



**Universidad Nacional
Autónoma de México**

Facultad de Odontología



NEOPLASIAS ORALES

Tesis Profesional

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a n

**MYRNA ARTEAGA PEREZ
JUANA EMILIA MARTINEZ ESPINOSA**

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NEOPLASIAS ORALES.

INDICE.

INTRODUCCION.

CAPITULO I.- Oncología: concepto y definición.

Cáncer: concepto, definición y explicación.

Neoplasia: concepto, definición y explicación.

Tumor: concepto, definición y explicación.

Metástasis: concepto, definición y explicación.

CAPITULO II.- Reseña Histórica del Cáncer.

CAPITULO III.- Cavity Oral:

Anatomía.

Histología.

Fisiología.

CAPITULO IV.- Cáncer Bucal: concepto y definición.

Neoplasias Malignas de la Boca.

Frecuencia en Carcinomas de Labio y Lengua.

Frecuencia en Función de la Edad.

Frecuencia en Función del Sexo.

CAPITULO V.- Etiología del Cáncer Bucal.

a) Irritación Crónica.

b) Tabaco.

c) Humo de Tabaco.

d) Sífilis.

e) Factores de Rayos Solares.

f) Factores Dentales.

CAPITULO VI.-Las Cuatro Etapas del Cáncer Bucal.

Etapa # 1.- Tardanza debida al Paciente.

Etapa # 2.- Tardanza debida al Profesionista.

Etapa # 3.- Tratamiento Adecuado.

Etapa # 4.- Período de Observación.

Factores que modifican el Aspecto Clínico del Cáncer Oral:

1.- Características Macroscópicas.

2.- Existencia de Lesiones Predisponentes.

3.- Localización del Tumor.

4.- Rapidez de Crecimiento.

5.- Tratamiento Previo.

Lesión Pequeña: signos y síntomas.

Lesión de tamaño Mediano: signos y síntomas.

Lesión Avanzada: signos y síntomas.

Focos de Origen más frecuentes en Cánceres de Boca.

Estadíos del Cáncer.

CAPITULO VII.-Detección Precoz del Cáncer Oral.

*CAPITULO VIII.-Conducta que el Dentista debe seguir al-
informar al Paciente de un Diagnóstico -
de Cáncer Oral.*

CAPITULO IX.-Carcinoma de Labio.

Carcinoma de Lengua.

Carcinoma del Piso de la Boca.

Carcinoma de la Mucosa Vestibular.

Carcinoma Gingival.

Carcinoma del Paladar.

Carcinoma del Seno Maxilar.

Carcinoma Basocelular.

Carcinoma Epidermoide.

Carcinoma Verrucoso.

*Linfoeptelioma y Carcinoma de Células de
Transición.*

Melanoma Maligno (Melanocarcinoma).

CAPITULO X.- Casos Clínicos:

Carcinoma Epidermoide del Suelo de la Boca.

Carcinoma Epidermoide del Carrillo.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

El cáncer es un problema grave y polifacético que abarca el ámbito de la biología, de la medicina y de toda la sociedad humana.

Todavía no se dispone de los conocimientos suficientes sobre la biología del cáncer en los cuales fundamentar una actuación médica de eficacia máxima. Por ello, el cáncer es todavía una amenaza para la humanidad y ésta debe organizar su defensa.

Es evidente que sin el consenso y la participación de la sociedad no son posibles los necesarios esfuerzos de investigación fundamental y de organización de asistencia sanitaria.

La primera condición para lograr el apoyo de la sociedad reside en el hecho de que ésta posea la información adecuada; es necesario que la población esté informada de los problemas y progresos, de las necesidades y de las posibles soluciones en la lucha contra la enfermedad. Solo así las organizaciones sanitarias podrán recabar la participación de la sociedad. El riesgo existe y por lo tanto, lo mejor es conocerlo y valorarlo.

Desafortunadamente, lo que la gente cree saber hoy, es siempre lo peor. La imagen pública del cáncer es totalmente negativa, pero se enraiza en un error de concepto, ya que mucha gente ignora que aún faltan precisa

mente muchos conocimientos básicos acerca del cáncer; - creen que ya todo está hecho y que todo es inútil, y - por ello, no confían en todo lo que queda por hacer, por el contrario confían ciega y totalmente en remedios milagrosos.

Suele desconocerse que la medicina está realizando un gran esfuerzo de reorganización a nivel de la enseñanza y del ejercicio profesional para adaptarse a las necesidades actuales, entre las que destaca el combate contra el cáncer.

Ahora bien, para el Cirujano Dentista es de suma importancia conocer la etiología, evolución y tratamiento del cáncer; ya que en un momento dado este problema puede presentarse en uno de nuestros pacientes y el diagnóstico precoz dependerá del conocimiento que el Cirujano Dentista posea sobre la enfermedad.

Nosotros en particular, analizaremos que el examen bucal no solo debe estar dirigido a la exploración de la cavidad dentaria; ya que la cavidad oral también está constituida por tejidos blancos que merecen atención tanto por parte del paciente como, por parte del Cirujano Dentista; y además, no debemos olvidar, que una de las zonas de riesgo dentaria es susceptible de la aparición de tejidos blancos: lengua, piso de boca, superficie bucal, orofaringe, laringe, epiglotis; están expuestas a recibir cada una tipo de lesión hasta la terrible enfermedad que es el cáncer.

Al desarrollar el tema, para presentación de este trabajo, se pretende mostrar el interés y el deseo de obtener una información acerca de esta enfermedad; sabemos que con esto no podríamos darla por terminada, pero si tendremos las bases para poder conocer y diagnosticar en un momento dado el cáncer bucal.

Es por esta razón, que consideramos que el estudio del cáncer dentro de la Otorrinolaringología debe ser una preocupación constante ya que como se dijo anteriormente, el Cirujano Laringólogo debe estar consciente de que una situación de este tipo puede presentarse en cualquier momento, y por lo tanto debe y tiene la obligación de ser capaz de establecer un diagnóstico precoz, y procurar al paciente el tratamiento adecuado, no con la pretensión de curarlo totalmente, ya que no es posible; pero si está en condiciones de poder evitar que siga su curso, é porqué lo recomendamos por estudiar y conocer más acerca de esta enfermedad.

Y es así como nos sumamos a todos aquellos que sienten y tienen la preocupación por saber más acerca de esta enfermedad.

El uso del tabaco se investiga ahora como una causa posible del cáncer pulmonar.

En la mujer es común el cáncer de los senos y órganos de reproducción; en los hombres ataca principalmente el aparato digestivo, los pulmones la piel y la boca. Además de los nódulos del corazón, el cáncer es la causa de mayor número de muertes entre las mujeres que pasan de los treinta y cinco años y entre los hombres de cuarenta a sesenta y cinco años.

Las señales de alarma más comunes son: lunares pigmentados y sangrantes que forman nódulos en el pecho; de sangre anormal y curación por el recto, ronquera y tos persistente.

Cuando se descubre el cáncer en sus comienzos, puede extirparse quirúrgicamente ó mediante el tratamiento con fosforo radiactivo; en casos de cáncer de pecho estos tratamientos han resultado eficaces en 80% de los casos.

Cuando el cáncer no se halla localizado en una determinada parte del cuerpo, se emplea para combatirlo la quimioterapia y el tratamiento hormonal.

NECROSIS: es una alteración progresiva de determinados grupos de células que escapan a los controles normales del organismo; esta multiplicación celular desordenada se acompaña de células indiferenciadas, de ésto-

resulta la producción de una masa nueva que ocupa espacio en el organismo y rebaza o infiltra tejidos vecinos; si esta proliferación de células indiferenciada se deja a su libre crecimiento y encuentra una fuente de nutrientes adecuada para las necesidades de sus componentes invadirá los tejidos del organismo hasta llegar al punto de perjudicar sus funciones vitales y finalmente ocasionarle la muerte.

Una vez que existe el trastorno no es necesario que persista las condiciones que lo ocasionaron, pues las células malignas se multiplican y continúan la multiplicación.

"Cuando la oncología se restringe a la descripción de una célula o grupo de células que independientemente de la etiología y las leyes de evolución de un organismo (o del individuo), el resultado es un tumor, - concepto que se trata de por una definición, más como médico en la teoría: no interpretar la etiología del organismo maligno, sino como un tumor, - más bien idéntico".

[Ángel Torres].

La neoplasia por lo tanto es un crecimiento excesivo celular del tejido del organismo en el que surge. -

crecimiento del tejido, de naturaleza autónoma que no cumple ningún propósito útil, que sigue sus propias leyes sin tener en cuenta al organismo en su conjunto y que crece a expensas del cuerpo y no para su beneficio.

Así pues tenemos que, la degeneración de un trastorno neoplásico da origen a un tumor.

TUMOR: es un crecimiento nuevo anormal de los tejidos, independiente del resto del cuerpo y sin ningún propósito útil.

La masa tumoral está constituida por células específicas de una o más clases que son las únicas de carácter neoplásico. Las células y fibras conjuntivas que acompañan el crecimiento tumoral sirviéndole de armazón, así como los vasos sanguíneos y linfáticos neoformados, que constituyen el estroma del tumor y su crecimiento como se comprende necesario para la viabilidad del tumor no tiene carácter tumoral.

En la mayoría de los casos el tejido neoplásico está constituido solamente por una clase de células procedentes de un solo tejido. Tal especificidad es la base de la clasificación de las neoplasias.

El crecimiento incontrolado y en exceso es la principal característica de los tumores y en nada parecido a otras proliferaciones como la inflamación, regeneración, hiperplasia y malformaciones.

Tanto la inflamación como otras proliferaciones - reparadoras tienen una finalidad útil contribuyendo a - la defensa y ala conservación morfológica del organismo. Por otra parte en contraste con los tumores, estos procesos no son progresivos ni continuos y desaparecen cuando aquella necesidad ha quedado cumplida.

El aumento anormal de las células de un tejido - que constituye la hiperplasia puede igualmente considerarse como característico de los tumores. Sin embargo, - la hiperplasia es una respuesta compensadora a una falta de tejido o a una mayor demanda , o bien como consecuencia de una influencia y alteración del control hormonal (mama, útero, próstata). Por lo tanto, las hiperplasias tienen un valor funcional; sus respuestas y otras - anormales y su intensidad y duración son limitadas.

Mayores confusiones se originan entre neoplasia y malformaciones (alteraciones en el desarrollo embrionario) en las que existe una inadecuada proporción de los diferentes tejidos que la constituyen.

La persistencia del crecimiento tumoral después de haber desaparecido el estímulo, es el carácter fundamental de las neoplasias. Una vez producido el tumor sus células crecen y transmiten las cualidades características de división celular, independientemente de la causa: se - los hipertrofia por las excepciones; se trata de un - viene en una formación autónoma.

Es perfectamente comprensible que en los seres humanos cuando se conoce la causa carcinogénica, su presencia o ausencia no es necesaria para el desarrollo tumoral.

Clasificación de los Tumores. - Conforme al comportamiento biológico de las neoplasias se les ha separado en dos grandes grupos; Tumores Benignos y Tumores Malignos.

Tumor Benigno. - es un tumor de crecimiento lento, que no se disemina más allá del sitio primario de origen, está encapsulado por lo cual no invade los tejidos vecinos. Su principal característica es que no da metástasis, crecen como masas localizadas. No conducen a la muerte en corto tiempo, ya que suelen no ser graves; pero llegan a causarla si se encuentran localizados en órganos vitales.

Tumor Maligno. - a diferencia del tumor benigno, es un tumor de crecimiento rápido, invade los tejidos vecinos mandando prolongaciones de células anormales en muchas direcciones. No tiene cápsula, cuando estas células malignas penetran en los vasos linfáticos o sanguíneos se escurre desde su foco de origen dando lugar a focos secundarios de la lesión, a los cuales se les llama metástasis. Este tipo de tumor conduce irremediablemente a la muerte del individuo en un período relativo

uamente corto, en el caso de que no se haga un tratamiento efectivo.

Asu vez los tumores malignos tienen otra clasificación que se basa en el tejido de origen, y son:

Carcinoma: es un tumor maligno de origen epitelial.

Sarcoma: es un tumor maligno de origen mesodérmico.

Otra de las clasificaciones es la que se basa en el nombre del órgano en el que aparece el tumor, como por ejemplo: meningioma, Hepatoma, etc.

Otros reciben el nombre de las células de que están formados, en otros casos se les da el nombre del investigador que ha descrito el tumor, por ejemplo: Tumor de -- Edinb.

También se los puede a r ver como compuestos, que es cuando el tumor está integrado por los tipos diferentes de células. etc.: Fibrosarcoma de la Vena.

Por último tenemos los Teratomas que son tumores -- compuestos por elementos derivados de más de una hoja -- blastodérmica.

METASTASIS: tal vez la principal característica de las células cancerosas es su facultad de multiplicarse -- incontrolada por el crecimiento constante, acumulándose las células proliferantes, en tal número que producen el tumor, sin embargo el crecimiento no se limita a ésta -- zona local o punto de origen.

Las células tumorales en constante proliferación se abren camino en los tejidos circundantes, irrumpen en los vasos linfáticos y sanguíneos del huésped, donde los fragmentos celulares forman émbolos tumorales se forman nuevos focos secundarios de la lesión primaria (focos cancerosos) o metástasis. Por lo tanto, las metástasis son focos secundarios de una enfermedad maligna.

Las metástasis pueden ser aisladas o múltiples, generalmente las metástasis lejanas son múltiples.

Existen tumores malignos que casi nunca dan metástasis, los principales ejemplos de éstos tumores son: Carcinoma de células basales de la piel y los Ameloblastomas. En cambio hay tumores malignos con gran frecuencia de metástasis, como son: los tumores de lengua, piso de boca, paladar blando, y glándulas salivales.

Se deduce entonces que todas las lesiones bucales producen metástasis.

CAPITULO II:

RESEÑA HISTORICA DEL CANCER.

El cáncer como se menciona anteriormente, es un tumor cuya historia se pierde junto con la historia del hombre.

Los antiguos lo comparaban con un animal insaciable que devoraba las carnes; pero bajo ésta designación comprendían todas las proliferaciones histicas más variables.

El nombre de cáncer se debe a que nuestros antepasados lo comparaban con un cangrejo que estuviera incrustado en las carnes del enfermo; debido a su forma ramificada u profunda.

Reservorio Histórico.- Las neoplasias se conocen desde los tiempos más remotos, documentos médicos fueron descritos en el año 1200 antes de Cristo en Egipto; sin embargo la enfermedad es mucho más antigua, u hebreo curioso, la más vieja de cuantas podemos identificar a través de la historia.

Se ha descubierto en Egipto, e sea un neoplasma óseo en la vértebra de un esqueleto que vivió hace aproximadamente 10 millones de años.

Los conceptos modernos de esta enfermedad, tienen probablemente su origen en los trabajos de Johannes Miller, en el año 1839, quien observó que las neoplasias estaban compuestas de tejidos celulares; Virchow 20 años

después dió nuevo impulso a ésta idea y describió las alteraciones celulares características del cáncer.

En el año de 1889, hace apenas 80 años, se inició el primer trabajo experimental de importancia sobre las neoplasias cuando Hanau transplantó un cáncer de una rata a otra. La significación de ésta primera producción experimental del cáncer no fué debidamente apreciada durante muchos años, hasta que Leeb comunicó en 1901 una serie de experimentos que demostraban que el cáncer espontáneo de la rata podía ser transplantado a otra.

Muchas neoplasias malignas aparecen bruscamente en tejidos de aspecto normal; la importancia de los factores genéticos comenzó a advertirse, cuando Turner produjo en 1907 cepas de gran pureza y observó notables diferencias en la frecuencia del cáncer. Sir Percival Pott -- observó en 1775, la elevada frecuencia de Carcinoma del Escroto en los trabajadores que se dedicaban a la limpieza de las chimeneas y formuló las relaciones causadas entre profesión y cáncer.

En las montañas de Erz de Sajonia (Alemania) se encontraban las ricas minas de Schneeberg y Joachimsthal que producen plata, níquel, cobalto, uranio y arsénico. A comienzos del siglo XVI se advirtió que la mayor parte de los trabajadores de estas minas al cabo de algunos años, presentaban una enfermedad progresiva de los pulmones, invariablemente mortal.

Transcurrieron casi 260 años antes que dicho padecimiento fuese identificado como cáncer en el año de -- 1879.

El cáncer en el caso de los mineros alemanes, lo contraían en los pulmones por efecto de la elevada radiación ionizante por inhalación prolongada de "radón" o sea por emanación gaseosa del radio.

En el año de 1916 vino a descubrirse el primer agente carcinógeno por estudios de producción experimental del cáncer .

Fueron dos eminentes científicos japoneses, Yamagiwa e Ichikawa, quienes hicieron la observación histórica - de que cuando las orejas de los conejos se untaban con alquitrán de hulla (carbón piedra) durante largo tiempo se producían papilomas; algunos de los cuales terminaban por hacerse cancerosos, desencadenando con ello un intenso trabajo a fin de encontrar la naturaleza química de la substancia carcinógena. Fué en el año de 1930 que los investigadores Kennaway y Cook, por vez primera identificaron químicamente un agente carcinógeno:

el 1, 2, 5, 6- dibenzopireno.

Otro modo de abordar el problema de la etiología - del cáncer se inició en 1911, cuando Peyton Rous describió un virus transmisible que producía cáncer en los ratones. En los años siguientes se han descubierto muchos otros neoplasmas de etiología viral.

CAPITULO III.-

CAVIDAD ORAL.

ANATOMIA:

Los arcos de los maxilares superior e inferior, con las encías u los dientes, dividen la cavidad oral en -- dos partes;"vestíbulo;" espacio situado dentro de los labios y carrillos; y afuera de los dientes; y "cavidad bucal" propiamente dicha, por dentro de las arcadas dentales.

La boca está limitada por el paladar óseo y el paladar blando en el techo, por el maxilar inferior que describe un arco alrededor de la lengua y de otros tejidos blandos situados en el suelo, y hacia los lados por las paredes de los carrillos; se extiende desde la hendidura labial, la línea donde se tocan los labios -- hasta la parte posterior de la lengua donde se abre en la faringe.

La parte del "carrillo" o mejilla está formada por el músculo buccinador y un depósito subcutáneo de grasa la "bela adiposa" de Fiebat, el buccinador mantiene los aliventes entre los dientes apartándolos del vestibulo.

Hacia la parte posterior de la mejilla, el masetero cubre a la rama ascendente del maxilar inferior; el borde anterior de la rama del maxilar asciende por atrás del último molar hasta la prófisis coronoides.

La innervación de la piel de la mejilla corresponde

al nervio maxilar inferior; emite el nervio bucal, que atraviesa el buccinador y se distribuye en la mucosa. El Buccinador recibe filotes del facial, que inerva los músculos faciales pero queda a los músculos masticadores que reciben inervación del maxilar inferior.

Los "labios" están separados de las mejillas por el surco labio-gominal que va de la nariz a la comisura bucal. El labio superior presenta una depresión en la línea media llamada "surco Subnasal", con hundimiento en la línea mucocutánea y el tubérculo del labio superior.

El labio inferior presenta un fosito medio que corresponde al tubérculo del labio superior; hacia afuera está separado de la mejilla por el "surco mentolabial".

En la línea media, el labio superior y el inferior están unidos a la cría por el frenillo.

Los labios tienen estructura semejante a las mejillas pero poseen menor espesor y tienen mayor movilidad que mide la precisión en el habla; el principal músculo es el orbicular de los labios. Las arterias coronarias terminan atravesando el tubérculo y surcan la submucosa.

El "labio de la nariz" representa la fovea, que sobresale de un surco en la nariz por el frente y los lados donde la mucosa se refleja en la lengua y las encías.-- Le sigue al ésto el pliegue mucoso, llamado de la boca está formada por la acción de los músculos masticadores y diafrágmicos, que sostiene a la boca y a las glándulas -

sublingual y submaxilar.

El "techo de la boca" está formado por el paladar-duro y el paladar blando.

El "paladar duro u óseo" está constituido por los maxilares hacia adelante y los palatinos hacia atrás, y cubierto de mucopericostio grueso u firme contra el cual la lengua comprime a los alimentos, separa la boca de la cavidad nasal y los senos maxilares. La mucosa del paladar presenta un rafe medio y surcos transversales.

El "paladar blando o velo del paladar", formación fibromuscular incluida en un pliegue de mucosa, se arquea hacia atrás continuando posteriormente el techo, -- separa la boca de la nasofaringe y cuelga como telón en el límite posterior de la cavidad bucal ; este telón se recoge en dos pliegues de cada lado; el posterior y más grande se halla más cerca de la línea media, se manifiesta que la abertura que comunica la boca con la bucofaringe está limitada por dos arcadas óticas, una dentro de la otra; del vértice cuelga una prolongación cónica blanda la "úvula"; que en ocasiones se pone en contacto con la lengua. El arco anterior, formado por los "pilares anteriores del velo del paladar", está situado casi un centímetro por delante del borde posterior del paladar, incluye en su espesor el músculo glosostafilico y describe un arco inferior desde la úvula hasta la lengua. El arco de los "pilares posteriores" del velo del paladar -

en el borde posterior del paladar, lleva en su espesor al músculo faringostafílico y desciende a la pared lateral de la faringe. Detrás de pilares limita una excavación que aloja a la aríndala palatina. El arco que forman los pilares anteriores se llama "istmo de las fauces" (buccofaríngeo).

Lengua.- la base o raíz de la lengua, la porción superior e inferior, está formada por la entrada de los músculos extrínsecos hiocostafílico, estilodilato, hiociloso y geniohialino que forman un estriado para la lengua viene el paladar, aríndala estiloides, maxilar inferior y hiedes.

La cara superior y lateral describe una curva hacia atrás y describe hacia abajo; los dos tercios anteriores o porción relativa están orientados hacia arriba; el tercio posterior o porción sublingual está orientado hacia atrás.

La cara inferior o "borde terminal" se curva entre dos tercios, los dos tercios se curvan hacia adelante y afuera; en el último hay una proyección el "borde libre" de la lengua, que señala el sitio de la aríndala en forma de aríndala tirada.

Aparte de los músculos extrínsecos, la cara superior de la lengua presenta un grupo de "músculos intrínsecos" que sirven a moverla transversalmente, longitudinalmente y a la vez. A través de la lengua de la-

lengua se aprecia el "septum lingual", las arterias lin-
guales, una a cada lado, están unidas por una anastomosis
que atraviesa el septum. El nervio motor de los múscu-
los linguales es el hipogloso.

La "porción bucal de la faringe o bucofaringe" (en-
tre el paladar y el borde superior de la epiglottis), ha-
cia adelante comunica con la boca por el istmo de las -
fauces o bucofaringeo y hacia abajo de este sitio está
limitada por la porción faríngea de la cara superior de
la lengua; entre ésta última y la epiglottis se disponen
dos pequeñas depresiones o valléculas. La pared poste-
rior, visible por el istmo de las fauces está situada -
sobre el cuerpo de la segunda y tercera vértebra cervi-
cales. Lateralmente en una depresión triangular, la fo-
sa amigdalina limitada por el pilar anterior del velo -
del paladar hacia adelante, por el pilar posterior ha-
cia atrás y por la lengua hacia abajo, se observa la ---
amígdala velatina.

HISTOLOGIA :-

La cavidad bucal se encuentra revestida por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado.

El epitelio de la mucosa bucal es escamoso estratificado diferenciándose del cutáneo en la falta de cornificación, por lo que conserva hasta las células más superficiales.

La membrana mucosa bucal está constituida por dos capas =:

I.- Lámina Propia.- que está constituida por una capa de tejido conjuntivo de grosor variable, encontrándose sus papilas ocupadas con vasos sanguíneos y nervios.

Las papilas de la lámina propia varían en longitud y anchura en arcos diferentes.

La presencia de las papilas permite la subdivisión de la lámina propia en ;

- a) capa papilar externa
- b) capa papilar profunda

estando separadas del epitelio escamoso por medio de la membrana basal .

2.- El Epitelio Bucal consta de varias capas de células que se van aplanando a medida que se acercan a la superficie, dichas capas que la constituyen son:

- a) capa germinativa, que comprende el estrato basal y el estratum espinoso.
- b) estratum granuloso
- c) estratum queratinoso córneo.

Lengua.- éste órgano está formado por una masa de tejido muscular estriado, recubierto por una mucosa cuya estructura varía de acuerdo con la región. Las fibras musculares estriadas se entrecruzan en los tres planos del espacio, y los haces musculares se hallan separados por gran cantidad de tejido conjuntivo. La mucosa se =-

presenta fuertemente adherida a la masa muscular a causa de la penetración del tejido conjuntivo de la lámina propia entre las fibras musculares.

En la superficie inferior de la lengua la mucosa se presenta lisa. En la cara opuesta su aspecto es extremadamente irregular debido a la presencia de gran número de pequeñas elevaciones que son las papilas linguales.

La región posterior de la cara dorsal de la lengua está separada de la anterior por una línea en forma de V, detrás de ésta línea la superficie de la lengua presenta un número discreto de prominencias, formadas principalmente por nódulos linfáticos.

Papilas Linguales.- son elevaciones del epitelio oral y de la lámina propia, que asumen formas y funciones diferentes.

En el hombre existen tres clases de papilas; filiformes, fungiformes y calciformes.

Ligamento Parodontal.- está formado por un tejido conjuntivo denso con características especiales, que une el cemento dentario al hueso alveolar, permitiendo no obstante, leves movimientos del diente dentro de los alveolos. Las fibras colágenas de la membrana parodontal-

están orientadas de modo que transformen las presiones ejercidas durante la masticación en tracciones.

El colágeno del ligamento periodontal tiene características de un tejido inmaduro, presentando elevado metabolismo, renovación de sus proteínas y gran cantidad de colágeno soluble. Los espacios entre las fibras contienen glucoproteínas .

Todo este sistema actúa como un cojín amortiguador de las presiones ejercidas sobre el diente.

Lámina Densa o Hueso Alveolar.- es la porción de hueso que está en contacto inmediato con el ligamento periodontal, está formada por tejido óseo de tipo inmaduro, en el cual las fibras colágenas no están dispuestas en formaciones laminares típicas, Varias fibras colágenas del ligamento periodontal forman haces que penetran el hueso y en el cemento insertándose en estas estructuras.

Encía.- está formada por una lámina propia de tejido conjuntivo denso, firmemente adherida al periostio, y un epitelio estratificado plano que puede ser queratinizado en algunos lugares. Este epitelio se une al cuello

de los dientes por medio de una capa aceluza, formada por proteínas, hidratos de carbono y lípidos. Las células epiteliales de la encía están unidas a esta capa o cutícula mediante hemidesmosomas.

Faringe.- forma parte de la cavidad bucal y es común a los aparatos digestivo y respiratorio. Se comunica con la cavidad nasal y con la laringe. El revestimiento epitelial de éste órgano es estratificado plano en la región que se continúa en el esófago, haciéndose pseudoestratificado prismático ciliado, en la región que comunica con la cavidad nasal.

Amígdalas.- órganos constituidos por aglomerados de tejido linfoide, localizados por debajo del epitelio de la boca y de la faringe. Al contrario de los ganglios linfáticos, las amígdalas no están situadas en el trayecto de los vasos linfáticos. Producen linfocitos, muchos de los cuales penetran en el epitelio y lo atraviesan entrando en la boca y en la faringe.

Existen tres tipos de amígdalas: faríngeas, palatinas y linguales.

FISILOGIA =

Los epitelios en general carecen de vasos sanguíneos, ocurriendo lo mismo en el epitelio bucal; nutrición que se verifica por la absorción de los jugos circulantes del tejido conjuntivo.

La principal función del epitelio bucal es la de proteger pero además tiene una función secretora por las glándulas que contienen y secretan saliva, cuya función no, no se limita exclusivamente a mantener húmedo constantemente el epitelio bucal, sino a lubricar los alimentos facilitando la deglución de los mismos, principiando la digestión por las enzimas que contienen también a través del epitelio pueden eliminarse sustancias como el mercurio y algunos otros de origen tóxico.

El aparato digestivo comienza en la boca, los alimentos se mastican en la boca, se tragan, pasan por la faringe y el esófago en la región del cuello y el tórax hasta llegar al abdomen.

La lengua se eleva en la boca y funciona como un atacador flexible destinado a mantener los alimentos entre los dientes durante la masticación y a impulsar el bolo alimenticio en la deglución. Es notable por la amplitud y la precisión de sus movimientos, por las modificaciones de forma que debe experimentar al hablar y por el exquisito sentido del tacto en la mucosa que -

tambien recibe impresiones gustativas. El sentido del tacto está amplificado ; una pequeña cavidad hecha por la fresa del dentista es percivida por la lengua como una gran cavidad.

En resumen diremos que la función de la cavidad bucal consiste en que el alimento sale de la boca cuando la lengua asciende para obliterar la cavidad bucal de adelante hacia atrás y empuja al bolo alimenticio para que pase por el istmo de las fauces ; se cierran el istmo de las fauces y el faríngeo y la laringe se cierra y se eleva, de manera que la faringe asciende junto con ella sobre el bolo, al tiempo que los constrictores lo ordenan para que ascienda al esófago.

CAPITULO IV.- Como ya se ha definido anteriormente los conceptos que se emplearán a lo largo del desarrollo - del presente trabajo, ahora se pasará directamente a - abordar el tema que nos ocupa.

CANCER BUCAL

Es el nombre aplicado a las neoplasias originadas en el revestimiento mucoso de la cavidad oral. Teniendo como límite anterior a la mucosa labial y al borde cutá neo mucoso.

El límite posterior será el borde libre del paladar blando, los pilares anteriores de las amígdalas y la unión de los dos tercios anteriores de la lengua con la raíz ó tercio posterior de ésta.

El cáncer bucal se puede dividir en varios grupos en función del foco ocupado por la lesión inicial en :

- 1) Labios*
- 2) Lengua*
- 3) Amígdalas*
- 4) Encías*
- 5) Paladar duro*
- 6) Paladar blando*
- 7) Piso de Boca*

8) Superficie Bucal.

Neoplasias Malignas de La Boca

La neoplasia maligna de la boca no se caracteriza desgraciadamente por su aspecto clínico único y específico ; puede presentar cualquiera de varias formas clínicas.

Su aspecto dependerá del tiempo de duración - de la lesión y sera acorde a la localización original - del cáncer, en otras palabras una lesión cancerosa que se desarrolla en los tejidos gingivales o del paladar - la blandura y fácil compresión de los tejidos de la mucosa bucal comparados con los del paladar que son delgados y rígidos influyen por lo menos en algún grado en el aspecto canceroso que afecta cada una de estas zonas.

El tipo celular influirá también en el aspecto clínico ; así un carcinoma tendrá un aspecto distinto del - de un sarcoma y será muy diferente de un melanoma. Los efectos de los procesos patológicos superpuestos son - muy importantes en la determinación del aspecto clínico por ejemplo ; ya que el 90% de todos los cánceres de la boca crecen a partir del epitelio escamoso que recubre-

la cavidad oral debido a la naturaleza del proceso patológico la masa tumoral hará protrusión por lo menos en un grado mínimo, en la cavidad oral por lo que podrá ser afectado por las irritaciones y episodios traumáticos que son tan frecuentes en la boca; en este último caso puede haber inflamación, la zona del tumor puede infectarse secundariamente dando lugar tal vez a ulceración e incluso puede haber necrosis del tejido, todo lo cual contribuye a variar el aspecto clínico del cáncer.

FRECUENCIA EN CARCINOMAS DE LABIO Y LENGUA

Son las lesiones más frecuentes y en conjunto, éstas lesiones representan casi el 50% de todos los tumores - de la boca.

Oncológicamente la frecuencia de carcinomas de la superficie bucal, piso de boca, paladar y amígdalas es casi la misma.

En los tumores malignos de encía es difícil explicar su alta frecuencia, y esto se atribuye a que el Cirujano Dentista pone especial interés en esta zona.

La frecuencia en México de tumores malignos según la zona anatómica de la boca es la siguiente.

De 2377 pacientes tenemos:

<i>Labio</i>	<i>575</i>	<i>25%</i>
<i>Lengua</i>	<i>550</i>	<i>24%</i>
<i>Encía</i>	<i>333</i>	<i>14%</i>
<i>Superficie Bucal</i>	<i>277</i>	<i>11%</i>
<i>Piso de Boca</i>	<i>239</i>	<i>9%</i>
<i>Paladar</i>	<i>211</i>	<i>9%</i>
<i>Amígdalas</i>	<i>192</i>	<i>8%</i>

FRECUENCIA EN FUNCION DE LA EDAD.

Aunque existen tumores bucales a cualquier edad, - el cáncer se trata fundamentalmente como una enfermedad del adulto y del anciano.

La edad promedio se encuentra entre los 55 y 60 años ; la mayor parte de los cánceres de la boca se presentan en una época en que los dientes a consecuencias de caries provocan resorción alveolar, desintegración general de los tejidos bucales ; obliga a los pacientes a visitar a el Cirujano Dentista a intervalos más o menos cortos, esto puede hacer que el profesional tenga oportunidad de hacer un cuidadoso examen bucal, ya que los pacientes se considerarán en edad de cancer.

FRECUENCIA EN FUNCION DEL SEXO.

En general el cáncer de boca es más frecuente en el hombre que en la mujer.

La mayor parte de las mujeres muestran inmunidad a este tipo de cáncer ; en frecuencia con relación a los hombres es de 2 a 10.

CAPITULO V.-

ETIOLOGIA DEL CANCER BUCAL.

Se desconoce el mecanismo por el cual las células-
previamente disciplinadas adoptan bruscamente caracte-
rísticas malignas ; pero aunque admitamos desconocer to-
davía la causa profunda y fundamental, podemos mencionar
ciertas causas desencadenantes o predisponentes como -
son=

a) Irritación Crónica.-

La irritación debida a una anomalía de larga duración -
puede terminar en carcinoma, de hecho varios tipos de -
irritación crónica contribuyen a producir lesiones can-
cerosas como por ejemplo: obturaciones y prótesis mal -
ajustadas.

b) Tabaco.-

El tabaco es otra variedad de irritación crónica, que -
parece capaz de desencadenar fenómenos cancerosos ; hay-
pruebas convincentes de que un contacto prolongado del-
tabaco en la mucosa bucal puede dar lugar a cáncer en -
pacientes sensibles, el más alto porcentaje de cáncer -
oral por esta causa se encuentra entre los masticadores
de tabaco.

c). Humo de Tabaco.-

También es casi seguro que el humo del tabaco estimula-
el desarrollo de lesiones malignas ; debe prohibirse el-
uso del tabaco cuando se sospecha irritación crónica de-
la mucosa.

d) *Sífilis.*-

Quizá el principal factor relacionado con la etiología del cáncer bucal sea la sífilis, ya que de un 20% a 30% de todos los pacientes del sexo masculino con cáncer de lengua tienen sífilis crónica.

La sífilis es también un factor de ciertos cánceres en el labio, piso de boca y superficie bucal; no parece existir ninguna relación entre sífilis y los carcinomas de encía, paladar duro y blando, amígdalas, etc.

e) *Factores de Rayos Solares.*-

La luz solar es una irritación crónica de importancia ya que una exposición excesiva explica la frecuencia -- relativamente alta de cáncer en la piel y de los labios en trabajadores expuestos como: granjeros, leñadores, - marinos, etc.

El color de la piel interviene, ya que es más frecuente en individuos de tez clara.

f) *Factores Dentales.*-

Se han mencionado otras variedades de irritación crónica como factores desencadenantes en los individuos predispuestos, es el caso de la irritación ocasionada por dientes rotos, agudos o cariados, prótesis mal ajustadas coronas de obturaciones y sepsis bucal.

CAPITULO VI.-

LAS CUATRO ETAPAS DEL CANCER.

Etapa # 1.- Tardanza debida al Paciente: éste período empieza cuando el paciente reconoce o sospecha por primera vez una condición anormal en su boca o su piel y termina cuando acude al profesionista en busca de atención.

Etapa # 2.- Tardanza debida al Profesionista: este período empieza cuando el paciente acude al dentista y continúa hasta que se inicia el tratamiento debido. En este período de tardanza el paciente recibe las siguientes variedades de tratamiento inútil ;

a)enjuagues bucales de varios tipos

b)aplicaciones tópicas de medicamentos muy variables

c)modificación de dientes supuestamente agudos o rotos, a los cuales se atribuye el problema esperando que con ello se corrijan las lesiones

d)modificación de prótesis

e)extracción de dientes

f)biopsias mal hechas

g)punción de una lesión primaria en donde se puede confundir con un absceso o incluso de un trastorno inflamatorio superado

Etapa # 3.- Tratamiento Adecuado - en donde el cirujano dentista desempeña un papel importante en la etapa de tratamiento como es ; la extracción de dientes, prepa

rados aplicadores o sistemas de protección para la aplicación de radio.

Preparación de férulas y equipo de fijación para-resección mandibular, elaboración de prótesis provisionales en espera de una cirugía reparadora.

Etapa # 4.- Período de observación: empieza cuando termina el tratamiento, la que tiene que observar al paciente a intervalos progresivamente mayores.

FACTORES QUE MODIFICAN EL ASPECTO CLINICO DEL
CANCER ORAL.

Características Macroscópicas: pueden existir cánceres con muy poco crecimiento externo, a este tipo de cáncer se le llama "infiltrante". Cuando el desarrollo del cáncer es principalmente hacia afuera y tiene poca tendencia a invadir los tejidos vecinos se le llama "proliferante".

Algunos tumores sobresalen notablemente y alcanzan gran tamaño, en tanto que ciertos tumores malignos todavía son muy pequeños cuando ya han hemitiado metástasis mortales para el enfermo; la gravedad de un caso no depende de la protrusión del tumor.

1.- Existencia de Lesiones Predisponentes:

a) Sífilis

b) Leucoplasia (considerada ésta lesión como precancerosa)

c) Papilomas

2.- Localización del Tumor: es de suma importancia la localización del tumor, ya que cuando hay poco tejido disponible para la extensión en profundidad; como en el caso de un tumor maligno en el paladar o en la encía la lesión puede extenderse perifericamente antes de invadir el hueso.

Si se extrae un diente se rompe la barrera natural entonces el tumor invade rápidamente el alveolo hasta la destrucción de la mandíbula.

3.- *Rapidez de Crecimiento:* al no crecer los can-
ces con la misma rapidez, un tumor de crecimiento rápi-
do suele ulcerarse antes y al ser el desarrollo más rá-
pido suele ulcerarse antes y al ser el desarrollo más -
rápido que el riego sanguíneo ocasiona una necrosis, pro-
duciendo cambios visibles.

4.- *Tratamiento Previo:* los diversos tratamientos -
previos pueden alterar el aspecto de un tumor maligno -
por ejemplo = una extirpación quirúrgica inadecuada, ya-
que puede provocar una reacción de cuerpo extraño, cuan-
do se ha suturado con catgut puede hacer pensar en una-
reactivación de un resto maligno.

La radiación intersticial con agujas de radón, pue-
de ocasionar cicatrices subcutáneas duras, que podrían-
suquerir una recaída.

LESION PEQUEÑA.

Un cáncer pequeño con un diámetro de hasta 1cm, - puede no ser un cáncer temprano; pero en general puede decirse que cuando menor sea el tumor más reciente es - también y mayores las probabilidades de curación.

Pero no hay que pensar que una lesión pequeña sea siempre un cáncer incipiente.

Signos y Síntomas: un cáncer pequeño se puede presentar con un aspecto carnososo, una placa verrugosa o plana o una úlcera.

Siempre hay endurecimiento, incluso es estas lesiones pequeñas; pero puede ser difícil detectar en las lesiones de tipo carnososo.

A medida que el cáncer se infiltra en el tejido que le da origen se pierde casi siempre la elasticidad y flexibilidad a esta característica se le llama "induración".

Existen cánceres que no muestran las anteriores - características, por lo tanto si existen dudas acerca - de la lesión debe hacerse una biopsia.

Síntomas: muchas enfermedades con alto índice de mortalidad son espectaculares y el paciente recuerda el momento en que cayó enfermo; en cambio en el cáncer oral esta no es espectacular sino insidiosa y muchas veces - falta en los cánceres pequeños el dolor, síntoma importante de muchas enfermedades.

Se puede decir que un paciente con un cáncer pequeño es excepcional que se queje de dolor; cosa que no - sucede en pequeñas lesiones ulceradas o inflamadas de -

la boca por ejemplo: los herpes y las aftas que suelen ser dolorosas.

LESION DE TAMAÑO MEDIANO.

Síntomas: al aumentar de tamaño las lesiones cancerosas son más notables los síntomas locales, en general las lesiones malignas que se encuentran en la parte anterior de la boca las reconoce el paciente por el sentido del tacto en la lengua, refiriendo que le duele, pero es más una molestia que un dolor verdadero. Como ejemplo de estas lesiones tenemos aquellas que se encuentran en la parte anterior de la boca y piso de la boca.

Signos.— Un cáncer oral de tamaño mediano mide aproximadamente 2.5cm y en esta etapa casi siempre existe una úlcera superficial y la lesión es casi siempre de una dureza característica.

Otras se presentan como úlceras necróticas de bordes duros, mostrando este borde cierta tendencia a enrollarse. Este tumor duro puede sangrar con facilidad al momento de la exploración física. Es también una lesión que puede estar acompañada de leucoplasia y confundir al auscultador con ser ésta la única lesión.

LESION AVANZADA.

En ocasiones un pequeño cáncer primario del labio o de la cavidad bucal, puede ser parte del cuadro de un cáncer avanzado: dadas las metastásis que ya se produjeron. Siempre que se encuentren dos metastásis en diferentes lugares se encontrarán otras dos y siempre serán en pares, nunca en nones.

Síntomas.- Conforme avanzamos en la cavidad bucal hacia la faringe, el cáncer es cada vez más incidioso, es raro encontrar cánceres pequeños en regiones posteriores; también es raro que una lesión de paladar blando o base de la lengua llame la atención desde las primeras etapas.

Por lo general antes de que el paciente se percate de la tumoración, ésta puede medir ya más de 2cm, y muchas veces ya ocurrieron metástasis cercanas.

Con cierta frecuencia el primer signo que menciona el paciente es un ganglio crecido en el cuello (los pacientes que muestran estos ganglios crecidos, deben estudiarse inmediatamente buscando un cáncer primario).

Cuando los tumores en la base de la lengua miden poco más de 2.5cm, pueden alterar los movimientos del órgano; por lo tanto se modifica el habla y la deglución.

En ocasiones el paciente se queja de dolor crónico en la garganta y también nota que le cambia la voz, y muchas veces cuando la enfermedad ataca las amígdalas o el paladar blando se le considera como un absceso supraamigdalario, aunque sea un cáncer; muchas veces los antecedentes en lesiones de gran tamaño son relativamente escasas por el tiempo que transcurrió entre el inicio de la enfermedad y la aparición de los síntomas.

Signos.- Al evolucionar el cáncer es de esperarse una infiltración más profunda y aparecen entonces ulce-

ras seguidas de necrosis de los tejidos; pueden ser duros y blandos, frecuentemente están afectados maxilar y mandíbula, y al afectarse la deglución es cada vez más difícil mantener una buena nutrición en estos casos las molestias que se podían confundir con dolor, se presentan ya como un dolor verdadero.

En esta etapa los síntomas se presentan claros, - tanto así que no se necesita una consulta profesional - para llegar a un diagnóstico . En esta etapa el tratamiento es casi inútil.

Al florecer el cáncer el paciente sufre cada vez mayor dolor en la lengua, piso de boca, garganta, orejas, etc. ; en estos casos de cánceres de lengua, esta puede perder totalmente la movilidad ("lengua congelada") pudiendose presentar la amputación espontánea de ésta.

Al abarcar zonas más profundas se pueden presentar también hemorragias constantes. La anemia y la mala nutrición pueden ocasionar la muerte del paciente.

(La amputación de la lengua es causada porque el paciente ya no controla sus movimientos y la muerde constantemente lastimandose. no hay gran hemorragia debido a la vasoconstricción).

FOCOS DE ORIGEN MAS FRECUENTES EN CANCERES DE BOCA.

1) Labio: La lesión puede iniciarse en cualquier parte del labio, principalmente inferior, y su zona de predilección es el tercio que se encuentra en la parte-media y externa del labio.

2) Paladar=La mayor parte de carcinomas del paladar se presentan en el paladar blando.

3) Encías= El cáncer gingival es más frecuente en la mandíbula y la zona de molares es el foco más común- pudiendo existir este tipo de lesiones en la región del canino.

Superior ; 60% de los casos

Inferior ; 40% de los casos

4) Superficie Bucal. Puede presentarse en cualquier lugar desde la comisura hasta los límites posteriores ; pero su foco más común es en el tercio medio de la mejilla. Dicho de otra forma, la zona que se encuentra sobre la línea de oclusión entre segundo premolar y primero y segundo molares.

5) Piso de Boca: Sin predilección por alguna zona - entonces se tiene que explorar o planchar el piso de boca con una exploración digital ; se podría considerar la parte anterior como una zona de alto índice canceroso.

6) Lengua :El cáncer de lengua es más frecuente en la porción bucal, y el foco más común son los bordes y rara vez afecta el dorso del órgano.

ESTADIOS DEL CANCER.

Estadio # 1.- El tumor primario está limitado a su lugar de origen en la boca sin metástasis.

Estadio # 2.- El tumor se ha extendido más allá - de su lugar de origen alcanzando las zonas vacinas, pero todavía está limitado a la cavidad oral, sin metástasis palpables.

Estadio # 3.- El tumor primitivo es parecido a los estadios 1 y 2 pero con metástasis clínicamente palpables no fijas.

Estadio # 4.- El tumor primitivo es similar al de los estadios 1 y 2, o bien se ha extendido más allá de la cavidad oral con metástasis a distancia.

CAPITULO VII.-

DETECCION PRECOZ DEL CANCER ORAL.

Cada año mueren tantas personas de cáncer oral como de accidentes automovilísticos.

La única medida preventiva conocida es el diagnóstico precoz de la lesión cancerosa para poder aplicar - el tratamiento.

Para tratar una lesión precoz, primero hay que descubrirla por consiguiente es indispensable un examen oral meticoloso.

Las muertes por cáncer oral son especialmente trágicas porque muchas podrían evitarse, En muchas partes del cuerpo no se descubren lesiones precoces porque el examen físico no puede realizarse sin recurrir a la cirugía exploradora.

Por el contrario, todas las partes de la cavidad oral no son fácilmente accesibles al examen de modo que debería ser posible la detección precoz.

Muchas lesiones de cáncer oral son curables si el tratamiento se instituye en los comienzos. Por desgracia según observan Cahn y Slaughter, incluso en las zonas - donde se dispone de la mejor asistencia médica, la proporción de curaciones no pasa actualmente del 30%.

Se estima que esta tasa de curaciones podría - duplicarse como mínimo mediante un examen oral más adecuado y un diagnóstico precoz de las lesiones.

Ninguna otra técnica preventiva ofrece al dentista mejores oportunidades que el examen a fondo del tejido blando.

Y a la inversa si se procede con negligencia, es probable que ninguna otra técnica produzca daños tan graves para el bienestar del paciente.

La manera de proceder a un examen meticuloso del tejido blando no es difícil de aprender y es fácil de realizar.

El principal problema estriba en que como no son muy frecuentes las lesiones orales malignas, el dentista no siempre tiene presente la necesidad de efectuar un examen a fondo.

Se requiere un sentido de la disciplina y una dedicación al bienestar del paciente extraordinarios para que el dentista realice este servicio constantemente ante el hecho de que las lesiones aunque de suma importancia cuando existen, no se observan con frecuencia.

Cuando se descubre una lesión aislada con bordes incurvados y evértidos sin que exista un factor causal evidente, el clínico debe considerar la lesión como -

carcinoma oral hasta que demuestre lo contrario por biopsia de tejido.

El examen biópsico debe realizarse lo antes posible si se descubre una fuente de irritación local asociada a la lesión se suprime el agente, se prepara una extensión citológica y se vuelve a examinar al paciente al cabo de una semana. Esta contraindicada la aplicación tópica de medicamentos; cuando transcurre la semana sin que la lesión muestre signos de curación, o cuando el informe histológico sugiere la existencia de un cáncer, debe citarse inmediatamente al paciente a practicar una biopsia de la lesión.

En toda úlcera con una masa subyacente de tejido blanco es obligatorio hacer una biopsia.

CAPITULO VIII.-

CONDUCTA QUE EL DENTISTA DEBE SEGUIR AL INFORMAR
AL PACIENTE DE UN DIAGNOSTICO DE CANCER.

Una vez hecho el diagnóstico histológico del cáncer hay que remitir al paciente al especialista para su tra-
tamiento.

En este momento el dentista tiene que recibir el -
mozo de explicar la finalidad de la resisión al paciente
y hasta que punto y en que términos ha de revelar al pa-
ciente su estado.

Con frecuencia el propio paciente ayudará; general-
mente preguntará lo que desea saber y al hacerlo indica-
rá en que grado desea conocer la verdad.

Las preguntas del paciente orientarán al dentista-
para emplear las palabras que aquél pueda tolerar mejor
En muchos casos deben evitarse los términos, cáncer o -
enfermedad maligna en favoración de tumoración o hiper-
plasia. Se insistirá en la ayuda que le darán los encar-
gados de prestarle asistencia y en los aspectos positivos
del tratamiento más que en los negativos.

Independier. emente de la impresión del facultativo
sobre el estado de la enfermedad, sus afirmaciones no -

han de dejar sin esperanza a el paciente. hay que poner de relieve la necesidad de un tratamiento inmediato, pero es mejor que el terapeuta sea quien discuta el tipo- la extensión y las posibilidades de éxito con el interesado.

Por otra parte se ha de informar del diagnóstico - a la familia del paciente canceroso, especialmente cuando esté se rehusa a el tratamiento.

La familia tiene que hacerse cargo de que será necesaria la rehabilitación y del tipo de cuidados que - probablemente habrá que prestar después del tratamiento.

En último término la manera de comportarse del dentista con el paciente de cáncer dependerá de las relaciones que se hayan establecido con él y de la idea que el primero se haya formado sobre el estado psicológico y emocional del segundo.

CAPITULO IX.-

CARCINOMA DE LABIO

El carcinoma epidermoide del labio es una enfermedad que se produce principalmente en varones de edad avanzada. Además esta neoplasia ataca al labio inferior más comunmente que el labio superior.

Un 95% se desarrolla en el labio inferior. Del 90- al 98% de los canceres del labio inferior se presentan en los varones.

La lesión se desarrolla en el borde del vermillion del labio inmediatamente por fuera de la línea de cierre y a medio camino entre la línea negra y la comisura del labio. El ambiente relativamente seco del vermillion propiamente a la formación de las lesiones encostradas; las costras pueden ser hemorrágicas (pardas o negras) o serosas o purulentas por su origen (tostadas pajizas o amarillas).

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

La metastatización en los ganglios regionales linfáticos es lenta pero cuando lo hace, suele metastatizar los ganglios submentibulares y submentonianos.

La lesión presenta el aspecto de una úlcera, verruga, llaga o escama y es más frecuente en las razas de piel clara que en las de piel oscura.

ETIOLOGIA:Existen una cantidad de posibles factores etiológicos. Uno de los más comunes es el consumo de tabaco, principalmente por fumar pipa.

La sífilis no es probablemente un factor etiológico tan importante en el cáncer del labio como lo es en ciertos otros sectores de la boca, pues se comprobó que la frecuencia del cáncer de labio es baja en los pacientes sifilícos.

La mala higiene bucal es un hallazgo casi general en los pacientes con cáncer de labio.

Frecuentemente se ha asociado la leucoplasia con la aparición del varcinoma. Como la leucoplasia clínica es una lesión de labio bastante común era natural que se investigara la relación.

CARACTERISTICAS CLÍNICAS:Hay una considerable variación del aspecto clínico del cáncer de labio, que depende fundamentalmente de la duración de la lesión y la naturaleza de la proliferación.

Los tumores suelen comenzar en el borde bermelión-del labio, a un lado de la línea media. Al principio es una pequeña zona de enrosamiento, 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 de labio suele tardar en hacer metástasis y puede producirse una lesión voluminosa antes que haya manifestaciones de la afectación de los ganglios linfáticos regionales. Sin embargo algunas lesiones, en particular las anaplásicas, hacen metástasis más temprano.

Cuando se produce la metástasis suele ser ipsolateral y ataca los ganglios submentonianos o submaxilares. Puede haber metástasis contralaterales especialmente si la lesión esta cerca de la línea media del labio, donde hay drenaje de los vasos linfáticos.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:El carcinoma de labio ha sido tratado por excisión quirúrgica o con rayos X con éxito aproximadamente igual, según en cierta medida, la duración y la extensión de lesión y la presencia de metástasis.

Respecto a el pronostico son muchos los factores que influyen en el éxito o fracaso del tratamiento quirúrgico del labio.

El tamaño de la lesión, su duración, presencia de ganglios linfáticos metastásicos o su ausencia y el grado histológico de la lesión son todos los elementos que

- 51 -

han de ser cuidadosamente considerados por el terapeuta
al planificar su enfoque del problema neoplásico.

CARCINOMA DE LENGUA.

El carcinoma de lengua comprende entre el 25 y 50% de todos los cánceres intrabucales.

Es relativamente infrecuente en mujeres, con excepción de ciertas zonas geográficas, principalmente en los países escandinavos; donde la frecuencia de todos los cánceres intrabucales es elevada en las mujeres debido a una alta incidencia del Síndrome de Plummer - Vinson preexistente.

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

La localización más frecuente del carcinoma de la lengua es en el borde lateral, siendo la superficie ventral mucho menos afectada lo mismo que la dorsal.

La lengua es en el hombre uno de los sitios más comunes para la implantación del cáncer.

La edad ejerce como en todos los tumores de esta naturaleza una influencia etiológica evidente; ataca sobre todo a los individuos de 40 a 60 años, pues solo como excepción se citan casos de 30 años.

ETIOLOGIA: Se han sugerido una cantidad de causas del cáncer de lengua, pero en el estado actual de los conocimientos no es posible hacer afirmaciones precisas.

Hay empero una definida relación entre el cáncer de lengua y otros trastornos.

Como en el cáncer de los labios, el cáncer de la lengua es más raro en la mujer que el hombre, en una proporción 4 a 6.

Las causas locales desempeñan un papel también de importancia y figura entre ellas, a la cabeza, la leucoplasia; para algunos autores las tres cuartas partes de cáncer de la lengua pertenecen a placas leucoplásicas degeneradas, y dada la relación íntima entre éstas y la sífilis se da á esta última gran importancia como factor etiológico del cáncer de la lengua.

La influencia del tabaco no tiene la importancia que se le diera en otros tiempos, pues la acción mecánica de la pipa es propiamente la causa de la degeneración epitelial local, como se observa igualmente en los sopladores de vidrio; es evidente que en los fumadores se añade a esa acción mecánica, la acción química producida por la nicotina pues de esta manera tal vez se incrimina al alcohol u otros irritantes locales de la boca.

Otros factores que se ha pensado que contribuyen a la generación del carcinoma de lengua incluyen la mala higiene bucal, traumatismos crónicos y el consumo de alcohol.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: El signo más común del carcinoma de lengua es una masa o una úlcera 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 incuración 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 sífilítica.

Las lesiones del borde lateral están distribuidas casi por igual entre la base, tercio anterior y parte media de la lengua. Las lesiones cercanas a la base de la lengua son particularmente insidiosas, puesto que pueden ser asintomáticas hasta fases muy avanzadas. Incluso entonces llegan a producir como únicas manifestaciones, dolor de garganta o disfagia.

Tienen gran importancia el sitio específico de aparición de estos tumores porque las lesiones de la parte posterior de la lengua suelen ser de un grado más elevado de malignidad, hacen metástasis antes y ofrecen peor pronóstico, especialmente debido a su inaccesibilidad al tratamiento.

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 glotis sifilítica.

Las lesiones del borde lateral están distribuidas - casi por igual entre la base, tercio anterior y parte - media de la lengua. Las lesiones cercanas a la base de la lengua son particularmente insidiosas, puesto que pueden ser asintomáticas hasta fases muy avanzadas. Incluso entonces llegan a producir como únicas manifestaciones, - dolor de garganta o disfagia.

Tienen gran importancia el sitio específico de aparición de estos tumores porque las lesiones de la parte posterior de la lengua suelen ser de un grado más elevado de malignidad, hacen metástasis antes y ofrecen peor diagnóstico, especialmente debido a su inaccesibilidad al tratamiento.

La metástasis se produce con mayor frecuencia en - casos de cáncer de lengua. Las lesiones metastásicas - son ipsilaterales bilaterales o debido al drenaje linfático cruzado, contralaterales respecto a la lesión de la lengua.

TRATAMIENTO: el tratamiento de cáncer de lengua es-

un problema difícil e incluso ahora no es posible hacer afirmaciones específicas sobre la eficacia de la cirugía comparada con la irradiación de rayos X.

Muchos radioterapeutas prefieren el uso de agujas de radio o perlas de radón a los rayos X porque con aquellos elementos son capaces de limitar la irradiación del tumor, cuidando el tejido normal adyacente. Los nódulos metastásicos son factores altamente complicantes pero es inútil tratarlos sin controlar primero la lesión primaria.

PRONOSTICO: el pronóstico del cáncer en esta localización no es bueno. El final es fatal si no se interviene precozmente y se deja evolucionar solo a ese tumor.- Su duración es de doce a dieciocho meses. Con los tratamientos actuales parece el pronóstico ser más benigno, -pues las estadísticas de mortalidad se han mejorado notablemente.

El factor más importante que afecta el pronóstico de estos pacientes es la presencia de metástasis cervical o su ausencia.

CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA.

El carcinoma del piso de la boca, constituye alrededor del 15% de todos los casos de cáncer intrabucal y se produce en el mismo grupo cronológico que los otros cánceres bucales.

La edad promedio de los pacientes era de 57 años en la serie Tiecke y Bernier y de 67 en la de 100 casos registrados por Ash y Millar. Es más frecuente en el segmento anterior a ambos lados de la línea media, cerca de los orificios de las glándulas salivales; a veces se presenta en las regiones más posteriores a nivel de los molares. No es rara la invasión directa de estos cánceres hacia la base de la lengua, las encías contiguas, la cortical lingual de la mandíbula debido a la estrecha relación de las lesiones con estas estructuras.

ETIOLOGIA: El fumar especialmente la pipa o cigarros ha sido considerado importante por algunos investigadores, en la etiología del cáncer de esta localización. Sin embargo se recogieron pocas pruebas que señalen una clara relación de causa y efecto con respecto al tabaco u otros factores 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 típico de piso de boca es una úlcera indurada de tamaño variable, situada a un lado de la línea media. Puede ser dolorosa - o no. Esta neoplasia es por lejana, más frecuente en la porción del piso en la zona posterior.

Debido a esta localización, la extensión temprana hacia la mucosa lingual de la mandíbula propiamente dicha, al igual que hacia la lengua, se produce con apreciable frecuencia.

El carcinoma de piso de 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.

Las metástasis desde el piso de 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.

TRATAMIENTO:El tratamiento del cáncer del piso de la boca es difícil, y con demasiado frecuencia infructuoso.

Las lesiones grandes debido a la anatomía de la región, no suelen constituir un problema quirúrgico; in -

cluso los tumores pequeños, tienen propensión a recidivar después de la excisión quirúrgica.

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

PRONOSTICO: El pronóstico para los pacientes con carcinoma del piso de la boca es regular.

CARCINOMA DE LA MUCOSA VESTIBULAR.

Los estudios conocidos de carcinoma de la mucosa vestibular, revelan excepcionales variaciones de la frecuencia. con las más amplias, en los realizados fuera de los Estados Unidos.

En la serie de Tiecke y Bernier, el cáncer de la mucosa vestibular comprendía el 9% de la totalidad de los carcinomas intrabucales. Como la mayoría de los cánceres de la mucosa vestibular, es aproximadamente 10 veces más común en varones que en mujeres ; y se genera principalmente en personas mayores. La edad media en el momento de la aparición de éste carcinoma era alrededor de los 58 años.

ETIOLOGIA: La etiología de éste carcinoma es mejor conocida que la de otros carcinomas de la boca,; sin embargo, son varios los factores de indiscutible importancia como el mascado de tabaco y el hábito de mascar -- nuez de betel, muy difundido en el lejano oriente.

Es una observación clínica común que el carcinoma de la mucosa vestibular aparece en la zona contra la cual una persona apoya el trozo de tabaco durante años ; el carrillo opuesto está normal por no haber colocado nunca el tabaco en ese sitio.

La leucoplasia es predecesora común del carcinoma de la mucosa vestibular, su duración suele ser en extremo prolongada y puede o no necesariamente ir asociado - al consumo de tabaco.

El traumatismo crónico por el morisqueo del carrillo, y la irritación producida por dientes irregulares no parece tener relación con la aparición del carcinoma aunque ellos existen, a veces se observan zonas focales de leucoplasia.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Hay una considerable variación en el aspecto clínico del carcinoma de la mucosa vestibular, las lesiones aparecen a lo largo de la línea correspondiente al plano de oclusión o debajo de ella. La posición anteroposterior es variable, algunos casos se dan cerca del tercer molar; otros adelante hacia la comisura .

La lesión ulcerativa dolorosa en la cual es común la induración e infiltración de los tejidos más profundos . Al gunos casos, empero son superficiales y proliferan de la superficie hacia afuera en vez de invadir - los tejidos . Los tumores de este último tipo reciben - el nombre de proliferación exofítica o verrucosa.

La frecuencia de las metástasis derivadas del carcinoma epidermoide común de la mucosa vestibular varía considerablemente, pero es relativamente alta. Los sitios más comunes de las metástasis son los ganglios submaxilares.

TRATAMIENTO: El tratamiento del carcinoma de la mucosa vestibular es un problema tan serio como el del cáncer en otras zonas de la cavidad bucal.

En casos incipientes probablemente los resultados obtenidos son similares por la cirugía y no por la irradiación con rayos X. El empleo combinado de estas dos formas de tratamiento, sin duda tiene también lugar en la terapéutica de este tumor.

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

CARCINOMA GINGIVAL.

El carcinoma gingival constituye un grupo sumamente importante de las neoplasias. La similitud de las lesiones cancerosas incipientes de la encía con infecciones dentales comunes ha llevado a la demora del diagnóstico o incluso, al diagnóstico equivocado.

Martin comunicó que alrededor del 10% de todos los tumores malignos de la cavidad oral se originan en la encía.

Esta es esencialmente una enfermedad de personas de edad puesto que solo el 2% de los tumores se presentaban en pacientes menores de 40 años. En el mismo grupo el 82% eran hombres y solo el 18% mujeres.

ETIOLOGIA: la etiología del carcinoma de la encía no es más específico o definida que la de las otras neoplasias de la cavidad bucal. La sífilis no es aquí un factor tan importante como lo es en el carcinoma de la lengua y la relación con el consumo del tabaco es incierta.

Se puede especular sobre el posible papel de la irritación crónica e inflamación, en la formación de cáncer gingival.

A veces se origina un carcinoma gingival después de la extracción de un diente. De hecho el diente se extrajo a causa del tumor que en la cirugía no había sido

diagnosticado o identificado.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Hay conciencia casi general que el carcinoma gingival mandibular es más común - que el del maxilar superior.

El carcinoma gingival se manifiesta como una zona ulcerada que puede ser una zona puramente erosiva a sino una proliferación exofítica, granular o verrucosa.

Muchas veces el carcinoma gingival no tiene el aspecto clínico de una neoplasia maligna. Es doloroso o no

El tumor aparece más frecuentemente en zonas desdentadas, aunque también lo hace en sectores donde no hay dientes.

La encía fija suele presentar lesiones primarias - más a menudo que la encía libre.

La cercanía del periostio y del hueso subyacente - invita a la invasión temprana de estas estructuras. Aunque muchos casos sufren la invasión y la infiltración - irregular del hueso, a veces se observa una erosión superficial que nace aparentemente como un fenómeno de - presión.

En el maxilar superior, el carcinoma gingival va - hacia el seno maxilar o se extiende hacia el paladar o - hacia los pilares amigdalinos . En la mandíbula la extensión hacia el piso de la boca, o en sentido lateral - hacia los carrillos, así como hacia el hueso es bastante común.

Las metástasis son una secuela común del carcinoma-gingival; más frecuente es la del maxilar superior que la del inferior. En la mayoría de los casos, las metástasis en los ganglios submaxilares o los cervicales terminan por producirse en el 5% de los pacientes, independientemente de si la lesión era de uno u otro maxilar.

TRATAMIENTO: La utilización de los rayos X en el carcinoma gingival está acompañada de riesgos en razón del bien conocido efecto lesivo de los rayos X en el hueso. Por lo general, el tratamiento del carcinoma en este sitio es resorte de la cirugía.

PRONOSTICO: El pronóstico de cáncer gingival no es particularmente bueno. En 105 casos estudiados, solo el 26 % de los pacientes vivía y no tenía la enfermedad después de realizado el tratamiento.

CARCINOMA DEL PALADAR.

El carcinoma del paladar no es una lesión muy común de la cavidad bucal, tiene aproximadamente el mismo porcentaje de aparición que el carcinoma de mucosa vestibular, piso de boca y encía. El paladar es la localización primaria del 2% de los carcinomas epidermoides intrabucales.

De 38 tumores palatinos en los cuales la ubicación era específica, el 53% estaba en paladar blando, el 34% en paladar duro y el 13% en ambos.

La edad promedio del paciente con cáncer palatino era de 58 años y en todos la mayoría de los pacientes - estudiados fueron hombres.

CARACTERISTICAS CLINICAS: El cáncer del paladar suele manifestarse como lesiones mal definidas ulceradas y dolorosas a un lado de la línea media. Sin embargo, frecuentemente cruza la línea media y llega a extenderse - en sentido lateral para incluir la encía lingual o hacia atrás para abarcar el pilar amigdalino o incluso la úvula.

El tumor del paladar duro avanza hacia el hueso, o a veces hacia la cavidad; en tanto que las lesiones de paladar blando lo hacen hacia la nasofaringe.

Las metástasis a los ganglios linfáticos regionales ocurre en una considerable proporción de casos, pero hay pocos datos sobre si estos son más comunes en el carcinoma del paladar blando o del paladar duro.

TRATAMIENTO: Se han utilizado, tanto la cirugía como los rayos X en el tratamiento de este carcinoma. Se dispone de pocos pacientes para analizar, con miras a determinar que forma de tratamiento brindará una mayor supervivencia.

PRONOSTICO: El pronóstico es algo semejante al del carcinoma gingival.

CARCINOMA DEL SENO MAXILAR.

El carcinoma antral es una lesión sumamente peligrosa.

Aunque no es posible determinar la frecuencia real de la enfermedad con respecto al carcinoma intrabucal, se observa que es considerablemente menos frecuente que cualquier otra forma de cáncer oral.

ETIOLOGIA: Aunque nada se sabe de la etiología de esta particular neoplasia, de Ackerman afirmó que la sinusitis crónica no parece predisponer al carcinoma del seno maxilar .

Se podría señalar que si bien, la mayoría de los casos de este carcinoma son de tipo epidermoide, algunos del tipo del adenocarcinoma provendrían de las glándulas alojadas en la pared del seno.

CARACTERISTICAS CLINICAS: Una de las características que contribuye a la naturaleza palúdica de esta enfermedad, es que avanza irremediablemente antes que el paciente tome conocimiento de su presencia. El cirujano - dentista debe estar completamente consciente de las potencialidades de ésta neoplasia y de las diversas mane

ras en que se manifiesta clínicamente.

Los estudios disponibles indican que el carcinoma del seno es algo más común en los varones, y que aunque fundamentalmente es una enfermedad de personas mayores - ocasionalmente se presenta en adultos jóvenes.

El primer signo clásico del carcinoma antral es la hinchazón o el abultamiento del borde 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.

La molestia primaria suele ser la obstrucción unilateral o la descarga nasal. En pacientes desdentados - portadores de prótesis completa superior, el aflojamiento del aparato o la incapacidad de usarlo puede producirse antes de que halla ninguna otra manifestación clínica de la enfermedad.

La expansión real de la neoplasia que determina - las manifestaciones clínicas de la enfermedad está reflejada por la extensión de la lesión de las paredes - del seno. En algunos casos solo, está invadido el piso del seno, de manera que las manifestaciones de la enfermedad se vinculan únicamente con las estructuras bucales. Si está atada la pared nasal del seno, suele haber - obstrucción nasal. La afección de la pared superior o - techo produce el desplazamiento del ojo, en tanto que - la invasión de la pared lateral origina el abultamiento de la mejilla.

Las metástasis no ocurren sino hasta que el tumor está muy avanzado, pero cuando se produce abarca los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales.

La ausencia de metástasis no indica una evolución favorable, puesto que muchos pacientes con esta enfermedad mueren por infiltración local.

TRATAMIENTO: Para tratar esta forma de neoplasia se han empleado tanto la cirugía como los rayos X. Si el cáncer al salir halla conjunco al seno a sus estructuras afines, la hemimaxilectomía da resultados clínicos favorables en algunos casos.

El tratamiento por irradiación suele administrar se con agujas de radio insertadas en el seno o en la masa tumoral.

PRONOSTICO: El pronóstico general de los pacientes con carcinoma del seno maxilar no es bueno.

CARCINOMA BASOCELULAR.

El carcinoma basocelular se origina más frecuentemente en las superficies expuestas de la piel, cara y cuero cabelludo de personas de edad mediana o ancianas. Las personas rubias de tez clara que han pasado gran parte de su vida al aire libre, son víctimas frecuentes de ésta lesión, pero de manera alguna no se limita a estas personas. Es posible que éste sea el tipo más común de carcinoma del ser humano.

El carcinoma basocelular prácticamente no tiene propensión a la metástasis y por ésta razón también se le llama carcinoma "benigno".

ETIOLOGIA: La relación entre la exposición prolongada a la 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.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: El carcinoma basocelular es más frecuente en personas que están en la última década de la vida o mayores, pero se observó que también en personas más jóvenes, incluso en niños se presentaba.

Es mucho más común en varones que en mujeres, probablemente porque los varones están más expuestos a los

elementos naturales que las mujeres.

El carcinoma basocelular suele comenzar como una pequeña pápula levemente elevada, que se ulcera, cicatriza y después aparece de nuevo. Al final la úlcera costrosa que se presenta como superficial forma un borde liso y enrosado, como consecuencia de la expansión lateral de las células tumorales por debajo de la piel.

El carcinoma basocelular 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 bucal, a menos que llegue ahí - por invasión e infiltración desde la superficie de la piel.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO: 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 basocelulares es bueno, pues la neoplasia crece con lentitud, no tiene tendencia a la metástasis y responde bien al tratamiento.

CARCINOMA EPIDERMOIDE.

(*CARCINOMA ESPINOCELULAR*).

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal. Aunque se produce en cualquier sector dentro de la boca, hay ciertas zonas que son atacadas con mayor frecuencia que otras.

Distribución del Carcinoma:

<i>Localización Primaria</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Lengua</i>	<i>52</i>
<i>Piso de la Boca</i>	<i>16</i>
<i>Mucosa Alveolar</i>	<i>12</i>
<i>Paladar</i>	<i>11</i>
<i>Mucosa Vestibular</i>	<i>9</i>

Del total de biopsias practicadas por el cirujano-dentista, el carcinoma epidermoide comprende tan solo algo más de 0.5%, no obstante, ello constituye el tumor maligno más común de la cavidad bucal; pues representa cerca del 90% de los crecimientos malignos de la boca.

ETIOLOGIA: Los factores etiológicos más comunes a los que se atribuye la formación del cáncer bucal son: / 1) Tabaco, 2) Alcohol, 3) Sífilis, 4) Deficiencias Nutricionales, 5) Luz Solar, (en el caso de cáncer del labio)

y 6) Factores varios, que incluyen el calor, traumatismo, sepsis e irritación originada por dientes y prótesis agudas. Estos factores fueron investigados en un estudio estadístico de 559 pacientes con cáncer bucal. Los hallazgos fueron los siguientes:

A) El fumar es un factor importante en la generación del cáncer bucal. Solo el 3% de los pacientes con cáncer bucal no habían fumado nunca, en oposición al 10% de los pacientes de control sin esta neoplasia.

Además el 29% de los pacientes que lo padecían eran grandes fumadores en comparación con solo el 17% de los pacientes del grupo de control.

En este estudio, el fumar cigarrillos y pipa aumentaba el riesgo de cáncer bucal más que el cigarrillo, en definido contraste con estudios similares sobre el cáncer del pulmón.

B) El alcohol también aparece como factor importante en el origen del cáncer bucal, particularmente en pacientes que ingieren más de 207 ml de whisky por día. Únicamente el 12% de los pacientes de control consumían esta cantidad de alcohol, mientras que el 33% de los pa

cientes varones con cáncer bucal bebían esta cantidad.

C) La sífilis tiene importancia en los casos de --
cáncer de labio y los dos tercios anteriores de la len_
gua. Pero no se pudo establecer si el cáncer era produc
to de la glositis sífilítica o de la arsenoterapia que
la mayoría de los pacientes han recibido.

D) Las deficiencias nutricionales fueron difíciles
de valorar, pero no presentaban relación evidente con el
cáncer bucal y problemas médicos nutricionales o de e-
tra naturaleza .

E) La luz solar en los casos cáncer de labio ten-
dría poca importancia etiológica.

CARCINOMA VERRUCOSO.

El carcinoma verrucoso es una forma de carcinoma epidermoide de la cavidad bucal, que fué definido por Ackerman, quien registró 31 casos en 1948.

Difiere del carcinoma epidermoide bucal común, en que por lo general es de crecimiento lento, básicamente exofítico y solo invasor en superficie, por lo menos hasta fases tardías de la lesión; tiene potencial metástasico bajo y se presta a la excisión local simple, debido a su evolución relativamente no agresiva y prolongada.

CARACTERISTICAS CLINICAS: El carcinoma verrucoso es visto en pacientes ancianos entre los 60 y 70 años de edad; cerca del 75% de las lesiones se dan en varones, en alrededor de 300 casos.

La gran mayoría de ellos se encuentra en la mucosa vestibular y éncía 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 fi-
suras profundas intercaladas.

Las lesiones de la mucosa vestibular pueden exten-
derse bastante antes de atacar las estructuras contiguas
más profundas. Las lesiones del reborde mandibular o de
la encía, proliferan hacia el tejido blando que la cubre
y se fijan rápidamente al periostio para invadir y des-
truir en forma gradual la mandíbula.

Los ganglios linfáticos regionales suelen estar sen-
sibles y crecidos.

ETIOLOGIA: Son unánimes las de que un elevado por-
centaje de pacientes con esta enfermedad son masca-
dores de tabaco. Una pequeña cantidad de pacientes no lo son-
pero en cambio usan sustancias inhaladas, o son gran-
des fumadores. Ocasionalmente los pacientes dicen no con-
tabaco y estos por lo general portan prótesis mal adap-
tadas .

TRATAMIENTO: El carcinoma verrucoso ha sido tratado
de diversas maneras en el pasado, mediante la cirugía,-
los rayos X, o la combinación de los dos procedimientos.

Como la lesión es de crecimiento tan lento y tarda

en hacer metástasis, muchas lesiones pueden ser tratadas por medio de la excisión relativamente conservadora.

PRONOSTICO: El pronóstico es bueno.

LINFOEPITELIOMA Y CARCINOMA DE CELULAS
DE TRANSICION.

Hay un grupo poco frecuente de neoplasias malignas que presentan muchas características en común, atacan - la nasofaringe, bucofaringe, lengua, amígdalas y estruc- turas anatómicas asociadas ; como las fosas nasales y se- nos paranasales . Estos tumores se originan en la mucosa de estas zonas.

Esta grupo de neoplasias se compone del linfoepite- lioma, carcinoma de células de transición y el carcino- ma escamocelular indiferenciada.

Se ha descrito el linfoepitelioma como una lesión- que aparece principalmente en la nasofaringe de personas jóvenes o de edad mediana. Bajo el nombre de "carcinoma epidermoide de células de transición", se comunicaron - una serie de casos en los cuales estas lesiones se loca- lizaban en las amígdalas, base de lengua y nasofaringe. Se observó que este carcinoma de células de transición- era sumamente maligno, de evolución clínica rápida, dan- do metástasis profusas y produciendo la muerte muy tem- prana .

CARACTERISTICAS CLINICAS: La lesión primaria del linfoepitelioma o del carcinoma de células de transición es muy pequeña, casi siempre completamente oculta, ligeramente elevada y francamente ulcerada o con superficie granular erosionada.

El tumor está indurado y en algunas ocasiones aparece como una proliferación exofítica o fungosa.

Los pacientes con carcinoma de células de transición tienen aproximadamente 44 años de edad, con linfoepitelioma solo 26 años y con carcinoma escamocelular indiferenciado 56 años.

TRATAMIENTO: Debido a la inaccesibilidad general de la mayoría de estas lesiones y su inusitada propiedad de ser altamente radiosensibles, la radiación con rayos X ha sido el tratamiento más comúnmente aceptado.

PRONOSTICO: La perspectiva para los pacientes con estas neoplasias es mala, por lo tanto el pronóstico es desfavorable.

MELANOMA MALIGNO (MELANOCARCINOMA).

El melanoma maligno es una de las neoplasias más letales del ser humano; es la contraparte maligna del nevo pigmentada común, aunque no todos los melanomas se originan en los nevos. Algunos investigadores clasifican el melanoma maligno en los tipos melanótico y nevocítico.

Se cree que el tipo nevocítico se origina en un nuevo limítrofe; mientras que el tipo melanótico se origina en lesiones melanóticas no nevoides.

CARACTERISTICAS CLINICAS: El melanoma maligno aparece como una lesión primaria, no solo en la piel y las mucosas bucales, sino también en los ojos, la mucosa vaginal y los órganos respiratorios superiores.

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 por 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.

MANIFESTACIONES BUCALES: El melanoma maligno es una neoplasia rara de la mucosa bucal, si bien constituye el 20% de los casos de carcinoma primario de la piel.

El melanoma bucal primario es dos veces más común en varones que en mujeres ; a diferencia del melanoma de la piel cuya preponderancia por sexo es aproximadamente igual. La edad de su aparición es alrededor de los 50 años. El melanoma bucal tiene predilección precisa por el reborde alveolar y paladar.

Así mismo se observaron casos 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.

TRATAMIENTO: El tratamiento del melanoma maligno es la resección quirúrgica radical de la parte afectada con disección de los nódulos linfáticos regionales.

PRONOSTICO: El pronóstico es sumamente desfavorable.

CAPITULO X.- CASOS CLINICOS.

CARCINOMA EPIDERMOCIDE DEL SUELO DE LA BOCA.

Este caso es de interés especial, porque la lesión indolente y muy pequeña fué vista por cuatro médicos, - que creyeron era una ulcerita sin importancia. Se sabía que el paciente tenía cocrofofia y por esta razón ninqu no tomó en serio el caso.

Cuando se examinó al paciente, tenía la boca limpia y los dientes bien cuidados. Aunque se fumaba seis nings cada veinticuatro horas no se hallaron señales de leucoplasia ni de inflamación gingival, pero debajo de la lengua se observó una pequeña úlcera hundida, redonda, - aproximadamente de tres milímetros de diámetro. Tenía - una superficie brillante y un borde ligeramente elevado. No había señales clínicas de induración o malignidad. Considerando la actitud mental del enfermo más bien que los signos clínicos, se aconsejó la extirpación y el -- examen histopatológico; el estudio microscópico mostró - que la submucosa estaba infiltrada por el tumor, si bien las glándulas salivales no estaban afectadas; las célu las hiperplásicas, la formación de perlas y las figuras de mitosis, justificaban el diagnóstico de "carcinoma -- epidermoide grado III"; estaba indicado el tratamiento adicional para proteger al paciente de la reproducción.

Se le aconsejó un tratamiento postoperatorio por -

rayos X.

Recibió el tratamiento y cuando se volvió a ver al paciente tres años después no había síntomas de recrudescencia.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DEL CARRILLO.

El paciente, hombre de 61 años de edad, que había recibido cuidados dentales excelentes a intervalos regulares de tiempo durante toda su vida.

En un examen ordinario de los dientes, el dentista al apartar el carrillo con el dedo, notó un pequeño nódulo en la mucosa.

El paciente manifestó que conocía la existencia de aquél nódulo desde hacía cuatro semanas, pero que no sabía nada respecto de su causa; había muy ligera queratosis en la superficie del carrillo, de no más de dos milímetros de diámetro que apenas se distinguía.

La lesión fué extirpada en su totalidad, el examen microscópico de un corte demostró un área muy pequeña de epitelio queratinizado en el vértice de la lesión -- que interrumpía la mucosa normal; a partir de ese lugar cordones del tumor se extendían al tejido conectivo subyacente. El músculo buccinador no estaba infiltrado, se diagnosticó "Carcinoma epidermoide de grado III".

Después de nueve años de la extirpación del tumor éste no se ha reproducido.

CONCLUSIONES.

Al llegar al final de ésta investigación para la - presentación de nuestra Tesis Profesional; se puede decir con seguridad y conscientemente, que la lucha contra el cáncer todavía tiene un largo camino que recorrer.

Se dice conscientemente porque al recibir esta información, nos damos cuenta de cuán importante es conocer el origen, la evolución, el diagnóstico y los - diferentes tratamientos que se han empleado para combatir el cáncer .

Si bien en el ámbito de la biología, la medicina, - y la sociedad en general, existe ésta enfermedad es - una preocupación constante, para nosotros en nuestro - personal de Odontólogos también debe ser así; pues los - Cirujanos Dentistas desearían el hacer un diagnóstico - preciso del cáncer oral y tratarlo de la mejor manera - tratamiento adecuado, por evitar que éste se propague - más a fondo, e iría para permitirle al paciente - si éste ha llegado a un punto en que no se puede evitar - atemper al paciente.

Para bien, en éste momento de la investigación, - porque tener los conocimientos suficientes para hacer - un diagnóstico oportuno del cáncer oral; al contrario - se concluye que se debe tener los conocimientos - para combatir el cáncer oral y evitar que éste se propague -

mación, u de ésta manera lograr una Odontología más completa.

Solo con eficiencia, dedicación, esfuerzo u una buena información, tanto para los profesionistas como para la población en general, se logrará un avance todavía mayor para realizar mejores estudios e investigaciones, proporcionar más tratamientos, técnicas o tal vez medicamentos; si no para erradicar completamente ésta enfermedad, si para ayudar a todas las personas que desafortunadamente sufren los trastornos que causa el cáncer.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Bhas, Kar S.N. Patología Bucal. 2a. ed. Ed. El Ateneo.
- 2.- Biblioteca Salvat Grandes Temas. El Cáncer. (tomo 24) Salvat Editores. S.A. Barcelona 1973.
- 3.- Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía de Cabeza y Cuello. (primera parte) Ed. Interamericana. Agosto de 1977.
- 4.- Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía de Cabeza y Cuello. (segunda parte) Ed. Interamericana. Agosto de 1977.
- 5.- Correa, Arias Stella; Pérez Tamayo. Texto de Patología. La Prensa Médica Mexicana. reimposición Méx. 1978.
- 6.- Chambers Baltimore, Jacques; Washington Revilloe & Bristol. Cáncer of Head and Neck. Proceedings of and International Simposium. Ed. Comité, Montreux, Switzerland, April 24, 1975.
- 7.- C.D. García Irujo R. Neoplasias Orales. (apuntes). - Clínica Periférica Sto. Domingo. Facultad de Odontología U.N.A.M. 1982.

- 8.- Ham, Arthur W. Tratado de Histología. 7a. ed. Ed. Interamericana.
- 9.- Junqueira L.C.; Carneiro. Histología Básica. 1a. reim
presión. Salvat Editores, S.A. 1978.
- 10.- Lockhart, R.E. ; Hamilton G.F. Anatomía Humana. Ed. Interamericana.
- 11.- Maccomb, William S. ; Fletcher, Gilbert E. ; The University of Texas ; Anderson Hospital and Tumor Institute
The Williams S. Wilkins. Cancer of Head and Neck. Company Baltimore 1967.
- 12.- Morris, Alvin L. ; Bohannon M. Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General. Ed. Labor, S.A. 4a.
ed. 1980.
- 13.- Pollack, Robert S. Tumor Surgery of the Head and Neck.
Lea and Febiger, Philadelphia 1957.
- 14.- Reader's Digest. Gran Diccionario Enciclopédico. Reader's Digest, Méx, 1979.
- 15.- Ries Centeno, Guillermo A. Cirugía Bucal. 8a. ed. Ed. El Ateneo 1979.
- 16.- Shafer William C. Tratado de Patología Bucal. 3a. ed.
Ed. Interamericana.
- 17.- Dr. Stanley E. Robbins. Tratado de Patología. 3a. ed.
Ed. Interamericana.

18.-Thoma, Kurt H. Patología Bucal. (tomo II) 2a. ed. Ed.
Hispanoamericana.