizando rayos ultravioleta, rayos X, radiaciones de otra 3ndole, o vali3ndose de compuestos, desde colorantes de anilina, hasta hidrocarburos, comprob3ndose que con algunos agentes f3sicos, se ha logrado provocar una serie de mutaciones celulares capaces de transmitirse por herencia.

Esta teor3a afirma que el c3ncer es fen3meno que se causa por agentes qu3micos o f3sicos, as3 las caracter3sticas nuevas encontradas en las c3lulas cancerosas se trasladan a las c3lulas vecinas.

Las hormonas tambi3n han actuado como t3xicos (agentes qu3micos) y provocan igualmente c3lulas at3picas, no se ha comprobado si son productoras de c3ncer.

Teor3a viral.

Seg3n esta teor3a los causantes de tumores malignos o benignos son microorganismos denominados "Virus filtrables", porque al transmitir experimentalmente el l3quido filtrable de un tumor de animal a otro sano, se encontr3 con que la neoplasia tambi3n se transmit3a, pens3ndose que los virus responsables, eran de este tipo.

Estos virus tambi3n se encontraron presentes en gri-

pes, sarampión, etc., afirmándose que el virus canceroso sería "ubícuo", ello quiere decir que el mismo - estaría presente en todas las células orgánicas, siendo capaz de que mediante influencias endógenas y exógenas, se tornase en virulento, apto para transmitir tumores malignos.

Se interpreta también que los elementos celulares biológicos normales, encierran o pueden absorber sustancias que los conviertan en patógenos y mientras tanto se encuentren en período de simbiosis.

Teoría bioquímica.

Esta logra reunir los argumentos específicos de la anterior y se ha ocupado en examinar al microscopio - - electrónico, la constitución química de los virus filtrables, determinando haber encontrado como uno de - sus elementos el ácido nucleico.

Dicha sustancia en sus modalidades de ácido ribonucléico (RNA) y ácido desoxirribonucléico (DNA), está presente en todas las células desempeña un papel importante en ellas y en los genes, de tal modo que se llega a pensar que si el mencionado componente se altera, aquellas también sufren en algo similar, produciéndose una mutación específica.

Pero hasta ahora no existe descubrimiento experimental que demuestre que lo que pueda acontecer en animales, también acontezca en humanos.

Lo que si se puede aplicar universalmente es que un microorganismo se desarrolla en un cuerpo previo contagio de los virus gérmenes del cáncer.

Esta teoría de carácter endógeno celular del cáncer arroja las siguientes resultantes:

No es contagioso; difícil de transmitir; se presenta excepcionalmente entre animales de la misma especie; hay ausencia de reacciones de suero diagnósticas; fracaso de la terapia anti-infecciosa; producción experimental de tumores de diversas especies de animales por medio de agentes mutógenos; aumento del cáncer con la edad; susceptibilidad hereditaria.

CAPITULO VIII.

ETIOLOGIA DEL CANCER ORAL.

Todavía no se tienen amplios conocimientos para determinar con claridad el porque las células, siendo normales súbitamente se tornan malignas; tal vez la explicación esté corroborada por la teoría viral en el sentido de que todas ellas poseen un virus en estado "ubícuo", que adquiere las características correspondientes al cáncer, cuando se altera uno de sus componentes fundamentales: el ácido nucléico.

Dentro de la etiología del cáncer oral, cabe decir que no tenemos un conocimiento claro de una causa esencial, sino sólo de carácter predisponente.

Los factores carcinógenos se han clasificado como sigue:

Irritantes físicos:

Rayos solares.- Originan reacción citotóxica a nivel del estrato córneo y epidermis.

Rayos X.- Las alteraciones frecuentes producen alteraciones cromosómicas degeneraciones y necrosis celular.

Calor.- En caso de hipersensibilidad se producen quemaduras y ulceraciones crónicas que pueden degenerar hasta un cáncer, estas pueden ser producidas por bebidas calientes o por calor de la boquilla de una pipa.

Irritantes químicos:

Alcohol, tabaco, gasolina, dimetil-sulfato, ácido-acetil-salicílico, perborato de sodio, polvos de alquitrán, polvos de cromo, arsénico.

Todos ellos producen irritaciones crónicas en las mucosas, que en personas susceptibles pueden degenerar en un carcinoma.

Irritantes mecánicos:

Los traumatismos crónicos ocasionados por bordes cortantes de restauraciones y dentaduras mal ajustadas, dientes cariados con bordes cortantes, y mordedura constante de carrillos.

Hábitos:

Masticación de tabaco, fumar con la colilla de cigarro al revés, hábitos nerviosos de morderse carrillos y labios, masticación de nuez de betel.

Evolución biológica de algunos procesos patológicos bucales: leucoplasia, sífilis, síndrome de Plummer-Vinson, eritroplasia.

Otros factores etiológicos:

Estados de desnutrición, higiene bucal deficiente, condiciones socioeconómicas (pobreza), factores ambientales, factores endógenos (herencia).

CAPITULO IX.

CLASIFICACION DE TUMORES ORALES.

Tumores de origen epitelial:

Carcinoma vasocelular.

Carcinoma epidermoide

" del labio

" de lengua

" piso de boca

" mucosa vestibular

" gingival

" paladar

" seno maxilar

" verrucoso

Linfoepitelioma y carcinoma de células de transición

Melanoma maligno.

Tumores de origen conjuntivo o conectivo:

Fibrosarcoma

Lesiones fibrosas localmente agresivas

Liposarcoma

Hemangioendotelioma

Hemangiopericitoma

Sarcoma de Kaposi

Sarcoma de Ewing

Condrosarcoma

Osteosarcoma

Linfoma maligno

Linfoma de folículos gigantes

Sarcoma retículo celular

Sarcoma reticulocelular óseo primario

Enfermedad de Hodgkin

Tumor de Burkitt

Leucemia

Mieloma múltiple

Plasmacitoma

Tumores malignos de origen muscular:

Leiomioma

Rabdomioma

Sarcoma alveolar de partes blandas

Tumores malignos de origen nervioso:

Schwannoma maligno

Neuroblastoma olfatorio

Tumores malignos de las glándulas salivales:

Adenoma pleomorfo maligno

Carcinoma quístico adenoideo

Adenocarcinoma de células acinosas y serosas

Carcinoma mucoepidermoide

Carcinoma mucoepidermoide central del maxilar

Carcinoma adenoescamoso

Adenocarcinomas de formas diversas

carcinoma epidermoide.

CAPITULO X.

TUMORES DE ORIGEN EPITELIAL.

CARCINOMA VASOCELULAR.

Se origina en las zonas expuestas de la piel, cara y cuerpo cabelludo, las personas rubias de tez clara - que han pasado gran parte de su vida al aire libre - son víctimas frecuentes de esta lesión, pero de manera alguna no se limita a estas personas. Este carcinoma posiblemente es el más común en el ser humano.

ETIOLOGIA:

La relación entre la exposición prolongada a luz solar y el cáncer de piel es bien conocida desde hace años. También se comprobó que la función protectora de la pigmentación dérmica influye sobre la relativa rareza del cáncer de piel en los negros.

El factor específico de la luz solar que produce cáncer es la radiación ultravioleta y se han producido tumores de piel experimentales en animales mediante su exposición a la luz ultravioleta.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Es más frecuente a partir de la cuarta década de la vida es más común en hombres que en mujeres. El carcinoma vasocelular suele comenzar como una pequeña pápu

la levemente elevada, que se ulcera, cicatriza, y después aparece de nuevo. Se agranda pero sigue evidenciando períodos de intentos de cicatrización. Al final, la úlcera costrosa, que se presenta como superficial, forma un borde liso y engrasado, como consecuencia de la expansión lateral de las células tumorales por debajo de la piel.

Las lesiones que no son tratadas siguen agrandándose, infiltran los tejidos vecinos y más profundos, e incluso penetran en profundidad hacia el cartílago o el hueso.

El carcinoma vasocelular es más frecuente en el tercio medio de la cara, pero puede aparecer en cualquier sector de la piel. Es importante saber que esta forma de carcinoma no se origina en la mucosa bucal y, por lo tanto, no se verá jamás en la cavidad oral, a menos que llegue ahí por invasión e infiltración desde la superficie de la piel.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Cada lesión deberá ser considerada por separado para seleccionar su tratamiento. Por lo general, se pueden esperar resultados igualmente buenos de la excisión quirúrgica del tumor y de la irradiación con rayos X.

El pronóstico de las lesiones vasocelulares es bueno, pues la neoplasia crece con lentitud, no tiene tendenu

cia a las metástasis y responde bien al tratamiento.

CARCINOMA EPIDERMOIDE:

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad bucal. Aunque se produce en cualquier sector de la boca, hay ciertas zonas que son atacadas con mayor frecuencia que otras y son en orden cronológico de ascendente a descendente:

Lengua.

Piso de boca

Mucosa alveolar

Paladar

Mucosa vestibular.

ETIOLOGIA:

Los factores etiológicos del carcinoma epidermoide más comunes son:

- 1) Tabaco
- 2) Alcohol
- 3) Sífilis
- 4) Deficiencias nutricionales
- 5) Luz solar
- 6) Traumatismos e irritación
- 7) Virus

Al valorar los factores etiológicos, también es preciso considerar el problema de las lesiones múltiples del carcinoma bucal, pues si una zona de la cavidad

bucal esta predispuesta a generar una lesión maligna, también pueden estarlo otras muchas.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Debido a las diferencias en el aspecto clínico, la naturaleza de la lesión es mejor describir los tumores tal como se presentan en las diversas zonas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Los carcinomas epidermoides son neoplasias - que tienden a dar metástasis temprano y en gran extensión y causar la muerte con rapidez. Las metástasis de los carcinomas bucales de las diferentes localizaciones afectan principalmente los ganglios submaxilares y los cervicales superficiales y profundos. A veces pueden estar atacados otros ganglios como los submentonianos, preauriculares y postauriculares y ganglios supraclaviculares, la metástasis de cáncer oral por la corriente sanguínea es rara.

El tratamiento dependerá del sitio extensión y metástasis del tumor.

CARCINOMA DE LABIO.

El carcinoma epidermoide del labio se origina mas frecuentemente en el labio inferior que en el superior y se produce principalmente en varones

de edad avanzada.

ETIOLOGIA:

Uno de los factores etiológicos mas comunes es el consumo del tabaco, principalmente por fumar en pipa. Parece ser que el calor, el traumatismo - de la pipa y posiblemente los productos de la combustión del tabaco tienen importancia en la etiología. Otros factores etiológicos de menor importancia son, la sífilis, la mala higiene bucal y traumatismos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Los tumores suelen comenzar en el borde Bermellón del labio, a un lado de la línea media. Al principio es una pequeña zona de engrosamiento. -- Induración y ulceración o irregularidad de la superficie. A medida que la lesión se agranda, crea un pequeño defecto crateriforme o produce un crecimiento exofítico y proliferativo de tejido tumoral. Algunos pacientes tienen grandes masas fungosas en un lapso relativamente corto, mientras que en otros pacientes el avance es muy lento. El carcinoma del labio suele tardar en hacer metástasis y puede producirse una lesión voluminosa antes que haya manifestaciones de la afección de los ganglios linfáticos regionales. Sin embargo, algunas lesiones, en particular las anaplasias, hacen metástasis mas temprano. TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

El tratamiento del carcinoma del labio ha sido por

excesión quirúrgica o con rayos X con éxito aproximadamente igual, según, en cierta medida, la duración y la extensión de la lesión y la presencia de metástasis.

CARCINOMA DE LENGUA.

El carcinoma de lengua comprende entre el 25% y 50% de todos los cánceres intrabucales. Es más frecuente en hombres que en mujeres, con excepción de ciertas zonas geográficas, y se presenta a partir de la 5a. década de la vida, pero puede producirse en personas jóvenes.

ETIOLOGIA:

La sífilis como factor etiológico del carcinoma de la lengua ha resultado ser frecuente y esto se puede explicar sobre la base de una glositis crónica producida por la sífilis, irritación crónica reconocida desde hace mucho como carcinógeno en ciertas circunstancias, otros factores etiológicos son mala higiene, alcoholismo, tabaco e irritaciones crónicas.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

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

El tumor comienza como una úlcera indurada en la superficie, con bordes levemente elevados y evoluciona hasta convertirse en una masa fungosa exofítica o se infiltra en las capas profundas de la lengua, produciendo fijación e induración sin grandes alteraciones superficiales.

La lesión típica se produce en el borde lateral o en la superficie ventral de la lengua. Cuando en raras ocasiones el carcinoma aparece en el dorso de la lengua es, por lo común, en un paciente con una historia pasada o presente de glositis sifilítica.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

El tratamiento es difícil, parece ser que la irradiación de rayos X es más efectiva que la cirugía. También se utilizan agujas de radio o perlas de radón para limitar la irradiación del tumor.

El pronóstico del cáncer en esta localización no es bueno, pero es obvia la necesidad del diagnóstico temprano.

CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA:

El carcinoma de piso de la boca, constituye el 15% de todos los casos de cáncer intrabucal se produce mayormente en pacientes de 50 a 60 años y es más frecuente en varones.

ETIOLOGIA.

El fumar se considera un factor etiológico importante, así como la mala higiene bucal o la irritación dental.

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

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El carcinoma de piso de la boca es una úlcera indurada de tamaño variable, situada a un lado de la línea, puede ser dolorosa o no.

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

La metástasis desde el piso de la boca son más comunes en el grupo de ganglios linfáticos submaxilares, y como la lesión primaria se genera cerca de la línea media donde el avenamiento linfático es cruzado, suele haber metástasis contralaterales. Afortunadamente las metástasis a distancias son raras.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

La irradiación con rayos X y el uso de radio se usan más favorablemente que la cirugía. El pronóstico es regular.

CARCINOMA DE LA MUCOSA VESTIBULAR.

Comprende el 9% de los carcinomas intrabucales, es más frecuente en varones que en mujeres y se genera principalmente en personas mayores.

ETIOLOGIA.

El mascado de tabaco y el hábito de mascar nuez de betel son factores de indiscutible importancia. Se presenta en la zona contra la cual una persona apoya el trozo de tabaco durante años el carillo opuesto se encuentra normal.

La leucoplasia es predecedora común del carcinoma de la mucosa vestibular.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las lesiones aparecen a lo largo de la línea correspondiente al plano de oclusión, o debajo de ella.

La lesión es ulcerativa y dolorosa, en la cual es común la induración e infiltración de los tejidos más profundos.

La frecuencia de las metástasis derivadas del arcino

ma epidermoide común de la mucosa vestibular varía - considerablemente pero es relativamente alta.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento del carcinoma de la mucosa vestibular es el empleo combinado e irradiación con rayos X.

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

CARCINOMA GINGIVAL.

Difícil diagnóstico por la similitud que tiene con - las lesiones de la encía con infecciones dentales, - más frecuente en hombres que en mujeres y en perso--nas adultas.

ETIOLOGIA.

Como debido a la presencia de cálculos y la acumula--ción de microorganismos, la encía es, en sí todas - las personas, sitio de irritación crónica e inflama--ción durante muchos años, se puede especular sobre - el posible papel de la irritación crónica en la for--mación del cáncer gingival.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta generalmente con más frecuencia en la - mandíbula

Se manifiesta como una zona ulcerada que puede ser - una zona puramente erosiva o, si no, una prolifera-- ción exofítica, granular o verrucos aparece más fre-- cuentemente en zonas desdentadas, la encía fija sue-- le presentar lesiones primarias más a menudo que la encía libre.

Las metástasis que da son hacia los ganglios submaxi-- lares o los cervicales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Es más recomendable el tratamiento quirúrgico porque los rayos X pueden lesionar a los maxilares.

El pronóstico no es bueno por las metástasis que pue-- da presentar.

CARCINOMA DEL PALADAR.

Representa el 11% de los carcinomas epidermoides in-- trabucuales.

Se presenta más frecuentemente en hombres a partir - de los 60 años.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las lesiones son dolorosas, mal definidas y ulcera-- das, a un lado de la línea media.

Las metástasis son hacia los ganglios linfáticos re-- gionales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Se utiliza tanto la cirugía como los rayos X.

CARCINOMA DEL SENO MAXILAR.

El carcinoma antral es una lesión sumamente peligrosa. Es más común en hombres que en mujeres, fundamentalmente es una enfermedad de personas mayores, ocasionalmente se presenta en adultos jóvenes.

ETIOLOGIA.

Aunque la mayoría de los casos de carcinoma de seno de maxilar son de tipo epidermoide, algunos de tipo adenocarcinoma provendrían de las glándulas alojadas en la pared del seno.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

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

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Se utiliza tanto la cirugía como los rayos X.

Si el cáncer se halla confinado al seno y estructu-

ras inferiores, la hemimaxilectomía da resultados clínicos favorables, el tratamiento por irradiación suele administrarse con agujas de radio insertadas en el seno o en la masa tumoral.

El pronóstico es bueno y según estadísticas estos pacientes tienen una sobrevivencia de cinco años después del tratamiento.

CARCINOMA VERRUCOSO.

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

ETIOLOGIA.

Los pacientes que presentan este tipo de tumoración son fumadores de tabaco o grandes fumadores, también se ha visto que se presenta en personas con prótesis mal adaptadas.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta en la mucosa vestibular y encía o reborde alveolar, aunque a veces los vemos en el paladar y el piso de la boca.

La neoplasia es fundamentalmente exofítica y de naturaleza papilar, con superficie guijarrosa que a veces está cubierta de una película leucoplásica blanca.

Las lesiones tienen pliegues con aspecto de arrugas con fisuras profundas intercaladas. Las lesiones de la mucosa vestibular pueden extenderse bastante antes de atacar las estructuras contiguas más profundas. Las lesiones del reborde mandibular o de la en cía proliferan hacia el tejido blando que la cubre y se fijan rápidamente al periostio, para invadir y destruir en forma gradual la mandíbula.

Los ganglios linfáticos regionales suelen estar sen sibles y crecidos, simulando un tumor metastásico, pero esta afección ganglionar es, por lo común, inflamatoria.

El dolor y la dificultad para masticar son molestias comunes.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Como la lesión es de crecimiento lento, y tarda en hacer metástasis, muchas lesiones pueden ser tratadas por medio de la excisión relativamente conserva dora, sin procedimientos mutilantes.

El pronóstico en general es bueno.

LINFOEPITELIOMA Y CARCINOMA DE CELULAS DE TRANSICION.

Hay un grupo poco frecuente de neoplasias malignas que presentan muchas características en común que atacan la nasofaringe, bucofaringe, lengua, amígdalas y estructuras anatómicas asociadas como las fosas nasales y senos paranasales. Este grupo de neoplasias se compone del linfopitelioma, carcinoma de células de transición y del carcinoma escamocelular indiferenciado.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La lesión primaria es muy pequeña, casi siempre completamente oculta, ligeramente elevada y francamente ulcerada o con superficie granular o erosionada, el tumor está indurado. Como la lesión es pequeña el paciente no se da cuenta, las metástasis en los ganglios linfáticos aparecen y provocan la muerte de éste sin dar tiempo a un tratamiento. El crecimiento de los ganglios linfáticos es común, seguido de dolor de garganta, obstrucción nasal, dificultad auditiva, dolor de oído, cefalea, disfagia, epistaxis y síntomas oculares.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Debido a la inaccesibilidad general de la mayoría de estas lesiones y su inusitada propiedad de ser -

altamente radiosensibles, la irradiación con rayos X ha sido el tratamiento más comúnmente aceptado.

El pronóstico es desfavorable por las metástasis - que presentan.

MELANOMA MALIGNO.

El melanoma maligno es una de las neoplasias más letales del ser humano.

Es la contraparte maligna del nevo pigmentado común, aunque no todos los melanomas se originan en los - nevos. En realidad algunos investigadores clasifi--can al melanoma maligno en los tipos melanóticos y nevocíticos. Se cree que el tipo nevocítico se origina en un nevo limítrofe, mientras que el tipo melanótico se origina en lesiones melanóticas no ne--voides.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El melanoma maligno aparece como lesión primaria no sólo en la piel y las mucosas bucales sino también en los ojos, la mucosa vaginal y los órganos respiratorios superiores. También se observó como lesión primaria en la glándula parótida.

El tumor es raro antes de la pubertad y la mayoría de los casos ocurren después de los 30 años de edad.

Desde el punto de vista clínico, es una zona agrandada y pigmentada, rodeada de un eritema, con presencia frecuente de costras, hemorragias o ulceración de la superficie.

La pigmentación va del pardo claro al azul oscuro o negro, aunque una forma carece totalmente de pigmentación clínica y hasta histológica, el melanoma amelanótico.

Lamentablemente, las metástasis son comunes, primero en los ganglios linfáticos regionales y después en sectores distantes como hígado, pulmones y piel.

El melanoma juvenil es una forma de melanoma que aparece principalmente en niños, y es notablemente similar al melanoma maligno, excepto que tiene evolución clínica benigna. La lesión fue descrita en la sección sobre nevos pigmentados.

Lamentablemente, hay una forma rara de melanoma maligno verdadero de la niñez.

ETIOLOGIA.

Una de las principales causas del melanoma maligno de las irritaciones y traumatismos crónicos, así como las infecciones crónicas.

MANIFESTACIONES BUCALES.

El melanoma maligno es una neoplasia rara de la mu-

cosa bucal, constituye el 20% de los casos de carcinoma primario de la piel.

El melanoma bucal tiene predilección precisa por el reborde alveolar y paladar, y en menor frecuencia - se ha encontrado en el maxilar inferior mejillas, - carrillos, lengua y piso de la boca.

La lesión puede aparecer como una zona intensamente pigmentada, ulcerada y sangrante que progresivamente tiende a aumentar de tamaño.

Es importante señalar que la pigmentación focal que precede al desarrollo de la neoplasia real se produce entre varios años antes de la aparición de los - síntomas clínicos. Por esta razón, se dijo que era preciso considerar con seriedad la aparición de pigmentación melánica en la boca y su aumento de tamaño así como la intensificación del color. Pueden o no haber manifestaciones radiográficas de lesión - ósea.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento del melanoma maligno es la resección quirúrgica radical de la parte afectada con disec- ción de los nódulos linfáticos regionales. El pro- nóstico del melanoma bucal es malo, estadísticamen- te sólo el 3% de estos pacientes sobreviven y tie- nen sólo cinco años promedio de vida.

CAPITULO XI

TUMORES DE ORIGEN CONECTIVO.

FIBROSARCOMA.

El fibrosarcoma es una de las neoplasias malignas de tejido conectivo más comunes, sin embargo, es un tumor raro en términos de frecuencia clínica, como son todos los sarcomas.

Los sarcomas, como grupo, difieren de las neoplasias epiteliales malignas, por su aparición característica en personas relativamente jóvenes y en su mayor tendencia a metastatizar por torrente sanguíneo y no por los linfáticos, con lo que producen focos más difundidos de proliferación tumoral secundaria.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

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

El tumor que evoluciona con rapidez o muy lentamente tiende a hacer invasión local y producir una lesión carnosa y abultada.

Este sarcoma peculiar no presenta una frecuencia elevada de metástasis. En algunos casos se observan úlceras, hemorragias e infección secundaria, pero los hallazgos más típicos son la tumefacción y la deformación asimétricas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

La forma más común para el tratamiento de este sarcoma es la excisión quirúrgica.

El pronóstico en general es bueno.

LESIONES FIBROSAS LOCALMENTE AGRESIVAS.

Hay un grupo algo grande de lesiones fibrosas no metastatizantes, pero localmente agresivas, que no han de ser confundidas con el fibrosarcoma, en especial del tipo bien diferenciado. En el pasado, muchas de estas lesiones benignas pero localmente agresivas, fueron tomadas por sarcomas, y sólo en años recientes los patólogos fueron capaces de distinguir estas lesiones con cierta seguridad.

Todas estas lesiones son bastante raras en la cavidad oral y, por esta razón, no se hará aquí una descripción pormenorizada de ellas.

Este grupo se compone principalmente de:

1. Fascitis nodular (fibromatosis pseudosarcomatos a)
2. Fibromatosis agresiva (desmoide extraabdominal).
3. Meositis proliferativa.

4. Fibroxantoma (histiocitoma fibroso).
5. Fibroxantoma atípico (y variante maligna).
6. Fibroma óseo desmoplásico.

LIPOSARCOMA.

El liposarcoma es uno de los tumores mesenquimáticos malignos más raros que se originan en la zona de la cabeza y cuello.

Se han observado poquísimos casos que afecten la cavidad oral, estadísticamente de 219 tumores mesenquimáticos malignos de la cavidad bucal, 24 de ellos eran sarcomas primarios de tejido blando, pero no había un sólo caso de liposarcoma. Sin embargo, había dos casos de mesenquinoma maligno, y los dos contenían zonas de liposarcoma con lipoblastos malignos típicos.

HEMANGIOENDOTELIOMA.

El hemangioendotelioma es una neoplasia maligna de origen mesenquimatoso, de naturaleza angiomatosa y derivada de células endoteliales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Se localiza más comunmente en labios, paladar, encía, lengua, y zonas centrales del maxilar y la mandíbula.

Se presenta en cualquier edad. El aspecto del heman

gioendotelioma es similar al del hemangioma y, por lo común, se manifiesta como una lesión plana o levemente elevada de tamaño variable, de color rojo - oscuro o rojo azulado, a veces ulcerada y con tendencia a sangrar después de un traumatismo leve. El tumor puede atacar el hueso y producir un proceso destructivo.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Se han utilizado tanto los rayos X como la cirugía. Esta forma tumoral es tan rara que no se puede extraer una conclusión sobre el pronóstico, pero debe ría ser clasificada como una lesión potencialmente peligrosa. Una excepción a esta regla es la forma infantil o juvenil congénita, que es benigna.

HEMANGIOPERICITOMA.

Es una neoplasia vascular que se caracteriza por la proliferación de capilares rodeados por masas de cé lulas redondas o fusiformes.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta a cualquier edad y no tiene predilección de sexo.

Las lesiones son firmes, aparentemente circunscritas y con frecuencia nodulares, y pueden o no presentar

enrojecimiento indicador de su naturaleza vascular. Aunque el tumor sea encapsulado al operarlo, esto no suele ser confirmado microscópicamente. La mayoría de los tumores crecen con rapidez y son, por lo tanto, de corta duración, si bien se conocen tumores con muchos años de evolución.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento de la mayoría de los casos de hemangiopericitoma ha sido la excisión quirúrgica.

SARCOMA DE KAPOSI.

El sarcoma de Kaposi es una enfermedad rara y poco común de los vasos sanguíneos que a veces manifiesta en la cavidad bucal.

La etiología de esta enfermedad es desconocida, pero la mayoría de los autores consideran que es de naturaleza neoplásica. Otras teorías han sostenido que el sarcoma de Kaposi es un granuloma infeccioso o una hiperplasia reticuloendotelial. En años recientes, se ha observado que un número creciente de casos de sarcoma de Kaposi aparece simultáneamente en pacientes con uno de los linfomas malignos u otro cáncer.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El sarcoma de Kaposi puede originarse a cualquier

edad, siendo más común a partir de la quinta década de la vida, es más común en varones y con gran frecuencia en peones y trabajadores al aire libre.

Es una lesión neoplásica del sistema vascular, con focos de origen múltiple.

La lesión se presenta como nódulos rojizos o pardo-rojizos cuyo tamaño varía entre unos milímetros y un centímetro o más de diámetro, por lo general sensibles o dolorosos.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

La erradicación quirúrgica de la enfermedad es diffcil debido a la multiplicidad de las lesiones.

Son varias las formas de irradiación con rayos X - utilizadas con buen éxito.

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

SARCOMA DE EWING.

El sarcoma de Ewing es una neoplasia maligna rara, que se produce como lesión ósea destructiva primaria. El origen de las células ha sido discutido desde la descripción original del tumor, hecha por James Ewing, quien creía que derivaban del endotelio medular. Algunos autores opinan que el tumor nace - de células indiferenciadas del sistema reticuloendo

telial. Aunque todavía está en discusión la naturaleza de las células originales, es necesario seguir utilizando el epónimo para distinguir esta enfermedad.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Esta enfermedad se produce predominantemente en niños y jóvenes aunque también se ha presentado en adultos.

El dolor, generalmente de naturaleza intermitente, y la tumefacción del hueso afectado suelen ser los primeros signos clínicos del sarcoma de Ewing. Cuando está afectado el maxilar se observó parestesia labial y neuralgia facial. La aparición de la tumefacción del maxilar suele ser relativamente rápida, y la masa intrabucal llega a ulcerarse.

Radiográficamente, la lesión es destructiva y produce una radiolucidez irregular y difusa, aunque las lesiones de los maxilares también fueron descritas como semejantes a la osteomielitis esclerosante.

Un rasgo radiográfico característico común es la formación de capaz de hueso subperióstico neoformado, que da el aspecto denominado de "piel de cebolla" en la radiografía.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Esta neoplasia es radiosensible, pero, lamentable--

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

CONDROSARCOMA.

Es un tumor maligno que se presenta en el cartílago. Se clasifica el condrosarcoma en los tipos primario y secundario.

El de tipo secundario es el que se origina de un tumor cartilaginoso benigno preexistente, mientras que el tipo primario se produce de novo. Son más comunes los tumores malignos cartilaginosos que los benignos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El tumor aparece en cualquier edad entre los 10 y los 80 años.

Tanto los condrosarcomas primarios como los secundarios del maxilar presentan lesiones expansivas y frecuentemente indoloras. La mucosa suele estar intacta. El tumor puede producirse en la mandíbula, o a veces, en el maxilar cerca del seno. Ocasionalmen

te hay resorción y exfoliación de los dientes. Por lo general, estas lesiones son invasoras y destructoras y metastatizan fácilmente.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El único tratamiento positivo del condrosarcoma es la cirugía.

La naturaleza maligna de este tumor impone una extirpación amplia para asegurar la máxima posibilidad de cura. Los rayos X son de poco valor, porque este tipo de neoplasias es resistente a ese tratamiento.

OSTEOSARCOMA.

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

Por razones de simplificación, el osteosarcoma suele ser dividido en dos formas: un tipo osteoblástico o esclerosante y un tipo osteolítico.

Esta última lesión es mucho menos diferenciada, ya que, como lo dice su nombre, no alcanza la fase de formación ósea.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS.

El osteosarcoma de tipo esclerosante se da principalmente en personas jóvenes, los varones están afectados con mayor frecuencia que las mujeres.

El dolor y la hinchazón del hueso atacado son las características iniciales de esta neoplasia.

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

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

Generalmente la aparición de un osteosarcoma va precedida de un traumatismo.

Radiográficamente, la forma esclerosante de osteo--

sarcoma presenta signos radiográficos de producción excesiva de hueso. En algunos casos, se ven espículas o trabeculas irregulares de hueso nuevo que se irradian hacia la periferia de la lesión, y producen el aspecto de "rayos de sol", característico del osteosarcoma.

La forma osteolítica presenta menos rasgos característicos en las radiografías, y esto provoca apreciables dificultades para el diagnóstico. La lesión es esencialmente destructiva, produce una imagen radiolúcida irregular, con expansión y destrucción de las tablas corticales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

La cirugía es indispensable, y se tiene que realizar la excisión completa y adecuada. La irradiación con rayos X no da resultados.

El pronóstico depende considerablemente del paciente y de la duración de las lesiones cuando se comienza el tratamiento.

LINFOMA MALIGNO.

Constituye un grupo de neoplasias de grados variables de malignidad, que se originan de células básicas del tejido linfoide, los linfocitos y las células reticulares en cualquiera de sus fases evolutivas.

El linfoma maligno es un proceso proliferativo neoplásico de la porción linfopoyética del sistema reticuloendotelial que comprende células de la serie linfocítica o la histiocítica en grados variables de diferenciación y que se produce en una población esencialmente homogénea de un tipo celular único. La naturaleza del cuadro histológico es difusa (uniforme) o nodular y la distribución de la lesión puede ser regional o sistemática (generalizada), sin embargo, este proceso es básicamente multicéntrico. Los linfomas y las leucemias linfocíticas e histiocíticas son idénticas, y la variación de la frecuencia de las células que aparecen en la sangre periférica guarda relación con las diferencias de distribución y depende, por lo común, de que haya lesión de la médula ósea.

Son muchas las clasificaciones propuestas, pero ninguna es enteramente satisfactoria por causa de la transición bastante común que hay entre una y otra forma y debido a la producción frecuente de tipos intermedios que presentan características de dos formas de la enfermedad.

Por razones de conveniencia, para el presente estudio del grupo de linfomas malignos, utilizaremos la siguiente clasificación simplificada:

1. Linfoma de folículos gigantes.
2. Sarcoma retículo celular.

3. Linfosarcoma.
4. Enfermedad de Hodgkin.

Unicamente es posible determinar el diagnóstico de las diversas formas del linfoma maligno mediante el estudio histológico del tejido afectado junto con el examen hematológico y estudios de médula ósea completos.

TUMOR DE BURKITT.

En 1958, Burkitt describió un tipo de linfoma maligno observado con suma frecuencia, que afectaba particularmente los maxilares, en niños nativos de Kampala, Uganda, en Africa Oriental Central. posteriormente se encontró este mismo tipo de lesión en otros países.

La etiología de esta enfermedad se vincularía con el virus de Epsteinbarr, semejante al del Herpes.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta casi exclusivamente en niños entre los 2 y 14 años. Comienza como una masa tumoral de los maxilares, de proliferación rápida, que destruye hueso y afloja los dientes, por lo general, se extiende hasta alcanzar los senos maxilar, etmoidal y esfenoidal, así como la órbita.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

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

LEUCEMIA.

La leucemia es una enfermedad que se caracteriza por la super producción progresiva de leucocitos que aparecen en la sangre circulante con formas inmaduras. Esta proliferación de células blancas o sus precursoras es tan incoordinada e independiente que la leucemia suele ser considerada una verdadera neoplasia maligna, sobre todo porque es invariablemente mortal.

La alteración afecta a cualquiera de las células blancas, y por ello la enfermedad es clasificada según los diferentes tipos:

1. Leucemia mieloide (mielógena, mielocítica), afecta la serie granulocítica.
2. Leucemia linfoide. (linfógena, linfocitaria, linfática), afecta la serie linfocitaria.
3. Leucemia monocítica. Afecta la serie monocítica.

Esta clasificación puede ser modificada para indicar el curso de la enfermedad mediante la aplica-

ción de términos "aguda", "subaguda", y "crónica". En una forma de leucemia aguda, la supervivencia es inferior a 6 meses, la leucemia crónica implica una supervivencia de más de un año, y la forma subaguda se encuentra entre las dos. Por lo general, el curso de la enfermedad guarda estrecho paralelismo con el grado de anaplasia de las células malignas, así, cuanto más indiferenciada sea la célula, tanto más agudo es el curso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Leucemia aguda:

La aparición de la leucemia aguda es súbita, caracterizada por debilidad, fiebre, cefalea, tumefacción generalizada de los ganglios linfáticos, hemorragias petequiales o equimóticas de piel y mucosas y signos de anemia. La linfadenitis suele ser el primer signo de la enfermedad, aunque se publicaron muchos casos en que las manifestaciones bucales fueron las primeras.

Leucemia crónica:

A diferencia de la leucemia aguda, la crónica se origina tan insidiosamente que puede estar presente durante meses o años antes que los síntomas permitan descubrirla. El agrandamiento de los ganglios linfáticos es común en la leucemia linfática crónica. También hay agrandamiento de glándulas saliva-

les y amígdalas, debido a la infiltración leucémica, y en consecuencia hay xerostomía.

Las lesiones bucales se presentan en ambas formas, aguda y crónica de todo tipo de leucemia: mieloide, linfoide y monocítica.

Los pacientes leucémicos presentan hiperplasia gingival, gingivitis, hemorragia, petequias y ulceración de la mucosa. Se ha comunicado el rápido aflojamiento de los dientes a causa de necrosis periodonto y en algunos casos hay destrucción del hueso alveolar.

TRATAMIENTO.

No hay tratamiento curativo para la leucemia, todos los casos son mortales.

Sin embargo se han hecho progresos en la prolongación de la vida de pacientes y en proporcionar un período terminal más atenuado por medios quimioterapéuticos.

MIELOMA MÚLTIPLE.

El mieloma múltiple es una neoplasia ósea que se origina de células de la médula ósea. Como la enfermedad ataca muchos huesos, han surgido dos ideas respecto a su naturaleza.

Algunas autoridades en la materia opinan que la neo

plasia es de origen multicéntrico, y que las lesiones nacen en varias zonas aproximadamente a un tiempo, pero independientes una de otras, y que rara vez hacen metástasis. Otros piensan que es una lesión única que da amplias metástasis.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

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

Los signos y síntomas de lesión maxilar incluyen dolor, tumefacción, expansión del maxilar, insensibilidad y movilidad de los dientes.

Además se producen lesiones extraóseas que pueden parecerse a agrandamientos gingivales o epulides.

El examen radiográfico revelará muchas zonas radiolúcidas nítidas, como hechas con sacabocados, en diversos huesos, que incluyen las vértebras, las costillas, el cráneo, los maxilares y los extremos de los huesos largos. Obsérvese que estas zonas son de hematopoyesis activa.

El tamaño de las lesiones varía entre algunos milímetros y un centímetro o más de diámetro, pero no suele haber reacción ósea periférica. Asimismo puede haber lesiones óseas destructivas difusas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento del mieloma múltiple es puramente pa liativo, ya que invariablemente la enfermedad termi na en la muerte al cabo de dos o tres años. La irra diación con rayos X puede prolongar la vida así co-
mo aliviar el dolor.

MIELOMA SOLITARIO.

Como su nombre lo indica el mieloma solitario ataca a un sólo hueso y tiene un pronóstico excelente.

Los criterios para establecer el diagnóstico de mie-
loma solitario de plasmacitos no están bien defini-
dos. Como el mieloma múltiple, suele seguir su inva riable curso mortal en dos años, o por lo menos, se
disemina ampliamente en este lapso, todos los casos
que sobreviven tres años sin manifestaciones de di-
seminación o "metástasis" pueden ser considerados -
ejemplos verdaderos de mieloma solitario.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Los síntomas de presentación de los pacientes con -
mieloma solitario son similares a los del mieloma -
múltiple. Así, el dolor, hinchazón y fractura pato-
lógica son los hallazgos más comunes.

El examen radiográfico de los huesos en el mieloma
solitario de plasmacitos revela uno o dos tipos de

lesiones.

El primero es una lesión intramedular puramente destructiva sugerente de carcinoma metastásico. El - - otro es expansivo, sugerente de un tumor de células gigantes.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

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

CAPITULO XII.

TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN MUSCULAR.

LEIOMIOSARCOMA.

El leiomiosarcoma es un tumor maligno que se origina en el músculo liso. Es muy rara en la cavidad oral y no se sabe si es producto de una transformación del leiomioma o si comienza sin antecedentes.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

De los poquísimos casos que se han presentado de leiomiosarcoma seis se observaron en adultos y uno en una criatura de 11 meses esté en la lengua, otro en la mandíbula y los demás en los carrillos.

Las lesiones aparecen como una hinchazón dolorosa pero no se conocen otras características clínicas.

TRATAMIENTO.

Son muy pocos los casos como para estar seguros de cual es el tratamiento o el pronóstico adecuado.

RABDOMIOSARCOMA.

El rabdomiosarcoma, tumor maligno del músculo estriado, es relativamente raro en la cavidad bucal. Sobre la base del aspecto histológico hay cuatro tipos de rabdomiosarcoma y muchas de las característi

cas clínicas son bastante típicas de algunos. Esas cuatro formas son:

1. Pleomórfico
2. Alveolar
3. Embrionario
4. Botrioideo.

La forma embrionaria tiene marcada predilección por la zona de la cabeza y cuello.

La molesta principal del paciente con r**abdomiosarcoma**, por lo general independientemente del tipo histológico, suele ser la hinchazón, pero si están - - afectados los nervios, hay dolor. Según la localización de la lesión, se observan los siguientes fenómenos: divergencia ocular, fonación anormal, disfagia, tos, descarga auricular y desviación de la mandíbula.

A veces, las lesiones se ulceran o llegan a invadir el hueso subyacente.

TRATAMIENTO.

La forma de terapéutica es la extirpación quirúrgica radical amplia, que puede ir seguida de una irradiación de sostén con rayos X. El pronóstico en general es malo.

SARCOMA ALVEOLAR DE PARTES BLANDAS.

El sarcoma alveolar de partes blandas es un tumor -

de histogénesis incierta, descrito originalmente en 1952 por Christopherson. Es un tumor raro, que algunos investigadores suponen de origen muscular estriado, aunque difieren en ciertos sentidos del rabdomiosarcoma de tipo celular.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las lesiones se producen en la lengua y piso de la boca. Son masas circunscritas, de crecimiento lento, sin características macroscópicas distintivas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

La extirpación quirúrgica radical es el tratamiento aceptado para esta lesión debido a la elevada frecuencia de residiva, metástasis y muerte de los pacientes.

El pronóstico es malo.

TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN NERVIOSO.

SCHWANNOMA MALIGNO O NEUROFIBROSARCOMA.

Las neoplasias malignas que se originan en el tejido nervioso son lesiones sumamente raras en la cavidad bucal y alrededor de ellas. Se presentan en adolescentes y adultos jóvenes.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La mayoría de los casos comunicados de Schwannoma -

maligno bucal se producen entre la tercera y sexta década de la vida, sin predilección de sexo.

Los Schwannoma de los tejidos blandos se asientan en el labio, encía, paladar y mucosa vestibular. En los tumores centrales la mandíbula o el nervio dental inferior, es más atacada que en el maxilar. En algunos casos, no hay más molestia que la presencia de una masa, si bien en otros hay dolor y parestesia, o uno de los dos.

Radiográficamente se ve una imagen radiolúcida; puede tener únicamente el aspecto de una radiolucidez lisa, como la dilatación del conducto dental inferior cuando el tumor se origina en este nervio.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El Schwannoma maligno ha sido tratado por cirugía e irradiación. Sin embargo tiende a recedivar, y el grado de malignidad suele crecer con cada recidiva. Este elevado índice de recidiva se debe en parte a la tendencia que posee el tumor a proliferar a lo largo del nervio afectado, lo cual dificulta la extirpación total.

El pronóstico general es sumamente variable, según la localización del tumor, su grado de diferenciación, su duración antes de su descubrimiento y su tratamiento.

NEUROBLASTOMA OLFATORIO.

El neuroblastoma olfatorio es un tumor raro que quizá se origina en el aparato olfatorio y en consecuencia, se encuentra con mayor frecuencia en la cavidad nasal y nasofaringe.

Algunos casos se originan en el seno del maxilar o lo invaden.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La lesión puede aparecer como una tumefacción dolorosa en la zona de las fosas nasales. Es un tumor invasor y destructivo pero raramente metastatiza; sobretodo en los ganglios linfáticos regionales y los pulmones. A diferencia de otros tipos de neuroblastomas, esta lesión es más común en adultos que en niños.

TRATAMIENTO.

El tratamiento suele ser la cirugía; irradiación o la combinación de los dos procedimientos. Aunque la recidiva de la lesión es bastante común, su pronóstico es por lo general favorable.

TUMORES MALIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

ADENOMA PLEOFORMO MALIGNO.

Los tumores de las glándulas salivales tienen un cuadro histológico benigno, pero dan metástasis a manera de una lesión primaria o, aunque se asemejen al adenoma pleomorfo benigno, presentan zonas citológicamente malignas. Estas lesiones, raras, han de ser clasificadas como adenomas pleomorfos malignos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Existe un agrandamiento en la zona de diferente tamaño. Es frecuente la fijación del tumor maligno a las estructuras subyacentes así como a la piel o a la mucosa que lo cubre, y este se cumple por lo común, en las lesiones malignas de las glándulas salivales, es variable la presencia de ulceración superficial. El dolor y la parestesia son rasgos del adenoma pleomorfo maligno.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento del adenoma pleomorfo maligno es esencialmente quirúrgico aunque a veces, lesiones que manifiestan una tendencia a la recidiva local, son tratadas mediante la terapéutica combinada de cirugía e irradiación.

CARCINOMA QUISTICO ADENOIDE.

El carcinoma quístico adenoide es una forma de adenocarcinoma que presenta lesiones histológicamente similares, que se producen en las glándulas salivales accesorias intrabucales, así como en las lagrimales y de los senos paranasales, faringe, tráquea, y bronquios, piel y mamas.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las glándulas salivales atacadas con mayor frecuencia por este tumor son parótida, submaxilar y accesorias del paladar y lengua.

Se presentan con mayor frecuencia en la quinta y sexta década de la vida. Se manifiesta con dolor local temprano, parálisis del nervio facial en el caso de los tumores parotideos, fijación a estructuras profundas e invasión local. Presentan en algunas ocasiones ulceración de la superficie.

Este tumor es una lesión de crecimiento lento que tiende a metastatizar en los períodos tardíos de su evolución, las metástasis se dan a los ganglios linfáticos cervicales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento del carcinoma quístico adenoide es, fundamentalmente, quirúrgico, aunque a veces se ha complementado con éxito la cirugía con la irradiación.

ción.

El índice de curación de estos pacientes por lo general es bajo.

ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS.

La mayoría de los tumores de las glándulas salivales nace del epitelio del sistema de conductos, pero algunas lesiones parecen originarse en las células acinosas propiamente dichas.

Normalmente las glándulas salivales se componen de dos tipos de células: serosas y mucosas; lamentablemente, en el adenocarcinoma de células acinosas no se ha hecho una distinción neta respecto de la célula de origen además, no se ha establecido con claridad el criterio para distinguir entre tumores de células acinosas malignas y benignos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este tumor tiende a ser encapsulado y lobulado; se asemeja al adenoma pleomorfo. Aunque se ha comunicado que este tumor se origina principalmente en la parótida, aparece algunas veces en otras glándulas principales y en las glándulas intrabucales accesorias. Algunos pacientes con este tumor presentaron metástasis, aún distantes, pulmonares, y murieron de la enfermedad.

Otros pacientes estan vivos y siguen bien después -

de muchos años hecha la extirpación inicial.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento es quirúrgico; se hace la extirpación de la lesión con un margen de glándula normal, es decir la parotidectomía subtotal, con cuidado de no romper la cápsula.

Este tumor presenta una residiva alarmante.

CARCINOMA MOCOEPIDERMÓIDE.

El carcinoma mucoepidermoide es un tipo común de tumor glandular salival; se compone de células secretoras de moco y células de tipo epidermoide en proporciones variadas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Se presenta generalmente en la glándula parótida, aunque también se puede asentar en otras glándulas principales y especialmente en las accesorias intra bucales.

El tumor de bajo grado de malignidad suele aparecer como una masa indolora de crecimiento lento que parece un adenoma pleomorfo.

A diferencia de éste, sin embargo, raras veces excede de los 5 cm. de diámetro, no es completamente encapsulado y suele contener quistes que pueden estar ocupados por un material mucoide viscoso.

La recidiva metastásica luego de la extirpación qui
rúrgica no es rara.

Los tumores intrabucales de este tipo aparecen en -
zonas como el paladar, mucosa vestibular, lengua, y
sector retromolar.

El tumor de alto grado de malignidad, crece con ra-
pidez y produce dolor como síntoma temprano. La pa-
rálisis del nervio facial es frecuente en los tumo-
res parotídeos. El carcinoma mucoepidermoide no es
encapsulado, sino que tiende a infiltrarse en los -
tejidos vecinos, y, en un elevado porcentaje de ca-
sos, a metastatizar a los ganglios linfáticos regioo
nales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Es fundamentalmente quirúrgico, aunque algunos ca--
sos han respondido a la irradiación con rayos X.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE CENTRAL DEL MAXILAR.

El carcinoma mucoepidermoide central es una entidad reconocida; la mayoría de estas lesiones aparecen en la mandíbula, aunque algunos casos lo hicieron en el maxilar; en cualquiera de los casos, las lesiones se localizaban en la zona de molares y premolares y no se extendían hacia adelante más allá de la zona de premolares.

Se han elevado varias teorías para explicar la presencia de estas lesiones en los maxilares.

Se sugirió que pueden originarse en:

- 1.- Inclusión de glándulas mucosas retromolares en la mandíbula, que más tarde experimentan transformación maligna.
- 2.- Restos embrionarios de la glándula submaxilar, incluidos en la mandíbula durante el desarrollo.
- 3.- Transformación neoplásica de las células secretorias mucosas comunmente halladas en el revestimiento epitelial de los quistes dentígeros correspondientes a terceros molares retenidos.

No se comprueba una diferencia significativa en la distribución por edad o por sexo entre los carcinomas mucoepidermoides centrales y los que se producen en las glándulas salivales principales y accesorias.

Además, en estos tumores centrales de los maxilares se observa el mismo grado de variación histológica que la registrada en los carcinomas epidermoides de las glándulas salivales principales y menores.

Sin embargo, en los casos conocidos de tumores centrales, la metástasis ha sido más regional que difundida.

CARCINOMA ADENOESCAMOSO.

El carcinoma adenoescamoso, tumor que afecta cavidad bucal, cavidad nasal y laringe, ha sido recientemente establecido como entidad, aunque su existencia ha sido discutida durante algunos años.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Generalmente los tumores se han presentado en lengua, piso de la boca, nariz y laringe. Sin embargo, en otros casos, se sabe que los tumores han aparecido en el paladar.

Los pacientes reportan tener "granos", "llagas", o "ampollas" en la zona afectada, algunos días o varios meses después de la aparición del tumor. En casi todos los casos, la lesión se presentaba como una pequeña zona ulcerada o como un nódulo submucoso indurado. La mayoría de las lesiones era menor de 1 cm. de diámetro.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Este tumor es sumamente agresivo y se ha de considerar de elevada malignidad. Presentan metástasis a los ganglios linfáticos regionales o a lugares distantes. Ningún paciente con este tumor se ha curado. Las evidencias indican que la terapéutica radiante poco tiene que ofrecer al tratamiento de esta lesión, por lo tanto la cirugía radical es el tratamiento adecuado.

ADENOCARCINOMAS DE FORMAS DIVERSAS.

Las lesiones pueden ser clasificadas en esta categoría inespecífica constituyen un grupo histológico heterogéneo. Varían de adenocarcinoma trabecular, quístico y con un patrón pseudoamantino, es decir, compuesto de células columnares que sugieren ameloblastos y un germen dental en formación.

Este tipo de neoplasia presenta crecimiento infiltrativo local, tendencia a las recidivas y frecuencia de las metástasis.

Las lesiones tienden a crecer con rapidez y comportarse con agresividad.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de estos tumores es la extirpación quirúrgica. Es previsible un índice elevado de recidiva, y la sobrevida de los pacientes con estos tu-

mores es baja.

CARCINOMA EPIDERMOIDE.

El carcinoma epidermoide no es lesión común. Aunque suele presentarse con mayor frecuencia en las glándulas salivales principales. En particular en parótida y submaxilar, Puede darse en el tejido de las glándulas salivales accesorias.

No se ha establecido definitivamente cual es el sitio exacto en que nacen los carcinomas epidermoides de las glándulas salivales.

La metaplasia escamosa de conductos y acinos de las glándulas después de la irradiación con rayos X de boca y bucofaringe no constituyen un fenómeno precanceroso.

La metaplasia escamosa de los conductos de las glándulas salivales accesorias también suele ser el resultado de una sialadenitis crónica o un fenómeno de obstrucción del conducto.

Clínicamente se presenta como una masa nodular, por lo común en el paladar, aunque se presenta en otros sectores.

TRATAMIENTO.

La cirugía y la irradiación con rayos X es lo indicado.

CAPITULO XIII.

DIAGNOSTICO DEL CANCER.

a) Generalidades. El diagnóstico de la enfermedad - resulta difícil, ello desde los inicios, porque:

1. Dilatan en aparecer los primeros síntomas desde que principia la dolencia.
2. Por la gran cantidad de sustancias cancerígenas.
3. Por la gran variedad de neoplasias cancerosas.

El médico o el odontólogo deberán investigar los antecedentes tumores de la familia del enfermo, así - como sus hábitos, si es afecto a las bebidas embriagantes, si fuma y el grado en que lo hace. Además - se tomarán en cuenta los resultados de otros estudios como la termografía, endoscopía y la medicina nuclear.

Cabe recordar que el cáncer es una respuesta a la - dolencia incubada durante años, es decir la culminación de la afección cuando se deja ver clínicamente.

b). Interrogatorio. No todos los pacientes dicen la verdad al consultar al dentista, o puede ser que al encontrar lesiones pequeñas este no les dé importancia.

Por lo tanto, el interrogatorio es esencial, aunado

a los otros métodos de diagnóstico, como son la exploración y exámenes de laboratorio, ya que una --- cuidadosa anamnesis puede arrojar importantísimos - datos de carácter endógeno, para determinar la etiología y a la postre, establecer un diagnóstico efi- caz.

Hay que considerar que existen seis preguntas gené- ricas que jamás debe omitir el profesional:

1. ¿Se encuentra el enfermo actualmente bajo el -- cuidado de algún médico o lo ha estado con anterioridad?
2. ¿Toma actualmente algún fármaco o lo ha tomado con anterioridad?
3. ¿Ha padecido alguna enfermedad grave o sufrido alguna intervención quirúrgica?
4. ¿Ha sufrido alguna vez reacciones desagradables con los medicamentos que le han administrado?
5. ¿Conserva algún recuerdo desagradable de la in- tervención quirúrgica?
6. ¿Ha padecido alguna ocasión algún proceso hemo- rrágico?

Hacemos hincapié en el hecho de que cualquier res-- puesta afirmativa a las preguntas anteriores, dará lugar a otra serie de preguntas específicas.

c) Exploración. El profesional, para observar tejidos blandos y duros, utilizará la vista y los dedos.

Siempre será más indicado el realizar una buena historia clínica y después continuar con la exploración.

Es recomendable seguir estos pasos:

1. Proveerse de buena luz.
2. Tener a la mano un par de guantes, un depresor de lengua, un espejo.
3. Inspeccionar labios, separándolos suavemente para poder examinar encía. Emplear el espejo dental para separar carrillos y lograr una buena visualización de la mucosa oral.
4. La lengua se examinará, con el órgano protuído y ordenando luego su elevación.
5. El piso de la boca se examinará, separando y elevando la lengua.
6. Después se observará paladar, úvula y zonas tonsilares, deprimiendo la lengua.
7. Al examinar la mucosa previamente se secará con gasas.
8. El tercio posterior de la lengua y las fosas tonsilares, son difíciles de examinar, pero deben inspeccionarse por palpación o con espejo laríngeo en su caso.

9. Se hará flexionar el cuello del paciente hacia adelante, de tal manera que su barbilla llegue casi a tocar con la pared torácica, es posible así palpar la base de la lengua y fosas tonsilares, evitando náuseas.
10. El cuello deberá ser palpado convenientemente - por los posibles nódulos metastásicos que se -- puedan encontrar.

d).- Biopsia. Es una investigación microscópica de las células de los tejidos, misma que se toman de - órganos vivos para efectos de diagnóstico técnica.

Se eligen zonas que no están cercanas a hueso, cartílago, dientes o grandes vasos sanguíneos y cuando las porciones del tumor no aparezcan necrosadas.

Las muestras se tomarán lo más profundas posibles, porque las superficies muchas veces no tienen caracteres malignos y de ser posible se respeta el tejido normal.

El tamaño de la muestra será de 0.5 cm^3 y los pasos a seguir son:

1. Colocar un antiséptico suave en la lesión.
2. La anestesia será por infiltración a distancia del neoplasma sospechoso por bloqueo nervioso regional.

3. Se toma la muestra y se coloca en líquido fijador, pudiendo ser este, formol al 10%.

Tipos de Biopsia.

Incisional tomada por medio de bisturí, utilizando hojas Bard Parker No. 15, se utiliza para regiones superficiales de fácil acceso, como labio.

Excisional se usará bisturí, indicada para lesiones pequeñas, las que al tomar la muestra se eliminan completamente.

En socavados. El instrumento es la pinza de socavados, se utiliza para muestras de lesiones ulcerosas infiltrantes o vegetantes de la mucosa oral, de las regiones posteriores.

Biopsia. Con punch rotatorio. El instrumento es el punch rotatorio, utilizada para lesiones de fácil acceso y superficiales, se emplea generalmente en dermatología, por aspiración, se utiliza un instrumento que se llama trocar, introduciéndolo en el -- órgano afectado.

Biopsia por punción. Se usan agujas de varios calibres, se utiliza para planos profundos y obtención de material sanguinolento.

Biopsia transoperatoria, se efectúa durante la operación, la finalidad es encaminar el tratamiento -- adecuado, después de la interpretación histológica.

e) Citología exfoliativa. Se lleva a efecto como auxiliar de la biopsia, se usará principalmente para lesiones pequeñas aparentemente inocuas.

Se basa en la posibilidad de analizar células descamadadas de superficies epiteliales como las mucosas.

Técnica.

Se toman dos portaobjetos estériles y se les anota el nombre del paciente se limpia la lesión con suero fisiológico y gasa y escarbamos con una cucharilla la lesión.

Enseguida se coloca la muestra en el portaobjeto y colocamos rápidamente gotas de fijador, se deja secar al aire libre y se manda al laboratorio.

El informe citológico se clasifica en 5 tipos:

- I. Células normales.
- II Ligera atipia celular.
- III Alteraciones nucleares.
- IV Datos sugestivos de cáncer.
- V Cáncer seguro.

Todas las lesiones que se encuentren entre el grupo II al V, es necesario confirmarlas con la biopsia.

Las ventajas de esta técnica es la detección temprna del cáncer interepitelial, que en ocasiones no se detecta con la biopsia.

CAPITULO XIV.

SINTOMAS Y SIGNOS.

A) NEOPLASIA DE PEQUEÑA DIMENSION.

En cuestión sintomatológica, hay que considerar que, en un principio las lesiones cancerosas son asintomáticas y la sospecha debe fundarse en la alteración brusca, anormal y dureza de los tejidos, si no hay dolor y las molestias pueden ser insignificantes el paciente no se dará cuenta de su sentencia de muerte.

A mayor edad los síntomas, tanto objetivos como subjetivos, van siendo más tardíos, desde el principio de la enfermedad hasta su presentación manifiesta y abierta.

Cuando el odontólogo observe una lesión oral reducida, digamos de medio centímetro, puede pensar que no es una lesión maligna, pero hay que recordar que puede ser de tipo infiltrativo avanzado con efectos metastásicos en este caso el tratamiento será difícil, dado que se encontrarán tumores secundarios en otras áreas.

En lesiones pequeñas regionales, el dolor no es manifiesto y tampoco se producen alteraciones funcionales, de tal manera que el tratamiento suele efectuarse tardíamente.

SIGNOS.

Se nota una excrescencia tisular con aspecto carno--so, placa aplanada o verrugosa, leucoplásica o úlcera de carácter infiltrativo.

Se puede observar una lesión escamosa fisurada, con signos de induración que se moviliza suavemente de un lado a otro.

El odontólogo deberá actuar sin dilatación, ordenando se realiza la biopsia.

B) NEOPLASIA DE MEDIANA DIMENSION.

SINTOMAS.

Al crecer el tumor maligno, aumentan los dolores expontáneos debido a la aparición de necrosis, ulceración y puede presentarse infección secundaria, a la palpación las lesiones de la lengua pueden presentar hiperestesia o sensibilidad regional.

SIGNOS.

Las neoplasias de mediana dimensión, miden aproximadamente dos y medio centímetros, notándose que existe el estado de úlcera con dureza manifiesta, aun--que a veces las hay de consistencia blanda y los --bordes tienden a la eversión, sin estar despegados, cortados o aplanados, sangrando con facilidad.

C) NEOPLASIA AVANZADA.

Son aquellas que resultan de la pasividad y negligen

cia del paciente, al permitir que transcurra el -- tiempo y el avance de la lesión, al grado de ser di fícil el tratamiento.

SINTOMAS.

En estas lesiones, generalmente se produce metástasis y las esperanzas de salvación son remotas.

El cáncer se disemina hacia la zona posterior y es mas incidioso cuando la lesión mide dos y medio centu metros o mas aún.

Se han desatado tumores secundarios, descubriéndose serias tumefacciones de los ganglios linfáticos cervi cales, por virtud de las metastásis (infarto ganglionar) en este caso no se escapan las amígdalas, base de la lengua, hipofaringe y laringe o nasofarri nge.

La lengua sufre alteraciones, por que el paciente tiene dificultad para moverla y aun para hablar o - deglutir, estas neoplasias bien pueden confundirse con la angina de vincent.

SIGNOS.

Las ulceraciones e inflamaciones avanzan a la par - que las neoplasias, produciéndose necrosis de tejidos blandos con infección secundaria, además de la invasión ósea de maxilares o mandíbula.

El enfermo cada vez sentirá mas el dolor y experi--

menta cambios en su personalidad, se tornará mas -- descuidado en su higiene y hábitos comunes, sin importarle nada de lo sucedido a su alrededor.

La lengua se inmoviliza totalmente y llega aun a -- desprenderse, causando toxemia creciente con hemorragias intensas, anemia y desnutrición.

La actividad secretora de las células malignas, quizá de lugar a la aparición anticipada del síndrome, pero a veces no ocurre así, sino en el proceso de maduración de las neoplasias o cuando las metástasis estan ya avanzadas, situación que coloca al paciente en estado de indefensión, porque el médico no podrá hacer gran cosa.

Al terminar la fase precoz y entrar la lesión a -- otros estadios, generalmente la sialorrea y el dolor son síntomas frecuentes así como la interferencia de la función bucal, encontrándose parestesias, sensación de pinchamiento local o regional.

En términos generales se aprecia, una lesión nodular ulcerosa o no, con hemorragias frecuentes producidas por el menor motivo, con poco o ningún dolor, los tejidos adyacentes tienen coloración anormal -- (azuloso, blancuzco o grisáceo) y alrededor se sitúan dientes flojos.

Después se presentan cambios notables en la úlcera o nódulo, dolor intenso, bordes duros, cubierta --

seropurulenta, bordes aperlados típicos, hemorragia, superficie fungiforme, vascular y aliento fétido.

Más tarde, se sufre endurecimiento de los ganglios linfáticos, adherencia a los tejidos adyacentes, - pérdida de peso del paciente, la piel aparece seca, vislumbrándose coloración rojiza al aproximarse la caquexia.

Los músculos se tornan flácidos, pelo y uñas se tornan quebradizos. Con la caquexia, aparece muguet - en las mucosas al acercarse la muerte, ello es clara la evidencia de que el paciente está indefenso, sobreviniendo también otras complicaciones no menos importantes como son: bronquitis capilar, bronconeumonía, hemorragias, anemia, etc. que también causan el fallecimiento del paciente.

CAPITULO XV.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.

A) GENERALIDADES.

Para aplicar un tratamiento eficaz, el médico o el odontólogo, deberán tomar en consideración dos grandes factores:

1. Verdadero estadio evolutivo de la lesión.
2. Extensión de la neoplasia.

Antes que todo hay que hacer hincapié en que al tratar un proceso canceroso, nunca se debe perder de vista que se trata de una persona y no una simple enfermedad.

Es imprescindible observar la cicatrización y practicar un examen nuevo en un lapso de 10 días, porque las lesiones cancerosas no cicatrizan.

Gordon Castigliano aconseja dividir la evolución de los carcinomas en cuatro períodos:

Período Primero. Dilación del paciente. Comienza cuando éste descubre algo anormal en la boca y termina cuando ocurre en busca de asistencia médica.

Período Segundo. Dilación profesional. Comienza cuando el enfermo consulta por primera vez al médico, prolongándose hasta que éste indica el tratamiento adecuado, no debiendo prolongarse más de dos semanas este período, si se dilata más puede ser

mortal para el paciente.

Período Tercero. Tratamiento adecuado. Comienza cuando el enfermo recibe la terapéutica racional, de conformidad, con las normas generales aplicadas en la actualidad.

Período Cuarto. Observación después del tratamiento. El paciente estará sujeto a la observación con intervalos graduales y por el resto de su vida.

Los factores para el tratamiento son:

1. El resultado de la biopsia.
2. Localización del neoplasma.
3. Radiosensibilidad.
4. Grado de metástasis.
5. Edad y condición física del paciente.

Hay que hacer notar que el tratamiento de carcinomas o neoplasmas orales, es responsabilidad de un grupo de profesionales, integrado por el patólogo, radiólogo, internista, oncólogo y cirujano dentista.

B) INTERVENCION QUIRURGICA.

La cirugía de los pacientes con tumores malignos puede ser radical, preventivo, reconstructivo o de rehabilitación, según el caso.

La cirugía sigue conservando en la actualidad su posición preeminente, entre los tratamientos más adecuados e importantes para atacar el cáncer, median-

te la extirpación o amputación de los tejidos malignos y aún de los sanos, ya que de no hacerlo puede haber resicivas, en virtud de metástasis profundas o supervivencia de células anaplásicas.

Se procurará conservar la integridad anatómica, sin destrucciones innecesarias de tejido que provoque - el repudio del paciente, familiares, y medio social.

Este método es el más radical y resolutorio pero su eficacia está condicionada a lo siguiente:

1. Que se aplique lo más precozmente.
2. Que complete la extirpación de ganglios linfáticos regionales infiltrados, más una buena parte de tejido subyacente.
3. De ser posible y si es necesario aplicar la operación comando en la cual se sacrifican las venas yugulares interna, externa y anterior, con resección amplia de tejido, hemimandibulectomía o maxilar y disección radicular en el cuello.

C) RADIOTERAPIA.

Constituye por sí sola un método pero suele asociarse a la cirugía.

Se puede dividir en tres tipos:

1. Radiumterapia o curieterapia. Llamada así en honor de los descubridores del radium, los esposos Curie.

Este método realiza la utilización de los rayos Gamma, emitidos por el radio, su eficacia es parecida a los rayos X, su finalidad es lograr la muerte celular sin la ablación del tumor y no dañando las células y tejidos vecinos.

Esta es una terapia antitumoral, por los efectos producidos en las células malignas, con las emanaciones de radio.

Entre los métodos más usados está la bomba de cobalto, subtrabajo de los trabajos atómicos (cobaltoterapia).

2. Roentgenoterapia. Denominada radioterapia, es un sistema que utiliza las radiaciones ionizantes de los rayos X o roentgen.

Se les denomina radiaciones ionizantes, porque desprenden energía en forma de ionización cuando entran en contacto con la materia, de tal manera que se puede dosificar como si fuese un medicamento.

Se debe observar que la sensibilidad de los tejidos ante ellos depende del grado de desarrollo o crecimiento, si son jóvenes, las células jóvenes no pueden atenuarlos y mueren.

Este tratamiento se utiliza en endocrinopatías, y neoplasmas de localización unicéntrica de naturaleza local o cuando mucho regional.

Está contraindicada en tumores altamente indife-

renciados, de metástasis linfáticas ampliamente diseminadas.

Se emplean también para la localización y diagnóstico de los neoplasmas.

3. Administración de isótopos radioactivos. Sus resultados son semejantes a los logrados por radioterapia y roentgenoterapia.

Se introducen en el organismo y sus radiaciones se extienden a través de los tejidos.

D) QUIMIOTERAPIA.

Realizada por medio de fármacos capaces de ejercer acción antitumoral parecida a los rayos X.

Está todavía en fase experimental, su uso se restringe a casos de cáncer generalizado avanzado, cuya acción terapéutica es sólo paliativa.

El mecanismo de acción de los mismos se resume en:

1. Interfieren en la biosíntesis de los ácidos nucleicos por competición con el metabólico esencial.
2. Inactivan o desnaturalizan el DNA.
3. Inhiben la formación de RNA (a partir de la desnaturalización del DNA).

Su actividad citotóxica es difícil de seleccionar por lo que no existe droga capaz de curar un neoplasma, siendo la excepción el corioespiteloma, se emplea para prolongar la vida, mejorar los síntomas

y siempre combinada con la radioterapia y cirugía.

Principales drogas.

1. Agentes alquilantes. Sustancias sintéticas de acción semejantes a las radiaciones, impiden la duplicación del DNA y por lo tanto de la actividad mitótica.
2. Metilhidrazinas. Destruyen por oxidación el DNA, alargan la interfase y por ende inhiben la mitosis.
3. Antibióticos. Interfieren la función de los metabolitos esenciales en la formación de las bases púricas y pirimídicas de los ácidos nucleicos.
4. Antibióticos antineoplásicos. Inhiben la síntesis del RNA a partir de la alteración del DNA, provocando lesión y muerte celular.
5. Alcaloides vegetales. Inhiben la síntesis del RNA a partir de la alteración del DNA.

E) INMUNOTERAPIA.

Es una defensa natural orgánica que se puede reforzar mediante mecanismos específicos (pasivos) o inespecíficos (activos).

Los primeros son productos elaborados y los segundos linfocitos, y anticuerpos de otro individuo, inmunizados que se aplican al paciente.

Es inoperante en casos de cáncer avanzado, está en

fase experimental y sólo es utilizada en forma paliativa en casos graves para mejorar los síntomas.

F) PSICOTERAPIA.

El éxito del tratamiento del cáncer, depende de muchos factores, uno de ellos y de mucha importancia es el ajuste adecuado del paciente.

Se recomiendan tres etapas del ajuste psicológico del paciente canceroso.

Etapa Inicial. Comprende el diagnóstico y la comunicación del mismo al paciente, el desarrollo del programa terapéutico, así como la apreciación de la eficacia de estas técnicas iniciales.

Etapa intermedia. Comprende, la utilización de un manejo psicológico más prolongado en aquellos pacientes que no han sido curados en un cien por ciento y presentan depresiones no frecuentes.

Fase Terminal. En esta etapa, el medio le brindará esperanzas al paciente de tranquilidad y confianza.

En caso de psicología de rehabilitación se recomienda emplear la terapia ambiental, motivar al paciente y volver su interés en diversas tareas ocupacionales, comprender sus problemas socio económicos, planearle un futuro agradable pero realista y hacer lo comprender que no es un inválido, que pertenece a una familia y a una sociedad que lo necesitan.

G) PREVENCIÓN.

Es difícil hacer un tipo de prevención contra el cáncer, sin embargo se ha notado que su incidencia es menor en personas que:

Visitan al cirujano dentista con regularidad.

No fuman.

No mastican tabaco.

Evitan la ingestión de bebidas alcohólicas.

Cuidan el aseo bucal.

Atienden caries y alteraciones de la mucosa oral.

No presentan infecciones ni traumatismos crónicos.

C O N C L U S I O N E S

Es importante saber que el cáncer es un cambio que se presenta a nivel celular y entender este mecanismo es muy complejo pero fascinante.

Conocer los componentes de los tejidos normales y - patológicos, es importante para hacer la diferenciación en que juega un papel muy importante el histopatólogo, que en última instancia es el que confirma el diagnóstico y sin su participación sería verdaderamente imposible tener la certeza de qué tipo de lesión se trata.

Conociendo los mecanismos de diseminación de estas lesiones y el momento en que son descubiertas, el pronóstico estará en relación al grado evolutivo de la misma.

Estos tumores pueden afectar cualquiera de los tejidos u órganos y toman el nombre según donde se localice la lesión.

En cuanto a la etiología, es multifactorial y hasta la fecha es un tema de controversia y de investigación.

Para llegar al diagnóstico es importante valerse de estudios radiográficos y exámenes de laboratorio; - conocer ampliamente la patología tumoral, para hacer diagnósticos diferenciales y así poder llegar a formular un plan de tratamiento para luchar contra esta enfermedad temible, que por su alta incidencia repercute en la humanidad.

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

ACADEMIA DE CIRUGIA.- Cáncer, Actualización, México, 1971.

ARCHER HARRY, W. Cirugía Bucal, T.K.K. Editorial Mundi, SñA. C.I.F., Buenos Aires, 2a. Ed., 1968.

ARIEL, I.M.- Progresos en Cancerología Clínica, Vol. IV, Ed. Científico Médica, Barcelona, España, 1971.

BATTISTA, O.A.- Hacia la conquista del cáncer., Ed. Herrero Hnos., Sucs. S.A. México, 1962.

BHASKAR, S.N.- Patología Bucal, Edit. Ateneo, Buenos Aires, Argentina. 2a. Ed. 1975.

FUNDACION PARA EL DIAGNOSTICO TEMPRANO DEL CANCER, A.C.- Patología Quirúrgica y Citología Exfoliativa, México, 1981.

IPSO.- Información Profesional y de servicios al - Odontólogo, 2a. Edición. México. 1976.

LINKE A.- Diagnóstico precoz del cáncer. Edit. Científico Médica, Barcelona, 1974.

ONCOLOGIA.- Revista Española De, Vol. 22 No. 1 Ma--drid, España. 1975.

SAUL GUTMAN, Antonio.- Revista brasileira de Cance-
rología, Vol. 26 No. 4, Julio-Agosto 76, - Trata- -
miento del cáncer del labio inferior, peloaplicador
Duplode Radium, Divisao Nacional de Cáncer, minister
rio de Saide, Ríó de Janeiro.

SHAFER, W. HINEM. LIVY B.- Tratado de Patología Bu-
cal, Edit. Interamericana, México. 1977.

PEREZ TAMAYO Ruy.- Texto de Patología, La Prensa Mé-
dica Mexicana, 2a. Ed. México. 1977.

I.M.S.S.- Métodos para el diagnóstico de los padeci-
mientos neoplásicos, México. Marzo, 1962.

KURT H. Thoma.- Patología Bucal, Editorial Hispano-
americana, 2a. Ed. Española. 1967.

ZEGARELLI EDWARD V.- Diagnóstico en Patología Oral,
Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1972.