



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO  
U.N.A.M.

---

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Dr. Jorge Mario Palma.

TUMORES MALIGNOS  
DENTRO DE LA CAVIDAD  
ORAL

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

Alejandra Ramírez Carranza.  
1984.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

TUMORES MALIGNOS DENTRO DE

LA CAVIDAD BUCAL

# I N D I C E

INTRODUCCION.....	pag. 1
Cuadro comparativo.....	3
Factores varios.....	6
CARCINOMA EPIDERMOIDE.....	8
Etiología.....	8
Características clínicas.....	9
Características histológicas.....	10
Características anatomopatológicas.....	13
Pronóstico.....	14
CARCINOMA DE LABIO.....	14
Etiología.....	14
Características clínicas.....	15
Características histológicas.....	16
Tratamiento.....	17
Pronóstico.....	17
CARCINOMA DE LENGUA.....	17
Etiología.....	18
Características clínicas.....	19
Características anatomopatológicas.....	22
Tratamiento.....	23
Pronóstico.....	23

CARCINOMA DE PISO DE BOCA.....	24
Características clínicas.....	24
Características anatomopatológicas.....	25
Tratamiento.....	25
Pronóstico.....	25
CARCINOMA DE MUCOSA VESTIBULAR.....	26
Etiología.....	26
Características clínicas.....	27
Características anatomopatológicas.....	28
Tratamiento.....	29
Pronóstico.....	29
CARCINOMA GINGIVAL.....	29
Etiología.....	30
Características clínicas.....	31
Tratamiento.....	32
Pronóstico.....	32
CARCINOMA DE PALADAR DURO Y BLANDO.....	33
Etiología.....	33
Características clínicas.....	33
Características anatomopatológicas.....	34
Tratamiento.....	35
Pronóstico.....	35

TRATAMIENTO.....	36
a).- Biopsia por escisión.....	36
b).- Biopsia por insición.....	37
c).- Biopsia por aspiración.....	38
d).- Biopsia por frotamiento.....	38
TERAPEUTICA POR RADIACION.....	39
Precauciones.....	42
QUIRURGICO.....	43
QUIMOTERAPIA.....	49
RESUMEN.....	53
CONCLUSIONES.....	57
GLOSARIO.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	63

En la cavidad oral suelen presentarse lesiones tumorales bien circunscritas y redondeadas, que no son más que simple hinchazón de los tejidos.

Sin embargo, afortunadamente con poca frecuencia, esas lesiones son tumores cancerosos a los cuales el facultativo debe enfrentarse desempeñando un buen papel de diagnóstico, ya que estas lesiones, en la mayoría de los casos, amenazan la salud y longevidad del paciente.

Aunque su presencia es mínima, es bueno que el facultativo tenga amplio conocimiento sobre la variedad de tumores que suelen presentarse en cavidad bucal, y así detectar a tiempo este tipo de patología.

Los tumores suelen presentarse con diferente origen y capacidad de daño; y suelen ser: B E N I G N O, P R E - M A L I G N O Y M A L I G N O: pero en este caso sólo trataremos los tumores malignos de origen epitelial, de los cuales a continuación veremos una gráfica.

- CARCINOMA VASO CELULAR
- CARCINOMA EPIDERMÓIDE
- CARCINOMA DEL LABIO
- CARCINOMA DE LENGUA
- CARCINOMA DE PISO DE BOCA
- CARCINOMA DE LA MUCOSA VESTIBULAR
- CARCINOMA GINGIVAL
- CARCINOMA DE PALADAR
- CARCINOMA DEL SENO DE PALADAR
- CARCINOMA VERRUCOSO
- LINFOEPITELIOMA Y CARCINOMA DE  
CELULAS DE TRANSICION
- MELANOMA MALIGNO

Paulatinamente se irá desglosando cada uno de los carcinomas pero, exclusivamente los que se manifiestan dentro de la cavidad oral; teniéndose en cuenta su: ETIOLOGIA, CARACTERISTICAS CLINICAS, CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS, CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

	B E N I G N O S	M A L I G N O S
GRADO DE DIFERENCIACION.	AVANZADO	DEFICIENTE
NUCLEO DE LAS CELULAS.	NORMAL	GRANDE E HIPERCROMATICO
RELACION NUCLEO CITOPLASMA.	B A J A	A L T A
M I T O S I S	P O C A S	ABUNDANTES
POLARIDAD TISULAR	CONSERVADA	ALTERADA
RAPIDEZ DE CRECIMIENTO.	P O C A	M U C H A
MODO DE CRECIMIENTO.	EXPANSION	INFILTRACION
RECURRIMIENTO DESPUES DE LA RESECCION.	POCO FRECUENTE	FRECUENTE
METASTASIS.	AUSENTES	FRECUENTES

Este es un cuadro de diferenciación entre los tumores malignos y benignos, aunque todo esto es relativo ya que en muchos casos se llega al diagnóstico erróneo o a la con fusión del tipo de lesión que estamos tratando, ya que por ejemplo, algunos tumores de característica histológica y comportamiento maligno parece que no afectan a los órganos adyacentes al no producirles metástasis como por ejem: en el carcinoma de piel vasocelular. Otras veces parece no ser ni maligno ni benigno definitivamente y se les coloca en la clasificación de premaligno, atípico o insitu, y sólo podrá dar resultado verdadero al recibir el diagnóstico del médico patólogo. En otros casos algunos tumores que se presumió eran completamente benignos, han provocado la muerte del paciente en muy poco tiempo, éste, porque se hizo imposible la operación para retirar el tumor como sucede con los astrocitomas que rodean y obstruyen el acueducto de Silvio.

Los tumores suelen tener diferentes comportamientos, algunos suelen avanzar muy lentamente y darle un margen de vida bastante largo al paciente y otros suelen avanzar con tál rapidez que casi siempre causan la muerte en pocos me-

ses y éstos suelen ser los carcinomas anaplásicos.

Por estas dificultades que se presentan, es bueno tomar en cuenta las diferentes clasificaciones que pronostican el grado de malignidad en base al aspecto histológico. Y la más conocida de ellas es la de Broders; que asigna un grado de malignidad por cada 25% de células con signos de anaplasia.

La Clase I tiene menos de la cuarta parte de células mal diferenciadas.

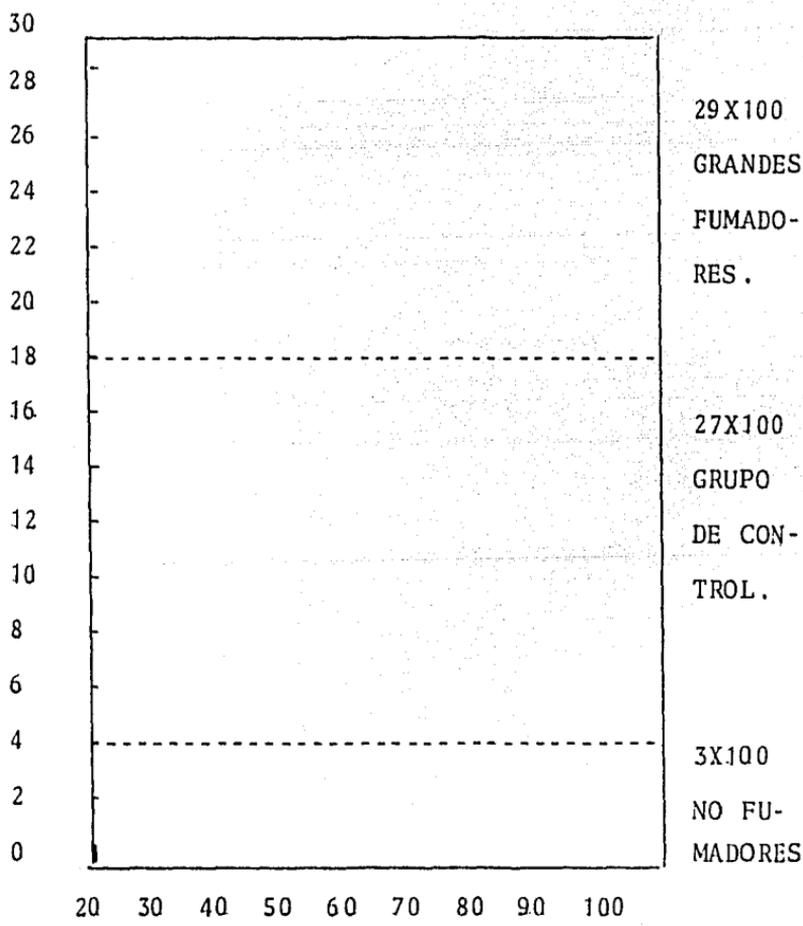
La Clase IV tiene más de las tres cuartas partes de sus células con signos de diferenciación deficientes.

Pero en estos casos lo más importante es la valiosa experiencia y preparación de los patólogos quirúrgicos ya especializados.

Los factores ambientales a los que más comúnmente se atribuye el cáncer oral son: TABACO, ALCOHOL, SIFI-LIS, DEFICIENCIAS NUTRICIONALES, LUZ SOLAR (en labio),

FACTORES VARIOS, que incluyen el CALOR, TRAUMATISMOS E IRRITACIONES ORIGINADOS POR DIVERSAS CAUSAS.

EL FUMAR: Es un factor muy importante en la formación del cáncer bucal:



EL ALCOHOL: También es un factor importante en el origen del cáncer bucal, particularmente en pacientes que ingieren más de 207 ml., de whisky por día.

LA SIFILIS: Es de importancia en los cánceres de labio y los 2/3 anteriores de la lengua pero sin llegar a establecerse si el cáncer es producto de la glositis sifilítica o de la arsenoterapia que la mayoría de los pacientes recibe.

LAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES: No presentan relación evidente con el cáncer oral y problemas médicos nutricionales o de otra naturaleza. Sin embargo hay una indudable relación entre el cáncer oral y el Síndrome de PLUMMER-VINSON.

LA LUZ SOLAR: Tiene poca importancia en el caso que se llegara a presentar el cáncer en los labios.

EL TRAUMATISMO Y LA IRRITACION DENTAL: Son factores etiológicos importantes.

CARCINOMA EPIDERMOIDE: También conocido como espinocelular, originado en el seno maxilar sin conexión aparente, no es muy frecuente y se cree que es producto de los restos epiteliales de la lámina dentaria o del ligamento periodontal, o incluso del tejido epitelial conservado a lo largo de las líneas de fusión embrionaria. En la neoplasia maligna más común de la cavidad oral y no tiene predilección por alguna zona, pero es verdad que ataca con mayor frecuencia algunas, y es preferible describir los tumores tal como se presentan en las diversas zonas. En orden de frecuencia de mayor a menor: LENGUA, PISO DE BOCA, MUCOSA ALVEOLAR, PALADAR, MUCOSA VESTIBULAR.

ETIOLOGIA: Su estudio generalmente es un problema en extremo difícil pero se mejora mediante la aplicación de técnicas epidemiológicas que utilizan patrones de frecuencia. Y como resultado nos arrojan que el índice de repetición es mayor tres o cuatro veces en los hombres.

Aunque hay una gran variación también entre los diferentes sexos y entre los diversos sectores de la cavidad oral y en la distribución geográfica.

VIRUS: Se achaca la virulencia al Epstein-Barr (EB), que es semejante al del herpes, pero se sigue en la lucha continúa por obtener pruebas palpables que comprueben que hay un virus que produce el cáncer, aunque hay evidencias circunstanciales de que el virus que produce el cáncer es el ya anteriormente nombrado, porque es el que con mayor frecuencia aparece en las pruebas de laboratorio. La serie de cánceres que aparecen en el ser humano por virus son: El Carcinoma de la nasofaringe, Mama, Utero y El linfoma africano de maxilar, así como ciertas formas de leucemia y sarcomas.

CARACTERISTICAS CLINICAS: La mayor parte de los casos la sufren los pacientes del sexo masculino en edad avanzada. Sus signos y síntomas son: TUMEFACCION, DOLOR, PERDIDA DE PIEZAS DENTARIAS Y PARESTESIA. Radiográficamente se manifiesta una lesión osteolítica. En algunos casos los bordes son regulares, sugestivos de un quiste benigno aunque frecuentemente comprobamos una resorción radicular o muescas en los bordes. Aunque en otras ocasiones se describen defectos osteolíticos con bordes irregulares.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS: Entre los carcinomas epidermoides intrabucales hay considerables variaciones histológicas, aunque generalmente son neoplasias moderadamente diferenciadas con ciertas manifestaciones de queratinización. Rara vez hay lesiones altamente anaplásicas que suelen dar metástasis temprana con gran extensión causando la muerte rápida.

Tenemos bien diferenciado el carcinoma epidermoide cuando comprobamos que se compone de capas y nidos de células cuyo origen lógico es el epitelio escamoso. Estas células suelen ser grandes, presentando una membrana celular definida aunque es casi imposible observar los puentes intracelulares ó tonofilamentos. Los núcleos de las células neoplásicas son grandes y con gran variedad en la intensidad de la reacción tintorial en el laboratorio histológico. También encontramos figuras mitóticas pero no muy abundantes, muchas de estas figuras son atípicas aunque éstos sólo lo puede detectar un histopatólogo muy experimentado. Una característica sobresaliente del carcinoma epidermoide bien diferenciado es la presencia de queratina en variados tamaños. En la lesión típica se verán células de tipo maligno que invadi

rán activamente y en ocasiones caprichosamente el tejido conectivo.

Los carcinomas menos diferenciados pierden algunas características así que su semejanza con el epitelio escamoso es menos pronunciada. Los carcinomas mal diferenciados guardan poca semejanza con sus células originales presentando dificultades en el diagnóstico debido al aspecto primitivo e inespecífico de las células malignas de división rápida, estas células son muy caprichosas.

BRODER ideó una clasificación de tumores en grados:

GRADO I .- Altamente diferenciadas (en sus células hay mucha producción de queratina).

GRADO IV .- Muy indiferenciada (células anaplásicas y no forman queratina).

Son de gran utilidad porque nos indican el grado de anaplasia de la lesión, la rapidez de extensión y metástasis. Aunque en la actualidad se recurre más a objetivos descriptivos que indican la diferenciación, y se denominan con las siguientes siglas:

T.- TUMOR PRIMARIO.- TIS .- Carcinoma in situ.

TI .- Tumor con diámetro mayor de 2 cm., o menos.

- T2 .- Tumor con diámetro mayor de 2 cm., pero no más de 4 cm.
- T3 .- Tumor con diámetro mayor de 4 cm.

G.- GANGLIO LINFATICO REGIONAL.-

- G0 .- No hay ganglio palpable clínicamente y no hay sospecha de metástasis.
- G1 .- Ganglio sin fijación palpable clínicamente, se sospecha metástasis.
- G2 .- Sin fijación palpable clínicamente se sospecha metástasis.
- G3 .- Palpables clínicamente fijos se sospecha metástasis.

M.- METASTASIS A DISTANCIA.-

- M0 .- No hay metástasis.
- M1 .- Exploración clínica o Rx o ambas, metástasis diferentes de los ganglios linfáticos cervicales.

Y los agrupamientos por grados clínicos del Carcinoma de la cavidad bucal son:

GRADO I.- T1 GO MO

GRADO II.- T2 GO MO

GRADO III.- T3 GO MO

T1 G1 MO

T2 G1 MO

T3 G1 MO

GRADO IV.- T1 G2 MO T1 G3 MO

T2 G2 MO T2 G3 MO

T3 G2 MO T3 G3 MO

o cualquier categoría:

T o G con M1.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.- Este tumor es moderadamente bien diferenciado, y en algunos casos suelen presentarse primeramente en quiste benigno y luego se transforma en carcinoma epidermoides. También los que suelen presentar una acentuada metaplasia escamosa, son los ameloblastomas y en ocasiones el facultativo puede haber diagnosticado carcinoma de células escamosas, se corre el riesgo que muchos de los casos ya diagnosticados fueran en realidad tumores metastásicos, carcinomas antrales ameloblastomas o hiperplasias benignas de paredes

quísticas, por ello la mayoría de los estudiosos en la materia han aceptado muy pocos casos, sólo los que tienen datos clínicos, radiografías y estudios histológicos.

PRONOSTICO.- Lamentablemente es sombrío.

CARCINOMA DE LABIO.- Es una neoplasia que ataca principalmente al labio inferior, sus apariciones en el superior son esporádicas y atacan con mayor frecuencia a los hombres de edad avanzada con un promedio de edad entre los 62 años. El que este carcinoma ataque más al labio inferior, se puede deber a que éste, está más directamente expuesto a la radiación solar; pero es muy probable que intervengan otros factores etiológicos

El carcinoma de labio superior parece ser más virulento que el inferior; y además ya se ha comprobado que el carcinoma del labio superior suele aparecer como lesión espontánea; en cambio el inferior presenta leucoplasia, queilitis actínica, atrofia o demás estados precancerosos.

ETIOLOGIA.- El consumo de tabaco y el fumar pipa

son factores importantes. La sífilis puede no ser muy predominante, ya que la frecuencia de este tumor en sifilíticos es baja. La mala higiene es casi general en los pacientes con cáncer en labio. También existen los factores traumáticos aislados que pueden ser por quemaduras, cortaduras y laceraciones con dientes irregulares o prótesis mal ajustada, así que resulta difícil establecer científicamente los factores etiológicos del cáncer.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Suelen aparecer en el borde del bermellón del labio a un lado de la línea media, presentándose primeramente una pequeña zona de engrosamiento, induración, ulceración o una pequeña irregularidad de la superficie. Con el tiempo va creciendo y se va formando una lesión crateriforme o produce un crecimiento exofilítico. En este tipo de carcinoma tarda en aparecer la metástasis, pero cuando aparece suele ser ipsilateral y ataca los ganglios sub-mentonianos o sub-maxilares. Puede ser contralateral la metástasis, especialmente si la zona está cerca de la línea media del labio, porque es ahí donde hay drenaje cruzado de los vasos linfáticos.

Este carcinoma a su vez se divide en CARCINOMA FUSO-CELULAR, que es una variante histológica interesante del

carcinoma epidermoide que es muy raro, y a veces, además de en el labio puede aparecer en otras zonas intrabucales o en otras partes del organismo como el aparato respiratorio superior y la piel de la cara y a veces en piso de boca y lengua. EL CARCINOMA ESPINOCELULAR ADENOIDE, que es conocido también como ADENOCANTOMA O CARCINOMA ESPINOCELULAR SEUDO-GLANDULAR, este tumor se produce tanto en labio como en piel, y se origina en estructuras pilocebáceas aunque puede a parecer en zonas de queratosis senil con acantólisis. Aparece preferentemente en personas mayores, y ocasionalmente en jóvenes. Es más frecuente en hombres que en mujeres. Las lesiones en piel son simples elevaciones ganglionares con costras, escamas o úlceraciones, este tumor rara vez hace metástasis o produce la muerte del paciente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Del primero; es diferente del carcinoma de labio anaplásico o indiferenciado y son uniformaciones fusiformes. Las células tienen actividad mitótica pleomorfismo ó hiperchromatismo de los núcleos cuya forma varía entre ovalada y fusiforme. Y en el segundo hay proliferación del epitelio displásico superficial hacia el tejido conectivo como en el carcinoma epidermoide.

Sin embargo las extensiones laterales o profundas de este epitelio tienen las características estructuras tubulares y salidas que tipifican la lesión.

TRATAMIENTO.- Por medio de radiación o por excisión quirúrgica se logra éxito, pero teniendo en cuenta la duración y extensión de la lesión y la presencia de metástasis. Pero casi cualquiera de las dos terapéuticas tiene buen resultado en manos expertas de un buen facultativo.

PRONOSTICO.- Son muchos los factores que intervienen en el éxito o fracaso del tratamiento, tales como el tamaño de la lesión, su duración, la presencia de ganglios linfáticos metastásicos o su ausencia y el grado histológico de la lesión, todo esto debe ser bien considerado por el facultativo para hacer una buena planeación de tratamiento y exitoso resultado.

CARCINOMA DE LA LENGUA.- Es un tumor intra-oral maligno con baja incidencia en personas de sexo femenino.

Es común e importante, y su frecuencia es ligeramente menor que el carcinoma de labio, en cuanto a edad, se

presenta en personas mayores aunque en algunas ocasiones pueden aparecer en gente joven.

De acuerdo a las zonas geográficas principalmente en países escandinavos, su frecuencia es alta en mujeres debido al síndrome de Plummer-Vinson, que es persistente en esas zonas. En comparación con el cáncer labial, el lingual es altamente mortal y el pronóstico en los casos avanzados es sombrío. El facultativo desempeña un papel muy importante en la detección del cáncer benigno tempranamente, con una buena y hábil exploración que en ocasiones se dificulta por la profundidad del proceso, y porque en ésta fase, el tumor es asintomático.

ETIOLOGIA. - Han surgido infinidad de causas pero casi no se puede afirmar nada, aunque hay una definida relación entre el cáncer, la lengua y otros trastornos como la que muchos investigadores han encontrado con sífilis, o con antecedentes en la parte activa. Y Wynder nos plantea la interrogante de que la neoplasia podría estar relacionada con la arsenoterapia.

En tanto que la leucoplasia es una lesión común de la lengua que podría relacionarse con el cáncer, existen

mucnas lesiones leucoplásicas que persisten por años sin degeneración maligna, y muchos casos de carcinoma de lengua que se desarrollan sin una manifestación de leucoplacia preexistente.

Los otros factores que son ya tan conocidos y sin embargo se siguen presentando como son: La mala higiene, el alcohol, el tabaco, que a la vez son prevalentes que nos impiden sacar conclusiones sobre una posible relación de causa y efecto. Otros factores que intervienen son las irritaciones locales provocadas por salientes traumáticas, (prótesis).

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Su signo más común es la presencia de una masa o úlcera indolora, aunque en algunos pacientes se puede volver fácilmente dolorosa y más cuando se infecta en forma secundaria.

El tumor comienza como una úlcera con la superficie indurada con bordes levemente elevados y poco a poco se va convirtiendo en una masa fungosa exofíltica, o se infiltra en las capas profundas de la lengua produciendo induración y fijación sin grandes alteraciones superficiales.

La típica lesión aparece en el borde lateral superficial del tercio medio, además es predominante que aparezca en el sexo masculino. Además esta masa con frecuencia indolora, suele ser descubierta por el propio paciente.

Los síntomas iniciales en el carcinoma lingual son:

LOCALIZACION	ENFERMOS	LESION PAL. O VISIBLE.	DOLOR LOCAL	DISFAGIA	BULTO DE CU ELLO.
2/3 ant.	902	696	266	32	58
3/2 post.	303	46	138	83	94

El síntoma más importante del carcinoma del 1/3 post. de la lengua es el dolor; que con frecuencia el paciente confunde con una faringitis. También afecta al nervio glosofaríngeo que puede provocar un dolor referido a los oídos. En determinado número de pacientes puede aparecer un bulto en el cuello, que provoca la disfagia.

Desafortunadamente los que sufren estos síntomas tardan en acudir al facultativo, y este retraso suele ser de un promedio de 4 meses entre la aparición de los síntomas

y el momento en que el paciente busca asistencia médica.

El carcinoma suele aparecer como una zona de engrosamiento o rugosidad localizada (leucoplasia), o como una zona indolora de ulceración o descamación superficial y según va avanzando la lesión, la zona ulcerada aumenta de tamaño y queda con unos bordes encorvados y grisáceos.

Debido a la falta de síntomas relevantes en la etapa inicial de éste, se hace patente la importancia de una cuidadosa exploración y palpación clínica de la lengua. Naturalmente las lesiones del tercio posterior de la lengua son difíciles de visualizar, y tienen tendencia a infiltrarse profundamente; sus signos más frecuentes consisten en una zona de induración que se identifica a la palpación profunda, frecuentemente hay ulceraciones superficiales difíciles de visualizar a menos que se traccione la lengua hacia adelante y se observe la lesión usando un espejo; en lesiones avanzadas, la lengua se fija a los tejidos circundantes.

El carcinoma lingual tiene una elevada incidencia de metástasis a los ganglios linfáticos regionales.

La evolución clínica de la neoplasia se realiza básicamente según uno de dos patrones principales:

#### INFILTRATIVO O EXOFÍTICO.

Las lesiones profundamente infiltrantes pueden llegar hasta una invasión extensa de la musculatura a pesar de que es superficial la diseminación, y la ulceración sea relativamente escasa, excepto en fases avanzadas del proceso, otros carcinomas muestran un crecimiento exofítico considerable, adoptando el aspecto de una masa fungosa y ulcerada.

Las lesiones exofíticas muestran una menor propensión a la invasión profunda aunque existen todas las gradaciones entre los tumores primitivamente infiltrantes y primitivamente exofíticos.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS.- El carcinoma epidermoide dentro de su malignidad se supone que tiene el 97% de todos los procesos linguales, formándose el resto a base de adenocarcinomas y sarcomas. Estos suelen ser de grado moderado de diferenciación, incluyéndose sobre todo en los grados II y III de Broders. Las afecciones en la base de la lengua son las que acostumbran a mostrar una mayor proporción de carcinomas de formas indiferenciadas.

TRATAMIENTO.- El tratamiento es un problema difícil e incluso no es posible hacer afirmaciones sobre la eficacia de la cirugía en comparación con la exposición del paciente a los rayos X.

Aunque la combinación acertada de la cirugía y de la irradiación de rayos X, brinda los mejores resultados al paciente.

PRONOSTICO.- Este se presenta sombrío a corto plazo. Los pacientes con esta afección no suelen sobreponerse y tienen más o menos un plazo de 5 años de sobrevivencia.

El factor más importante que afecta el pronóstico de los pacientes, es la presencia de metástasis cervical o su ausencia. Los antecedentes sífilíticos parecen tener así mismo una influencia desfavorable en el pronóstico.

Las principales causas inmediatas de muerte en los pacientes con carcinoma lingual son: Neumonía, obstrucción, erosión de los grandes vasos y caquexia.

CARCINOMA DE PISO DE BOCA.- El piso de boca es una de las localizaciones de los carcinomas orales que atacan en la edad promedio, a los pacientes de 57 a 67 años y que son más frecuentes en personas del sexo masculino.

Este carcinoma no es tan común como el carcinoma lingual pero, suele aparecer con cierta frecuencia.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- El carcinoma típico es una úlcera indurada de tamaño variable, situada a un lado de la línea media, puede o no ser dolorosa. Las porciones anteriores del suelo bucal resultan afectadas con una frecuencia algo superior a la de las regiones posteriores.

Inicialmente suele ser una lesión de aspecto inofensivo, como una mancha enrojecida en la mucosa (eritroplasia) o una zona de leucoplasia. A medida que avanza aparece una ulceración de bordes levantados y a medida que la lesión va en aumento la induración es cada vez más pronunciada.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.- Es una neoplasia moderadamente diferenciada, suele haber metástasis pero por lo general no aparece en fases tempranas, pero cuando aparece, suele originarse cerca de la línea media y puede ser bilateral o contralateral y su lugar de preferencia para hacer sus apariciones son: Los ganglios linfáticos submaxilares, daña a la ganglionar submaxilar y después afecta la cadena cervical profunda.

TRATAMIENTO.- Este se presenta difícil y con más probabilidades de fracaso que de éxito.

La intervención quirúrgica no es ningún problema, pero casi siempre hay recidiva sea tumor grande o pequeño.

El someter a un paciente a la irradiación suele dar mejores resultados, pero el problema se agrava si está afectada la mandíbula.

PRONOSTICO.- Suele tener mejor resultado que el carcinoma lingual y hay un promedio de vida de 5 años para pacientes con esta afección tratados mediante radioterapia, y con métodos de extirpación compuestas o en bloques

de la lesión inicial y los linfáticos cervicales, claro que todo esto está influenciado por el tamaño del tumor, y la existencia o no de metástasis en los ganglios.

CARCINOMA DE MUCOSA VESTIBULAR.- Su frecuencia es muy variante y al igual que todos los cánceres, la mayoría de los casos los encontraremos en el sexo masculino en donde es aproximadamente diez veces más común que en mujeres, y su edad promedio en el momento de la aparición es avanzada, más o menos entre los 58 y 60 años.

ETIOLOGIA.- La etiología de este cáncer al igual que con los otros, no es más conocida, sin embargo los factores indiscutibles son el mascado de tabaco, y el hábito de mascar nuez de betel que contiene tabaco, cal apagada y otras substancias nocivas para la zona en que acostumbre a apoyar o mascar los elementos ya mencionados. También puede ser por el mordisqueo constante de los carrillos, sin olvidar los dientes de bordes irregulares que nos estén traumatizando constantemente.

La leucoplasia es comienzo común del carcinoma de la mucosa vestibular, su presencia puede o no ser muy prolongada y puede o no ser necesaria.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Su aspecto clínico es muy variable. Las lesiones suelen aparecer a lo largo de la línea correspondiente a la oclusión, debajo de ella en la región anteroposterior, o puede aparecer cerca del tercer molar y otros adelante hacia la comisura.

Los carcinomas completamente desarrollados de la mucosa bucal pueden pertenecer a uno de los siguientes tipos de crecimiento:

EXOFITICO: Su asociación es frecuente a la leucoplasia y crece tanto hacia afuera como hacia abajo en el interior de los tejidos subyacentes. Los de mayor tamaño sufren ulceraciones y cuando la lesión se encuentra en fase avanzada, tiene aspecto de masa fungosa con superficie roja, gránulos y bordes encorvados e indurados.

ULCERATIVA: De alguna manera es algo frecuente. Se presenta con ulceraciones precoces en la superficie que no siempre resultan extensas. Pero es característica una notable infiltración de la sub-mucosa, así como la invasión profunda de

la musculatura. A veces se puede presentar triísmo en una fase precoz.

VERRUGOSO: Es de un tipo anatomoclínico bastante bien diferenciado y se observa a menudo en la mucosa bucal.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.- La gran mayoría de los carcinomas epidermoides de la mucosa bucal, son tumores con una clasificación de moderada a intensa, sobre todo en los tipos exofílticos. En cambio los cánceres epidermoides anaplásicos son menos frecuentes.

Y en referencia las lesiones de alto grado de malignidad acostumbran a ser ulcerativas e infiltrantes, pudiendo invadir profundidades, aunque sus ulceraciones superficiales sean relativamente escasas.

Las metástasis que vienen de la mucosa bucal suelen aparecer a nivel de los ganglios linfáticos submaxilares. Pero los tumores localizados en el tercio posterior de la mucosa bucal pueden propagarse inicialmente a los ganglios cervicales profundos.

TRATAMIENTO.- Este es un problema tan grave como el cáncer de otras zonas en la cavidad oral. En casos incipientes probablemente los resultados que se obtienen son por la práctica de la cirugía y por la irradiación con los rayos X. Y la combinación de estos dos, tal vez resulte mejor para el paciente.

PRONOSTICO.- Este depende mas que nada del tamaño, localización y grado histológico del tumor.

Los tumores localizados en la parte retrocomisural tienen mejor pronóstico que los que se encuentran en el tercio posterior de la mucosa bucal. Además, debemos de tomar muy en cuenta la presencia de metástasis.

CARCINOMA GINGIVAL.- Este es uno de los carcinomas en el que el facultativo llega a tener equivocaciones al dar su diagnóstico, ya que suele confundirse con infecciones dentales comunes, por lo tanto, tenemos la desventaja de que el tratamiento se retrase y el pronóstico final del cáncer sea mucho peor.

Algunos facultativos dedicados a la investigación,

han comprobado que casi todos los tumores malignos comienzan en la encía, y por los estudios realizados se asegura que; esta es una enfermedad esencialmente de personas de edad, y en cuanto a su porcentaje entre sexos es del 80 de 100 pacientes hombres, o sea que esta distribución es similar a la de los cánceres de otras zonas.

ETIOLOGIA.- No es más específica o definida que la de otros cánceres en la cavidad oral.

La sífilis en este cáncer no es un factor importante como en el carcinoma de lengua y su relación con el tabaco es incierta, la formación del cáncer gingival se puede especular por mucho tiempo como una irritación o inflamación crónica ya que la encía es un sitio donde se acumulan microorganismos, y pueden existir cálculos y después de años se llega a la conclusión o diagnóstico de cáncer.

Algunas veces este tipo de cáncer aparece después de la extracción de un diente, sin embargo la extracción se puede haber hecho a causa de la lesión o afección gingival o por el aflojamiento notorio de la pieza, o sea que a fin de cuentas fué practicada la extracción a cau-

sa del tumor, aunque no se haya identificado o diagnosticado antes. Pero es un hecho que en algunos casos después de practicada la extracción, el carcinoma gingival se desarrolla rápidamente y puede extenderse por el ligamento periodontal y crecer hacia afuera del alveolo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Se presenta más comúnmente en la mandíbula, aunque los datos sobre su posición exacta en la cavidad oral es insuficiente para dar conclusiones válidas.

El carcinoma gingival aparece como una zona ulcerada que puede ser puramente erosiva, o bien una proliferación exofítica, granular o verrugosa, puede o no ser dolorosa.

El tumor se presenta más frecuentemente en zonas desdentadas, aunque también lo hace en zonas dentadas, en cuanto a la encía, la fija es la que presenta lesiones primarias más frecuentes que la encía libre.

Se cree que la cercanía del periostio y del hueso subyacente invita a la invasión temprana de estas estructuras aunque en muchos casos se sufre la invasión y la

infiltración irregular del hueso, a veces se puede ver una erosión en la superficie que nace aparentemente como consecuencia de una presión.

En cuanto al maxilar, el carcinoma se extiende hacia el seno maxilar, hacia el paladar o hacia los pilares amigdalinos. Y en la mandíbula se extiende hacia piso de boca o en sentido lateral. Eso sin contar que a veces, en los lapsos retardados, puede haber fractura patológica.

Y refiriendose a la metástasis, es más frecuente su presencia en el maxilar superior que en el inferior.

TRATAMIENTO.- En este caso también se hará uso de la radioterapia, se someterá al paciente a la exposición de rayos X, pero estos pueden ser muy nocivos para el hueso del maxilar o mandíbula. En otros casos dependiendo de la situación y el criterio del facultativo se hará uso de la cirugía bucal.

PRONOSTICO.- No es muy bueno, pero el diagnóstico precoz de estas neoplasias, puede mejorarlo.

CARCINOMA DEL PALADAR DURO Y BLANDO.- Este no es muy común en la cavidad oral, sin embargo estudios hechos han sugerido que aparece en un 11% de pacientes, en relación con los otros carcinomas de mucosa vestibular, piso de boca y encía, y al igual que en los carcinomas que ya hemos visto, su frecuencia es mayor entre los hombres que en las mujeres en un promedio de edades de más o menos 55 años.

Este cáncer a su vez se sub-divide en carcinoma de paladar blando y carcinoma de paladar duro. Y también es sabido que el carcinoma palatino originado en las glándulas salivales, se produce con mayor frecuencia que el carcinoma palatino epidermoide de origen superficial.

ETIOLOGIA.- Se cree se debe a los factores también ya anteriormente mencionados en los otros cánceres como son: El alcohol, tabaco, etc....(el hábito de fumar).

CARACTERISTICAS CLINICAS.- En el paladar blando es más frecuente su aparición que en el paladar duro. Y esta enfermedad es de un avance rápido e irremediable porque cuando el paciente se da cuenta de su presencia, ésta ya está completamente manifestado.

El carcinoma palatino puede aparecer como una zona leucoplásica ó como una erosión superficial y regular.

Cuando ya está muy avanzado, suele presentarse como una masa granulosa ligeramente exofítica con una ulceración central que a la larga invade el hueso palatino (paladar duro), y se extiende hacia el seno maxilar o el piso nasal, y sólo en raras ocasiones provoca la aparición de síntomas, solo cuándo el paciente siente que no puede usar normalmente su dentadura postiza suele acudir al facultativo y es cuando descubrimos el mal que le aqueja.

El carcinoma de paladar blando: suele invadir los pilares anteriores de las fauces y las fosas pterigoideas. Aquí si puede existir dolor, incluso en su fase temprana, y al producirse la invasión en profundidad, el dolor, la disfagia y el trismo pueden llegar a ser considerables.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.- Este tipo de carcinoma epidermoide del paladar suele ser una neoplasia moderada y bien diferenciada. Y cuando existe metás-

tasis, afecta generalmente a los ganglios cervicales profundos.

TRATAMIENTO.- Se ha hecho uso tanto de la cirugía como de la exposición del paciente a los rayos X.

PRONOSTICO.- Tomando en cuenta el tamaño, localización y grado histológico del tumor: El de paladar duro suele ser más favorable que el del paladar blando.

## T R A T A M I E N T O:

A todo tratamiento, debe preceder un buen diagnóstico. En el caso del cáncer, el método más efectivo por seguro, consiste en el estudio anatómo-patológico del tejido tumoral. Es decir, el especialista, debe extraer todo o parte del tumor, al procedimiento, se le conoce como BIOPSIA.

Así pues para realizar un buen diagnóstico debemos proceder a tomar una biopsia que puede ser de 4 maneras: ESCISION O INSICION, POR ELECTROCAUTERIZACION, POR SUCCION O POR FROTAMIENTO DEL AREA AFECTADA.

La anestesia local es efectiva para tomar la muestra evitándole el dolor al paciente, siempre y cuando ésta no se aplique sobre el área del tumor, debe ser al rededor y sobre tejido sano.

a).- LA BIOPSIA POR ESCISION.- Se usa cuando la lesión en realidad es muy pequeña (saca todo), se toma la muestra en forma de cuña.

b).- LA BIOPSIA POR INSICION.- Se usa cuándo la lesión es muy grande, esto ántes de la intervención quirúrgica, la cuál se puede llevar acabo con auxilio del electrocauterio, teniendo como ventaja que cierra los vasos sangrantes inmediatamente evitando que las células tumorales se esparsan por toda el área; Además de que ya no tendremos la necesidad de suturar. (pequeño corte), (también en forma de cuña).

El material de biopsia se debe extender hasta los te jidos submucósicos y vecinos sanos.

c).- LA BIOPSIA POR ASPIRACION.- Es bastante útil cuando existe metástasis profunda en sitios de muy difícil acceso. La cuál se lleva a cabo con una jeringa de vidrio y aguja de grueso calibre. Esta técnica es muy difícil aún en manos de un facultativo experimentado.

d).- LA BIOPSIA POR FROTAMIENTO.- Es precisamente frotando suavemente el tumor con un aplicador y así lograr traerse unas células para su exámen histológico, aunque este método no es muy seguro y deja mucho que desear, y que la superficie del tumor puede contener solo exudado inflamatorio o necrótico.

Así que la biopsia por incisión o escisión es lo más seguro que podemos tener para realizar un diagnóstico acertado.

Ahora si pasaremos a ver el plan de tratamiento de los tumores malignos que depende mucho del resultado de la biopsia, la cual se debe realizar a la mayor brevedad posible. Claro que lo primero es localizar completamente la neoplasia, su sensibilidad, de si existe o no metásta

sis y hasta que grado, de la edad del paciente y su condición física, es decir del estado general.

En la localización nos podemos encontrar con los de fácil acceso en la parte anterior de la cavidad bucal y con los de difícil acceso en la parte posterior de la cavidad bucal. Estos últimos son los de mayor peligro ya que suelen atacar estructuras vitales como son los ganglios linfáticos cervicales.

LA TERAPEUTICA POR RADIACION.- Sólo es recomendada en ciertos casos; por ejemplo: El carcinoma de labio se trata con éxito por medio de su aplicación inmediata; en cambio el carcinoma del piso de boca, de lengua y de encías puede tener peor pronóstico. En la parte posterior de la cavidad bucal no siempre se puede diagnosticar y tratar precoz y oportunamente, ya que estos carcinomas se infiltran rápidamente a las estructuras adyacentes procediendo a aparecer metástasis tempranamente en los ganglios cervicales, de este tipo de neoplasias no puede tratarse con éxito después de que la metástasis se ha implantado y extendido.

Hay factores muy importantes que no habíamos nombrado como son: La edad y estado físico del paciente, esto es muy importante para llevar acabo con mayor posibilidad de éxito el tratamiento, porque cuando tratamos pacientes de edad avanzada y débiles solo podrán soportar procedimientos quirúrgicos después de una cuidadosa preparación preoperatoria, lo cual va a permitir que el mal avance más, provocando el empeoramiento del paciente.

Existen tumores sensibles a la radiación de rayos X o emanaciones de radio que pueden ser solos o combinados con la cirugía. En este tipo de tratamiento es necesario que se lleve bajo la responsabilidad y vigilancia de varios facultativos especializados como son: El Radiólogo, internista, oncólogo y cirujano bucal.

El factor más favorable para el tratamiento de radio terapia, es que las células del tumor estén en la etapa de crecimiento y no en su fase adulta porque ya no serán tan susceptibles a la radiación.

La radiación tiene efectos nocivos sobre el crecimiento activo del carcinoma inhibiendo inmediata o tardíamente, y también puede atrofiar su reproducción.

Los tipos de rayos que ocupamos en el tratamiento son: Los roentgen de onda corta y los rayos gamma del radio, aun que también suelen ocuparse otros metales radiactivos como son el cobalto radiactivo, gas de radón o el iridio activado.

Existen 3 métodos para la aplicación de las radiaciones que son:

- 1.- Emanaciones directas al área del tumor a distancia.
- 2.- Implantación de agentes radiactivos dentro del tumor.
- 3.- Combinación de emanaciones e implantación haciendo uso o no de la cirugía.

Los facultativos suelen emplear como esterilizantes a los rayos X, desde una considerable distancia fuera de la cavidad bucal.

Se puede usar filtros de aluminio y cobre para proteger los tejidos. Existen conos intrabucales para que la dosis de radiación sea mayor sobre el tumor y menor sobre los tejidos sanos adyacentes.

EL RADIO.- También es usado mediante una bomba extrabucal el cuál casi no es usado o recomendado por su al to costo y la gran cantidad que se usa.

EL COBALTO.- Radiactivo se usa ampliamente para irradiar tu mores.

Los agentes radiactivos como son el radio, gas de radón o el iridio activado pueden implantarse directamente en el tumor. Aunque como precaución el radio y el gas de radón se encapsulan en oro o platino para reducir la necrosis inmediata de los tejidos y lograr que la distribución de las emanaciones sea pareja.

P R E C A U C I O N E S: Hay que tenerlas , porque el uso de radiación es delicado, debe de planearse con mucho cuidado la distribución de los agentes radiactivos y esterilizar el tumor. Aunque los diversos rayos tienen efectos selectivos sobre los tejidos neoplásicos activos, el tejido normal debe ser protegido, ya que estos pueden sufrir graves afeccio nes y atrofas.

Las áreas irradiadas pueden presentar eritema y lesiones que afecten hasta el hueso. Así que la tolerancia de la

piel a la radiación debe determinarse para evitar una lesión grave.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Desgraciadamente, los tumores en boca son diagnosticados - en su mayoría - tardíamente, e involucran áreas extrabucales, por lo que su tratamiento es realizado con la intervención de varios especialistas que incluyen además del cirujano maxilofacial y oncólogo, al cirujano plástico y al otorrino.

Entre las clasificaciones tan variadas que han existido de los tumores, escogimos una que hace tiempo formó la O. M. S. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD), y la hemos completado con otra clasificación que viene en el tratado de patología Bucal de Shafer, Hine y Leve, y se pone a modo de ilustración para conocer la clasificación completa de los tumores malignos en la cavidad bucal, aun que como ya se vió sólo tratamos los de origen epitelial dentro de la cavidad bucal.

TUMORES DE LA CAVIDAD BUCAL  
 CLASIFICACION BASADA EN GRAN PARTE EN LA O.M.S.

- 1.- TUMORES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.
- EPITELIAL
    - PAPILOMA
    - CARCINOMAS ESPINO-CELULARES.
  - CONJUNTIVO
    - ANGIOMAS
- \*CARCINOMA VASOCELULAR  
 \*CARCINOMA EPIDERMIDE  
 \*CARCINOMA DEL LABIO  
 \*CARCINOMA DE LENGUA  
 \*CARCINOMA DE PISO DE BOCA  
 \*CARCINOMA DE MUCOSA VESTIBULAR  
 \*CARCINOMA GINGIVAL  
 \*CARCINOMA DE PALADAR  
 CARCINOMA VERRUCOSO  
 LINFOEPITELIOMA Y CARCINOMA DE  
 CELULAS DE TRANCISION  
 MELANOMA MALIGNO

- 2.- TUMORES DE ORIGEN OSEO. FIBROMAS OSIFICANTES
- SARCOMAS (osteosarcomas)

TUMORES MAS  
 COMUNES DE  
 LA CAVIDAD  
 BUCAL Y M.

- 3.- TUMORES ODONTOGENICOS.
- AMELOBLASTOMAS
    - Compuestos
    - Complejos
  - ODONTOMAS
  - CEMENTOMAS
  - MIXOMAS
- Odontomas que partande esta clasificaci3n.

- 4.- SEUDOTUMORES
- GRANULOMAS GIGANTOCELULARES
    - CENTRALES
    - PERIFERICOS (epulis)
- Hiperplasias fibrosas localizadas con o sin clasificaci3n (epulis).

- 5.- TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES MENORES (Tumores mixtos). Los m3s frecuentes se denominan: ADENOMAS PLEOMORFOS.

- EPITELIAL
  - ODONTOGENICOS
    - INFLAMATORIOS
    - EMBRIONARIO
    - O DE DESARROLLO
  - NO ODONTOGENICOS
    - Quiste del conducto nasopalatino (del
    - Quiste Residual
    - Quiste Paradentario
    - Quiste dentigero
    - Queratoquistes
    - Quistes perodonticos lateral

TUMORES DE LA CAVIDAD BUCAL

CLASIFICACION BASADA EN GRAN PARTE EN LA O.M.S.

- |  |                          |   |  |
|--|--------------------------|---|--|
|  |                          | PAPILOMA  | CARCINOMA VASOCELULAR                                |
|  | EPITELIAL                | CARCINOMAS ESPINO-CELULARES.  | *CARCINOMA EPIDERMÓIDE                               |
| 1.- TUMORES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.  |                          | CONJUNTIVO ANGIOMAS   | *CARCINOMA DEL LABIO                                 |
|  |                          |   | *CARCINOMA DE LENGUA                                 |
|  |                          |   | *CARCINOMA DE PISO DE BOCA                           |
|  |                          |   | *CARCINOMA DE MUCOSA VESTIBULAR                      |
|  |                          |   | *CARCINOMA GINGIVAL                                  |
|  |                          |   | *CARCINOMA DE PALADAR                                |
|  |                          |   | CARCINOMA VERRUCOSO                                  |
|  |                          |   | LINFOEPITELIOMA Y CARCINOMA DE CELULAS DE TRANCISION |
|  |                          |   | MELANOMA MALIGNO                                     |
| 2.- TUMORES DE ORIGEN OSEO.  | FIBROMAS OSIFICANTES     |   |  |
|  | SARCOMAS (osteosarcomas) |   |  |
|  |                          | OSTEOMA   |  |
|  |                          |   |  |
|  |                          | AMELOBLASTOMAS  |  |
|  |                          | ODONTOMAS   | Compuestos   |
|  |                          |   | Complejos  |
| 3.- TUMORES ODONTOGENICOS.   | CEMENTOMAS               |   | Odontomas que partande esta clasificación.           |
|  |                          | MIXOMAS   |  |
|  |                          |   | CENTRALES  |
|  |                          | GRANULOMAS GIGANTOCELULARES   | PERIFERICOS (epulis)                                 |
| 4.- SEUDOTUMORES   |                          | Hiperplasias fibrosas localizadas con o sin clasificación (epulis). |  |
|  |                          |   |  |
| 5.- TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES MENORES (Tumores mixtos). Los más frecuentes se denominan: ADENOMAS PLEOMORFOS. |                          |   |  |

		INFLAMATORIOS	Quiste Residual
	ODONTOGENICOS	EMBRIONARIO	Quiste Parodontario
EPITELIAL		O DE DESARROLLO	Quiste dentigero
	NO ODONTOGENICOS	Quiste del conducto nasopalatino (del	Queratoquistes
			Quistes periodonticos lateral

TUMORES MAS  
COMUNES DE  
LA CAVIDAD  
BUCCAL Y M.

## TUMORES DE LA CAVIDAD BUCAL

## CLASIFICACION BASADA EN GRAN PARTE EN LA O.M.S.

TUMORES MAS  
COMUNES DE  
LA CAVIDAD  
BUCAL Y M.

- |  |            |   |   |
|--|------------|---|---|
| 1.- TUMORES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.  | EPITELIAL  | PAPILOMAS<br>CARCINOMAS ESPINO_CELU   | CARCINOMA VASOCELULAR<br>*CARCINOMA EPIDERMIDE<br>*CARCINOMA DEL LABIO<br>*CARCINOMA DE LENGUA<br>*CARCINOMA DE PISO D'BOCA<br>*CARCINOMA DE M. VESTIB.<br>*CARCINOMA GINGIVAL<br>*CARCINOMA DE PALADAR<br>CARCINOMA VERRUCOSO<br>LINFOEPITELIOMA Y CAR_CINOMA D'CELS. DE TRANCISION. |
|  | CONJUNTIVO | ANGIOMAS  | MELANOMA MALIGNO  |
| 2.- TUMORES DE ORIGEN OSEO.  |            | OSTEOMA<br>FIBROMAS OSIFICANTES<br>SARCOMAS (osteosarcomas)                                 | Centrales<br>Perifericos (epulis)   |
| 3.- TUMORES ODONTOGENICOS.   |            | AMELOBLASTOMAS<br>ODONTOMAS<br>CEMENTOMAS<br>MIXOMAS  | Compuestos<br>Complejos<br>Odontomas que partan de esta clasificación.  |
| 4.- SEUDOTUMORES   |            | GRANULOMAS GIGANTOCELULARES<br>Hiperplasias fibrosas localizadas con o sin clasf. (epulis). |   |
| 5.- TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES MENORES (Tumores mixtos). Los más frecuente se denominan : ADENOMAS PLEOMORFOS. |            |   |   |

- |           |                  |   |                           |
|-----------|------------------|---|---------------------------|
| EPITELIAL | ODONTOGENICOS    | INFLAMATORIOS   | Quiste Residual           |
|           | NO ODONTOGENICOS | EMBIONARIO  | Quiste paradentarios      |
|           |                  | O DE DESARROLLO   | Quiste dentigero          |
|           |                  |   | Queratoquistes            |
|           |                  | Q. DEL COND.NASO PALATINO<br>(del conducto palatino anterior) | Quistes perodonticos lat. |
|           |                  | Q. Globo-maxilares  |                           |
|           |                  | Q. Naso-alveolares.   |                           |

- NO EPITELIALES
- QUISTES NEMORRAGICOS  
QUISTES SOLITARIOS  
(latentes o estáticos).

En el tratamiento quirúrgico de los tumores malignos de la cavidad bucal se necesita hacer una extirpación amplia.

Estos tipos de tumores son de tal gravedad y malignidad que invaden los tejidos adyacentes y producen metástasis, infarto ganglionar y se generalizan en tiempo variable, según el tipo histológico del tumor. Los grados de malignidad están clasificados por la O.M.S. en grados I, II y III. Y se extienden con más facilidad que el carcinoma cutáneo.

El tratamiento precoz adecuado, es primordial para eliminar la neoplasia y éste sólo se llevará a cabo con una biopsia en la que se incluye tejido sano y se manda al patólogo, pero por lo general el paciente portador de la lesión sospechosa puede demorar dos, tres y hasta doce meses o más en presentarse con el facultativo y cuando lo hace la lesión es ya intratable.

La escisión amplia es muy importante ya que el crecimiento del tumor invade los tejidos vecinos normales, y a veces esta invasión no es detectada en el examen clínico.

Para retirar el tumor se emplean el bisturí y el electrocauterio con el cual no siempre se logra una cicatrización primaria.

El tejido cicatrizal se extirpa después de un tratamiento favorable de la lesión maligna, ya que la extensión de la cicatriz perjudica la función.

Y como es de imaginarse y esperarse, la extensión del tumor dentro de periostio y hueso necesita la resección parcial o extensa de la mandíbula o del maxilar, según sea localizada la afección. La resección puede ser extensa o parcial.

La extensa.- Puede ser cuando las tablas del hueso estén invadidas.

La parcial.- Se indica en casos en los cuales sólo se invadió el periostio.

Cuando un tumor maligno llega a invadir hueso esponjoso y el facultativo manda sacar radiografías de esa parte, se verán zonas osteolíticas. En cuanto a un tumor infiltrante, éste llega a afectar a la mandíbula en su funcionamiento ya que le va a provocar parestesia al invadir

las ramas del trigemino.

En la intervención quirúrgica de los carcinomas, cuando se hace la resección extensa ya sea mandibular o maxilar, debe hacerse también la resección de los vasos sanguíneos que se encuentran en la zona afectada; en cuanto al tejido blando adyacente se deberá, cuando sea posible, sostener con protésis adecuadas que serán fijadas a los muñones o porciones óseas que queden ya que se colocan inmediatamente y con injertos óseos, puede que se presente una reinsidencia.

Los carcinomas de origen epitelial pueden llegar a producir como ya lo vimos en las descripciones individuales de los diferentes carcinomas, metástasis a los ganglios linfáticos cervicales, al comienzo de la enfermedad, los ganglios de la región afectada se agrandan, y es cuándo el facultativo por medio de la palpación los puede diagnosticar. Entonces estos ganglios linfáticos se tienen que extirpar ampliamente antes de que lleguen a afectar y a extenderse sobre otras estructuras sanas.

Así pues ya estando preparados y listos a operar, se empieza por realizar un buen corte para tener buenos colgajos de piel que se separan ampliamente para exponer los te-

jid<sup>o</sup>s subyacentes atacados y los adyacentes sanos. Claro que antes se aplicará una buena anestesia según el caso y la gravedad con un adecuado campo operatorio, y ya descubierto el tumor es necesario tener suficiente campo visual, limpio y una apropiada iluminación, se debe sacar la porción tumorígena completa y los ganglios linfáticos en caso de estar afectados (según el tipo de tumor y lugar en que se encuentre), o sea con metástasis. Se deben de extirpar ampliamente y aunque algunos ganglios linfáticos del campo operatorio parezcan normales, se deben extirpar en bloques con las inserciones aponeuróticas así como se va viendo, el facultativo se ve forzado a sacrificar algunas estructuras normales.

Es necesario controlar bien la hemorragia para no entorpecer la intervención, así que es necesario ligar y extirpar algunos vasos sangíneos y quitar los tejidos linfáticos vecinios por completo.

Después de que el facultativo ve que todo ésta correctamente realizado se procede a colocar en su posición original los colgajos, y se empieza a cerrar con suturas no resorbibles, después de ponerle canalización para que se lleve a cabo el drenaje y reducir de ésta manera la formación de hematomas.

Es muy recomendable vendar la zona intervenida a presión para ayudar a la cicatrización de la herida.

#### Q U I M O T E R A P I A:

Tratamiento con sustancias químicas.- Para bien del paciente y del facultativo el uso de la anestesia avanzada ha mejorado.

En algunos casos a sido exitosa la infusión de agentes quimoterápicos en los vasos sanguíneos que principalmente irrigan el área del tumor dentro de la cavidad oral.

Según parece los agentes tienen preferencia por los tejidos anaplásicos y llegan a destruir el carcinoma.

Existe un grupo de agentes químicos sintéticos que parecen prometer mucho para tratar los tumores bucales y se conocen con el nombre de ANTIMETABOLITOS, y estos logran interferir con el metabolismo de las células cancerosas de rápido crecimiento y división.

Dentro de los agentes químicos tenemos 2 que se introducen bajo presión controlada en la corriente arterial que alimenta el sitio del tumor, y son el METOTREXATO y 5-FLUORURACIL. Claro que la cantidad de agentes químicos debe ser la necesaria para tener el efecto deseado, aunque a veces produce efectos depresores en el sistema hematopoyético del paciente. Puede provocar, náuseas, vómitos y males generales que son síntomas ya previstos por el facultativo. Y como resultado de la administración de los agentes químicos la actividad del tumor queda suspendida y el sitio local generalmente se esfacela.

Otro tipo de tratamiento del cual puede echar mano el facultativo es el combinado, y que consiste en aplicar quimioterapia (adicional), rayos X y extirpación o resección quirúrgica del tumor opresor. O sea que se ocupa un tratamiento triple: Radio-quimo-quirúrgico.

Dentro de los adelantos de la medicina moderna tenemos algo que viene a revolucionar en el tratamiento quirúrgico del tumor ya sea benigno o maligno. Esta se realiza con una sonda que tiene una punta por medio de la cual fluye nitrógeno líquido en cantidades controladas que producen la congelación de los tejidos seleccionados a una

temperatura aproximada de  $-180^{\circ}\text{C}$ . Y a éste nuevo ímpetu de tratamiento para el cáncer se le conoce con el nombre de CRIOCIRUGIA.

La congelación de tejidos seleccionados para realizar la criocirugía se ha intentado con éxito en el tratamiento de tumores. En la cavidad bucal se selecciona el tejido neoplásico, se toca éste con la punta de la sonda, congelandolos y provocando como resultado de este breve contacto la sesión y muerte celular.

Claro que después de esto se presentan consecuencias normales como son: la inflamación, necrosis y esfacelación de los tejidos afectados.

Las ventajas de usar la criocirugía selectiva y la infusión quimioterapéutica son muy buenas, ya que se va a poder incluir al paciente que ya tiene su enfermedad avanzada y por lo tanto para nosotros este paciente esta representando un gran riesgo. Nos ayuda a conservar el soporte óseo para los tejidos blandos contiguos, una menor pérdida de sangre por el uso de este tratamiento, más con

servados y posoperatoriamente el paciente va a sufrir menor dolor y menor deformación estética de su cara,

## RESUMEN

Las lesiones tumorales rara vez se presentan y cuando lo hacen se encuentran como una hinchazón de los tejidos, bien circunscritos y redondeados, amenazando la salud y longevidad del paciente. Estos suelen ser benignos, premalignos y malignos.

Los malignos de origen epitelial o epidermoides, son los que llaman nuestra atención y son los que tratamos en el transcurso de esta tesis, estos se componen de capas y nidos de células cuyo origen lógico es el epitelioescamoso que generalmente se empieza a manifestar con la leucoplasia que se presenta indolora, dura, blanco-azulosa y que suele ser una lesión de advertencia.

Al tumor maligno se le conoce también como: CANCER O CARCINOMA.

Y la intensidad de éste se le puede medir con la tabla de sistema T.N.M. ó sea TUMOR, NEOPLASIA, METASTASIS.

El paciente y el facultativo juegan un papel muy importante en el descubrimiento de esta afección.

EL PACIENTE.- Al acudir a menor síntoma o molestia, como son: Dolor, abultamiento o cambio de color en las estructuras normales, permitiendo el diagnóstico precoz del tumor, y no dejándolo al tiempo como suelen hacerlo la mayoría de los pacientes que acuden al especialista solo cuando la lesión salta a la vista y su tratamiento ya es muy difícil, y de pobre pronóstico.

EL FACULTATIVO.- Al proceder a oscultar al paciente metódicamente, visual y palpablemente, al revisar todas las estructuras comparativamente y si el paciente se presenta tempranamente y la oscultación es cuidadosamente realizada, se da un diagnóstico precoz con un pronóstico favorable. Si el paciente se presenta ya cuando el mal esta muy avanzado, es lógico que el diagnóstico es rápido y su pronós

tico en ocasiones pobre y otras triste.

Así que de aquí en adelante se debe de tratar al paciente con sumo cuidado. Se deben de mandar inmediatamente muestras o biopsias al laboratorio de patología. Se deben de tomar radiografías para ver si ha dañado hueso y hasta donde, revisar ganglios linfáticos si es que la posición del tumor puede afectarlos, conocer a fondo la historia médica del paciente, su edad; en fin su estado general para proceder a tratarlo ya sea con: QUIMIOTERAPIA, CIRUGIA, RADIACION, CRIOCIRUGIA o una combinación de varios de ellos en diversas formas, según convengan al paciente y al facultativo que siempre va a pensar a favor del enfermo.

QUIMIOTERAPIA.- Se pueden usar agentes químicos sintéticos como son los Antimetabolitos que interfieren con el metabolismo de las células cancerosas de rápido crecimiento y división.

RADIOLOGICO.- Que es recomendado solo en ciertos casos, sino, pueden llegar a provocar más daño. Pero en los casos recomendados se puede usar los rayos: Roentgen de onda corta, los gamma del radio y metales como: El cobalto radiactivo, gas de radón y el iridio activado.

QUIRURGICO.- Se necesita hacer una extirpación amplia y que invadan los tejidos sanos adyacentes, incluyendo por supuesto a los tejidos en los que se haya producido metástasis e infarto ganglionar, al tomar tejido sano estamos evitando lo mejor posible una recidiva del tumor.

La resección puede ser parcial o extensa según el caso. Pero siempre debe existir buena asepsia, adecuada iluminación y excelente extirpación del tumor, incluyendo tejidos sanos adyacentes y estructuras que se sospechen estén afectadas y un poquito más para evitar la reincidencia. Si la extirpación es menor se puede cauterizar y no necesitaria suturas. Y si es amplia se usará sutura no reabsorbible y vendajes.

CRIOCIRUGIA.- Por medio del congelamiento usando nitrógeno líquido en cantidades controladas.

Y a su vez estos tratamientos se pueden usar en forma combinada en diversas maneras. Todo por el bien del paciente y el éxito del facultativo al resolver el caso favorablemente.

## C O N C L U S I O N :

El cáncer maligno dentro de la cavidad oral aparece con poca frecuencia, sin embargo cuando se presenta es muy peligroso. Su inicio es asintomático por lo que se detecta generalmente cuando está ya avanzado. Suele aparecer con frecuencia en personas del sexo masculino entre los 50 y 60 años de edad.

Los factores que probablemente ocasionan las lesiones cancerígenas los podemos agrupar en físicos y biológicos, entre los que se destacan: El virus Epstein Barr, el cual aparece con frecuencia en los estudios de laboratorio, el tabaco, el alcohol, la luz, la sífilis, las deficiencias nutricionales, etc., todos ellos favorecidos por pacientes con malos hábitos higiénicos.

El cáncer oral cuando se presenta en la parte posterior de la cavidad bucal puede ser de peor pronóstico que cuando se presenta en la parte anterior, ya que suele afectar estructuras adyacentes vitales.

El paciente acude al facultativo cuando sus molestias son evidentes y dolorosas por lo cual el cáncer es detectado tardiamente. Pocas veces el paciente se examina de manera preventiva logrando así oportunamente la detección precoz de la lesión.

Para su tratamiento se usan medios quimioterapéuticos, quirúrgicos, y radiactivos, que pueden ser usados en forma combinada. La detección generalmente la hace el cirujano dentista pero, el tratamiento va a ser siempre dirigido por el Oncólogo apoyado por diversos especialistas como son: El cirujano maxilofacial, el otorrinolaringólogo y el cirujano plástico.

Así entonces lo ideal para reducir este tipo de lesiones malignas sería evitar los factores antes mencionados en la medida de sus posibilidades, procurando tener una buena higiene y acudiendo al facultativo al menor indicio de cualquier anomalía o molestia, sin que se espere a que el dolor sea la causa de su visita. Ya que entre más pronto se detecte el mal es menor el daño y mayor la posibilidad de curación y sobrevida, evitando una gran incapacidad funcional y mayores costos de tratamiento.

## G L O S A R I O

- Adenocarcinoma.- Tumor epitelial maligno que se implanta en el tejido glandular, recordando atípicamente su estructura denominado también carcinoma, constituyendo el cáncer de las glándulas. Aparece en la edad madura y senil y raramente se desarrolla antes de los 35 años. El tumor se desarrolla infiltrando y destruyendo los tejidos sanos periféricos con lenta pero inexorable progresividad, estando dotado, pues de un poder destructivo verdaderamente impresionante. Su localización o asentamiento a distancia (metástasis) tiene lugar únicamente por vía linfática, raramente por vía sanguínea.
- Adyacente.- Estar próximo.- adj, Situado en la inmediatección o proximidad de otra cosa.
- Cáncer.- Tumor maligno, cualquiera que sea la estructura histológica que tenga y el tejido sobre el que se implante.
- Carcinoma.- Tumor maligno de origen epitelial, denominado también epitelioma. Se deriva del griego "Karkinos" que significa "cangrejo"

- Crateriforme.- Adj. que tiene forma de cráter.
- Criocirugía.- Intervención quirúrgica mediante la congelación.
- Crioterapia.- Tratamiento mediante el frío.
- Epi.- Prefijo de origen griego que significa "sobre",
- Epidermoide.- Sobre la piel.
- Epitelial.- Llamado también epitelio, es un tejido que puede cumplir las funciones de revestimiento y de secreción.
- Esfacela.- Trozar, quitar la cabeza o la punta.
- Etiológico.- Estudio de las causas de la enfermedad, que puede ser hereditaria, congénita o adquirida.
- Hematoma.- Es la colección de sangre extravasada por hemorragia en el seno de un tejido las mallas del mismo se disocian y alejan del chorro sanguíneo del vaso lesionado y se forma una cavidad que recoge la sangre extravasada. Casi siempre de origen traumático. Suele reabsorberse espontáneamente con cierta lentitud.
- Histológico.- Estudia las alteraciones estructurales microscópicas que producen en los tejidos las diversas enfermedades.

- Metástasis.- Es el proceso de migración de una afección patológica de una parte a otra de nuestro cuerpo a través de la circulación sanguínea o linfática. En el caso de los tumores malignos pueden localizarse y en órganos distantes del lugar en que se asienta el tumor maligno primitivo.
- Neoplasia.- Es la formación (plasia) de tejido nuevo (neo), tanto normal como patológico; ejem; el tejido cicatricial o el tejido atípico de un tumor benigno o maligno.
- Quimioterapia.- Tratamiento con sustancias químicas de estructura bien definida, los cuales si bien respetan en forma absoluta o relativa la integridad de las células de nuestros tejidos, tienen también una acción gravemente nociva (o mortal) sobre los microbios de las enfermedades infecciosas desarrolladas en nuestro organismo.
- Recidiva.- Se habla de recidiva cuando un individuo cae enfermo de una afección ya sufrida.
- Sífilis.- Enfermedad venérea infecto-contagiosa provocada por el treponema pallidum o spirocheta lúes. La sífilis puede ser congénita o adquirida.

Síndrome.-

Es el conjunto de síntomas característicos de un estado patológico determinado, así - por ejem: se denomina síndrome apendicular el conjunto de síntomas de orden local y - general que permiten el diagnóstico de apendicitis (aguda, subaguda o crónica).

Tumor.-

En sentido genérico indica cualquier aumento de volumen bien circunscrito y redondeado - de un órgano o tejido; es por lo tanto sinónimo de tumefacción, aunque los límites de esta última son menos netos y precisos. En sentido específico, tumor es una "neoplasia" de uno o varios tejidos cuyas células re-- producen "atípicamente" la estructura del - tejido normal en que se implanta el tumor;- esta neoplasia que se presenta, se desarrolla con un crecimiento más o menos rápido - en completa independencia y autonomía de -- nuestro organismo, entrando en conflicto -- con las fuerzas vitales del mismo y actuando como si fuera un parásito.

Úlcera.-

Es una pérdida de sustancia que tiene poca - tendencia a curar mediante el proceso de -- granulación y cicatrización, por el contrario tiende a extenderse en superficie y a -

profundizar. La ulceración puede ser provocada por numerosas causas: físicas (quemaduras, congelación, irradiaciones Roentgen etc.), químicas, (substancias cáusticas), microbianas (ulceración de nódulos tuberculosos, de sifilomas, etc.).

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

1.- T H O M A

PATOLOGIA ORAL

ROBERT J. GORLIN  
HENRY M. GLDMAN.

Editorial Salvar, S. A.  
Reimpresión 1980.

2.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

TERCERA EDICION

WILLIAM G. SHAFER  
MAYNARD K. HINE  
BARNER M. LEVY

Editorial Interamericana  
Edición 1977

3.- TEXTO DE PATOLOGIA

SEGUNDA EDICION

PELAYO CORREA  
JAVIER ARIAS STELLA  
ROY PEREZ TAMAYO  
LUIS M. CARBONELL

Editorial La Prensa Médica Mexicana.  
Edición 1975

4.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

CUARTA EDICION

GUSTAV O. KRUGER

Editorial Interamericana  
Edición 1982.

5.- CIRUGIA BUCAL  
OCTAVA EDICION  
GUILLERMO A. RIES CENTENO  
Editorial El Ateneo  
Edición 1980

6.- DICCIONARIO MEDICO TEIDDE