



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIAGNOSTICO PRECOS  
DE CANCER BUCAL.

T E S I S

Que para obtener el Título de  
CIRUJANO DENTISTA  
P r e s e n t a

LUIS GUSTAVO ESPINO PREISSER

México, D. F.

1984



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# "DIAGNOSTICO PRECOZ DE CANCER BUCAL"

## INTRODUCCION:

### CAPITULO I:

GENERALIDADES.

### CAPITULO II:

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ DE CANCER BUCAL.

### CAPITULO III:

CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS NORMALES DE CAVIDAD BUCAL.

### CAPITULO IV:

CONSIDERACIONES SOBRE PATOLOGIA EN CAVIDAD - BUCAL.

CAPITULO V:

CANCER:

- A) TUMOR
- B) NEOPLASIAS
- C) TUMOR BENIGNO
- D) TUMOR MALIGNO
- E) METASTASIS

CAPITULO VI:

BASES PARA DIFERENCIAR UN TUMOR BENIGNO DE -  
UN MALIGNO.

CAPITULO VII:

CANCER BUCAL.

CAPITULO VIII:

HISTORIA CLINICA Y SU EVALUACION:

- A) LESION PRIMARIA, SIGNOS Y SINTOMAS.
- B) LESION DE TAMAÑO MEDIO, SIGNOS Y SINTOMAS.

- C) LESION AVANZADA.
- D) METASTASIS Y GANGLIOS LINFATICOS.

## CAPITULO IX:

### ETIOLOGIA DEL CANCER BUCAL:

- A) RAYOS SOLARES.
- B) TABACO.
- C) SIFILIS.
- D) LEUCOPLASIA.
- E) FACTORES DENTALES.
- F) OTROS FACTORES ETIOLOGICOS CANCERIGENOS.

## CAPITULO X:

### CLASIFICACION Y SIGNIFICADO CLINICO DE LOS TU MORES MALIGNOS DE CABEZA Y CUELLO:

- A) PIEL.
- B) CAVIDAD BUCAL.

## CAPITULO XI:

### FACTORES QUE MODIFICAN EL ASPECTO CLINICO DEL

## CANCER:

- A) CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS DEL CARCINOMA BUCAL.
- B) CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS DEL TUMOR.
- C) EXISTENCIA DE LESIONES PREDISPONENTES.
- D) LOCALIZACION DEL TUMOR.
- E) RAPIDEZ DEL CRECIMIENTO DEL TUMOR.
- F) TARDANZA DEBIDO AL PACIENTE.
- G) TRATAMIENTO PREVIO.

## CAPITULO XII:

FOCOS DE ORIGEN MAS FRECUENTES DE LOS DISTINTOS TIPOS DE CANCER BUCAL:

- A) LABIOS.
- B) PALADAR.
- C) GENCIA.
- D) SUPERFICIES BUCALES.
- E) PISO DE BOCA.
- F) LENGUA.

## CAPITULO XIII:

TECNICA DEL EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL:

- A) FOCOS ANATOMICOS VECINOS PARA DETECTAR UN CANCER.

#### CAPITULO XIV:

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER BUCAL.

#### CAPITULO XV:

BIOPSIA:

- A) TECNICA.
- B) FOCO DE LA BIOPSIA.
- C) CANTIDAD DE TEJIDO QUE DEBE RECOGERSE.
- D) COMO RECOGER EL TEJIDO.
- E) MANEJO DE LA MUESTRA.
- F) REPORTE DE LA BIOPSIA.
- G) QUIEN DEBE TOMAR LA BIOPSIA.
- H) TECNICA DE BIOPSIA PARA LESIONES DE PIEL Y BOCA.

#### CAPITULO XVI:

TRATAMIENTO DEL CANCER:

- A) CIRUGIA.
- B) RADIOTERAPIA
- C) QUIMIOTERAPIA.

## CAPITULO XVII:

MANEJO DE LOS DIENTES EN LOS TUMORES MALIGNOS DE LA BOCA:

- A) EN CASO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO.
- B) EN CASO DE TRATAMIENTO RADIOLOGICO.

## CAPITULO XVIII:

OSTEONECROSIS POR IRRADIACION:

- A) ASPECTOS IMPORTANTES.
- B) SINTOMAS.

## CAPITULO XIX:

PSICOLOGIA Y CANCER:

- A) QUE DEBE DECIRSE A UN ENFERMO DE CANCER - BUCAL.



CAPITULO XX:

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.



Debemos aceptar con sinceridad que, después del propio paciente, el Cirujano Dentista y el Estudiante de Odontología, forman la primera línea de defensa contra el Cáncer Bucal. En la actualidad tal vez no se posee un interés por este padecimiento, pero después de haber realizado estu---dios Odontológicos, nos damos cuenta de que aceptamos la obligación impostergable de servir a ---nuestros semejantes.

He aquí que surge una nueva tarea y una --grán motivación, puesto que por sus funciones específicas el Cirujano posee la satisfacción de --salvar vidas humanas.

El Cáncer ha figurado desde hace mucho tiempo como objeto de preocupación constante de los médicos; todos los años mueren de Cáncer de cavidad bucal, piel y cuello infinidad de personas; --hay la posibilidad de que un número considerado --de dichos pacientes sean atendidos muy a tiempo --por el Cirujano Dentista, dado a un diagnóstico --precoz y un tratamiento enérgico.

Habrá que realizar muchísimas investigaciones para perfeccionar los métodos encaminados al diagnóstico del Cáncer en su etapa inicial y se tendrán que elaborar nuevos métodos curativos.

Aunque el Cáncer puede atacar en cualquier momento, tal vez más del 95% de todos los pacientes de Cáncer que se conocen, tienen más de 50 años de edad, por lo tanto, el Cáncer es una enfermedad del hombre maduro.

Nos preguntarán el por qué los Odontólogos muestran un interés en el diagnóstico del Cáncer, y no encargamos esta obligación a los médicos y expertos; podemos decir claramente que en la actualidad el 50% de todos los pacientes de Cáncer-Bucal acuden primero al Cirujano Dentista, lo que significa que el Odontólogo posee la oportunidad de observar un tumor maligno, en un momento dado antes que el médico, en ninguna otra región del cuerpo humano, puede contar la profesión médica, con tantos aliados, expresamente los dentistas para la ayuda del diagnóstico precoz del Cáncer Bucal.

El problema del control del Cáncer, será normal que los Cirujanos Dentistas, que atienden primeramente la cavidad bucal y observan y trabajan diariamente la boca de infinidad de pacientes, seres humanos, en la edad del Cáncer pueden y deben convertirse en los vigilantes de tan importante aspecto del organismo.

Los dentistas debemos aprender a realizar exámenes periódicos en busca del Cáncer, como parte de nuestro examen ordinario de la cavidad bucal, tratándose de una enfermedad de evolución rápida y mortal, debemos recordar que el destino -- del paciente está en manos del primer profesionista que consulte.

El problema del envejecimiento y de la muerte son unos de los problemas más antiguos afrontados por el hombre, nuestro inmenso deseo de vivir está en contradicción con la impotencia senil y la brevedad de la vida, siendo ésta una de las desarmonías más grandes que existen en la naturaleza humana.

Actualmente gracias a la Ciencia tiende a superarse. Pensando que ésta es nuestra motivación necesaria, trataremos humildemente de explicar la necesidad creciente del Cirujano Dentista, de no olvidar nunca la lucha contra el Cáncer Bucal, in tentando el Diagnóstico Precoz.



## " G E N E R A L I D A D E S "

Médicamente, diagnóstico se define como el arte de reconocer un proceso de enfermedad a partir de sus signos y síntomas; es también la clasificación que daremos al procedimiento o afección, aún puede también significar la decisión a que se ha llegado.

Será importante no olvidar nunca que podemos administrar terapéutica adecuada y definitiva, -- hasta no haber logrado y alcanzado el mejor diagnóstico , siempre basándose en la historia previa y exploración completa.

En la carcinogénesis de un tumor de labio y un tumor de estómago los factores que intervienen podrán en un momento dado, ser diferentes, por lo que, debemos pensar en distintos procesos de enfermedad cancerosa, y no, únicamente en un sólo tipo de Cáncer con características muy afines. -- Siendo así pensamos que hay muchos y diversos factores que originan variados tipos de Cáncer.

En la actualidad existe un medio grande a -- proceder esta enfermedad y por casualidad, es también muy común el medio a prevenirse del Cáncer, -

existe la Cancerofobia en el paciente al temer -- que el médico en su consulta afirme la existencia de Cáncer.

Se piensa en lo común, que es preferible no-saber a tener que enfrentarse a la realidad. A--fortunadamente son pocas las personas que por propia voluntad acuden al médico para que su examen-disipe la intranquilidad al respecto.

En la Ciencia Médica y en sus profesionales, se encuentra el primer motivo para indicar la información al público, aconsejándole que no tene--mos porque sentir miedo y asistir aunque sea una-vez al año a consultar y platicar con el doctor,--acerca de los síntomas y molestias por muy discretos que así sean, siendo preferible, ideal, la ausencia de cualquier alteración presentándose esta situación en el panorama general; pensamos que respecto a las diversas teorías de la Carcinogénesis, ni deben ser rechazados, ni aceptados rotundamente en su pretensión, porque desde el punto de vista prevención, así como de Salud Pública, el que-conozcamos a ciencia cierta la causa primaria y -original de la génesis del Cáncer no nos resulta-rá indispensable.

En el conocimiento temprano del Cáncer Bucal,



y sabiendo de antemano que no existe un solo tipo de Cáncer y, que para su producción se requiere - de influencias de diversos factores secundarios, - actuando con intención primaria de prevención sobre estos factores, es como podremos realmente -- prevenir el Cáncer, a través de los años de historia y experiencias, sabemos que el cigarrillo y - el tabaco son factores predisponentes para padecer Cáncer Broncopulmonar y muchas veces de Cán-- cer Bucal, ya sea en el labio, paladar o mucosa: y así en la actualidad aún no comprendemos o entendemos los mecanismos verdaderos en función para - la manifestación del proceso. Pero, afortunada-- mente, entendemos que aminorando las depresiones y ansiedades tan características en el individuo ac tual y reemplazando estas actividades por positivas y consciencias claras, disminuye en mucho la - aparición mortal en tantas ocasiones.

Los factores de las radiaciones no solo pueden aminorarlas, si no que suelen evitarlas en su totalidad, por medio de una protección debida.

En las industrias donde se ha implantado una higiene adecuada y funcional ya han pasado a la - historia en muchos países, la anteriormente elevada frecuencia de Cáncer en piel en los trabajadores expuestos a la acción de compuestos como la -

hulla, el alquitrán, la brea, petróleo y otros -- cancerígenos químicos.

En la educación pública programada, con el fin de que el público esté enterado en lo fundamental y colabore en su mejor disposición con la medicina y evitar así, que los seres humanos, sean atendidos hasta el momento en que las lesiones indiquen que estamos ante un Cáncer avanzado, muchas veces fatal y otras incurable con un triste final.

En un momento determinado, un Cirujano Dentista, posee la oportunidad inmejorable de observar un tumor maligno en la boca, antes que el médico, porque basados en ciertas variaciones, aproximadamente el 50% de los individuos que padecen Cáncer Bucal, visitan primero al Cirujano Dentista.

Es un hecho que entre pacientes con lesiones gingivales la proporción de los dentistas antes que el médico es evidente el resultado, pues, la función impostergable en el diagnóstico temprano de tumores malignos bucales para los dentistas -- con la capacidad mínima, aunque sea en el conocimiento y prevención del Cáncer Bucal.

No podemos olvidar por ningún motivo que el Cáncer Bucal o Carcinoma Epidermoide, representa el 90% de los Cánceres Bucales y el 99% de las -- muertes por tumores malignos en boca, y así resulta destructivo como cualquier otro Cáncer grave.

Este tipo de Carcinoma es el problema para la profesión, actúa mortalmente más de prisa que el Cáncer de mama, y siega vidas más rápido.

El 70% de las personas con padecimientos bucales cancerosos sin tratamiento efectivo, mueren antes de cumplir 18 meses de identificación de la enfermedad.

Entendemos que estamos ante una enfermedad de evolución muy rápida y, así destructiva, no podemos olvidar que el destino del enfermo, se encuentra exclusiva y privilegiadamente en poder de aquel médico o Cirujano Dentista primeramente consultado y así en nosotros está esforzarnos y prepararnos para adquirir el mínimo o máximo de conocimientos para la combatividad del Cáncer Bucal, ofreciendo tranquilidad y confianza a nuestros semejantes.



## "IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ DE CANCER BU- CAL"

---

En primer lugar cuando el Cáncer se encuentra en sus inicios sin presentar ningún síntoma - el paciente, es indicativo de que se encuentra - localizado en una área delimitada y así son in- - mensas las probabilidades de curación mediante - las radiaciones, la cirugía, la quimioterapia y sus benéficas combinaciones.

En la examinación de las lesiones de boca - no debemos olvidar en ningún momento y por nin- - gún motivo, que la más leve tardanza en la iden- - tificación de una lesión maligna puede signifi- - car una ligera diferencia entre la alegría y la - desilusión, así tenemos que atacar al carcinoma- - epidermoide desde un principio que se ha sospe- - chado, todos los procesos que requiera un diag- - nóstico para primeramente descartar el Cáncer de - berá estar vigilado de día y de noche la sequia - y lluvia bucal.

Para toda sospecha es necesaria la toma de - una biopsia, porque el Cáncer es una urgencia y - no permite retrasos, ya que la espera y los ensa - yos medicamentosos, no nos darían un resultado - satisfactorio.

El cáncer no esperará que el miedo, la angustia y los temores del examinado se diluyan y mucho menos esperará a que el individuo comprenda - que debe solicitar ayuda inmediata y no cuando ya es irremediable.

Debe ser regla del Consultorio excluir absolutamente el Cáncer haciendo el diagnóstico clínico de lesión benigna, traumatismo, herpes, alfa, neoplasias, etc.. Si la lesión es benigna al cabo de dos semanas no ha desaparecido, de inmediato, se recurrirá a las biopsias siendo preciso establecer un diagnóstico.

**Diagnóstico Diferencial en caso de Cáncer Bucal:** Es la enfermedad que debe descartarse, por lo que repasaremos las lesiones con las que puede confundirse con frecuencia:

Cuando nuestro diagnóstico es equivocado, el Carcinoma de Células escamosas de la boca podemos confundirlo con:

- **SIFILES:** Aunque es raro encontrar Sífilis en boca, solamente si coexiste con cavidad al encontrar una úlcera en la boca de los pacientes, - muchas veces cabe la realización de pruebas serológicas para la Sífilis, entonces se sugiere mejor una biopsia.

- LEUCOPLASIA: las manifestaciones clínicas - dependen del tipo de estímulo que ocasionan los - cambios de la sensibilidad del tejido y de las de fensas locales y generales.

Sabemos que la Leucoplasia es una lesión pre cancerosa, peor si ésta es acompañada de Sífilis, se recomienda la exasión de una Leucoplasia local y pequeña, pero en los casos de Liperplasia, en-grosamiento o úlcera en cualquier zona de la re-gión Leucoplásica, debemos tomar una biopsia para excluir el Cáncer ó las necesarias para determi-nar que no haya regeneración Cancerosa.

Otros tumores relacionados con Cavidad Bucal.

El Cáncer que dá problemas de las neoplasias-bucales, su peligrosa y enorme gravedad, es el -- carcinoma epidermoide de células escamosas que a-fectan las diversas estructuras bucales.

Este tipo de carcinoma comprende casi el 90% de todos los cánceres bucales, produciendo un 99% la muerte, de todos los cánceres bucales, así el-8% corresponde a tumores adenoides de tipo mixto-y adenocarcinoma y su mortalidad es muy pequeña,- ya que el adenocarcinoma crece muy lentamente, me-nos que el carcinoma epidermoide y rara vez dá me

tástasis ofreciendo mayores probabilidades de curación.





" CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS NORMALES DE CAVI--  
DAD BUCAL "

---

La cavidad bucal y sus tejidos blandos. La cavidad para su estudio se divide en dos porciones: El Vestíbulo de la boca y la Cavidad bucal propiamente dicha.

El vestíbulo de la boca es un espacio angosto, limitado hacia la cara externa por la membrana, mucosa de los labios y carrillos, hacia adentro por la superficie labial y bucal de todos los dientes y por la encía de éstos, cuando la boca está cerrada puede llegarse a esta por el vestíbulo, por los espacios que existen en la cara distal de los últimos molares y también a través de los espacios interproximales de los dientes, el vestíbulo de la boca recibe las secreciones de las glándulas parótida por medio de los conductos de senón.

La cavidad bucal propiamente dicha, está limitada enfrente y a los lados por las caras linguales de todos los dientes y por la mucosa que les rodea, hacia arriba por los paladares duros y blandos y hacia abajo el piso de la boca, la lengua y la membrana mucosa, detrás se comunica con la faringe y está limitada por la mucosa del pala

dar blando que se fusiona con la mucosa de la fa  
ringe.

En la boca se distinguen las paredes que la-  
limitan y las formaciones que la contienen o se -  
agrupan cerca de ella. Las paredes son: Anterior,  
constituida por los labios que son dos repliegues  
músculo-membranosos, uno superior y otro inferior  
adaptados a la convexidad de los arcos y el alveo  
lo dentarios.

Los labios están constituidos de adelante y  
atrás por la formación siguiente: La piel adherida  
íntimamente a los músculos subyacentes y con abun  
dantes fascículos pilosos, seguida por una capa de  
tejido celular y luego una capa muscular constitu  
da por el oblicular de los labios y los músculos-  
que con él se entreagrupan: son para el labio su  
perior los elevadores de éste, para el labio infe  
rior el cuadrado del mentón y los triangulares de  
los labios, en las comisuras el buccinador, los -  
cigomáticos y el risorio de senturini, más aden  
tro se encuentra la capa submucosa formada por te  
jido conjuntivo y fibras elásticas que contienen  
gran cantidad de glándulas labiales, las células  
morfológicas son glándulas en racimo cuyo conduc  
to escretor se abre en la mucosa del labio, la --  
más interior, es la capa mucosa que cubre la cara

posterior del labio y se continúa con la mucosa de los carrillos reflejándose al nivel del borde adherente para continuarse con la mucosa gingival formando el surco gingivolabial.

La mucosa se haya constituida por el epitelio pavimentoso estratificado que descansa sobre un corión o lámina propia del tejido conjuntivo.

Los labios reciben arterias procedentes de las coronarias, rama de la facial y, accesoriamente le llega arteriola de la transversa de la cara de la bucal mentoneana, y de la suborbitaria, sus venas desembocan en la facial, los vasos linfáticos se dirigen a la comisura acompañados de la vena facial y llega a los ganglios submaxilares.

Los nervios motores proceden del facial, y los sensitivos del suborbitario para el labio superior y del mentoneano para el labio inferior.

La pared posterior está formada por el velo del paladar y sus pilares que circunscriben un orificio llamado Istudo las fauces, el velo del paladar es continuación de la bóveda palatina y su dirección es primero horizontal y después oblicua hacia abajo y atrás, éste en su borde inte---

rior presenta en la línea media una saliente más o menos cilíndrica llamada Uvula, cuya extremidad libre es redondeada y su cuerpo está envuelto por la mucosa y su base de implantación forma cuerpo con el paladar blando, de su base se desprende -- cuatro pliegues mucosos, dos derechos y dos izquierdos que se dirigen hacia afuera y abajo, llamados pilares del velo del paladar, uno anterior y otro posterior de cada lado.

En su constitución anatómica, el velo del paladar está formado por una aponeurosis, músculos y mucosa de revestimiento, la aponeurosis es una hoja tendinosa que desempeña el papel de esqueleto de inserción de los músculos del paladar blando, recibe arterias derivadas de la palatina superior rama de la maxilar interna; de la palatina inferior rama de la facial y de la faringe inferior rama de la carótida interna.

Emite venas superiores que van al plexo de la fosa cigomática y venas inferiores más numerosas que se ven con las de las amígdalas y base a la lengua desembocando a los afluentes de la yugular interna.

Los linfáticos forman también una red superior y otra inferior que van a los ganglios yugu-

lares situados al nivel del vientre posterior del digástrico.

Los nervios sensitivos, proceden de los tres palatinos ramas del eseno palatino.

Encontramos la pared superior formada por el paladar duro, la parte anterior del paladar blando es cóncava y se halla limitada a los lados por los arcos dentarios del maxilar presentando en la línea media un rafé el cual termina por delante del tubérculo palatino u orificio inferior del conducto palatino anterior.

El paladar duro está constituido por la capa ósea y otra mucosa, la capa ósea está formada por la cara anterior de las apofisis palatinas del maxilar y la lámina horizontal de los palatinos presenta en la línea media y en su parte anterior el agujero palatino anterior, y en los ángulos posteriolaterales, los agujeros palatinos posteriores.

La mucosa que cubre la superficie ósea en toda su extensión es gruesa y resistente y se adhiere firmemente al periostio, contiene a cada lado de la línea media los gánглиos palatinos.

El paladar duro, recibe arterias de la pala-

tina superior rama de la maxilar interna, la cual pasa por el conducto palatino posterior, se divide en un ramo anterior y otro posterior, el primero se anastomosa con el ramo de la eseno palatino y llega al paladar atravezando por el conducto palatino anterior.

Las venas acompañan a los troncos arteriales y van al plexo pterigoideo, los linfáticos forman una red que se anostomosa con la red gingibal superior y con la del paladar blando, forma conductos colectores que descienden por el pilar posterior para desembocar en la cadena yugular interna.

Los nervios que son solamente sensitivos, derivan del palatino anterior, el cual, penetra en el paladar duro por el conducto palatino posterior, del eseno palatino interno que pasa por el conducto palatino anterior.

La cara inferior de la lengua esta unida a la mandíbula por el músculo geniogloso y, su mucosa se fusiona con la mucosa del piso de la boca.

La superior o dorso de la lengua, presenta un tipo especializado de mucosa, se divide en dos regiones por la presencia de un relieve en forma de "V" cuyo ángulo se encuentra abierto hacia adede

lante y al que se conoce como "V" lingual.

Se distinguen en la lengua las siguientes -- partes: un esqueleto osteofibroso, los músculos de la lengua y la mucosa bucal.

Las partes blandas se apoyan en el hueso hioi des, en la membrana hioglosa y en el septum lin-- gual, la membrana nioglosa es una lámina fibrosa-- dirigida transversalmente y que se inserta por a-- bajo en el borde superior del hueso hioides, en -- tre las dos astas menores se dirigen hacia adelan-- te y arriba, y se pierde en el espesor de la len-- gua.

El septum lingual o medio, es una lámina fi-- brosa colocada verticalmente en la línea media de la base de la lengua, se inserta por atrás en la parte media de la cara anterior de la membrana -- hioglosa y por abajo de la cara anterior del hioi des.

La masa muscular de la lengua está cubierta-- en su mayor extensión por una mucosa que es más -- delgada en la cara inferior y se engruesa más en los bordes, alcanzando su máximo espesor en la ca-- ra dorsal, y sobre todo, en la punta y en la "V"-- lingual, la base de la lengua no está cubierta -- por mucosa pues ésta pasa por arriba del dorso del



órgano a la epiglotis, donde se forman los repliegues glosoplígóticos, por abajo y adelante, va a continuarse con la mucosa del piso y forma el frenillo lingual.

La parte inferior está constituida hacia a--trás por la cara superior de la lengua y adelante por la región sublingual o piso de la boca.

Finalmente las dos paredes laterales consti--tuidas por las mejillas que se encuentran forma--das por células tipo poliestratificado escamoso - no queratinizado, consta de las siguientes capas:

- 1.- Estrato basal
- 2.- Estrato espinoso de malpighi
- 3.- Estrato queratinizado.

Pero sin existir la cornificación exuberante característica del estrato queratinizado y el es--trato lúcido que se observa en piel.

**LENGUA:** Es un órgano constituido por haces--musculares estriados dispuestos en tres planos -- que se entrecruzan unos con otros en ángulos rec--tos, situados en cavidad bucal propiamente dicha, la masa muscular lingual está cubierta por una -- membrana mucosa suficientemente adherida, el co--rion se fuciona con el tejido conjuntivo interti--

sial de los músculos, está fija solamente en su parte posterior, en su base, el extremo anterior queda libre y se llama vértice descansando en la superficie lingual de los incisivos superiores.

Su base o raíz está conectada con el hueso hioides por medio de los músculos geniogloso: con la epiglotis, por tres repliegues de mucosa y, -- con la faringe, los músculos faríngeos y la membrana mucosa.

La mucosa del dorso de la lengua y de los -- bordes de ésta, presentan múltiples elevaciones -- que son las papilas linguales y, entre ellas se -- encuentran los copúsculos del gusto.

La superficie que se encuentra por delante -- de la "V" lingual se halla ocupando las dos terce -- ras partes anteriores del órgano, la superficie -- que se encuentra por detrás corresponde a la ter -- cera parte posterior de la lengua.

Los dos tercios anteriores se caracterizan -- por presentar unas formaciones a las que se les -- dá el nombre de papilas filiformes y fungiformes, la "V" lingual se halla constituida por papilas -- califormes.

El tercio posterior ó base, está ocupado por unas estructuras linfoides, llamadas amígdalas --linguales.

La mucosa lingual está compuesta por un corión formado de tejido conjuntivo y fibras elásticas y por un epitelio el cual se halla formado --por una capa de células prismáticas, implantadas en el corión por medio de una membrana basal, otra capa de células poliédricas y dentadas en su perimetro y finalmente, una capa superficial de células luminiformes.

En la mucosa se encuentran, además, glándulas foliculares, mucosas y copúsculos del gusto.

20 1/2

CAPITULO IV

"CONSIDERACIONES SOBRE LA PATOLOGIA EN CAVIDAD BU  
CAL"

---

La variación en la gravedad de la enfermedad bucal, consiste desde una bacteré<sup>u</sup>mia de origen infeccioso, hasta la muerte provocada por Cáncer.

En la obtención del adecuado conocimiento de la enfermedad, es indispensable poner la debida atención en los cambios tisulares, micro y microscópicos.

Requerimos del conocimiento en relación con la función de los tejidos en enfermedad, así con la conjunción de los aspectos mencionados con la subjetividad y objetividad, resultantes de la enfermedad.

Patológicamente enfermedad, es la observación de uno o varios cambios en las estructuras orgánicas.

A) PIGMENTACIONES Y CAMBIOS DE COLOR:

En las exámenes periódicos de mucosa bucal encontramos con frecuencia, cambios notables-

de la mucosa, la pigmentación fisiológica, conocida clínicamente como melanosis, de la mucosa bucal depende del aumento considerable del número de melanositos, que normalmente existen en la capa basal del epitelio, y es independiente de la mucosa bucal presenta pigmentaciones clínicas apreciables.

En los cambios notables de color por mitoscilación por bismuto, mercurio, arsénico y plomo, por contacto industrial o ingestión de medicamentos, puede producir modificaciones en los tejidos bucales.

La intoxicación por metales originan ulceraciones de la mucosa del hueso alveolar, son datos notables, la zona irregular pigmentada de la mucosa bucal y la pigmentación lineal del borde libre de la encía, denominándose línea bismútica o línea arsenical cuando se presenta en color negro, línea de plomo cuando es de color azul-gris, línea mercurial si es de color gris-violeta.

En la cara interna de los labios, lengua mejillas y encía, solo ocurre pigmentación en las zonas sometidas a irritación ó traumatismo locales dependiendo de los depósitos de sulfuros metálicos en el tejido conectivo.

Las formas anteriores de pigmentación desaparecen al eliminar los irritantes o los traumatismos locales, de los que depende la inflamación.

B) LESIONES PIGMENTADAS DE LA MUCOSA BUCAL:

Lengua negra vellosa.

Es una lesión caracterizada por alargamiento de las papilas filiformes y que adoptan una coloración café que hay que distinguir de la pendulengua negra que suele confundirse a los cambios de color debido a frutas, dulces, medicamentos, así como de las pigmentaciones superficiales debido a la descomposición de la sangre.

La lengua negra verdosa es causada por crecimiento excesivo de bacterias, hongos productores de pigmentos y acompañándose de aumento anormal de las capas superficiales del órgano.

Durante la aplicación local de trociscos a base de penicilina y durante la terapéutica con penicilina por vía bucal, se ha encontrado lengua negra, apareciendo de nuevo en un segundo tratamiento con penicilina, en ocasiones con tetraciclina.

Esta alteración en caso de tratamiento con antibióticos, podría obedecer a la disminución de -- los productos de la flora bucal simbiótica normal, la evaluación suele ser larga pero pudiendo desaparecer espontáneamente, no siendo necesario suspender el antibiótico.

Podemos eliminar las papilas alargadas frotando la lengua en solución de ácido salicílico al 10 ó 15% de alcohol y la aplicación frecuente de una solución al 20% de capritato de sodio, como fungisida, siendo muy eficaz indicar al paciente cepillar el dorso de la lengua, 2 ó 3 veces al día.

#### ENFERMEDAD DE FORDYCE:

Es la pateurización de gránulos o elevaciones amarillas o indoloras, semejantes a puntas de alfiler, que suelen presentarse vilateralmente en mucosa labial y en mejillas, pudiendo ser escasas ó numerosas pero sin síntomas.

Son glándulas sebáceas ectópicas que se observan con mucha frecuencia y no tienen importancia clínica en la evolución permanece sin cambio aparente y por tiempo indefinido.



### ENFERMEDAD DE ADDISON:

El primer síntoma es una insuficiencia de la corteza suprarrenal, por hipofunción, debida a enfermedad o tumor, puede ser la pigmentación de la mucosa bucal en las primeras etapas, el fenómeno se limita a las mejillas, pero la lengua y superficies mucosas húmedas de los labios pueden estar afectadas.

La pigmentación de la mucosa bucal en el enfermo, van de negro-azulado a pardo, tiene el aspecto de picaduras en las mejillas, los pacientes suelen presentar un color bronceado progresivo de la piel, siendo más notable en las zonas expuestas.

En el interrogatorio, pueden presentarse síntomas típicos insipientes de la enfermedad, como pérdida de peso, anorexia, vómito, la pigmentación desaparece en la terapéutica del caso, la de la mucosa suele ser permanente.

### SINDROME DE PEUTZ-SUGHERS:

Poliposis Intestinal. Enfermedad donde es co

mún encontrar pigmentación de zonas cutáneas, peribucal, labiales y mucosa bucal.

En las primeras etapas, el fenómeno se limita a las mejillas; pero la lengua puede estar afectada, en ocasiones encontramos en la cara manchas de color café, en labios, carrillos y paladar, la pigmentación es generalmente más negra que parda.

Existe pigmentación característica de labios, nariz, ojos y manos, siendo el pigmento y la melamina en la mayor parte de los pacientes que presentan éstas alteraciones pigmentadas, las han sufrido desde la niñez.

**ICTERICIA:** Siendo un signo y no una enfermedad se debe a la presencia en la circulación de un exceso de pigmentos biliares dando lugar a un tinte amarillento o verde amarillento de la mucosa bucal, observándose más comunmente en la unión entre paladar duro y paladar blando.

Debemos pensar en buscar signos de ictericia, puesto que en estos casos-pacientes, es de temer un sangrado post-quirúrgico.

**METODO PARA SUPRIMIR LA PIGMENTACION MELANICA:**

---

Ha venido estilizándose un unguento a base de hidroquinona y la eficiencia del preparado depende de la profundidad de la pigmentación melánica.

Otro método para la eliminación de la melánica en encías consiste en aplicar sobre la zona pigmentada durante lo segundos, una torunda de algodón ligeramente humedecida en fenol al 50%, 20-segundos después, el fenol residual se neutraliza con alcohol al 90%, empleando otra torunda y enjuagándose después.

En ocasiones, será necesaria una segunda aplicación para cauterizar los tejidos afectados, la zona de cauterización estará un poco más allá de la capa basal de la mucosa, al cabo de 24 hrs. los tejidos se esfecelan quedando una zona rojo brillante relativamente indolora.

En siete ó diez días, la mucosa tendrá un aspecto normal otra vez y sin señal de que hubo pigmentación inicial.

Este tratamiento, deberá abarcar de uno a dos milímetros más alla del límite de la mucosa pigmentada.

### C) LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA BUCAL:

El entendimiento de este tipo de lesiones es sumamente importante clínicamente, pues permite - comparar las distintas enfermedades bucales en las que las características comunes serán de color -- blanco ó gris blancuzco.

Los agentes etiológicos varían desde la irri- tación traumática simple y las quemaduras, hasta las infecciones micóticas y las enfermedades in- fecciosas como la sífilis.

Sabemos que el color rosado de la mucosa bu- cal, es debido a que la luz atravieza las capas - superficiales de los tejidos blandos, reflejándose en el lecho capilar, antes de volver a atravezar- las capas traslúcidas ó los cambios tisulares que modifican la reflexión de la luz a nivel del le- cho capilar, tiene como resultado un aspecto blan- cuzco: el engrosamiento y el edema simple de los tejidos epiteliales produce palidecimiento difuso de los tejidos.

Cuando se espesan las capas queratinizadas - de la mucosa, como sucede en la leucoplasia y el- liquen plano, la región es blanco-azulosa, -la mi

cosis- moniliasis con invasión del epitelio y a veces del tejido conectivo vecino, por los micelios, significan pérdida de transparencia de la mucosa y dan como resultado zonas blancuzcas.

Los agentes cáusticos o las quemaduras térmicas producen coagulación y opacidad de los tejidos superficiales, lo que significa una lesión blanca.

Las anomalías del epitelio o del tejido conectivo relacionados con tumores, alteran la reflexión de la luz en el lecho capilar y se observará una lesión blanca y dura típica de tumor maligno.

GRUPO 1.- Lesiones blancas generalmente sin Hiperqueratosis.

La mordedura de la mejilla, suele encontrarse en adolescentes y adultos, pudiendo haber traumatismo de la mucosa y la mejilla, cuando el individuo estudia o es muy nervioso.

La zona afectada tiene un aspecto blanco lechoso, rugoso, siendo el contorno difuso, aunque a veces se observan pliegues verticales gruesos -

que corresponden a las cúspides de los dientes -- posteriores, no suele haber mucho dolor, solo en aquellas ocasiones en que el traumatismo es suficientemente intenso para producir úlcera, encontraremos ocasionalmente pequeñas hemorragias submucosas.

Aplicando una solución de Lugol a la mucosa seca y traumatizada de la mejilla, ésta adquirirá un color café más oscuro que la mucosa saludable.

El tratamiento de las lesiones irritativas en mucosa bucal consistirá en la eliminación o corregimiento del agente causal, así como la aplicación de un antimicrobiano para uso local, como el Nitromesol, Tintura de Metaphen al 1-200 para disminuir el peligro de infección.

Con la disección de los tejidos afectados y la aplicación varias veces al día con Tintura de Benjamín, el paciente obtendrá alivio y le facilitará la curación y epitelización de la zona ulcerada.

Las quemaduras son causa frecuente de lesiones blancas transitorias dolorosas, las quemaduras térmicas son relativamente raras y cuando las hay, es rara también la necrosis superficial, pue

de deberse al contacto accidental con los tejidos blandos de un instrumento odontológico, cera o material de obturación caliente.

En la ingestión accidental de alimentos y bebidas calientes, sucederán quemaduras ligeras de la mucosa, no teniendo mayor importancia, puesto que son durante poco tiempo y afectan una zona pequeña, los focos más frecuentes de quemaduras por alimentos y bebidas son el tercio anterior de la lengua y el paladar, variando mucho la relación de los tejidos entre los individuos.

El Acido Acetil Salicilico y los productos que los contienen son fuentes comunes de quemaduras de la mucosa bucal, cuando se coloca o se aplasta en el repliegue gingivogenciano, como aspirinas para el dolor de muelas, se presentan lesiones blancas dolorosas de forma irregular, en los puntos de contacto entre el medicamento y la encía, pudiendo estar afectando en forma difusa toda la mucosa de la mejilla.

Los tejidos estarán dolorosos pudiendo quitarse facilmente las regiones blancas quemadas, dejando una zona descamosa, dolorosa y sangrante.

Los individuos que conservan trozos de taba-

co en la boca, pueden mostrar zonas de color blanco en el punto de contacto entre el tejido y el tabaco, en sus primeras etapas las lesiones serán transitorias desapareciendo entre los 10 a los 15 días eliminando la causa.

Los cambios tisulares corresponderán a coagulación o necrosis superficial de los tejidos, debiéndose de las propiedades irritantes del tabaco y a los agentes que contiene. Si la situación dura mucho tiempo puede aparecer lesiones hiperqueratósicas.

#### SIGNOS:

Los signos y síntomas de quemaduras de la mucosa bucal, varían según la naturaleza del agente causal, en caso de curación espontánea, como sucede con el fenol o el nitrato de plata, hay relativamente poco dolor, hasta que se produce el esfaseo, quedando los tejidos expuestos a la flora bacteriana, cuando la quemadura es grave, la mucosa coagulada suele desprenderse de los tejidos profundos, aunque ello signifique un excesivo dolor.

A partir del interrogatorio y basándose en el



desarrollo, duración, aspecto y características típicas de los tejidos afectados, generalmente, es fácil diagnosticar las quemaduras de los tejidos bucales, en el diagnóstico diferencial debemos destacar una moniliasis, leucoplasia bucal o liquen plano.

Para cuando clínicamente se consulta por quemaduras de la mucosa bucal, es regla que el agente causal haya desaparecido o diluido, por lo general el tratamiento será principalmente sintomático, generalmente hay poco dolor antes de que se produzca el esfaselo y actúe la flora microbiana sobre los tejidos expuestos o que aumente la irritación por los traumatismos relacionados con las comidas, bebidas, etc..

#### LEUCODEMA:

Enfermedad bastante común y con poca importancia clínica, pero no desde el punto de vista diferencial, podemos considerarla como una variante de la mucosa bucal normal.

Es muy notable en pacientes con pigmentación intensa y es rara en niños, no hay pruebas de que sufra cambios malignos.

La superficie presenta un aspecto gris-blancuquisco, burdo y arrugado; la red vascular subyacente y el aspecto granulado fino de la mucosa -- quedan enmascarados por el edema, el mayor espesor y la ligera hiperplasia del epitelio.

La mucosa muestra una superficie irregular -- sin cambios de queratización, los tejidos son muy flexibles y por palpaciones no muestran cambios físicos a diferencia de la leucoplasia.

Cuando existen arrugas sobre el epitelio adematoso e hiperplásico de la mejilla, los tejidos pueden adoptar el aspecto de las lesiones lineales, destendiendo la mucosa de la mejilla, y así las lesiones lineales balnquesinas del leucodema -- desaparecen con esta maniobra, en tanto que las lesiones del liquen plano se asentúan.

#### MONILIASIS:

La micosis más frecuente en la boca e infección aguda por candida albicans, se caracteriza -- por una lesión blanca perlada o blanca azulosa -- que afecta mucosa y epitelio, aparece principalmente en la infancia pudiendo atacar a los adultos, sobre todo a los anémicos o diabéticos.

La infección es más frecuente en hijos de ma dres que padecen vaginitis moniliásica.

Este padecimiento en la actualidad es más -- frecuente en los adultos, existiendo antecedentes de administración de antibióticos ó esteroides, - xerostamia o enfermedades generales como diabetes ó leucemia, al disminuir el número de algunas bac terias, los farmacos transforman el balanceo sim biótico normal y produce crecimiento excesivo del hongo.

En el niño la moniliasis presenta un cuadro clínico bastante homogéneo, pero en el adulto ca- be encontrar una amplia gama de síntomas y signos.

Las lesiones típicas en el niño, consisten - en placas adherentes blanco azulosas en la mucosa bucal que a veces abarcan los tejidos circumbucuales siendo relativamente indoloras y quitándose con - facilidad, dejando una superficie sangrante, dolo rosa y descarnada.

En el adulto la enfermedad se acompaña de in flamación, eritema y zonas erosionadas dolorosas, a veces se encuentran pocas lesiones típicas en - placas perladas o blanco azulosas, pudiendo afec- tar cualquier zona de la mucosa bucal.

Las lesiones debido a tratamientos con trociscos que contienen antibióticos, pueden quedar limitados a las superficies de la mucosa contra las cuales los trociscos permanecen mucho tiempo, se describen muchas veces como prodramo, la aparición fresca de un sabor desagradable metálico con pérdidas del sentido, del gusto, las lesiones blancas también pueden estar precedidas por sensaciones de ardor en boca y garganta.

Estos síntomas, en un enfermo que recibe antibióticos de amplio espectro, deben hacer pensar en moniliasis bucal o alguna otra variedad de ella.

#### MUGUETE:

Y otras variedades de moniliasis que describiremos más adelante, se deben a un hongo de tipo levadura que es miembro normal de la flora bucal en infinidad de individuos, en la boca de portador sana, este microorganismo es escaso, menos de 200 células por la saliva, no se puede encontrar por estudios microscópicos directo de frotis de mucosa bucal, sino que es preciso recurrir a inoculaciones de material de boca, en un medio selectivo que inhiba el desarrollo del resto de la flora.

## INFECCION ENDOGENA:

Como este microorganismo es parte normal de la flora bucal, el muguete y las demás variaciones de moniliasis se considera infecciones endógenas específicas, como otros microorganismos que intervienen en la infección endógena monilia es poco virulenta, no es transmisible y solo produce infección de la mucosa en presencia de una predisposición local o general manifiesta.

Entre los factores predisponentes encontramos alteraciones notables de la flora microbiana de la boca: administración de antibiótico especialmente de amplio espectro por empleo sucesivo y excesivo de enjuagues bucales antibacterianos, xerostomía secundaria y medicamentos anticolinérgicos, irritantes crónicos locales, prótesis, uso intenso de tabaco, esteroides cortico, esteroides suprarrenales locales y generales, irradiación de cabeza y cuello, hospitalizaciones, enfermedades agotadoras, antibióticos, deabetes, leucemia, linfoma, etc..

El examen histiológico de las lesiones de muguete, nos muestra una reducción inflamatoria superficial localizada, con úlceras superficiales,-

también cubiertas por una capa gruesa de restos celulares, fibrina y exudado inflamatorio con --- grán número de hongos y micelios cortos con ramificaciones rudimentarias, los hongos rara vez pasan de esta capa superficial de exudado la pseudo membrana da el aspecto clínico de costra blanca y las lesiones mucosas, cuando se levantan por raspado o durante la masticación, la mucosa subyacente inflamada se presenta como placa eritomatosa.

#### OTRAS VARIEDADES DE MONILIASIS:

La moniliasis atrófica aguda, incluye la estomatitis por antibióticos y otros ejemplos de -- una lesión rojisa de mucosa como placa atrófica, descarnada y dolorosa que dura algún tiempo.

Este tipo de monilia produce placas múlti--- ples blancas adherentes y distribuidas irregularmente por la mucosa bucal, eliminando estas placas, queda una superficie sangrante, desnuda y -- las lesiones intrabucales suelen acompañarse de inflamación y grietas de las comisuras de los labios y costras de los mismos.

## MONILIASIS CRONICA ATROFICA-ESTOMATITIS POR PROTESIS:

---

Es una inflamación difusa de la zona donde se encuentra la prótesis, con quelitis angular o sin ella. Es un tipo raro de infección por candida albicans que origina una lesión granulomatosa donde suele haber dolor y ardor durante las exacerbaciones.

La zona descarnada roja puede durar años --- mientras se siga usando la prótesis.

Encontramos anticuerpos moniliásicos albicans en el suero y saliva, hecho de gran importancia, --- pues la cantidad de hongos y micelios en las lesiones es mucho menor que en la moniliasis aguda.

La moniliasis hiperplásica crónica incluye --- trastornos clínicos en los cuales hay invasión -- por micelios en las capas profundas de la mucosa y piel, la respuesta del huésped consiste en paraqueratosis, acántosis hiperplásica, pseudoepiteliomatosa, formación de microabceso e infiltración --- crónica por abundantes células inflamatorias.

Este grupo se caracteriza por lesiones en --

piel, además de la mucosa bucal, pudiendo confundirse con leucoplasia, salvo si se emplean colorantes especiales para observar los micelios invasores.

### INFECCIONES GENERALES Y DE TUBO DIGESTIVO POR MONILIA:

---

Tras uso prolongado de antibiótico de amplio espectro, podemos encontrar, además de moniliasis bucal, enteritis, irritación rectal con diarrea y vulvovaginitis.

Estos casos se deben a alteraciones de la flora intestinal y vagina por el antibiótico, debemos buscar en el interrogatorio de un paciente en cuyo caso se sospeche estomatitis moniliásica, en diabéticos y en enfermos con predisposición general a la moniliasis, pudiendo haber infección de pliegues cutáneos húmedos.

Serán más grandes los casos de diseminación-hematógena de microorganismos micetemia moniliásica, donde aparecerán granulomas moniliásicas, en glándulas de corazón, pulmones, riñones y otros órganos.



Como la endocarditis por estreptococos alfa puede seguir a extracciones dentarias como micetemia moniliásica, antes y después de extracciones.

El tratamiento para la moniliasis bucal, sobre todo en pacientes debilitados, será enfocado a evitar la posibilidad de invasión directa de la faringe y la aspiración directa de pseudomembrana, así como en muguete de tubo digestivo o diseminación hematológica.

#### DIAGNOSTICO:

Mediante el estudio microscópico de raspado de las lesiones sospechosas, observaremos abundantes yemas y micelios clásicamente, la moniliasis bucal se describe como una película blanca perla, fácil de desprender de la mucosa, quedando una placa roja descarnada.

#### TRATAMIENTO:

Las variedades respiratorias y digestivas de la enfermedad, corresponden al médico su tratamiento, la Anfoteracina "B" por vía parenteral re

sulta eficaz en el tratamiento de la moniliasis generalizada pero con respuesta lenta.

Antes de que iniciemos una terapéutica de lesiones blancas de moniliasis, es fundamental suspender los antibióticos locales o generales, así como en su caso, los esteroides cortico suprarrenales.

Debemos descartar la diabetes mediante los estudios de laboratorio, debiendo buscar otras enfermedades generales, por si no encontramos explicación evidente para las lesiones, suspenderemos los lavados bucales antibacterianos y corrigiendo o substituyendo la prótesis mal ajustada.

La mistanina y la Anfoteracina "B", son antibióticos eficaces contra monilia albicans, actuando fundamentalmente por contacto con el hongo, requiriendo aplicaciones repetidas, ya que son de acción local.

Los trociscos de mistanina micostatin, se consideran mal por su sabor desagradable y su lenta disolución, con frecuencia se puede evitar estos inconvenientes empleando comprimidos vaginales que contengan lactosas, el yogurt y las leches agrias que contienen cultivos de lactobaci--

llus, son ayudantes útiles en el tratamiento del muguete bucal y digestivo, el sabor ácido ayuda a combatir el sabor metálico del muguete y las bacterias pueden ayudar a reconstruir la flora bucal aceptable.

Con frecuencia vuelven a presentarse las lesiones después de terminado el tratamiento, si no se han eliminado los factores predisponentes, en pacientes con xerostamia, o en los que no puede suspenderse la terapéutica de esteroides, la regla es que sólo puede emplearse en forma continua una prótesis sin caer en el problema del muguete, si se sigue el tratamiento continuo con mistanina.

Se logran buenos resultados en tratamientos continuos aplicando una solución acuosa de capriato de sodio al 20%, siempre y cuando, el paciente tolere y soporte el sabor desagradable, no es aconsejable la solución de ácido bórico, ni el cristal de violeta, ya que son tóxicos.

Gingivoestomatitis blanca arrugada, enfermedad conocida como leucoqueratosis congénita, displasia familiar blanca de membrana mucosa, mevi esponjoso blanco. Se puede notar desde el nacimiento o sólo cuando alcanza su desarrollo máximo al final de la adolescencia.

La mucosa afectada tiene un aspecto blancuzco, arrugado, engrosado y a veces aterciopelado - pudiendo encontrarse placas blancuzco sobre la lengua, las lesiones se deben a engrosamiento de las capas epiteliales, cuya ardeu se conserva.

Deslizando con firmeza un instrumento sobre el tejido afectado, se mueve en parte la capa blancuzca, la queratosis funcional suele tener una distribución más limitada y el material blanco generalmente no puede quitarse, no hay tratamiento, más que la conservación de una buena higiene bucal.

### PSORIASIS:

Es una dermatosis crónica de etiología desconocida, en raras ocasiones pueden encontrarse lesiones en la mucosa de los labios, mejillas, paladar y las lesiones de mucosas se han descrito como escamas plateadas que se quitan fácilmente por raspado, dejando una zona sangrante ulcerada.

Por simple observación clínica, el diagnóstico es muy difícil requiriéndose una biopsia.

## D) LESIONES BLANCAS CON HIPERQUERATOSIS:

El término de la leucoplasia o placa blanca, es útil en clínica, aunque no tenga un sentido ó- incluso resulte extraño en anatomía patológica.

La palabra leucoplasia, la utilizaremos como descripción clínica de varias lesiones hiperqu<sup>er</sup>atósicas blancas de la mucosa bucal. Alguna de ellas puede resultar precancerosa o incluso mos--- trar degeneración maligna, en vista de su anatomía patológica, pero no en relación con su aspecto clí- nico.

Existe la idea errónea de que todas las pla- cas blancas de la boca son precancerosas y deben- considerarse como anunciadoras de cáncer bucal. - También es erróneo la creencia de las placas blan- cas, con una simple observación clínica.

Es preciso relacionar ésta con la histopato- logía y a veces con la citología exfoleativa, pa- ra establecer un diagnóstico, tratamiento y pro- nóstico correcto.

La leucoplasia es un estado patológico bucal frecuente e importante, su nombre es clínico y -

describe el aspecto blanquecino producido por hiperqueratosis del epitelio. La importancia de la leucoplasia estriba en que en algunos casos brinda un terreno favorable para la aparición de un carcinoma epidermoide.

En las primeras etapas casi no hay síntomas, por lo tanto, el paciente no se atiende rápido, es muy importante que el Cirujano Dentista, realice una exploración completa de la boca de cada paciente, tanto en su primer consulta, como en las subsiguientes.

Así podrá diagnosticar pronto hiperqueratosis ó disqueratosis, y su tratamiento será más eficaz en provecho de ambos.

También se encuentra leucoplasia en la mucosa de tráquea, pelvis renal, vejiga, cuello uterino y vagina, la facilidad con que se puede identificar esta enfermedad en esta zona, contribuye a que se la considere como una enfermedad de la boca.

#### FRECUENCIA-RELACION CON EDAD Y SEXOS:

La leucoplasia es la más grave de las lesio-

nes comunes en boca, también es la que recibe menos atención por parte del Médico Cirujano Dentista y el enfermo, se encuentran lesiones hiperqueratósicas locales en 2 de 100 exámenes.

La lesión es más frecuente entre los 40 y 60 años, sin embargo, existen a partir de los 30 años, muchas lesiones comprobadas por estudios tisulares, llegan a presentar antes de los 20 años, los pacientes con leucoplasia suelen preocuparse muy poco por su salud, es difícil convencerlos de la posible gravedad de la lesión, que en la mayor parte de los casos no se había identificado, o no producían síntomas.

Es difícil contar con la cooperación de los pacientes, respecto a estudios, diagnóstico y tratamiento necesarios. La motivación de estos pacientes generalmente indiferentes, representa un problema grave para el tratamiento de la leucoplasia.

Afecta por igual, relativamente a ambos sexos.

ETIOLOGIA FACTORES PREDISPONENTES DE LA LEUCOPLASIA BUCAL:

---

Factores generales: Posibles características constitucionales; así como posibles factores de nutrición, carencias en vitaminas A y B, posibles factores endocrinos, trastornos en relación con enfermedades generales, como sífilis.

Agentes locales: La irritación crónica de diferentes tipos, como traumatismo provocados por bordes agudos de dientes y raíces dentarias, así como irritación por mala implantación o prótesis deficiente, la costumbre inconsciente de morder los tejidos bucales.

Entre los agentes locales químicos y térmicos, encontramos la aplicación repetida de fármacos cáusticos a lesiones irritativas o no diagnosticadas de mucosa bucal los productos a destilación del humo del tabaco en sus diversas formas.

La irritación crónica bacteriana se ve favorecida por una mala higiene bucal, por enfermedad parodontal, una gran variedad de agentes etiológicos locales y generales pueden predispo-



ner las leucoplasias.

Los estudios experimentales indican que la diferencia de vitamina "A" y del complejo "B", -- pueden predisponer a los primeros cambios de hiperqueratosis.

El empleo de cualquier variedad de tabaco y acompañado de una irritación traumática, mala higiene bucal, constituyen un factor etiológico local muy importante.

#### SINTOMAS Y SIGNOS:

Las lesiones clínicas de la leucoplasia pueden ir desde una pequeña placa de hiperqueratosis, hasta una amplia lesión hiperqueratósica de la mucosa bucal.

La principal característica de la leucoplasia bucal, es falta de dolor, e incluso es indolore, aún presentando signos de degeneración maligno.

Cuando la lesión se abre, se fisura o se --- vuelve dolorosa, la probabilidad de alteraciones malignas son elevadas, y solo con examen microscó

pico se distinguen las lesiones benignas que se está experimentando transformación maligna.

El primer síntoma es la falta de flexibilidad de una zona blanca amarillenta, así ocurre cuando ésta afecta a la lengua, los bordes de la lesión suelen ser netos, y es raro encontrar reacción inflamatoria cerca de la lesión, aunque pueda verse afectada cualquier zona de la mucosa bucal, el foco más común es la mucosa de las mejillas, cerca del ángulo de la boca, con extensión posterior a lo largo de la línea de cierre de los dientes.

También son frecuentes las leucoplasias en lengua y piso de la boca, paladar, pero en ocasiones los únicos sitios afectados son la parte inferior de la lengua y los espacios sublinguales, en particular entre los fumadores.

Debemos de tener mucha desconfianza de las leucoplasias en superficie inferior de la lengua, piso de boca y borde alveolar de la mandíbula, pues la experiencia odontológica demuestra que los cambios malignos son más frecuentes en lesiones hiperqueratósicas de estas zonas. Pudiendo aparecer en bordes maxilares o en paladar debajo de las prótesis.

Una característica especial de la leucoplasia lingual, es la desaparición de las papilas en el foco afectado.

Esto ayuda a distinguir éstas de la glotis - migratoria maligna del líquen plano, con frecuencia se observa una placa blanca sobre el borde cutáneo mucosa del labio de los fumadores. Se habla en éstos casos de "PLACA DE FUMADORES".

Es una placa relativamente pequeña y con costuras, que pueden ser en realidad un carcinoma de células escamosas.

El clínico puede prescribir claramente una zona blanca amarillenta sobre la mucosa, así ocurre en general pero se han insistido exageradamente en lesiones bien delimitadas, amarillas muy queratinizadas o verrugosas.

Aunque estas lesiones blancas tienen un espectro muy inquietante, las zonas hiperqueratósicas menos llamativas con aspecto granuloso rojizo pueden tener un significado patológico más grave.

En estas condiciones, es indispensable llevar a cabo un examen del tejido para establecer si la lesión que se observa es una simple hiper-

placia o una hiperqueratosis con diversos grados de inflamación hiperqueratosis y disqueratosis, - un carcinoma intraepitelial o carcinoma in situ, - ó un carcinoma de células escamosas con grán poder invasor.

Debe insistirse de que el aspecto clínico de la leucoplacia bucal no permite establecer la naturaleza histopatológica de la lesión, ni sus posibilidades biológicas, el doctor deberá sospechar de cualquier placa blanca y tomar biopsia.

La leucoplacia del paladar puede presentar - un cuadro clínico diferente por la anatomía de esta zona, en ocasiones los cambios hiperqueratósicos afectan los tejidos situados inmediatamente - alrededor de los orificios de las glándulas del - paladar, a los cuales obstruye en parte, dando lugar a elevaciones modulares.

A veces sólo se ven pequeños anillos blancos amarillentos elevados alrededor de las aberturas de las glándulas palatinas que se presentan como puntos rojos. Se les llama a estas lesiones Estomatitis Nicótica, por la frecuencia del antecedente excesivo del uso del tabaco en los individuos - que la sufren, se encontraron zonas parecidas debajo de las dentaduras mal ajustadas de los no fu

madores.

No se conservan adenopatías locales en pacientes con leucoplasia bucal, salvo si es secundaria con grandes úlceras, fisuras de la lesión, lesiones inflamatorias o de otro tipo de cabeza y cuello, cuando hay adenopatías, en relación con zonas ulceradas o fisuras de las leucoplasias, es preciso tener presente la posibilidad de metástasis maligna.

El cuadro microscópico de las áreas de leucoplasia, consiste en engrosamiento del epitelio-estratificado escamoso con hiperqueratosis más ó menos intensa.

También puede haber hiperplasia del epitelio con prolongación conectivo subyacente que suele estar infectada.

La inflamación por líquido inflamatorio y exudado celular origina degeneración de las células epiteliales en las capas basales.

La distinción entre las lesiones benignas y las malignas, depende de la presencia de cambios-displásicos en el epitelio.

En etapas tempranas, la lesión se presenta como estrías blancas grisáceas apergaminadas o -- placas irregulares, a menudo bilaterales a las le-- siones persistentes, se engruesan y endurecen por lo regular, presentan divisiones superficiales.

Algunas zonas de leucoplacia, presentan grietas y formaciones verrugosas, no hay dolor en las etapas tempranas.

#### DIAGNOSTICO:

El aspecto microscópico de las lesiones, la distribución de las alteraciones, los cambios físicos de los tejidos afectados, permiten establecer un diagnóstico de leucoplacia, siendo indispensable el examen del tejido para establecer si existen o no cambios disqueratósicos o inflamatorios.

Si la lesión es pequeña, debe tomarse una -- biopsia por exición, en lesiones mayores suele obtenerse más información a nivel de aquellas partes de la lesión que semejan un tejido de granulación o también formar parte del diagnóstico una -- pequeña prueba cerológica para sífilis.

El principal problema del diagnóstico consiste en distinguir estas lesiones de líquen plano - de la mucosa bucal, aunque existen hiperqueratosis en ambos casos, el líquen plano presenta una lesión más difusa con menor rigidez, distribución más amplia y un ligero tinte azulado, lo que suele bastar para el diagnóstico diferencial.

Con una simple prueba cabe distinguir las lesiones de hiperqueratosis, de las que no presentan tal cambio, por ejemplo los simples traumatismos de la mejilla, y los tejidos afectados se secan con papel y se les aplica solución de lugol.

La hiperqueratosis acompañada de leucoplacia clínicia, no muestra el color marrón intenso característico de mucosa sana, en tanto que el líquen plano de boca, casi no cambia de color. Sin embargo, siempre se sugiere un estudio de tejidos.

#### TRATAMIENTO:

Para lesiones sin disqueratosis, si la biopsia no aporta datos de disqueratosis y si es posible estudiar periódicamente al paciente, el Cirujano Dentista podrá recurrir a un tratamiento conservador, para ello es preciso contar con la coo-

peración del paciente, ya que la mayor parte no atiende a su salud.

Para cualquier tratamiento deben eliminarse las causas irritantes, traumáticas, microbianas, etc., sin olvidar de mantener la boca limpia y en buena salud.

El paciente debe dejar el tabaco, bebidas alcohólicas puede prescribirse como medida general, una terapéutica a base de vitamina "C" y complejo "B", en particular si hay cambios inflamatorios de la mucosa bucal y la biopsia no muestra cambios por disqueratosis.

También se puede prescribir vitamina "A" durante 4 ó 6 meses siendo preferible la aplicación local de ella.

Existen trociscos de vitamina "A", son bucales Vidom A, que se deja disolver lentamente en la boca, un trocisco en la mañana y otro en la noche, esto impide la queratinación patológica.

También es posible frotar ligeramente las lesiones durante 5 minutos dos veces al día, con un paño blando humedecido en agua tibia y jabón neutro, no siendo raro encontrar que las lesiones hi



perqueratósicas simples, desaparecen así.

De ser así, el paciente no debe volver a fumar, está contraindicado el empleo de cáusticos - en el tratamiento de ésta enfermedad, las lesiones hiperqueratósicas más simples pueden sufrir - cambios disqueratósicos por lo tanto, está indicada una nueva biopsia cada seis meses o cada año, - en particular cambian de tamaño o de aspecto físico las lesiones.

Si los tejidos hiperqueratosis o disqueratosis, el doctor se encuentra frente a una lesión de degeneración maligna.

Si hay leucoplacia con disqueratosis, se llevará a cabo la extirpación quirúrgica de la lesión.

Si se observa una degeneración maligna, el paciente debe ser atendido por un especialista de tumores malignos.

#### PRONOSTICO:

En las lesiones no tratadas no es favorable-

la posible naturaleza precancerosa de la hiperqueratosis, es otra razón para su estudio histopatológico de cualquier paciente con leucoplacia.

Para un tratamiento eficaz, se requiere un diagnóstico exacto, basado en biopsia, debe tenerse atención en las lesiones rojas con aspecto granuloso, la enfermedad merece toda clase de consideraciones.

Un diagnóstico inmediato y un tratamiento correcto salvan una vida.

### LIQUEN PLANO:

Enfermedad de la piel que despierta el interés del odontólogo ya que es muy frecuente en las lesiones bucales, antes o después de la lesión cutánea, acude el paciente en busca de un diagnóstico y tratamiento.

Su causa exacta se ignora, pero no deja de ser muy importante, el liquen plano puede aparecer en pacientes con deficiencia prolongada de vitaminas del complejo "B", así como en personas con muchas tensiones y stress emocional.

Las lesiones cutáneas aparecen en superficies anteriores de muñecas, antebrazo y tobillo.

Esta lesión en papilas rojo púrpura brillantes y duras, suelen presentarse en una raspadura o un foco de traumatismo.

La erupción cutánea, puede diagnosticarse fácilmente por su aspecto púrpura brillante.

Se ha encontrado que la lesión en mucosa bucal, es después de la lesión cutánea.

Su tratamiento es sintomático y empírico en gran parte, siendo mejor con terapéutica y cloroquina, ya que da lugar a reacciones colaterales variables, de ser posible se darán sedantes, eliminando focos bucales de infección.

#### LESIONES BUCALES DE LIQUEN PLANO:

Se dividen en no erosivas, más frecuentes y bulosa o erosivas:

**LESIONES NO EROSIVAS:** Esta lesión no presenta síntomas y se nota una irritación en las meji-

llas o ligero cambio de color en los labios.

Estas lesiones se presentan, en zonas blanco azulosas de límites difusos ligeramente elevados-dispuestas en líneas, retículos o pápulo con fluyentes.

Esta lesión se extiende y desaparece progresivamente al acercarse a la comisura labial.

No presenta cambios de elasticidad o flexibilidad de los tejidos, en ocasiones hay cambios hiperqueratósicos al tono azuloso con distribución difusa, y pueden afectar la mayor parte de la mucosa de las mejillas, así que es preciso buscar cuidadosamente la periferia de estas lesiones, en busca de pequeñas proyecciones dendríticas dispuestas radialmente.

Cabe encontrar lesiones de aspecto semejante en la elngua, en ocasiones en paladar, piso de boca, encías, borde cutáneo del lábio inferior, las lesiones en dorso de lengua, no alteran sus movimientos o no hay atrofia de las papilas filiformes, a diferencia de la leucoplasia bucal.

No es raro encontrar una placa central en la lengua de color púrpura.

Las lesiones en labio ayudan a diagnosticar las variedades erosivas típicas de líquen plano de mucosa bucal, se ven mejor al humedecer la zona y distender los tejidos.

#### DIAGNOSTICO:

El color blanco azulado, los bordes poco precisos y la flexibilidad normal de los tejidos, -- permiten distinguir el líquen plano de la leucopla<sub>c</sub>ia bucal.

Es posible tomar una biopsia en caso de duda, pudiendo hacer un procedimiento terapéutico eficaz en pacientes con cancerofobia.

#### TRATAMIENTO:

Se recomienda el empleo de tranquilizantes y sedantes leves, como barbitúricos, los pacientes que han desarrollado cancerofobia, deben recibir atención especial, en caso de cancerofobia fija y rebelde, es posible recurrir a la psicoterapia, en general la terapéutica medicamentosa es eficaz.

VARIEDAD BULOSA O EROSIVA DE LIQUEN PLANO:DIAGNOSTICO:

En los cortes de tejido afectados, se encuentran grados variables de disolución de la capa -- epitelial basal, con acumulaciones de líquido de edema, formándose más tarde vesículas.

A consecuencia de esta acumulación de líquido, la cubierta epitelial protectora de la mucosa, puede separarse de los tejidos profundos, apareciendo regiones descarnadas y dolorosas que vienen a ser las lesiones erosivas de mucosa.

En esta variedad de lesión, el dolor puede ser muy precoz, siempre es un síntoma muy importante, estas lesiones son a veces tan extensas que trastornan la ingestión de los alimentos, dan lugar a pérdida de peso. Debe buscarse en labios de los pacientes susceptibles las lesiones típicas lineales en forma de llama o dendríticas, se deben distinguir de las leves descamaciones que se acompañan a las deficiencias nutricionales.

Dichas lesiones, desaparecen al humedecer y

distender los labios con la misma maniobra, se asientúan las lesiones de líquen plano.

Las lesiones de estomatitis aftosa recurrente, las deficiencias hormonales, pueden mostrar un cuadro clínico semejante de líquen plano erosivo, estas lesiones son mas transitorias, las que se observan en la menopausia se caracterizan por hipoqueratosis.

También se puede confundir el líquen plano erosivo con las lesiones inflamadas de la moniliasis en el adulto, los antecedentes de terapéutica riesgosa con antibiótico, así como los cultivos permiten establecer el diagnóstico diferencial.

Es sumamente difícil, pero se puede prescribir trociscos anestésicos que contengan benzocaina o soluciones anestésicas y nebulizaciones, pomadas con clorhidrato de diclonina al 0.5% en agua, (solución de dyclón), se usa como enjuague bucal sin diluir o mezclado con hielo picado como tratamiento sintomático en caso de dolor intenso.

Puede emplearse antimicrobiano leve pero no están indicados los antibióticos.

Los esteroides corticosuprarrenales aplica--

dos tópicamente como unguento al 0.1% de triancinolona temalog, 4 veces al día, logrando una notable mejoría aunque es supresivo no curativo.

PRONOSTICO:

Es malo en la variedad erosiva del liquen -- plano, en cuanto a desaparición completa de la enfermedad en vista del dolor que suele acompañarla, la mayoría de los pacientes que llegan a sufrirla, desarrollan una clarísima cancerofobia, que obliga a repetirles periódicamente, ya que son relativamente benignas.





" C A N C E R "

CANCER: Término común del carcinoma que se designa a los tumores malignos.

Estos tumores comprenden los carcinomas de origen epitelial.

El cáncer consta de una masa desorganizada de células primitivas asociadas, de tamaño diferente que no realizan una función específica. Estas células se dividen rápidamente y desorganizadamente formando un tumor.

El cáncer puede presentarse en cualquier edad y su frecuencia aumenta cada vez más, se ha considerado una enfermedad de la vejez o del adulto, con mayor frecuencia después de los 50 años.

Todo tipo de cáncer sin importarnos su etiología ni su localización, debemos considerarlo siempre como un caso urgente, ya que su evolución es bastante rápida.

Hasta la fecha, el cáncer no se considera hereditario, ya que requiere de una predisposición individual y ciertos factores desencadenan-

tes.

### SIGNOS Y SINTOMAS:

En todo cáncer se observa una falta de maduración y tendencia a la deficiencia de las distintas partes del cuerpo donde aparezca el cáncer.

Los vasos sanguíneos de los tumores son frágiles y se rompen con mucha facilidad, produciendo una hemorragia.

El dolor en el cáncer es poco frecuente, -- porque sólo aparecerá dolor cuando el tumor este-comprimiendo los nervios vecinos.

El cáncer no tratado de inmediato, afecta el funcionamiento de los órganos vitales, produciendo una desnutrición de los mismos.

### TUMOR:

Llamaremos tumor al crecimiento anormal de los tejidos independientes del resto del cuerpo y sin ningún propósito útil, está considerado como un término general, ya que abarca tumores benignos.

nos y malignos.

### NEOPLASIAS:

Consideraremos a las neoplasias como un sinónimo de tumor, aunque podría decirse que neoplasia es una neoformación constituida por acumulaciones anormales de células, cuyo crecimiento --- excede de los tejidos normales.

### TUMOR BENIGNO:

Estos tumores sólo crecen por continuidad y suelen estar encapsulados por lo que invaden los tejidos vecinos, su desarrollo es lento, no se extienden a partir de su foco de origen, salvo por su crecimiento propio, y nunca nos van a presentar una metástasis.

Sólo se han dado casos de muerte cuando aparecen en zonas vitales, como ciertas regiones del cerebro.

### TUMOR MALIGNO:

Recibe el nombre común de cáncer, estos tumores son peligrosos, ya que crecen rápidamente - podría decirse que son todo lo contrario de los tumores benignos. Los tumores malignos no identificados ó mal tratados, siempre resultan mortales, donde quiera que se localicen dichos tumores, desde el tumor de dedo, labio, pabellón de la oreja, pulmón, estómago, etc.

Estos tumores tienen una cápsula muy endeble ó no presentan dicha cápsula, este tumor invade rápidamente los tejidos vecinos, mandando prolongaciones de células anormales en muchas direcciones. Estas células penetran a los vasos linfáticos o sanguíneos y pueden espaciarse desde el foco de origen, dando lugar a focos secundarios.

Si el tumor es localizado en el momento de la infección, quizás con una cirugía radical se logre su curación, pero si existiera ya una metástasis regional la posibilidad de curación es mucho menor, y si la metástasis fuera lejana, la curación se volvería casi imposible.

El organismo está constituido por un gran número de células diferentes, con distintos ritmos de renovación sometidas a distintas influencias topográficas, sin embargo, existe cierta re

gulación en el número y grado de diferenciación de cada tejido y de cada órgano, lo que resulta en el mantenimiento de las estructuras y relaciones fisiológicas de los distintos aparatos y sistemas de un paciente normal, aunque los mecanismos reguladores de esta integridad del individuo no se conocen, no puede dudarse de la existencia, no sólo por sus resultados sino por lo que ocurre cuando su eficiencia disminuye.

La pérdida de la regulación de tejido ó de un grupo de células determinadas, resultan de la proliferación anárquica y continúa que se denomina cáncer, cualquiera que sea su etiología de un tumor maligno determinado, su patogénia es transformación, en vista de que el carácter neoplásico se distribuye a todas las zonas celulares, la transformación puede ser del tipo de una mutación.

Independientemente de la naturaleza de la transformación neoplásica, lo que interesa es que se trata de un trastorno no compensado de la homeostásis, en este caso la homeostásis está directamente representada por los mecanismos reguladores de la multiplicación celular y se traduce en las leyes que gobiernan y determinan las estructuras y relaciones de los órganos y tejidos.

La aparición de un tumor maligno, representa la viciación de estas leyes. El fracaso de los mecanismos homeostáticos de regulación. La palabra cáncer es un término que abarca todos -- los tumores malignos.

Tendremos que uno de los principales focos-secundarios que producen los tumores malignos -- son la presencia de metástasis.

#### METASTASIS:

La metástasis es un foco secundario de los tumores malignos, dado que los tumores benignos no presentan esta anomalía.

Cuando las células malignas pasan a vasos - linfáticos o sanguíneos, pueden alcanzar focos, - próximos o lejanos, donde quiera que lleguen estas células, pueden morir ó seguir proliferando. Si proliferan el pequeño grupo de células nuevas constituyen un nuevo tumor, independiente al crecimiento secundario.

En caso de metástasis de un cáncer de piel, cara o región labio bucal, no es raro que el fenómeno afecte uno o varios ganglios próximos.

Existen varios tumores que casi nunca dan metástasis, como el carcinoma de células basales de la piel, y el ameloblastoma.

Tendremos tumores malignos comunes que producen metástasis como son: El melanoma maligno de la piel, carcinoma de células escamosas del conducto auditivo, lengua, piso de boca, paladar blando, amígdalas, faringe y laringe, así como el carcinoma de las glándulas salivales y ciertas lesiones malignas de las glándulas tiroideas.





## "BASES PARA DIFERENCIAR TUMORES BENIGNOS DE TUMORES MALIGNOS"

---

Existen dos componentes básicos en todos los tumores:

- Primero células neoplásicas proliferantes -- que comprenden el parenquima del tumor.
- Segundo estroma de sostén constituido por te jido conectivo y vasos sanguíneos.

El elemento parenquimatoso es el más importante, pues es el que prolifera formando la masa principal de los tumores.

El estroma brinda, sostén estructural para el parenquima, lleva el riego en etapas tempranas de desarrollo tumoral, en este período la superficie del tumor es difícil, la neoplasia en esta etapa se ha llamado dependiente, porque su desarrollo puede experimentar progresión o regresión.

En etapas posteriores del desarrollo de tumores de crecimiento rápido, es frecuente que el pa renquima, exceda del riego sanguíneo disponible, lo que producirá zonas extensas de necrosis isqu

micas del tejido tumoral. En otros casos el estroma tumoral parece ser estimulado para crecer excesivamente y producir fibrosis masiva compacta, --- excediendo mucho las células tumorales parenquimatosas ampliamente esparcidas y al parecer atrapadas.

Las células parenquimatosas es el componente fundamental y principal de la neoplasia, a pesar, de la importancia del estroma adecuado, indiscutiblemente, las células tumorales ó las células tumorales parenquimatosas, son células alteradas, los cambios tan sutiles que tendrán un aspecto casi -- idéntico al de los equivalentes del tejido normal ó la modificación será tan grande que se perderá toda semejanza con las células de origen.

El grado de semejanza morfológica de estas células con las normales se denominan, diferenciación del parenquima, inversamente cuando menor sea el parecido con las características de las células normales, tanto más mala será la diferenciación.

Los tumores benignos suelen estar formados -- por células que guardan semejanza casi completa, - con las células normales de origen, están diferenciados, en alteraciones submicroscópicas de las células con las que se haya producido un tumor.

En el otro extremo del espectro morfológico, están las células observadas en muchos tumores malignos, que han perdido tanta semejanza con las células normales, las células y sus núcleos son pleomórficos y varían en tamaño y forma.

A menudo, el núcleo ocupa la mayor parte de la célula, y el cociente nucleocitoplasma es de 1-1, incluso de 2-1 en lugar del normal 1-4, aumenta la acumulación de cromatina, en el núcleo produciéndose hiperchromasia, los núcleos suelen estar agrandados en ocasiones múltiples.

Uno de los caracteres morfológicos más precisos de malignidad, son las células gigantes multinucleadas neoplásicas, que no debemos confundir -- con las células gigantes inflamatorias de Langhans, o de cuerpo extraño.

En contraste con las células funcionales bien diferenciadas, está la mayor parte de las células tumorales escasamente diferenciadas, que no tienen función especial residual, actuando sólo como fábricas ingobernadas de substancias celulares -- que se dividen y destruyen en su camino.

MODO DE CRECIMIENTO:

Casi todos los tumores benignos tienden a crecer como masas localizadas y expansibles, rodeadas de una membrana fibrosa llamada cápsula, la encapsulación tiende a limitar el tumor y a mantener la lesión como una masa fácilmente móvil que podrá enuclearse quirúrgicamente por la disección en el plano extra capsular, sin embargo, la cápsula no impedirá que el tumor, al expandirse, cause atrofia por compresión y destrucción de las estructuras adyacentes.

Los tumores malignos contrastan netamente con los benignos, pues casi nunca poseen cápsulas verdaderas y se caracterizan por su crecimiento infiltrativo y erosivo.

El tumor se entenderá, por los planos de menor resistencia causando erosión y destrucción de tejidos normales, la palabra cáncer, describe estas prolongaciones a manera de cangrejo, a los tejidos adyacentes por los cuales la enucleación localizada de los cánceres es muy difícil, a veces imposible.

## RAPIDEZ Y POTENCIAL DE CRECIMIENTO:

Hasta donde sabemos, los tumores benignos -- crecen lentamente. En término de años, con rapidez constante y uniforme, habiendo por lo regular aumento progresivo de volumen.

Los tumores malignos, aumentan de volumen -- más rápidamente, pero con rapidez variable, hasta que se extirpa con éxito, porque sino causa la -- muerte.

Puede haber modificaciones en la morfología- celular compatible con cáncer durante muchos años, antes de que ocurra proliferación suficiente para formar una masa tumoral, antes de que aparezcan - cambios morfológicos, probablemente, haya modifi- caciones celulares incipientes que crean la facul- tad para producir un tumor.

Aunque a veces, el crecimiento del tumor pue- de que cese un día, en ocasiones hay aumento rápi- do y brusco de crecimiento, parece patente que -- los tumores aumenten de volumen por acumulación - de células, habiendo pruebas adecuadas de que las células tumorales tienen la facultad de sinteti- zar proteína más rápidamente que las células nor-

males.

Otros factores que contribuyen al crecimiento tumoral, es la facultad de las células neoplásicas para desviar hacia ellas mismas cantidades excesivas de nutrimentos, explicando en parte esta tendencia parasitaria, la pérdida progresiva de peso corporal del paciente con esta enfermedad maligna.

En los tumores malignos, las imágenes mitóticas suelen ser muy escasas, por otra parte, los tumores malignos tienden a crecer muy rápidamente y a producir abundantes imágenes mitóticas.

En el desarrollo de los cánceres hay un intervalo de tiempo entre el carcinoma in situ identificable, y el cáncer invasor en la etapa in situ, la lesión casi siempre podrá ser extirpable - pro cirugía, curándose el paciente. Cuando ésta se ha tornado invasora, quizás el tratamiento no sea susceptible.

Al no tener métodos de eficiencia general para la eliminación del cáncer, la quimioterapia y radioterapia, suelen ser métodos paliativos, no curativos, sin descuidar la etapa de diagnóstico, y así intersectar el cáncer en la etapa in situ.

## CUANDO ES SUSCEPTIBLEMENTE CURABLE:

La malignidad tiene muchos componentes entre ellos rapidez de crecimiento, poder invasor, capacidad de dar metástasis, reactividad a estímulos extrínsecos.

Cada uno de éstos factores, debemos valorarlo por separado. Los supuestos factores que conducen a la liberación de células tumorales malignas, giran alrededor de la menor cohesión de estos elementos.

Los cánceres pueden dar metástasis por tres vías, y así tenemos, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y trasplante directo.

La diseminación por vasos sanguíneos, particularmente las venas, es característica en los sarcomas, siendo poco observable en los carcinomas, el sistema linfático es la vía más corriente de diseminación metastásica del carcinoma.

El cuadro de participación linfática en cualquier tumor maligno, depende de las vías tumorales de drenaje del sitio tumoral primario, de cuando nos encontramos cadenas regionales ataca-



das, aunque ocurriera difusión a distancia.

El trasplante tumoral directo, o transporte mecánico de células neoplásicas por instrumentos o guantes durante la cirugía, puede producir --- siembra de tejidos no afectados, incluso en la - incisión.

" C A N C E R B U C A L "

Las neoplasias por tumores malignos originadas en el revestimiento mucoso de la cavidad, reciben el nombre de cáncer bucal. Entre las lesiones el 90% corresponden a carcinomas epidermoides del tipo de células escamosas.

El límite anterior de la cavidad bucal, corresponde a la mucosa labial y el borde cutaneomucoso, el límite posterior de la boca, es el borde libre del paladar blando, las papilas anteriores de las amígdalas y la unión de los dos tercios anteriores de la lengua y el tercio posterior, las amígdalas forman parte de la faringe.

El cáncer en la boca, carcinoma de células-escamosas se puede dividir en varios grupos, en función del foco ocupado por la lesión inicial - en:

- a) LABIOS
- b) AMIGDALAS
- c) LENGUA
- d) ENCIA
- e) PALADAR DURO
- f) PALADAR BLANDO

CAPITULO VII

- g) PISO DE BOCA
- h) SUPERFICIES BUCALES.

La importancia social de una enfermedad, está determinada por su frecuencia, los resultados obtenidos en las estadísticas conocidas sobre la incidencia del cancer, depende estrechamente de la organización sanitaria de los casos de diagnóstico - suministrados por los encargados, es probable la frecuencia mayor de cáncer en las ciudades que en el campo, se debe a que aquellas cuentan con una alta frecuencia de diagnóstico, por la ventaja de mejores especialistas y técnicas de examen.

Los últimos datos suministrados por las oficinas sanitarias de diversos países, nos dice que el cáncer tiende a ocupar el segundo lugar absoluto - en el cuadro de mortalidad, cediendo el primer lugar a las enfermedades cardiovasculares que, en su gravedad, guardan relativo paralelismo con el cáncer.

Los progresos logrados en el control de enfermedades infecciosas, el aumento en el promedio de vida, la incorporación, persistencia o asentación de hábitos nocivos, la contaminación ambiental, son factores que han contribuido en mayor o menor grado a que los tumores malignos ocupen un lugar muy

alto en los panoramas generales de salud y enfermedad.

Los carcinomas de células escamosas de labio y lengua, resultan las lesiones vistas más frecuentes: conjuntamente estos dos tumores, representan el 50% de todos los tumores malignos de la boca.

Basándonos en la clasificación de MC CARTHY- (CLINICAL AND PATHOLOGIA STUDY OF ORAL DISEASE).- Modificada por Dr. S. GORDON CASTIGLINO, podemos concluir que un grupo amplio de enfermedades generales de la boca, casi el 15% de los casos atendidos, son de tipo neoplásico, entre ellos, la distribución de tumores malignos y benignos es casi la misma.

Los estudios recientes muestran un ligero aumento ante la proporción de lesiones benignas, como las leucoplasias, lo que nos indica que la información al público respecto al cáncer, ha surtido efectos ligeros.

Las leucoplasias representan casi el 19% del total de los casos y el 6% corresponden a quistes de una u otra variedad, por lo que vemos, la suma de los tumores malignos y benignos.

Lesiones precancerosas, leocuplasias y quistes, agrupan más de un tercio de la patología bucal, el resto de los problemas, corresponden casi totalmente a lesiones inflamatorias de diferentes causas.

Con la única excepción del cáncer en piel, - el tumor maligno de cabeza y cuello más frecuentes es el carcinoma de osofaringe, así desde el punto de vista de la frecuencia, los cánceres cutáneos- y osofaríngeos, son los más importantes para cabeza y cuello.

Existen tumores bucales a cualquier edad, no hay que olvidar que esta afección ataca de preferencia al adulto de edad media avanzada, encontrándose la edad promedio entre los 45 y 60 años.

La mayor parte de los cánceres bucales, se presentan en la época de la vida, cuando los dientes a consecuencia de las caries, resorción alveolar o desintegración general, obligan al paciente a visitar al dentista a intervalos relativamente cortos, siendo así un examen cuidadoso realizado con buena información sobre pacientes en edad de cáncer, permitirá en lo sucesivo evitar preocupaciones y salvaciones humanas.

Generalmente el cáncer de la boca es mas frecuente en el hombre; la mayor parte de las muje--res muestran una inmunidad contra los tumores ma--lignos de la cavidad bucal.

Cuando los prejuicios morales no permitían - al sexo femenino el uso del tabaco, el cáncer --- broncopulmonar y bucal eran enfermedades casi ex--clusivas del hombre.

Pero cuando el hábito de fumar socialmente - fue incorporado por las mujeres, la incidencia de cáncer se incrementó notablemente en ellas coinci--diendo ésto con el consumo de cigarrillos por la--mujer.

Por ésto, es un poco más frecuente el carci--noma de la lengua, paladar y amígdalas en la mujer de 10 a 16%.

CAPITULO VIII



## " HISTORIA CLINICA Y SU EVALUACION "

### LESION PRIMARIA:

Constituye ésta un paso fundamental para llegar al diagnóstico de cualquier proceso patológico, pero debemos conocer y comprender bien sus limitaciones.

Es de esperarse actualmente que, una proporción cada vez mayor de pacientes que acuden a consulta con cáncer bucal, o lesiones malignas, por la instrucción de publicaciones y divulgaciones recientes sobre cáncer.

Al interrogar a un paciente enfermo de cáncer, debemos darnos cuenta si la lesión ha existido durante largo tiempo para saber si es una lesión crónica, quizás nos pueda señalar la fecha de inicio y reconocer la naturaleza progresiva de dicha lesión, sufriendo molestias cada vez mayores, dejando hábitos como: mascar y fumar tabaco, si el carácter es crónico y progresivo, se debe pensar en una lesión maligna y de inmediato tomar una biopsia.

## SINTOMAS Y SIGNOS:

LESIONES PEQUEÑAS: Una lesión cancerosa pequeña, con un diámetro menor de 1 cm., puede ser cáncer temprano.

Algunos de los cánceres menores se cuentan entre los tumores de crecimiento más rápido y de tratamiento más difícil, por lo que, no debemos pensar que un cáncer pequeño sea siempre un cáncer incipiente, por más pequeño que parezca, no debe inspirarnos confianza ninguna lesión cancerosa.

En general puede decirse que, cuanto menor sea el cáncer más reciente es y mayores probabilidades de curación.

## SINTOMAS:

Muchas veces falta en los cánceres pequeños el dolor, síntoma importante de muchas enfermedades; es excepcional que el enfermo se queje de dolor como síntoma.

En contraste con la falta habitual de dolor-

en cáncer, las pequeñas lesiones ulceradas e inflamadas de la boca como el herpes, aftas, etc., suelen ser dolorosas. Así los síntomas, por mas útiles que resulten, para formarse una impresión general, no permitirán el diagnóstico.

### SIGNOS:

Un cáncer pequeño puede presentarse como una excrecencia tisular chica de aspecto carnososo o una placa verrugada o plana ó como úlcera infiltrada.

En los labios, una lesión pequeña de aspecto escamosa ó una pequeña fisura, puede en realidad ser cancerosa, estas lesiones generalmente no llegan a pesar de un retraso de unas semanas en la toma de la decisión definitiva respecto al diagnóstico y tratamiento, puede significar una diferencial: la vida ó la muerte.

En las lesiones de tipo carnososo, suele ser difícil notar el endurecimiento, aunque está presente en todas.

Conforme el cáncer se infiltra en los tejidos que le dan origen, se pierden casi siempre la elas

ticidad y flexibilidad y como la lesión prácticamente "no afloja", recibe el nombre de induración.

Haciendo rodar cuidadosamente el cáncer entre los dos empleados en la exploración, se desplazará como una masa sólida, sensación muy diferente a la que dan las lesiones inflamatorias. Si existen dudas acerca de la naturaleza de las lesiones, debemos hacer una biopsia.

#### LESIONES DE TAMAÑO MEDIO, SINTOMAS Y SIGNOS:

Las lesiones que ocupan la parte anterior de la lengua, el paladar, piso de boca, las encías ó las superficies bucales, se reconocen mediante el sentido del tacto en la lengua por los nervios -- sensitivos locales.

El dolor o la hipersensibilidad en estas lesiones es más una molestia, que un verdadero dolor, por lo que no se dificulta una exploración.

La lesión intrabucal según la impresión inicial del paciente, parece un nódulo o una úlcera inofensivas y se quejan de que les duele la boca.

SIGNOS:

El tamaño medio de todas las lesiones linguales en el Hospital Oncológico, fue de 3.24 cms., - descriptivamente puede decirse que un cáncer bucal de tamaño medio mide 2.5 cms., existiendo en esta etapa una úlcera superficial con una cierta dureza característica.

Son generalmente de tipo proliferativo, otros más se presentan como úlceras necróticas de bordes duros mostrando cierta tendencia a enrollarse no se observan bordes socavados ni planos.

Tumor duro generalmente ulcerado que puede sangrar fácilmente durante la manipulación, no siendo más sensibles que los tejidos que los rodean. Aunque la totalidad de la base del tumor resulta dura y se mueva en conjunto durante la exploración, donde mejor se nota la dureza "leñoza" tan característica del cáncer, es en el borde indurado, frecuentemente se acompaña con leucoplasia, en las lesiones linguales cabe encontrar glosilis intersticial, casi de inmediato se tomarán medidas para iniciar con el paciente una terapéutica activa e intervención inmediata.

## LESIONES AVANZADAS:

Ocasionalmente, un pequeño cáncer, primario del labio o de la boca, puede ser parte del cuadro de un cáncer avanzado por las metástasis que ya le produjeron.

## SINTOMAS:

Encontrar cánceres pequeños en regiones posteriores es raro, como lo es una lesión del paladar blando, amígdalas, base de la lengua ó faringe que llame la atención del paciente desde sus primeras etapas, antes de que se dé cuenta de ella, las lesiones medirán 2.5 cm. o más, con la posibilidad de que haya ocurrido metástasis cervical.

El primer signo que menciona el enfermo es, un ganglio crecido en el cuello, por lo que debemos estudiarlo de inmediato buscando un cáncer primario.

Cuando se sitúan en la base de la lengua -- las lesiones de 3. cm. o incluso menos, pueden -

alterar los movimientos del órgano, modificándose el habla en mayor o menor medida, aunque la deglución no se altera mucho, pero si se percibirá --- cierta anomalía, en ocasiones habrá quejas de dolor de garganta crónico y cambios de voz.

### SIGNOS:

Al evolucionar el cáncer es de esperarse una infiltración cada vez más profunda, apareciendo - úlceras seguidas de necrosis y tejidos blandos en infección, habrá invasión de tejidos blandos y duros vecinos, mantener una buena nutrición se tornará cada vez más difícil ya que la lesión estará afectando la deglución. El dolor aumentará.

Cuando el enfermo no se trata eficazmente, - puede alterarse mucho la personalidad del paciente, en muchas ocasiones y antes del inicio de la enfermedad, los individuos luchan con energía contra su incipiente vejez, pero al progresar el cáncer, sin diagnóstico y sin tratamiento, se preocupará menos de su aspecto y hábitos, adquiriendo - tonalidades de ansiedad dejando escapar alimentos y manchando su ropa, dejando escurrir una especie de moco viscoso por una boca que ya no puede rea-

lizar el simple movimiento de expectoración, antes tan sencillo.

En esta etapa, el tratamiento es casi inútil, excepto el paleativo.

Al progresar el cáncer, el dolor en la lengua es mayor, así como en la garganta, piso de boca, orejas, la lengua cancerosa puede progresivamente hacerse más dura hasta perder su movilidad.

El cáncer que progresa e invade los tejidos, da lugar a una toxemia progresiva, al abarcar zonas profundas se van produciendo hemorragias progresivas, la toxemia creciente acompañada de anemia, debilidad y mala nutrición, ocasiona la muerte por combinaciones de tan diversas causas.

#### METASTASIS Y GANGLIOS LINFATICOS:

En la generalidad de los casos, las metástasis cervicales sólo se presentan clínicamente después cierto tiempo de evolucionado el cáncer bucal, cuando menos algunas semanas, así una mayor esperanza aumentará el peligro de producción de metástasis, y las posibilidades de curación dismi



nuiran considerablemente, por todo esto, es esencial la identificación temprana, para que el éxito sea de la terapéutica.

Las células desorganizadamente malignas, se desprenden del tumor, recorriendo los distintos ganglios del cuello, la diseminación es de tipo embolia.

Las metástasis cervicales no tratadas, pueden alcanzar gran tamaño y presionar nervios u otras estructuras, así la presión sobre los nervios linfáticos cervicales pueden provocar un síndrome de Harner, ptosis palpebral con miosis, inoftalmos y sudoración unilateral, la presión sobre los nervios sensitivos, ocasiona un dolor intenso, sobre el nervio laríngeo recurrente creciente, sobre el seno carótido, crisis simcopales.

Al llenarse los linfáticos de células cancerosas hasta taparse, se dificulta el regreso de la linfa de la región de la cara, presentándose el edema de cara y cuello, en ocasiones en grados incurables, desgraciadamente, no es raro que un enfermo de cáncer en boca sometido a un tratamiento presente este tipo de anomalías.

CAPITULO IX

## " ETIOLOGIA DEL CANCER BUCAL "

El mecanismo por medio del cual las células debidamente disciplinadas adquieren características malignas bruscamente, se desconoce aún lamentablemente, pero en la ignorancia cabe todavía la esperanza, así podemos mencionar ciertas causas predisponentes y desencadenantes.

Irritación crónica o la irritación debida a una anomalía de larga duración puede terminar en carcinoma.

Es un hecho que varios tipos de irritación crónica predispone en la producción de lesiones cancerosas o en el mejor de los casos, lesiones cancerosas, en la piel de la cara, en los labios y en la mucosa bucal.

### A) RAYOS SOLARES:

Ejemplo importante de irritación crónica es la luz solar, la exposición excesiva al sol, explica la frecuencia relativamente alta de cáncer en piel y labios, en aquellos seres humanos que-

laboran al aire libre.

B) TABACO:

Es otra variedad de irritación crónica de la que se piensa es capaz de desencadenar procesos cancerosos, en éste sentido, existe una gran diferencia de riesgo entre los individuos fumadores y los que no fuman, a mayor cantidad de cigarrillos mayor la posibilidad de cáncer de cavidad bucal y broncopulmonar.

Para la lucha contra el cáncer, acompañado del problema que produce el uso pernicioso y generalizado de tabaco, están presentes cuestiones relacionadas con las tensiones de la vida moderna, donde al fumarse un cigarrillo ó dos, se adquiere una extraña calma y placentera sedación.

Patrones sociales de conducta, vivencias individuales de profundas raíces psicológicas y sociales, orillen al individuo a fumar, aún sabiendo que así su salud y su existencia se perjudican.

Sabemos de pruebas convincentes de que un -- contacto prolongado del tabaco con la mucosa bucal,

puede dar lugar a leucoplasias, hiperplásica y -  
cáncer en personas predisponentes.

B)-1 HUMO DEL TABACO:

Estimulante directo en el desarrollo de le--  
sión maligna, sin embargo, en la actualidad la mi  
tad de los profesionales médicos han dejado de fu  
mar, fomentándose el éxito futuro de la prédica y  
la práctica.

El fumar, para ciertos individuos, seguramen  
te tendrá consecuencias del tipo de lesiones leu-  
coplásticas de grán peligro, se conoce el cáncer -  
del mascarador de tabaco que aparece en los surcos-  
língivales, en países orientales, es común masti-  
car nuez de belabel, y quienes siguen esta costum  
bre padecen de cáncer bucal, padecimiento relacio  
nado con el uso del tabaco y una alimentación ina  
decuada.

C) SIFILIS:

Tal vez el principal factor relacionado con-  
la etiología del cáncer bucal.

De 20 a 30% de todos los pacientes de sexo masculino con cáncer en la lengua, tienen sífilis crónica.

La sífilis, es también un factor en ciertos cánceres de labio, piso de boca y superficies bucales, no pareciendo existir ninguna relación entre ésta enfermedad y los carcinomas de encía, paladar duro y blando, amígdalas y faringe.

#### D) LEUCOPLACIA:

La leucoplacia no luética, también es precancerosa, pero los peligros de degeneración, aunque positivos, son menores que el tipo luético, las hiperplacias rugosas y las papilomas bucales, se consideran premalignos.

#### E) FACTORES DENTALES:

La irritación causada por bordes de dientes rotos, agudos o cariados, dentaduras postizas mal ajustadas, coronas y obturaciones y sepsis bucales, puede provocar lesiones precancerosas.

Una pequeña úlcera, una inflamación en cavidad bucal, desempeña papel importante en la carcinogénesis, que en su evolución primaria, pueden no presentar otros síntomas, pero que al existir cierta inflamación, ésta será el aviso de que tenemos la presencia de una lesión peligrosa.

Cuando una ulceración, irritación, no cura en quince días, debemos pensar en una lesión cancerosa, pudiendo presentarse también como dolor en la garganta y una serie de infecciones que periódicamente se repiten, o una ulceración, acceso de herpes, que no cura a pesar de los cuidados oportunos a un plazo prudencial, todo esto es síntoma de que el tumor maligno empieza a diseminarse.

#### F) OTROS FACTORES ETIOLOGICOS:

**Deficiencias:** La enfermedad de Plummer-Vinson.

Proceso de gran potencialidad precancerosa en Suiza, que se caracteriza por anemia, disfagia crónica y atrofia de la mucosa de la boca y de la faringe, no parece tener importancia, en E.U.A., se ha mencionado deficiencias nutricional

les como posibles factores causales.

Falta de factores protectores, es muy posible que la irritación crónica, por si sola no puede producir cáncer.

Muchos tumores malignos se desarrollan sin previa irritación ó inflamación crónica, la diferencia en la evolución de lesiones que tienen un mismo aspecto, prueba que la irritación no es lo único que interviene.

Entonces, es posible que en la génesis, intervenga algún factor de tipo protección individual y que solo la irritación un pretexto para su localización, en la producción desencadenada de fenómeno canceroso.

#### FACTORES SOCIOECONOMICOS:

Investigadores en todo el mundo han observado un aumento progresivo de mortalidad por cáncer, en grupos socioeconómicos de condiciones bajas, - este aumento se refirió a cánceres de piel, labio, laringe, boca, esofago y estómago, sobre todo es notable esta mortalidad en trabajadores no especia



lizados, que en miembros de alguna profesión.

Así diversos agentes externos conocidos como agentes cancerígenos, han llamado la atención, -- así como los rayos X, o en la etiología de los tu mores.

La radioactividad en los tejidos se considera como el más poderoso de todos los irritantes físicos, ya que no únicamente lesiona órganos y tejidos, sino también a las moléculas y átomos de que están constituidas las células, siendo capaces de ocasionar la muerte celular o bien, irrita ciones en las mismas, debido a su gran poder de penetración tisular.

Algunos de los agentes de mayor importancia relacionados con el cáncer de la piel, pudiendo causar también ciertos cánceres profundos son: - el arsenico, alquitrán, brea, petróleo crudo, parafina sin refinar, beuceno, colorantes de anilina y rayos ultravioleta.

CAPITULO X

" CLASIFICACION Y SIGNIFICADO CLINICO DE  
LOS TUMORES DE CABEZA Y CUELLO "

---

A) PIEL:

El cáncer en piel, fundamentalmente constituye una enfermedad de la piel expuesta, casi el -- 85% de todos los cánceres cutáneos corresponden a la piel de cara y cuello y, es casi siempre un -- carcinoma epidermoide ya que nace en su eventualidad de la propia epidermis o de la mucosa en el -- cáncer de los órganos relacionados con la boca.

El carcinoma epidermoide se divide en dos variedades principales muy distintas desde el punto de vista uncológico:

- 1º Carcinoma de células basales que no producen metástasis.
- 2º Carcinoma de células escamosas que si producen metástasis.

Una tercera variedad conocida como carcinoma de células basoesquamosas, tienen características intermedias entre las variedades anteriores y casi nunca dan lugar a metástasis.

El carcinoma epidermoide de células basales, solo se encuentra en la piel y nunca ataca en forma primaria a la mucosa de la boca, ni la unión cutáneomucosa del labio, en estas últimas regiones, solo cabe encontrar carcinoma de células basales por invasión directa, por lo que este tipo de carcinoma es estrictamente cutáneo y de desarrollo lento, sin metástasis y tarda mucho en producir la muerte.

#### B) CAVIDAD BUCAL:

El carcinoma de células escamosas se presentará donde quiera que existan estas células, labio, cavidad bucal, faringe, esófago, pene, cuello del útero, piel, etc..

En la piel de la cara, este carcinoma es mucho menos frecuente que la variedad de las células basales, es el tumor maligno más grave y frecuente de la cavidad bucal, presenta casi el 90% de los casos de tumores malignos de la boca.

Casi todo el resto corresponde al adenocarcinoma, que suele ocupar el paladar, donde se origina en glándulas salivales accesorias o más raramente en glándulas mucosas.

Las metástasis cancerosas de focos primarios alejados pueden, en algunos casos afectar la piel de la cabeza, siendo esto, el primer indicio de un tumor maligno alejado.

Son de primordial interés los tumores malignos que provienen de partes blandas, como el fibrosarcoma y los que se originan en hueso o dientes como el ameloblastoma.

Pero recordando que nuestro problema fundamental es el carcinoma de células escamosas de los tumores malignos de la cavidad bucal, nos esforzaremos por diagnosticar y tratar pronto y eficazmente el carcinoma de células escamosas.



" FACTORES QUE MODIFICAN EL ASPECTO CLINICO DEL CANCER "

---

A) CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS DEL CARCINOMA BUCAL:

---

- 1.- Infiltrante - Invasor
- 2.- Proliferante - No invasor
- 3.- Convinación - A y B.

Existen cánceres con muy escaso crecimiento-externo que corresponde a la variedad infiltrante y son más malignos que los proliferantes.

El tipo de proliferantes es principalmente - un desarrollo hacia afuera con pocas tendencias a invadir los tejidos, pudiendo decir en sentido figurado que, estos tumores se aproximan al dentista, son poco malignos, mientras que los tumores - infiltrantes se alejan del examinador, siendo muy malignos.

B) CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS DEL TUMOR:

---

- 1.- Carcinoma epidermoide
- 2.- Tumores adenoides, adenocarcinoma (tu--

pitiliona, suele ocupar una posición más posterior, generalmente en la faringe.

Cualquiera que sea su posición y localización, el melanoma maligno casi siempre se reconoce pronto por su color característico azul-negro, debido a la melanina, se debe casi siempre a degeneraciones malignas de células de un nervio, dando lugar a una mola, son raros en boca.

### C) EXISTENCIA DE LESIONES PREDISPONENTES:

- 1.- Leucoplacia
- 2.- Alotis sífilica o atrófica
- 3.- Papiloma
- 4.- Moluscutáneos
- 5.- Queratosis senil, alteraciones de la pigmentación en piel.

Cuando una leucoplacia sufre una degeneración maligna, el fenómeno solo ocurre en un punto muy pequeño y microscópico. Esta transformación en cáncer de una lesión precancerosa, se manifiesta cuando ocurren cambios importantes, pudiendo ser muy libres en las primeras etapas, tanto que pueden pasar desapercibidas, especialmente en leuco-



placia amplia.

Es más fácil aún que pase inadvertida una de generación maligna, cuando afecta una zona de glo sitis sifilica intersticial, acompañada de leuco-placia.

Las verrugas bucales del tipo papiloma, pueden sufrir degeneraciones malignas.

Raramente aparece un cáncer en las lesiones de molas pigmentadas, ó no, van aumentando de tamaño en adultos y ancianos, lo que les causa preocupación sin motivo real; frecuentemente puede -- confundirse con un cáncer cutáneo.

Cabe encontrar carcinomas de células basales, a veces pigmentados, sobre la base de una mola, - el peligrosísimo melanoma maligno proviene de una mola pigmentada, pero su frecuencia es bajísima, - así cualquier cambio de aspecto de una mola, previamente existente debe dar lugar a muchas sospechas.

La queratosis senil, la queratosis seborréica, los cambios de pigmentación, adquirido, manchas de piel y fibroma cutáneo, son lesiones más frecuentes en personas de edad avanzada, -

los cambios de tipo maligno en algunas de las numerosas placas de queratosis progresiva e insidias pasan inadvertidas hasta que, un brusco aumento de la rapidez del crecimiento, origina una lesión de un tamaño relativo del que sorprende a -- los pacientes, lo que requiere un tratamiento inmediato.

D) LOCALIZACION DEL TUMOR:

Los focos circulados más importantes del carcinoma epidermoide de la piel, son la nariz y los párpados, correspondiendo las lesiones de nariz a carcinoma de células basales, en tanto que con -- los párpados, existen carcinomas de células escamosas y basales.

Típicamente el carcinoma de células basales -- presenta un borde duro traslúcido, enrollado y paralelo y un centro deprimido y ulcerado, la degeneración maligna sigue la línea de menor resistencia, creyéndose que el cáncer cutáneo se extiende fácilmente por las líneas de las fisuras embrionarias.

Las aponeurosis musculares, cartílagos y hueso constituyen durante algún tiempo, una eficaz --

barrera contra la diseminación del cáncer, cuando hay poco tejido disponible, es poca la extensión del proceso, en el caso de un carcinoma en el paladar o encía, las lesiones pueden extenderse periféricamente antes de invadir el hueso.

Al extraer un diente se rompe la barrera natural y el cáncer invade rápidamente el alveolo dental hasta destruir el hueso mandibular ó maxilar.

En caso de cáncer en piso de boca, no hay barrera que pueda retrasar su evolución ó desimación, lo mismo sucede con el cáncer en los tercios medios y posteriores de la lengua, amígdalas y paladar blando, por lo que suele ser de tipo invasor muy maligno.

#### E) RAPIDEZ DEL CRECIMIENTO DEL TUMOR:

La rapidez del crecimiento canceroso, influye en la evolución del cáncer produciendo cambios visibles ó apreciables al cabo de un tiempo variable, para establecer el diagnóstico clínico. La rapidez del desarrollo no tiene importancia, excepto para el pronóstico. Un tumor de crecimiento rápido se ulcera antes, si el desarrollo es más -

rápido que el aumento de riego sanguíneo, desembocará en una necrosis.

F) TARDANZA DEBIDO AL PACIENTE:

La tardanza, es el tiempo que transcurre desde que el individuo observa una anomalía en la cavidad bucal, es el momento en que acude al Cirujano Dentista, cuando sea grande ó pequeña la lesión y larga ó corta su evolución, se debe pensar primeramente en cáncer, debiendo tomar una biopsia.

G) TRATAMIENTO PREVIO:

IRRADIACION

CIRUGIA

ELECTROCOAGULACION

CAUSTICOS.

Los diversos tratamientos, pueden alterar el aspecto de un tumor maligno, una extirpación quirúrgica inadecuada, da lugar a recaídas subcutáneas de la piel ó submucosas e intramusculares en la lengua ó labio.

Estos restos activos, se conocen como nódulos subcutáneos ó submucosas.

Una irradiación inadecuada pueden en ocasiones aplanar, reblandecer ó aparentar curar una le sión maligna.

La electro maquilación ó el tratamiento con cáusticos, puede dar lugar a alteraciones inflamatorias secundarias alrededor de un cáncer, modifi cándose en su aspecto, pudiendo reconocer el cán cer maligno de la lesión.

CAPITULO XII

" FOCOS DE ORIGEN MAS FRECUENTES DE LOS DISTINTOS TIPOS DE CANCER BUCAL "

---

A) LABIOS:

En el labio inferior, es donde más frecuentemente se localiza el cáncer, más o menos en la unión del tercio medio y externo.

La lesión crece por lo común, lentamente y puede ser curada en el 95% de los casos, con diagnóstico temprano. Es sumamente raro en mujeres y en ambos sexos antes de los 25 años, aunque se han observado últimamente un número sorpresivo de carcinoma en labios de jóvenes.

La apariencia clínica varía tanto en los estados primarios que, puede ser indistinguible de la lesión precedente. Las lesiones primarias aparecen blanco-grisáceas, elevadas y verrugosas, -- con bordes duros y zonas húmedas de inflamación.

B) PALADAR:

Carcinoma de células escamosas, se presenta en el paladar blando en relación de 4 a 2. Los -

tumores de glándulas salivales, son mas comunes - que las carcinomas. El pronóstico para este tipo de tumores, es bueno, pero debe ser diagnosticado y extraído.

Las dentaduras mal adaptadas, pueden contribuir a la producción de carcinomas en el paladar - y todo aquel que las use debe hacerse examinar -- los tejidos blandos periódicamente.

El carcinoma del paladar está ulcerado con - un borde elevado, pudiendo invadir la encía, paladar blando y hueso, por otra parte, los tumores - de las glándulas salivales están cubiertos ordinariamente por epitelio intacto y comunmente son lobulados desarrollándose cerca de la línea media y en la mitad posterior del paladar duro y blando.

Los carcinomas y los tumores de glándulas salivales del paladar, deben ser diferenciados del - torno palatino, quistes de conductores palatinos, úlceras traumáticas e infectadas, leucoplacia, hipertrofia por prótesis, quistes dentíjeros, omeloblastomas y otros tumores benignos.

Los tumores mixtos son frecuentes en ambos - paladares.



La distribución del adenocarcinoma, es homogénea, el paladar duro y blando, son tumores benignos formados por elementos glandulares que proliferan abundantemente, conservando su estructura normal.

C) ENCIA:

En la mandíbula, es mas frecuente el cáncer-gingival. La lesión molar constituye el foco de origen más común y a veces nace en la región del-canino.

Los carcinomas, se pueden presentar en la mucosa gingival después de la extracción dentaria, sobre la mucosa del reborde alveolar. Estos tumores son muy importantes, porque pueden ser confundidos con las lesiones inflamatorias comunes, pudiéndose presentar como simples engrosamientos de los tejidos ulcerados.

Entre los tumores malignos que pueden invadir la mucosa gingival, están los carcinomas de células escamosas y más rara vez, los melanomas ó las pigmentaciones de la encía es un allazgo normal.

F) LENGUA:

El cáncer, es más frecuente en la porción bucal del órgano en relación de 9 a 2, comunmente - en los bordes; en caso de degeneración maligna de una leucoplasia, se verá afectado en el dorso de la lengua.

La deficiente higiene bucal y la sífilis, están a menudo asociadas con el cáncer de lengua y puede presentar una zona leucoplásica preexistente, el primer signo puede ser una masa firme con induración, después, la ulceración con bordes levantados, puede caracterizar el tumor maligno - en la lengua a diferencia de otro órgano y zonas, el dolor es un síntoma precoz y temprano de malignidad.

CAPITULO XIII

" TECNICA DEL EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL "

FOCOS ANATOMICOS VECINOS PARA DESCARTAR UN CANCER:

El examen se inicia desde el momento mismo de encontrarse dentista y paciente, así puede tomarse nota de los lineamientos y deformaciones de cara y cuello, de existir una masa en el cuello, deberá hacerse una concienzuda búsqueda de una posible neoplacia maligna primaria en la boca ó en la faringe; bajo una buena iluminación y estando el paciente sentado comodamente, se estudia toda la piel en busca de carcinoma epidermoide de las lesiones cutáneas pigmentadas sospechosas ó de queratosis.

Pasamos enseguida a la observación y estudio de los labios, buscando atrofias, leucoplacias o signos de cáncer incipiente, los individuos con tumores de labios, suelen presentar lesiones menores de aspecto casi relativamente benignos; así debemos examinar cuidadosamente antes de pasar a otras zonas.

Para el examen intrabucal, conviene disponer de dedos de caucho, uno para cada dedo índice; de un abatelenguas metálico y de una lámpara frontal.

Los dedos de guante deberán humedecerse para quitar el polvo de protección con sabor desagradable para el enfermo.

Debemos palpar el borde cutáneo o mucoso de los labios, palpando enseguida el vestíbulo labial, extendiendo la exploración hasta los surcos inferiores y posteriores, superficiales bucales, áreas retromolares y superficies externas de la encia.

Continuando con nuestro examen, observamos los paladares duro y blando incluyendo la encia palatina, pasando de inmediato a la encia mandibular.

Pedimos al paciente que saque la lengua, sujetado la punta con gasa, desplazando la lengua hacia un lado, realizando así la palpación, mientras se observa con mucho cuidado la mucosa en busca de atrofia, zonas de induración, leucoplasia ó úlceras.

Continuamos el examen con piso de boca, de adelante hacia atrás, aplanando la mucosa por convinción de retracción y palpación durante el estudio. Terminando esta parte del estudio, con la palpación bimamal del triángulo submaxilar y sub-

mentoneano, recordando los gánglios linfáticos.

Las partes introducidas del examen pueden interrumpirse en este momento, pasando al examen de cuello.

Estando el paciente sentado con el examina--dor frente a él, se coloca una mano sobre la cabeza del paciente, que se dobla ligeramente hacia adelante y se inclina un poco hacia el lado que se va a explorar. Palpamos la zona submandibular -- con la mano libre, haciendo en la región submentoneana siguiendo hacia atrás.

Se palpa la cadena yugular de gánglios, con el examinador frente al paciente, empleando la yema de los dedos, se traslada el escultador en la espalda del paciente, para elevar un poco el músculo externocleidomastoideo con los dedos doblados para tratar de palpar los tejidos situados debajo de este músculo.

Un gánglio muy importante, es el que está -- abajo del digástrico, cerca del ángulo formado -- por el vientre posterior del músculo y el esterno cleidomastoideo.

Después de esta revisión, examinaremos el --

triángulo posterior y las zonas superclavicular, - estando adelante y atrás del paciente simultáneamente.

Para examinar la glándula tiroides, lo haremos con los dedos pulgares, pidiendo al paciente que trague saliva.

Reanudaremos el examen intrabucal, sujetando la lengua con una compresa tirando levemente de ella y cuidando no lesionar la cara inferior al órgano contra los incisivos inferiores, y con espejo calentado para que no se empañe, se examina sucesivamente las amígdalas, la raíz de la lengua, la epiglotis y su base.

Se desliza el dedo índice sobre la raíz de la lengua yendo de un lado a otro; igual se examinan las amígdalas.

Así termina el examen, que en opinión de muchos experimentados cirujanos dentistas y médicos, todos los profesionales deberían realizar en todos los pacientes que diariamente acuden a la clínica o al consultorio.





" IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL  
CANCER BUCAL "

---

En primer lugar, cuando el cáncer se encuentra en sus inicios, sin presentar ningún síntoma - el paciente, es indicativo, de que se encuentra - localizado en una área delimitada y así son inmen - sas las posibilidades de curación, mediante las - radiaciones, la cirugía, la quimioterapia y sus - benéficas combinaciones.

En la examinación de las lesiones de boca, - no debemos olvidar en ningún momento y por ningún motivo, que la más leve tardanza en la identifica - ción de una lesión maligna, puede significar una - ligera diferencia entre la alegría y la desola - ción, así tenemos que atacar el carcinoma epider - moide, desde la primera visita del individuo, --- siendo sospechoso todos los procesos que requiere un diagnóstico, para primeramente descartar el -- cáncer, debemos estar vigilantes de los cambios - bucales.

Por otra parte, de tener como obligación la - toma de una biopsia inmediata, porque el cáncer es en sí una urgencia y no son permitidos los retra - sos, las esperas y los ensayos medicamentosos, --

con la esperanza de alcanzar un resultado.

El cáncer no espera que el miedo, la angustia y los temores del examinador se diluyan, ni espera tampoco para que los individuos enfermos comprendan su actitud de solicitar ayuda sólo cuando es irremediable, caso tan desesperante lo lleva a solicitar posibilidades de curación.

Debe ser regla en el consultorio, excluir absolutamente el cáncer, haciendo el diagnóstico -- clínico de la lesión benigna.

Traumatismo, herpes, aftos, neoplasias, siendo positiva la actividad de espera, pero si la lesión supuestamente benigna, al cabo de dos semanas, no ha desaparecido, de inmediato recurrir~~emos~~ a la biopsia, siendo preciso establecer un -- diagnóstico.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El cáncer en boca, es la enfermedad que debe descartarse, por lo que, repasaremos las lesiones con las que suelen confundirse con frecuencia.

Cuando no se diagnóstica un carcinoma de cé-

lulas escamosas de la boca como tal, podemos confundirlo con:

**SIFILIS:** Es raro encontrar sífilis bucales, solamente si coexiste con cáncer. Al encontrar una úlcera en la boca de un paciente, muchas veces cabe la realización de pruebas serológicas para la sífilis y recurrir al ensayo terapéutico como medicación antiluética, pero al saber que los enfermos con cáncer de boca muestran pruebas serológicas de sífilis positiva, de inmediato ordenaremos una biopsia.

**LEUCOPLACIA:** Las manifestaciones clínicas dependen del tipo de estímulo que ocasionen los cambios de la sensibilidad del tejido y de las difusas locales.

Sabemos que la leucoplacia es una lesión precancerosa pero si se acompaña de sífilis. Se recomienda la excisión de una leucoplacia local y pequeña, de 4 a 6 cm., pero en los casos de hiperplacia, acumulación, engrosamiento ó úlcera, en cualquier zona de la región leucoplásica, deberemos tomar una biopsia para excluir el cáncer o las necesarias para determinar que no hay degeneración cancerosa.

## OTROS TUMORES RELACIONADOS CON CAVIDAD BUCAL:

El cáncer que dá el problema de las neoplasias bucales, su peligrosa y enorme gravedad, es el carcinoma epidermoide de células escamosas que afectan las diversas estructuras bucales, si no existiera ningún problema canceroso grave relacionado con cavidad bucal.

Este tipo de carcinoma epidermoide, comprende casi el 90% de todos los cánceres bucales produciendo el 99% de las muertes causadas por todos los cánceres adenoides de tipo mixto y adenocarcinoma, pero lamortalidad ocasionada es muy pequeña.

El adenocarcinoma, crece muy lentamente menos que el carcinoma epidermoide y rara vez dá metástasis, ofreciendo mayores probabilidades de curación.

CAPITULO XV

" B I O P S I A "

El estudio microscópico es la única manera conocida para establecer la naturaleza de una lesión, para el diagnóstico exacto de los tumores malignos de la boca, piel o cualquier otra región.

Es útil para la preparación del tratamiento adecuado, así como para verificar los resultados de éste o la extensión de la enfermedad, para apreciar los resultados a largo plazo histopatológico bien realizado de un carcinoma epidermoide, no aumenta el peligro de diseminación de células neoplásicas, su sensibilidad radica en que descartan un tumor maligno en lesiones aparentes y sin gravedad, lo que nos permite reconocer precozmente el cáncer.

A) TECNICA:

Una biopsia puede variar desde la obtención de una pequeña parte representativa de la lesión, hasta extirpación de todo el tumor seguido del cierre primario con sutura de seda, para cerrar la incisión y debe detener la hemorragia.

No existe contradicción para ninguna biopsia, ni siquiera la presencia de los microorganismos.

B) FOCO DE LA BIOPSIA:

Es preferible evitar las zonas mas cercanas al hueso, el cartilago o los dientes, zonas vecinas de grandes vasos sanguíneos, donde el espesor del tumor sea mínimo, así como los focos necrosados, debemos recoger un espesor de tejidos suficiente, incluyendo la parte del tumor de crecimiento más activo que casi siempre se encuentra en el borde de la lesión, cerca del tejido normal.

C) CANTIDAD DE TEJIDO QUE DEBE RECOGERSE:

Las muestras grandes, suministran una mayor proporción de resultados positivos, en caso de carcinoma, como promedio hasta 0.5 cm<sup>3</sup> de tejido.

D) COMO RECOGER EL TEJIDO:

En la mayor parte de los casos, la biopsia de un pequeño bloque de tejido, empleando una ho-

ja de Baud-Parkek núm. 15, dá buenos resultados - cuando se pueda, se debe someter la herida a electrocoagulación para cerrar los linfáticos, rara vez se emplea una pinza, y debe evitarse para no aplastar la muestra.

Haremos cuatro incisiones pequeñas delimitando un cuadro, giramos el bisturí llevándolo al fondo de la incisión, cerca de cuatro o cinco mm. de profundidas o un poco más según las características del tumor.

Mediante un movimiento plano de sección, se corta la base del cubo tisular, cuidando no aplastar o precionar la muestra, colocándola en un líquido preservador.

En la preparación de la piel o de la mucosa, las maniobras quirúrgicas se observarán precauciones estrictas de asepsia, la anestecia se hará -- por infiltración local a cierta distancia del tumor por bloqueo minucioso, evitando infiltrar el tumor con solución anestésica colocaremos la muestra inmediatamente en un buen fijador, como el -- formol al 10%.



E) MANEJO DE LA MUESTRA:

La muestra debe colocarse inmediatamente en el fijador al obtenerla, nunca debe colocarse en solución salina fisiológica ni alcohol, se toman las medidas conducentes a su envío al laboratorio.

F) REPORTE DE LA BIOPSIA:

Indispensable es un reporte rápido, así como seguir en contacto con el paciente para tomar la disposición definitiva.

Un resultado negativo diría que el corte o los cortes no mostraban carcinoma, pero no es significativo de que el paciente no tenga cáncer, -- por lo que, deberemos tomar otra biopsia, pidiendo al laboratorio que vuelva a estudiar la primera biopsia.

G) QUIEN DEBE TOMAR LA BIOPSIA:

Debemos tener presente la finalidad de la biopsia que establece el diagnóstico, cuanto antes, para poder iniciar lo más pronto posible el

tratamiento curativo.

Al tenerse una impresión clínica de carcinoma, es mejor para el paciente que acuda lo más -- pronto posible a una clínica equipada para tratar todas las etapas del cáncer bucal.

Si la impresión clínica es de un tumor benigno, se justifica que el cirujano dentista personalmente realice la biopsia o mande al paciente a un cirujano bucal, es en estos casos cuando resulta de mayor utilidad la intervención del odontólogo.

H) TECNICA DE BIOPSIA PARA LESIONES DE PIEL Y BOCA:

---

- 1.- No inyectar anestésico local dentro del tumor.
- 2.- No presionar el tumor.
- 3.- No tomar tejido normal.
- 4.- No tomar tejido necrosado.
- 5.- No tomar tejido cerca del hueso.
- 6.- No usar pinzas para tejido.
- 7.- No tomar demasiado tejido.
- 8.- No tomar muy poco.
- 9.- No hacer suturas hemostáticas.

- 10.- No crear coagulos.
- 11.- Buscar tejido de crecimiento activo.
- 12.- Poner el tejido en un buen fijador.
- 13.- Combatir el sangrado con sutura debida.
- 14.- Sellar los linfáticos con electrocoagulación.
- 15.- Asegurarse de que la muestra llegue al laboratorio.
- 16.- Pedir reporte de 24 hrs.

CAPITULO XVI

## " TRATAMIENTO DE CANCER "

El tratamiento puede tener dos finalidades, la esperanza es curar la enfermedad, pero si no hay la posibilidad de lograrlo, el propósito será paliativo para alargar la vida del paciente, disminuir la capacidad de la enfermedad y dar comodidad al enfermo.

Las modalidades terapéuticas utilizadas en ambos casos son iguales en lo fundamental e incluye principalmente, cirugía, radiación y quimioterapia.

### A) CIRUGIA:

La extirpación de la neoplasia por una parte es el método más antiguo y seguro de eliminar -- por completo la lesión localizada, pero no deja de ser un método traumático, para intentar cu---brir ó incluir las prolongaciones invasoras de la lesión infiltrativa.

El hecho fundamental en este caso, es el -- precisar el margen seguro de tejido normal alrededor del tumor, en término de las vías acostum-

bradas de diseminación local tan importante como precisar que tumores se pueden extirpar radicalmente para lograr cura, es decir que la cirugía curativa ya no es aplicada, si está indicada la cirugía paliativa.

## B) RADIOTERAPIA:

Es el uso de radiaciones para la eliminación de tumores, se funda en el hecho de que las células malignas son más susceptibles a la radiación que las células normales, sin embargo, la radiación también afecta tejidos normales, en consecuencia, la radioterapia debe tener efecto diferencial importante.

La radioterapia se utiliza principalmente en Rayos "X" y Rayos Gamma, la radiación modifica la estructura cromosómica y genética del núcleo, en muchos casos produce formas extrañas de mitosis multipolares, todas las variantes de mitosis asimétrica.

Lo más probable es que todas las células de esta índole sean capaces de seguir viviendo y reproducirse.

La eficiencia de la radiación en el tratamiento de tumores depende de dos variantes, que es, cantidad de radiación absorbida por el tumor y radio sensibilidad de las neoplasias. En cuanto a la radiosensibilidad, los tumores se han clasificado en tres grupos principales:

**PRIMERO:** Tumores muy radiosensibles, como los derivados del tejido hematopoyético y linfoides; así linfoma, mieloma múltiple y la leucemia.

**SEGUNDO:** Tumores moderadamente radiosensibles, que incluyen carcinoma de células basales de todos los tejidos.

**TERCERO:** Tumores radiosensibles, entre los cuales se encuentran el fibrosarcoma, el sarcoma osteógeno, el melanocarcinoma.

Se han enunciado también, la generalización de que las células en división, son más susceptibles a la radiación que las células en reposo.

La radiosensibilidad no significa obligadamente que, un tumor pueda curar por radiación las lesiones radiosensibles profundas, quizás no sean curables porque es imposible someterlas a tratamientos energéticos sin lesionar gravemente los tejidos normales adyacentes ó interpuestos.

### C) QUIMIOTERAPIA:

Podría pensarse que la quimioterapia fuese - el método óptimo terapéutico, para el cáncer, por cuanto cabe esperar que las sustancias químicas - busquen las células tumorales donde quiera que se presenten, de manera más segura que lo que pueden hacerlo con cirugía y la radiación.

Los anticancerígenos más eficaces hoy conoci dos están clasificados en 5 grupos:

PRIMERO: Agentes de Alquilación

SEGUNDO: Antimetabólicos

TERCERO: Hormonas

CUARTO: Antibióticos

QUINTO: Compuestos diversos.

#### AGENTES DE ALQUILACION:

Son radiomiméticos y parece ser que actúan en el ácido desoxirribonucleico de la célula, siendo la moztasa nitrogenada, la más conocida; también - se incluye tristilentiofosfororamida, (THIO-TEPA)- y trietillenmelamina (TEM). Estos fármacos se --- usan para el cáncer diseminado.

Son transportados por la sangre y actúan de -



manera principal en las células en división.

Debe ser patente que estos agentes tienen - efectos secundarios importantes, principalmente - de carácter gastrointestinal y hematológico, que resultan de la destrucción generalizada de las - células normales, se presentan en los tejidos; - la substitución origina formación de núcleo o -- proteína defectuosa, lo que provoca la muerte cé lular.

#### ANTIMETABOLICOS:

Los antimetabólicos más frecuentes en la -- quimioterapia, son el 5-fluoruracido y ametopte- rina.

#### HORMONAS:

Durante muchos años las hormonas se han uti lizado sistemáticamente para tratar el cáncer ma mario y prostático.

Suele usarse cuando han fracasado los ensa- yos de extirpación quirúrgica y ocurre recisiva-

ó diseminación, las hormonas se emplean con el propósito de producir remisión, cuando las hormonas han dejado de ser eficaces, como último recurso, cabe recurrir a la castración, adrenalectomía ó hipofisectomía.

### ANTIBIOTICOS:

Los antibióticos no son eficaces en términos generales, para tratar los tumores.

Entre los fármacos diversos podemos mencionar al uretano, que quizás sea fármaco más eficaz, pero domina el mieloma múltiple, dado que los agentes quimioterapéuticos mas promotores, afectan todas las células que se dividen rápidamente y en consecuencia, tienen toxicidad general notable que se manifiesta por reacciones secundarias hematológicas y gastrointestinales, se han buscado métodos para circunscribir estos agentes al sitio tumoral sin exponer al resto.

Con este propósito, se están investigando dos técnicas la de perfusión regional y la inyección intraarterial.

La perfusión regional consiste, de manera -

principal de excluir de la circulación general - durante 30 a 60 minutos la región corporal donde está el tumor y en efectuar perfusión de esta región aislando con concentraciones altas de cancericida, el tratamiento señalado entraña problemas, que incluyen trombosis, hemorragia posoperatoria, efecto tóxico, así como muerte por destrucción masiva del tumor.

La inyección intraarterial es un enfoque diferente, se funda en la hipótesis en que los fármacos cancericidas pueden administrarse directamente al tumor, en dosis relativamente grandes, - sin que tengan efectos tóxicos para el resto de la economía, por inyección directa del agente en las arterias que riegan la neoplacia.

El problema principal de este caso, es comprobar si el riego arterial llega a todo el tumor, claro está que sería inútil la inyección en la arteria, si sólo se distribuyera en una parte del tumor.

#### COMPUESTOS DIVERSOS:

Esta técnica al igual que la perfusión regional, se ha utilizado durante poco tiempo, lo ---

cual permite estimar su eficacia definitiva, sin embargo, ambos procedimientos comprueban la investigación constante de métodos más adecuados - para tratar de resolver el problema clínico amplísimo de las neoplasias malignas.



" MANEJO DE LOS DIENTES EN LOS TUMORES -  
MALIGNOS DE LA BOCA "

---

En caso de tratamiento quirúrgico de los ---  
dientes comprende normalmente:

- Tratamiento de las inflamaciones parodenta--  
les y gingivales, con el cuidado máximo.
- Supresión de las infecciones más importantes,  
extirpando los dientes muy lesionados.
- Debe diferirse la extirpación de las raíces-  
residuales expuestas.
- Se extirpan los dientes con lesiones periapi-  
cales que no pueden ser restaurados.
- Se restauran en forma provisional las caries  
avanzadas.
- Se debe aplicar terapéutica, endodóntica pa-  
ra conservar dientes que pueden requerirse -  
para fines específicos; muchas veces este pa-  
so puede realizarse, algún tiempo después de  
la intervención.
- En condiciones especiales se preservarán ---

ciertos dientes que normalmente se extirparían, para facilitar las maniobras de rehabilitación.

En caso de tratamiento radiológico.

Atención odontológica, antes de la radiación, los dientes sospechosos de tener caries, enfermedades de la pulpa ó lesiones parodontales ó malas posiciones, deberán extirparse antes de la radiación, debiendo esperar de 10 a 14 días para el -- proceso de cicatrización aceptable.

Durante la extirpación dentaria, antes de la irradiación, se suprimirán y corregirán todos los bordes irregulares y agudos, cualquier prominencia ósea aguda, debe regularizarse, porque éste -- no podrá hacerse después.

Los dientes muy impactados, completamente cubiertos de hueso y tejido blando no pueden extirparse, pues tardarían mucho en la cicatrización.-- La extirpación y regularización de la placa lin--gual puede acelerar la cicatrización.

Atención dental durante la irradiación, es -- de fundamental importancia la higiene bucal. Du--rante la irradiación, el radioterapeuta debe en--

viar al paciente al Cirujano Dentista, para que se establezca un programa de mantenimiento integrado por el tratamiento parodontal profiláctico-suave, y aplicaciones locales de fluoruro; debe aplicarse al paciente enjuagues bucales. Manejo de cepillo o aplicaciones de gel, para ayudar a evitar la formación de placas ácidas viscosas durante el período de mucositis y xerostomía.

Atención odontológica después de la irradiación: Cepillado, remoción de placa, lavado bucal y aplicaciones diarias de fluoruro, éstas deben continuar mientras existan dientes.





## " OSTEONECROSIS POR IRRADIACION "

Es de fundamental importancia el cuidado de los dientes del paciente cuando se piensa tratar con radiaciones un carcinoma bucal.

La osteonecrosis por radiación es la alteración patológica que se presenta después de la irradiación intensa del hueso, en especial la mandíbula, se traduce por secuestro óseo altamente doloroso, por no proteger el hueso.

Pueden producirse grandes deformaciones hasta perder toda la mandíbula, de cóndilo a cóndilo.

En la actualidad, la menor frecuencia de osteonecrosis, se debe directamente al empleo de técnicas de alto voltaje.

La irradiación de alta energía es menos absorbida por los tejidos óseos que la de voltaje normal, con lo que sufre menos la irradiación del hueso, esto permite que el hueso se recupere hasta cierto grado después de dosis bastante altas de irradiación.

A) ASPECTOS IMPORTANTES:

a) Un hueso intensamente irradiado, nunca está fuera de peligro, así que cualquier parte -- del hueso que no tenga que ser irradiada para el tratamiento, no debe serlo, sólo en los casos necesarios.

b) Las vías de entrada para la irradiación deben ser lo mas pequeñas posible dentro de una terapéutica racional.

c) Cuando mayor sea la porción de hueso que se irradie, más probable será la osteonecrosis y más grave también.

d) Si se emplean vías de entrada grandes, - deberán extirparse previamente todos los dientes - en cualquier paciente que deba someterse a una -- irradiación intensa y tenga por delante muchos -- años de vida, se insiste en que se extirparán no sólo los dientes enfermos sino todos ellos, como única manera de reducir al mínimo el peligro de - infección.

e) Si la lesión mandibular interesa una zona relativamente pequeña, 3 cm. de largo, y el enfermo se opone a que le extirpen todos los dien--

tes basta con extraer los dientes de la zona irradiada, más uno de cada lado de esta zona.

f) Cuando es posible proteger en forma absoluta la estructura alveolar, sólo se debe extirpar los dientes que estorben a la colocación satisfactoria del protector.

g) En las etapas avanzadas de la enfermedad maligna, si la sobrevida no ha de pasar de algunos meses, no es necesario extirpar dientes.

h) Cuando se extirpan dientes como tratamiento para irradiación, no deberá aplicarse ésta a los alveolos antes de la cicatrización completa de las heridas en las encías.

i) Para lograr un acceso satisfactorio, es recomendable la práctica que consiste en cortar las coronas de los dientes y colocar casquillos sobre las encías, en lugar de extirpación completa.

j) El manejo cuidadoso de los tejidos se vuelve de primera importancia para el manejo de la estructura ósea mandibular, la extirpación debe lesionar lo menos posible los procesos alveolares.

k) Se disminuye considerablemente la frecuencia de osteonecrosis mediante una cuidadosa protección del hueso contra la irradiación, o incluso evitando completamente ésta.

l) La mandíbula está mucho más expuesta a la osteonecrosis que el maxilar, la irradiación de la mandíbula se debe a una arteria principal que puede trombosarse, el maxilar recibe diferentes vasos.

m) La osteonecrosis por irradiación es un riesgo que debe correrse a veces en algunos cánceres grandes con los que no se sabe si pueda curarse o no, que afectan la encía y el piso de boca.

n) Excepto los casos mencionados en el párrafo anterior, el tratamiento de la osteonecrosis debe ser conservador o en ocasiones es útil el tratamiento temprano.

o) En ningún caso puede considerarse inocua una extirpación dental en una zona sometida a irradiación intensa que afectó la estructura alveolar, la extirpación de un sólo diente puede ocasionar una osteonecrosis fulminante aunque la irradiación haya sido aplicada años antes.

p) Después de una irradiación intensa, cual

quier herida de la encía puede desencadenar una osteonecrosis, la necrosis tardía de tejidos blandos por una causa desconocida o por traumatismos diversos como prótesis, astillas de hueso, masticación de alimentos duros, mala higiene bucal puede desencadenar la serie de acontecimientos que llevan a úlceras, exposición de hueso, infección del mismo y osteonecrosis.

q) Nunca debe quitarse un diente a un paciente sometido a terapéutica con radiación contra un carcinoma bucal.

r) Después de una irradiación de superficies bucales o bordes de lengua, es preferible dejar pasar de 18 a 24 meses antes de permitir el empleo de prótesis.

Existen ciertas tendencias a no aplicar radiaciones al tratamiento de los carcinomas en la encía o de regiones anteriores de la lengua y piso de boca.

## B) SINTOMAS:

Los principales síntomas de la osteonecrosis aguda por irradiación, son dolor, hinchazón, el -

dolor intenso, la hinchazón puede abarcar ambos labios, los párpados y casi toda la cara y cuello.

La gravedad de los síntomas y signos depende del volúmen de tejido óseo irradiado y de la dosis aplicada.

En términos generales, la mejor manera de lograr alivio al paciente, es con una inyección de alcohol en el ganglio de Casser o sus ramas, para suprimir el dolor en boca, mandíbula, se utiliza el método de Patrick Dorrance, Vía anterior, anes-  
tesiendo las tres ramas del nervio trigémino.

Contra la infección, el fármaco más útil es la penicilina; en caso de hipersensibilidad a ésta, es útil la ampicilina, tetraciclina, empleados durante muchas semanas o es fundamental mantener una buena nutrición, con frecuencia se requiere de alimentación por sonda nasal. En el mismo orden de importancia puede citarse hidrolizadas de proteínas, vitaminas, transfusiones de sangre, de bemos permitir que la naturaleza ayude al tratamiento dentro de sus posibilidades.





" PSICOLOGIA Y CANCER "QUE DEBE DECIRSE A UN ENFERMO DE CANCER BUCAL:

En el individuo afectado de cáncer, debe tomarse en cuenta no sólo su cuerpo, sino también su mente, su medio social en el que se desenvuelve.

Desde el punto de vista en que la Organización Mundial de la Salud, define al hombre respecto a la salud, como una unidad BIO-PSICOSOCIAL, no es únicamente el cuerpo el que puede en un momento dado enfermar, sino que la mente y la sociedad, también pueden estar enfermas.

En el aspecto biológico del ser humano, el cuerpo enfermo diariamente es examinado en los campos de la investigación médica, en el aspecto social es considerado desde que se estudian las implicaciones y circunstancias que para el ser humano puedan tener factores ambientales, y la estructura social que es testigo de su desarrollo en regresión ó progresión, están en movimiento ó evolución.

Pero la vida interior del individuo, sus ---

frustraciones y anhelos, sus fantasías y deseos, - sus esperanzas y ambiciones, todavía no son con sideradas e incluidas entre los factores desencade nantes que influyen en provocar y mantener una en fermedad como lo es el cáncer.

Cuando la Organización Mundial de la Salud, - define al hombre como la unidad BIO-PSICO-SOCIAL, existe la significación hasta alcanzar un grado - de equilibrio consigo mismo, con su cuerpo y con el medio ambiente social.

Cuando la sociedad en que habita proporciona apresuramientos, solución ambiental de gases en - potencia cancerígenos, desarrollo de trabajos en lugares insolubles, constantes frustraciones en -- cuanto a esperanza y a una mejoría en general, po drá verse en desequilibrio por ser tan infinita-- mente intangible y frágil y así, en cualquier mo mento puede destruirse esta unidad, al momento en que una de sus estructuras falla, su desempeño se descompondrá, significando, quizás negar la posi bilidad de vivir feliz y auténticamente como ser humano.

Lo que debe decirse a un enfermo de cáncer - en cavidad bucal. En la sospecha o diagnóstico - de cáncer, debemos decir la verdad al paciente y ponerlo al tanto de la situación de una manera in

dividual, en función de su capacidad para recibir la noticia.

Debemos crear confianza y esperanza en el paciente, indicando que el médico ó especialista a cargo del tratamiento es capaz de llevarlo a cabo, sin llegar a garantizar curación, podemos ser optimistas, el pronóstico lo establecerá el especialista.



## " CONCLUSIONES "

Primeramente debemos tener en mente el alto índice de sospecha de cáncer, para comparar las posibilidades diagnósticas de lesiones en tejidos blandos en pacientes mayores, hay que temer a la posibilidad de un cáncer por lo que debemos tener sumo cuidado y detallada observación, así como -- una minuciosa palpación de la totalidad de las -- mucosas, incluyendo, piso de boca, amígdalas y -- raíz de lengua, en cualquier paciente con sospecha de cáncer.

Habrá que tener en observación por si acaso una úlcera ó un nódulo que no responde en dos semanas al tratamiento aplicado.

Tendremos que recurrir a un examen patológico, por medio de una biopsia, sin la mayor tardanza.

Hay que tener presente que una leucoplasia no es una enfermedad estática, pues se han presentado casos que después del diagnóstico de lesiones benignas pueden encontrarse degeneraciones malignas, por lo que, se recomienda tener en observación al paciente que haya presentado leucoplasia.

Asimismo, también debemos considerar, que la evolución de un carcinoma epidermoide requiere de un tratamiento urgente, por lo que debemos tener como regla general la toma de una biopsia en cualquier sospecha de cáncer, pero hay que cerciorarnos lo más pronto posible de que ésta este bien elaborada, ya que esto puede ser la diferencia entre el éxito o el fracaso.

Recordar que si la reacción de Wesserwan resulta positiva, sólo significa que el paciente -- presenta síntomas de sífilis, aunque no nos permite descartar la posibilidad de un cáncer. Así -- que debemos tomar en consideración, que nunca podremos extraer un diente en pacientes que presentan una lesión maligna, sin antes consultar al especialista, así como tampoco se extirparán dientes con irradiación.

Por lo tanto, debemos tener presente que, en cualquier sospecha de cáncer, no hay que dudar para poner en práctica todos nuestros conocimientos profesionales, para bien del paciente, ya que la menor tardanza podría ser de fatales consecuencias para el propio paciente.

Así pues, el Cirujano Dentista, siempre tendrá la posibilidad de localizar por primera vez -- una lesión bucal, ya sea benigna o maligna, ya --

que a él recurrirán aquellos pacientes que presenten cualquier anomalía, por lo que, es al Cirujano Dentista a quien le tocará diagnosticar un cáncer precoz.

**BIBLIOGRAFIA**



"SALUD DEL PUEBLO"

MARK MIRKI

EDITORIAL: LA PRENSA DE NOVOSTI MOSCU

EDICION 1972

"EL ORIGEN DE LA VIDA"

OPARIN

EDITORIAL: GRIJALBO

EDICION 1968

"ANATOMIA HUMANA"

DR. FERNANDO QUIROZ G.

TOMO II GLANDULAS DE SECRECION INTERNA DE  
LOS SENTIDOS

EDITORIAL: PURRUA

EDICION 1978

"PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL"

DR. STANLEY L. ROBBINS

EDITORIAL: BOSTON UNIVERSITY SCHOOL

EDICION EN ESPAÑOL 1975

"MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO"

DR. LESTER W BURKER

EDITORIAL: INTERAMERICANA

EDICION EN ESPAÑOL 1975

"MEDICINA INTERNA"

WINTROBE

THORN ADAMS, BENNETT, HARRISON  
EDITORIAL: PRENSA MEDICA MEXICANA  
EDICION 4ª 1972

"FISIOLOGIA MEDICA"  
DR. BERNARDO A. HOUSSAY  
EDITORIAL: EL ATENEO  
EDICION 1972

"EL CANCER ENFERMEDAD DE NUESTRA EPOCA"  
DR. LUIS FILIDOR  
EDITORIAL: POSADA, S. A.  
EDICION 1976

"CIRUGIA BUCAL"  
SR. W. HARRY ARCHER  
EDITORIAL: MUNDI  
EDICION 1974

"MEDICINA BUCAL"  
DR. MALCOM ALINCH  
EDITORIAL: INTERAMERICANA  
EDICION 7ª. 1979

"PATOLOGIA ORAL"  
DR. THOMA  
ROBERT S. GORLIN , HERRY M. GOLDAM  
EDITORIAL: SALVAT, S. A.  
EDICION 4ª.

"PATOLOGIA BUCODENTAL"

C.D. MA. TERESA M. RUIZ

COLABORACION C.D. JAVIER PORTILLA R.

C.D. MANUEL F. PESQUEIRA

EDITADO POR SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA  
U.N.A.M.

EDICION 2a. 1981

"ENCICLOPEDIA MEDICA DEL HOGAR"

DR. AGUSTIN PEDRO PONS

EDITORIAL: CUMBRE

EDICION ESPECIAL

"ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL"

DR. J.J. PIND BORG

EDITORIAL: SALVAT

EDICION 2a.

"MUNDO MEDICO"

SR. GARY BRAUNER

EDITORIAL: DIALECTICA UNIVERSAL

EDITADO MARZO DE 1983

"TRIBUNA MEDICA"

PROF. JEAN PAUPE

EDITORIAL: LENER INTERNACIONAL

EDITADO ENERO DE 1982

"CIRUGIA BUCAL"

DR. EMMETT R. COSTICH

EDITORIAL: INTERAMERICANA

EDICION 1978

"PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL WORKSHOP ON  
CANCER OF HEAD AND NECK"

SR. JOHN CONLEY

EDITORIAL: SAN LUIS THE C.V. MOSBY COMPANY

EDICION 1976

"APUNTES DE HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA"

DR. JUAN TAPIA CAMACHO

EDITADOS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EDICION 1976

"AYUDA DE LOS APUNTES DE PATOLOGIA BUCODENTAL  
DE 3er. SEMESTRE"