



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**LESIONES PREMALIGNAS  
Y  
MALIGNAS EN LA CAVIDAD ORAL**

**T E S I S**

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

**p r e s e n t a**

**MARIA LUISA HERNANDEZ BASAVE**



**México, D. F.**

**1984**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# I N D I C E

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

### CAPITULO I

Historia del cáncer . . . . . 1

### CAPITULO II

Características de las neoplasias benignas y malignas . . . . . 3

### CAPITULO III

Diseminación Tumoral . . . . . 8

Diseminación Linfática . . . . . 10

Diseminación Venosa . . . . . 11

Diseminación Arterial . . . . . 12

Trasplante . . . . . 12

Diseminación Directa . . . . . 13

### CAPITULO IV

Etiología del cáncer oral, e Histología . . . . . 14

## CAPITULO V

Historia clínica del paciente . . . . .	19
Evaluación del paciente . . . . .	19
Exploración física . . . . .	24

## CAPITULO VI

Lesiones premalignas, Etiología, Diagnóstico, Pronóstico y tratamiento . . . . .	32
Leucoplasia . . . . .	32
Leucoedema . . . . .	38
Carcinoma Intraepitelial ( Carcinoma in situ ) . . . . .	39
Eritroplasia . . . . .	40
Fibrosis Submucosa Bucal . . . . .	42

## CAPITULO VII

Lesiones Malignas, Etiología, Histopatología, Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento. . . . .	44
Carcinoma Epidermoide . . . . .	44
Carcinoma de Labio . . . . .	51
Carcinoma de Lengua . . . . .	52
Carcinoma del Piso de la Boca . . . . .	55

<b>Carcinoma de la Mucosa Vestibular . . . . .</b>	<b>56</b>
<b>Carcinoma Gingival . . . . .</b>	<b>58</b>
<b>Carcinoma Basocelular . . . . .</b>	<b>61</b>
<b>Carcinoma del Paladar . . . . .</b>	<b>64</b>
<b>Carcinoma del Seno Maxilar . . . . .</b>	<b>65</b>
<b>Carcinoma Verrucoso . . . . .</b>	<b>67</b>
<b>Linfoma Africano de los Maxilares . . . . .</b>	
<b>(Tumor de Burkitt) . . . . .</b>	<b>70</b>
<b>Mieloma Multiple . . . . .</b>	<b>71</b>
<b>Mieloma Solitario de Plasmocitos . . . . .</b>	<b>73</b>
<b>Fibrosarcoma . . . . .</b>	<b>74</b>
<b>Hemangiendotelioma . . . . .</b>	<b>76</b>
<b>Hemangiopericitoma . . . . .</b>	<b>77</b>
<b>Sarcoma Hemorragico Idiopatico Múltiple de Kaposi . . . . .</b>	<b>78</b>
<b>Sarcoma de Ewing . . . . .</b>	<b>80</b>
<b>Sarcoma Neurogénico . . . . .</b>	<b>81</b>
<b>Condrosarcoma . . . . .</b>	<b>82</b>
<b>Osteosarcoma . . . . .</b>	<b>84</b>
<b>Linfoepitelioma y Carcinoma de Células de Transición . . . . .</b>	<b>86</b>
<b>Melanoma Maligno ( Melanocarcinoma ) . . . . .</b>	<b>89</b>

**CAPITULO VIII**

<b>Profilaxis . . . . .</b>	<b>93</b>
-----------------------------	-----------

## CAPITULO IX

<b>Tratamiento . . . . .</b>	<b>95</b>
<b>Intervención Quirúrgica . . . . .</b>	<b>97</b>
<b>Radioterapia . . . . .</b>	<b>98</b>
<b>Quimioterapia . . . . .</b>	<b>99</b>
<b>Inmunoterapia . . . . .</b>	<b>101</b>
<b>Psicoterapia . . . . .</b>	<b>101</b>

## CAPITULO X

<b>Biopsia . . . . .</b>	<b>103</b>
<b>Etapas de la Biopsia . . . . .</b>	<b>104</b>
<b>Principios Básicos . . . . .</b>	<b>105</b>
<b>Métodos para la Toma de Muestra de la Biopsia . . . . .</b>	<b>106</b>
<b>Lugar de Selección . . . . .</b>	<b>108</b>
<b>Incisión . . . . .</b>	<b>109</b>
<b>Remoción . . . . .</b>	<b>109</b>
<b>Fijación y Preservación de la Muestra . . . . .</b>	<b>110</b>
<b>Sutura . . . . .</b>	<b>110</b>
<b>Cuidados Posteriores del Especimen . . . . .</b>	<b>111</b>
<b>CONCLUSIONES . . . . .</b>	<b>112</b>
<b>BIBLIOGRAFIA . . . . .</b>	<b>114</b>

## INTRODUCCION

El estudio de los tumores de la cavidad bucal y estructuras adyacentes constituyen el conocimiento indispensable para el estudiante dental. Ya que el odontólogo debe entender mejor los procesos patológicos específicos que afectan a los tejidos bucales.

La contribución del dentista a la salud del paciente no se limita a los tejidos duros, sino que debe incluir un conocimiento de los principios de la patología y su relación específica de la boca.

Aunque los tumores constituyen solo una minoría de los estados patológicos observados por el odontólogo son de gran importancia, porque tienen la capacidad potencial de amenazar la salud y la longevidad del paciente.

Hay una gran variedad de tumores bucales, pero, es de enorme importancia que se esté familiarizado con ellos; para que cuando se presente alguno, poder realizar el tratamiento adecuado o enviarlo al terapeuta especializado.

El cáncer es un grupo de enfermedades que se observan en todas las razas y en todas las edades, no solo en el hombre, sino en todas las especies animales, sin embargo se observan

diferentes etapas en la frecuencia del cáncer; dependiendo su localización anatómica y el tipo histopatológico, según las poblaciones humanas. A el cáncer muchas veces se le ha considerado una enfermedad única, y puede describirse como tal, en el sentido de que todo cáncer se caracteriza por un crecimiento incontrolado de células.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año de 1973 dió una clasificación internacional de las enfermedades relacionadas con Odontología y Estomatología reuniendo 57 neoplasias malignas y 88 neoplasias benignas o procesos de aspecto tumoral en la cavidad bucal y faríngea.

A continuación expongo algunas de las más importantes enfermedades para su diagnóstico precoz. Está basado en una recopilación de datos de diferentes autores.



## CAPITULO I

### HISTORIA DEL CANCER

Antigüedad de la enfermedad:

De manera hipotética, atendiendo a la Biología y a la Geofísica podemos considerar que durante el pre-cámbrico, hace millones de años, había en la periferia de nuestro planeta poca cantidad de oxígeno libre mezclado con vapor de agua metano.

El mar contenía bióxido de carbono, ácido nítrico, era escaso en sales minerales y pobre en calcio y rico en potasio. La superficie de la tierra estaba iluminada por numerosas descargas eléctricas y rayos ultravioleta sin filtrar, ya que no existía barrera de ozono. Todo lo anterior favorecía a la síntesis y orientación molecular de las combinaciones químicas a base de carbono, hidrógeno, nitrógeno, oxígeno, fósforo, sales electrolíticas y agua que integraron ácidos aminados y núcleo potenciales, (ADN y RNA); así debieron originarse células aisladas que sacaban su energía de la fermentación, dotadas de gran poder de proliferación. Al formar esas células grandes masas o conglomerados tuvieron dificultad de intercambio en el medio ambiente, circunstancia que las precipitaba a la muerte.

Esa posible situación recuerda a la teoría de Warburg, secundada por los oncólogos, en el sentido de que la alteración irreversible en la respiración celular, es decir, poco oxígeno ambiental, es seguido por la degradación fermentativa. La hipótesis descrita nos conduce a la idea de que las primeras células que se originaron en el proceso de la aparición de la vida en la tierra fueron similares a las cancerosas.

Posteriormente, la evolución biológica formó células autótrofas con pigmentos, o sea, algas cianoficias. A partir de ellas, con la modificación favorable del medio ambiente las células originaron tejidos formados por células con menor capacidad de reproducción que sus antecesoras. Sin embargo, las células en un medio ambiente similar al descrito anteriormente, habrán de convertirse habitualmente en cancerosas. Fósiles de criptógamas provenientes de la época del carbonífero, así como reptiles, del jurásico demuestran que padecieron cáncer.

## CAPITULO II

## CARACTERISTICAS DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS

Para poder diferenciar una neoplasia, debemos tener presente - cuales son las caracterfsticas en un momento dado debemos de considerar. Para lo cual las enuncio a continuación.

## DIFERENCIAS DE LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

	TUMOR BENIGNO	TUMOR MALIGNO
Estructura:	Parecido al tejido de origen	Frecuentemente atfpica
Modo de crecer:	Habitualmente, crecimiento sólo expansivo y formación de cápsulas.	Crecimiento infiltrativo y expansivo, de modo que no se forma una cápsula definida
Ritmo de crecimiento:	Puede detenerse o regresar	Cesa raras veces; es habitualmente <u>progresi</u> vo hasta producir la muerte
Metástasis:	No existen	Existen frecuentemente.
Consecuencias	Solamente peligrosas por localización y complicaciones accidentales	Intrínsecamente <u>peligro</u> sas por su crecimiento progresivo, infiltrativo y por las metástasis.

En toda entidad nosológica, hay ciertos signos y síntomas que identifican la enfermedad, en el caso de las neoplasias malignas se pueden apreciar características como las siguientes:

- I.- Aspecto que, a simple vista podemos observar:
  - I.1- Tumoración, masa o aumento de volumen
  - I.2- Ulceración con pérdida de sustancia más o menos amplia
  - I.3- Consistencia dura o blanda, quizá una combinación de las dos
- 2.- Forma es la configuración que puede adoptar el tumor:
  - 2.1- Nodular de límites imprecisos.
  - 2.2- Esfénoidal.
  - 2.3- Polipoide.
  - 2.4- Papilar.
  - 2.5- Granulosa.
  - 2.6- Fungosa, vegetante.
  - 2.7- Placas induras.
- 3.- Colocación, esta se dá dependiendo de la estructura que invade el tumor:
  - 3.1- Blanquecina: Carcinoma.
  - 3.2- Rosácea: Sarcoma
  - 3.3- Negro: Melanoma.
  - 3.4- Verde: Cloroma.
  - 3.5- Amarillo naranja: carcinoma renal.

- 3.6- Verde Oscuro: Hepatoma
- 3.7- Rojo: Hemangioma.
- 4 - Dimensiones, estas pueden variar desde la más pequeña que pasa inadvertida debido a que está oculta por tener sólo unos milímetros de diámetro, hasta alcanzar masas de un kilogramo de peso.
- 5.- Límites, pueden ser encapsulados cuando el órgano que es invadido lo tiene previamente como: Glándulas, etc. Sus límites son determinados, pero no encapsulados. Por lo tanto dicho tumor es infiltrante y sin bordes precisos.
- 6.- Metástasis: Es una de las características más importantes, la colonización a distancia, por lo que permite diferenciarse de un tumor benigno.
- 7.- La consistencia, puede variar de acuerdo a la superficie que invade, la cual puede ser:
  - 7.1- Firme por aumento de células.
  - 7.2- Blanda por presencia de necrosis.
  - 7.3- Viscosa, semiliquida o mixoide.
  - 7.4- Remitente, por quiste.
  - 7.5- Semidura, cuando está en cartilago
- 8.- Tumores maligno de la cavidad bucal y de la faringe más frecuentes:
  - 8.1- Adenocarcinoma

- 8.2- Ameloblastoma o Adamantinoma.
- 8.3- Carcinoma.
- 8.4- Carcinosarcoma o pseudosarcoma.
- 8.5- Condrosarcoma.
- 8.6- Fibrosarcoma.
- 8.7- Fibrosarcoma ameloblástico.
- 8.8- Osteosarcoma.
- 8.9- y algunos otros.
- 9.- Clasificación según su origen:
  - 9.1- Piel epidermis: Carcinoma
  - 9.2- Dermis: Fibrosarcoma.
  - 9.3- Mucosa: Carcinomas.
  - 9.4- Músculo: Miosarcoma.
  - 9.5- Tejido adiposo: Liposarcoma.
  - 9.6- Hueso periostio: Fibrosarcoma.
  - 9.7- Médula: Mielomas.
- 10.- Clasificación según Borders por el grado de malignidad en relación al pronóstico.
  - 10.1- Grado I: Tumores que muestran el 25% de células indiferenciadas, y el 75% restante de células bien diferenciadas. Poca malignidad.
  - 10.2- Grado II: Tumores que muestran partes iguales de células diferenciadas e indiferenciadas. Presentan malignidad interme

dia baja.

10.3- Grado III: Tiene 25% de células diferenciadas y un 75% de células indiferenciadas y anaplásicas.

10.4- Grado IV: Hay un 75% de células anaplásicas y 25% de células indiferenciadas. Por tal motivo hay gran malignidad.

II.- Características microscópicas: Se puede apreciar al microscopio un crecimiento rápido y anárquico con capacidad de invadir otros tejidos subyacentes y (reproducirse a distancia) metástasis.

### CAPITULO III

#### DISEMINACION TUMORAL

Las metástasis son diseminaciones de un tumor maligno hacia sitios distantes. Se producen por el transporte de grupos de células que se desprenden de dicho tumor hacia otras áreas donde pueden producir uno secundario. Con frecuencia estas células permanecen inactivas por años antes de que proliferen, algunas veces son destruidas.

El traslado de células o fragmentos del tumor se realiza por medio de diferentes vías, tales como los linfáticos, los sistemas arterial y venoso y por implantación directa. En general, los carcinomas producen metástasis a través de los conductos vasculares y algunos sarcomas, especialmente los de tejido linfoide, por medio de los linfáticos.

Las células malignas de un tumor pueden producir metástasis del tumor primario en otra área y permanecer inactivas por un largo período (años en algunos casos). Sin embargo, circunstancias que incluyen los factores del medio ambiente pueden ser favorables y las células metastásicas comenzar la proliferación y desarrollar un nuevo tumor.



Las metástasis suelen ser semejantes al tumor que les dió origen lo cual, algunas veces, háce difícil su diferenciación de un tumor primario. El tamaño es de poca ayuda ya que las lesiones metastásicas pueden ser más grandes que el tumor primario.

Las lesiones metastásicas son generalmente menos invasoras que el tumor que les dió origen. Tienen aproximadamente, el mismo grado de diferenciación que el tumor primario y por lo tanto, con frecuencia es posible apreciar la naturaleza y crecimiento de la lesión primaria por medio de las metástasis. En la cavidad bucal éstas últimas frecuentemente ocasionan paréntesis seguida de anestesia.

Esto se debe a la presión ejercida sobre el nervio maxilar superior.

Los factores que influyen sobre las metástasis comprenden a veces:

- 1.-El tamaño de la lesión primaria.
- 2.-La irrigación linfática y sanguínea.
- 3.-La capacidad del tumor para producir las metástasis y la susceptibilidad del órgano en el cuál se producen las metástasis.

Aunque, a menudo, se ha dicho que los tumores metastásicos

de la cavidad bucal son relativamente raros, hay la creencia de que son más frecuentes de lo que en principio se pensó. Algunos de los tumores que pueden producir metástasis a los maxilares son: el mieloma, melanoma, tumores del riñón, tiroides, prostata, mamas, aparato digestivo, testículos, genitales femeninos, glándulas salivales, pulmón, cerebro, huesos largos y vejiga urinaria.

### DISEMINACION LINFATICA

La diseminación linfática se realiza mediante células o grupos de células que son transportadas por los linfáticos hacia un ganglio o por una columna continua de las células neoplásicas que se extienden desde el tumor, a lo largo de los linfáticos hacia un ganglio. La distribución de la invasión de los ganglios linfáticos dependen de las vías naturales de drenaje linfático del área invadida.

Por ejemplo: el carcinoma de la lengua produce metástasis primero por medio de pequeños trombos hacia los ganglios regionales y cervicales. Puede ocurrir una diseminación poco común cuando los conductos linfáticos están bloqueados y hay retroceso del drenaje hacia áreas que generalmente no están invadidas.

## DISEMINACION VENOSA

La diseminación venosa es característica de los sarcomas. Las venas de pared delgada ofrecen poca resistencia al crecimiento del tumor. También pueden desprenderse trombos que, por la corriente venosa, son llevados hacia otros sitios. Cuando se produce este tipo de diseminación los huesos del raquis, el hígado y los pulmones son los lugares más frecuentemente afectados por dicha diseminación, porque estos lugares reciben drenaje venoso de áreas extensas del cuerpo, y por lo tanto, reciben células tumorales o trombos de numerosos sitios.

La invasión de los huesos explica de manera lógica por la existencia del plexo vertebral venoso un plexo sin válvulas que forma una red de anastomosis con conductos que atraviesan todo el tronco. Estas venas pasan por dentro del conducto vertebral y se anastomosan con las venas sacras, lumbares, abdominales y torácicas, así como con venas que penetran en los cuerpos vertebrales y en los huesos craneales. En este sistema, con frecuencia, se producen corrientes de retroceso al hacer un esfuerzo o toser, lo que aumenta la presión intraabdominal. Cuando se produce éste retroceso se origina en la columna vertebral hacia arriba y hacia abajo una corriente que no abarca el corazón ni los pulmones. La

corriente dentro de este sistema se origina durante la tos. Cualquier aumento de presión intraabdominal, como la tos, desvía el drenaje venoso del sistema pulmonar hacia las venas que desembocan en este plexo.

El carcinoma de la próstata es otro tumor que, probablemente produce de esta manera metástasis hacia los maxilares. Este también es un medio por el cual el carcinoma del pulmón puede llegar al cerebro.

#### DISEMINACION ARTERIAL

La diseminación arterial de los sarcomas no es tan frecuentemente como la venosa, debido a la gruesa pared muscular de los vasos que resisten la invasión. La diseminación del tumor hacia diversos órganos depende mucho de la riqueza de su irrigación arterial.

#### TRASPLANTE

El trasplante se efectúa por diversos medios. Cuando un tumor llega a una cavidad del cuerpo puede disgregarse y reinplantarse en otras áreas dentro de esta misma cavidad. Las células tumorales pueden ser transportadas a través de conductos como los bronquios, asas intestinales y uréteres y pueden implantarse en una superficie epitelial. El transporte mecánico durante procedi-

mientos quirúrgicos es otro de los medios de diseminación del tumor. Se caracteriza por extensión del tumor de la cavidad bucal hacia los pulmones por inspiración durante dichos procedimientos y por trasplante directo de las células tumorales, dentro de la herida o hacia otra región, cuando el procedimiento quirúrgico implica además otra parte del cuerpo. Ejemplo de esto último; es la extirpación de un carcinoma de la cavidad bucal que produce un defecto que requiere de un injerto de piel de alguna otra área del cuerpo. En este caso es posible trasplantar las células tumorales hacia el sitio donador.

#### DISEMINACION DIRECTA

No debe olvidarse la diseminación directa ya que los sarcomas y los carcinomas son capaces de diseminarse por extensión directa hacia los tejidos circunvecinos, constituyendo esto una forma de metástasis.

## CAPITULO IV

## ETIOLOGIA DEL CANCER ORAL, E HISTOLOGIA

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

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

Los factores carcinógenos se han clasificado como sigue:

**Irritantes físicos:**

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

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

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

boquilla de una pipa.

**Irritantes químicos:**

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

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

**Irritantes mecánicos:**

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

**Hábitos:**

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

**Evolución biológica de algunos procesos patológicos bucales:**

Leucoplasia, sífilis, síndrome de Plummer Vinson, eritroplasia.

**Otros factores etiológicos:**

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

## HISTOLOGIA

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

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

Son de forma variable y de contornos irregulares, observándose la membrana como lobulada y festoneada, la sustancia cromática es rica y aparece como bloques irregulares, ávidos de colorantes básicos, hipercromáticos, ordinariamente adosados a la membrana.

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



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

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

Se ha descubierto que les es imprescindible para nutrirse, de siete vitaminas son: colina, riboflamina, ácido fólico, nicotinamida, pantoténico, piridoxina y tiamina (vitamina B 1 ).

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

Además de todo ello, las células cancerosas se alimentan de glucosa y proteínas no identificadas que existen en el suero sanguíneo, así como sales de sodio, potasio, fósforo, calcio y magnesio, de tal manera que si estos elementos nutritivos faltan, aquellas mueren.

Las características esenciales de la célula cancerosa son en-

tre otros, exageración de volúmen, forma irregular, abundancia de cromatina; el número de núcleos es variable y el citoplasma abunda más de lo debido; éste última sustancia encierra los elementos que traducen toda la acción elaborada de células normales: mitocondrias, aparato de Golgi, etc.

Se observa que en otros tumores, estos caracteres están ausentes y se reemplazan por granulaciones azurofilas, que resultan de fenómenos degenerativos y son comparables a los granos hialinos de degeneración granulosa. La autonomía es una de sus notas principales.

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

## CAPITULO V

## HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

La historia clínica del paciente, se hace por medio de un buen interrogatorio y una exploración detallada. Esto va a detectar un padecimiento benigno o maligno, que se corroborará con estudios especializados posteriores como son: laboratorio, rayos X, biopsia, etc.

## EVALUACION DEL PACIENTE

## 1.- Ficha de identificación:

Nombre del paciente, edad, sexo, ocupación, lugar de nacimiento, dirección, teléfono y fecha de estudio.

## 2.- Antecedentes hereditarios y familiares:

Diabéticos, fímicos, luéticos, cancerosos, hipertensivos, alérgicos, etc. (ramas directas, maternas y paternas).

## 3.- Antecedentes personales no patológicos:

Originario (donde nació), residente (donde vive actualmente), escolaridad (hasta que año estudió), profesión (en que trabaja - actualmente), alimentación (completa, incompleta y deficiente), hábito dental (cuantas veces al día se cepilla los dientes), tabaquismo (+ ó -), alcoholismo (+ ó -), "se califica por medio de un signo positivo, dependiendo cuanto fume o tome cada

individuo".

4.- Antecedentes personales patológicos:

Inmunicaciones (si fue vacunado y hasta que edad tuvo su última reactivación), presentación de enfermedades propias de la infancia como son: (sarampión, tosferina, rubiola, viruela, paperas, etc.).

5.- Antecedentes ginecológicos y obstétricos:

A que edad se le presentó su menarca (primera regla menstrual), ritmo (que puede ser de 26, 28 y 30 días por tres días de sangrado), primeras relaciones sexuales (P.R.S.), gestas (gestas completas e incompletas), para (las que llegaron a término), O (abortos), fecha de última regla (F.U.R.), fecha de menopausia (última regla, fenómeno fisiológico de involución senil, que consiste en el cese definitivo de las menstruaciones en relación con la anulación concomitante de la función reproductora de los ovarios, que ocurre en la gran mayoría de las mujeres alrededor de los 45 a 50 años).

6.- Antecedentes quirúrgicos y traumáticos:

Cuántas intervenciones quirúrgicas presentó desde la niñez lo mismo que las fracturas por edades.

7.- Padecimiento actual:

Se refiere al problema por el cual el paciente se presenta al consultorio.

Posteriormente pasaremos al interrogatorio de aparatos y sistemas.

#### 8.- Aparato digestivo:

Haremos siempre preguntas en sentido afirmativo, nunca en negativo.

Mastica bien sus alimentos, los traga bien, los deglute bien o siente que se le atorán, se le traba la mandíbula, los regurgita, siente que le caen bien, siente alguna molestia cuando le llegan al estómago, ¿con qué la compara?, ¿tiene eructos; - agruras, acedías, nauseas, vómitos que se presenten en alguna hora determinada, en ayunas después de las comidas, entre ellas o en la noche. Tiene dolor de estómago, aparece éste con alguna clase de alimento, es constante el dolor, es muy intenso, tiene alguna relación con las comidas, en que sitio es el dolor, se extiende para alguna parte, hacia donde y con que desaparece, es la primera vez que aparece o le había dado en algunas otras ocasiones, tiene retortijones, cólicos, gases en abundancia, cuantas veces obra en las 24 horas, antes de comenzar a estar enfermo que número de veces obraba, hay dolor al obrar, puja, es abundante su evacuación, de que color, dura, líquida, pastosa, líquida, con fragmentos duros, de muy mal olor, contiene pedazos de alimentos, tiene lombrices, sale mezclada con moco, pus o sangre?.

### 9.- Aparato respiratorio:

¿Siente dificultad al pasar aire por la nariz, tiene tos, continúa por accesos o por tosidas aisladas, produce vómitos, es seca o desgarrada con dificultad, es abundante la expectoración, que - cantidad arroja, es pegajoso, que color tiene, es aereado, con pequeñas o grandes burbújas, sale con sangre, la sangre tiñe todo uniformemente, o sólo en rayas, tiene pus el esputo, tiene dolor en el pecho, la espalda o los costados, aumenta el dolor al respirar profundamente? .

### 10.- Aparato Circulatorio:

¿Tiene palpitaciones, obedecen al esfuerzo, se fatiga y siente sofocación al caminar, se fatiga con pequeños o grandes esfuerzos, dolor en el corazón, a que compara ese dolor, en que si tío, para donde se extiende, cuanto tiempo dura, se acompaña de sensación de angustia, le ha salido sangre por alguna parte de su cuerpo, se ha hinchado de alguna parte de su cuerpo, en donde se presente esa hinchazón, es dura o blanda, pálida o rojiza, dolorosa, a que hora es más notable, en la mañana o en la noche, se ha puesto alguna vez morado, siente vértigos, así como si le dieran vuelta las cosas, siente bochornos, llamaradas de calor, tiene dolor de cabeza constantemente, - sumbido de oídos, por los ojos le pasan manchas o como mos can que vuelan, siente que se le duerme algún dedo, los bra-

zos o alguna parte de su cuerpo, siente hormigueos, calambres?.

11.- Aparatos Genitourinario.

¿Orina usted con mucha frecuencia, orina por las noches, juntando la orina en el día y en la noche, cómo qué tanto será, que color tiene la orina, que olor, deja asinto en la basinilla, de que color es ese asinto, sale la orina mezclada con sangre, la sangre sale durante todo el rato que orina o solamente al principio, en medio o al final, cuando termina de orinar, siente todavía ganas de seguirlo haciendo, aún cuando ya haya acabado, siente dificultad al orinar, siente alguna molestia al hacerlo, como dolor, sensación de quemadura, etc.?.

12.- Sistema nervioso.

¿Duerme bien, como cuantas horas dormirá en la noche, en el día lo hace, tiene pesadillas, oye bien, huele bien, ve bien?.

13.- Síntomas generales.

¿Tiene escalofríos, calentura, sudores, ha enflacado o engordado, como cuántos kilos habrá aumentado o disminuido, ha tomado su cuerpo alguna coloración especial, se siente cansado y sin fuerzas?.

14.- Terapéutica empleada.

¿Qué es lo que le han hecho o indicado al paciente para su curación?.

## EXPLORACION FISICA

Es el método de exploración clínica que nos suministra datos por medio de la vista.

En esta etapa se mide su estatura, se toma su peso, se hace un recuento de sus respiraciones por minuto, la toma de temperatura y la tensión arterial.

### INSPECCION GENERAL

Constitución, conformación, actitud, facies, movimientos anormales, marcha, estado de inteligencia.

### CABEZA

Exploramos craneo (si presenta alguna deformación), cara (si presenta alguna cicatriz o deformidad), ojos (si usa lentes), oídos (si no tiene alguna modificación), nariz (entre las deformaciones más importantes tenemos; desviación septal que es casi siempre por traumatismos), labios: Se pueden observar en estado de reposo ya que el grosor de los labios varía según las razas y los individuos, además, la presencia de movimientos anormales (convulsiones, parálisis), también la configuración de los mismos (labio leporino), su consistencia, que puede variar por encontrar infiltración edematosa, neoplasias inflamatorias. Igualmente debemos considerar el color de la epidermis.

### BOCA

Para su exploración se retrae el labio colocando a nivel de las



comisuras al pulgar y el dedo índice, a fin de invertirlo para su inspección.

En relación con los ganglios linfáticos de la cabeza y cuello, se puede considerar que una lesión buconasofaríngea primaria es importante la participación secundaria de los ganglios linfáticos, pues estos nos llevan al origen primario de la lesión. Por lo tanto, es importante saber los detalles anatómicos que los constituyen; así como la forma en que están dispuestos y agrupados los mismos ganglios linfáticos.

Mediante la exploración podemos observar: asimetría, pulsaciones anormales, tumores; dificultad de movimiento (flexión, extensión, lateralidad y retracción), alteraciones en el volumen de los órganos que lo forman, masas nodulares, la consistencia y la sensibilidad dolorosa.

La palpación se realiza en extensión y lateralidad del cuello, para lograr así que el dedo pulgar y los dedos de la mano exploradora rodeen y palpén la cadena yugular de ganglios linfáticos.

Se hará flexionar el cuello del paciente hacia adelante de tal manera que su barbilla llegue casi a tocar con la pared torácica, es posible así palpar la base de la lengua y fosas tonsilares, evitando náuseas. El cuello deberá ser palpado convenientemente,

por los posibles nódulos metastásicos que se pueden encontrar.

La articulación temporo-mandibular, se localiza en la zona profunda de la región maseterina, su inspección permite observar asimetría de cara y cuello, hipertrofia y atrofia muscular e inflamación, así como movimientos anormales funcionales del maxilar (interferencias oclusales, fracturas, trastornos de la articulación temporo-mandibular). La palpación de la A.T.M. en movimientos masticatorios, de fonación y mímica facial permite detectar chasquidos, sensibilidad dolorosa, etc.

La exploración se realiza colocando los dedos índice y medio, en ambos lados a nivel del tragus aproximadamente.

Al efectuar el reconocimiento de la boca se valora el vestíbulo constituido por la mucosa de los labios, carrillos, región gingival y el vestíbulo lingual. En ellos podemos ver presencia de vesículas, úlceras y el color de la mucosa, además de la consistencia mediante la palpación.

La revisión, se inicia partiendo de la comisura bucal, palpando con el pulgar y el dedo índice para concluir con los pilares anteriores del paladar retrayendo el carrillo con un espejo.

Al registrar el paladar en sus regiones dura y blanda, se

se observa: forma general, la coloración de la mucosa, presencia de lesiones, pérdida de substancia congénita o adquirida ( paladar hendido, goma ), alteraciones en el volumen y el movimiento muscular, al examinar también podemos sentir la consistencia, fluctuación y exostosis.

Para reconocer la región, se deprime el dorso de la lengua con un espejo y se ilumina bien el lugar, se observa la mucosa del paladar, úvula, amígdalas, pilares amigdalinos y pared posterior de la orofaringe.

En consideración a que la lengua es un órgano importante en el diagnóstico de algunas enfermedades, debemos procurar su exploración para detectar alteraciones congénitas o adquiridas, traumatismos, volumen, cambios en la coloración y movimientos anormales.

Para efectuar la exploración clínica, se toma la punta de la lengua con grasa entre los dedos pulgar y medio, se atrae la lengua e introduce un abatelenguas y presionando ligeramente, se examina la base de la lengua con el dedo enguantado para detectar alguna anomalía no apreciada en la inspección visual. Retraemos el carrillo, dirigimos la lengua a un lado y otro de la comisura para examinar los bordes y su parte ventral.

La lengua erguida permite inspeccionar el piso de la boca y apreciar el color de la mucosa, ulceraciones, abultamientos, anomalías en el frenillo lingual y la identificación de las glándulas salivales.

Las glándulas salivales están constituidas por las glándulas parótida, sublingual y submaxilar, su inspección permite apreciar el volumen e irregularidades en el funcionamiento, así como su constancia y la presencia de sensibilidad dolorosa a la presión.

Para juzgar el funcionamiento se seca la mucosa, a fin de advertir la salida de saliva por los conductos denominados: Stenon, Warton y Bartholin de Rivinus.

La palpación se efectúa mediante el empleo de la técnica bimanual, consistente en la introducción de un dedo enguantado a la cavidad bucal para colocarlo en la región sublingual con el propósito de localizar las glándulas salivales, mientras la mano opuesta se emplea para limitar con los dedos las glándulas sublingual y submaxilar.

La inspección de las encías proporciona datos de cambio en su color, alteraciones en la forma y volumen, mediante la auscultación, se aprecia sensibilidad al dolor, consistencia y problemas de tipo parodontal.

La inspección de los dientes implica vigilar las anomalías de forma, superficie, número, alteraciones en el volumen y coloración, así como pérdida de sustancia y órganos dentarios de vital importancia en los procesos de la masticación y nutrición.

La palpación permite apreciar movilidad dentaria, el dolor localizado e irradiante. La percusión permite estimar problemas paradontales y apicales. Durante la exploración de la mandíbula podemos apreciar alteraciones en su forma, pérdida de continuidad de la región, sensibilidad dolorosa y movilidad anormal.

### CUELLO

Se explora forma, volumen, coloración y estado de la superficie.

Movimientos de lateralidad, extensión y retracción, si es corto o grueso. Procedemos a palpar el cartilago laríngeo que sea móvil con los movimientos de deglución, estos son fácilmente observables en la manzana de Adán, que sube en cada uno de ellos.

Cuerpo tiroides.-Para palparlo se pide al paciente que flexione ligeramente la cabeza con el objeto de relajar los músculos: los lóbulos se palpan colocando los dedos de nuestra mano derecha como si fuéramos a tomar la tráquea del explorado; en esta forma podemos apreciar la movilidad de la piel sobre la tiroides, la consistencia, volumen, etc., de los lóbulos. Por último investigamos

la movilidad de la glándula sobre los planos profundos. Para explorar el istmo nos colocamos a la derecha del sujeto, colocamos horizontalmente los dedos índice y medio de la mano derecha sobre el primero y segundo anillos de la tráquea; haremos enseguida movimientos de arriba a abajo y de derecha a izquierda. Después se procede a la palpación de los ganglios de la cadena yugular superior, medio e inferior, palpar huecos supraclaviculares, hueco supraexternal, ganglios supraclaviculares, hueco supraexternal, submental (abajo del mentón), submandibulares (uno de cada lado), los preauriculares (que van adelante del pabellón auricular), mastoideos o retroauriculares y por último la cadena espinal. Todo este conjunto de ganglios es muy importante ya que, cualquier alteración de los mismos se debe investigar.

A partir de toráx la exploración la hará un médico general o especialista, pero de todas maneras mencionare los pasos a seguir para terminar la exploración física.

#### TORAX

Forma, volúmen (mujer glándulas mamarias), huecos axilares, movimientos del toráx (inspiración y espiración), palpar que no se encuentre dolor, escuchar el murmullo vesicular y percusión.

Explorar corazón, tratando de encontrar los sitios de percepción máxima. Según el foco que se perciba mejor habrá soplos

mitrales, aórticos, pulmonares y tricuspídeos. Y según el resultado, si no tiene problemas se pondrá: área precordial dentro de límites normales, con frecuencia cardíaca rítmica, síncrona (de 80X' por ejemplo), sin ruidos agregados.

#### ABDOMEN

Se verá en forma volúmen; palpación de sus reflejos, y si el abdomen es blando, depresible no doloroso además de no encontrar viceromegalias (bolas o tumores intracavitarios), si hay dolor en el trayecto del colon (intestino grueso y delgado), lo mismo se hará - para la matriz (o utero), palpar pliegues inguinales y en caso necesario exploración ginecológica por médico especialista.

#### EXTREMIDADES

Se revisará que no resente red venosa anfractuosa (varices), y en uñas dedos y pies no presenten pie de atleta (micosis ungueal).

#### IMPRESION DIAGNOSTICA

Es una valoración de datos obtenidos por medio del interrogatorio y la exploración física del paciente.

## CAPITULO VI

### LESIONES PREMALIGNAS, ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

#### LEUCOPLASIA

Leucoplasia es un término que se usó durante muchos años para indicar una placa blanca que aparece en la superficie de una mucosa no solo en la bucal, sino también en la vulva, cuello uterino, vesícula biliar, pelvis renal y órganos respiratorios superiores.

En realidad, son muchas las lesiones, incluidas ciertas entidades nosológicas muy específicas, que se manifiestan clínicamente como placas blancas de la mucosa bucal.

**Etiología.** - La mayoría de los investigadores convienen en que la etiología de la leucoplasia es variada. Algunos autores opinan que la iniciación de la afección depende no solo de factores locales extrínsecos sino también de factores predisponentes intrínsecos.

Los factores más frecuentemente citados son el tabaco, alcohol, sepsis bucal, irritación local, sífilis, deficiencia vitamínica, trastornos endocrinos, galvanismo y la radiación actínica en el caso de la leucoplasia labial.

**Tabaco.** - El tabaco ha sido mencionado con gran frecuencia como agente agresor, y hay considerables pruebas para ésta suposición.



Muchos de los componentes químicos del tabaco y sus productos terminales de combustión, como los alquitranes y resinas del tabaco y sustancias irritantes capaces de producir alteraciones leucoplásicas de la mucosa bucal

Algunos investigadores opinan que el fumar en pipa es por demás nocivo. En los fumadores de pipa empedernidos se suele observar una lesión específica en el paladar, que se denomina estomatitis nicotínica ( o paladar del fumador de pipa ).

Esta afección se manifiesta primeramente por el enrojecimiento e inflamación del paladar. Pronto, este presenta aspecto papularo - multinodular, engrosado, blanco grisáceo y difuso con un pequeño punto rojo en el centro de cada pequeño nódulo, que representa el orificio dilatado, y a veces parcialmente ocluido, de un conducto de una glándula palatina accesoria alrededor del cual el infiltrado celular inflamatorio es prominente. Puede aparecer fisuras y grietas, produciendo una superficie irregular y arrugada. El epitelio que rodea los conductos es excesivamente grueso y queratinizado.

Alcohol.- El consumo del alcohol también tendría importancia etiológica porque irrita las mucosas. Pero las personas que habitualmente consumen cantidades considerables de alcohol también suelen ser fumadores crónicos de manera que es difícil establecer los efectos del

alcohol solo.

**Irritación crónica.** - Algunos investigadores consideran que el traumatismo o la irritación local crónica es de suma importancia en la etiología de la leucoplasia, y hay que sospechar de todo factor irritante crónico en la cavidad bucal, como la maloclusión que produce mordis queo crónico del carrillo, prótesis mal adaptada o dientes filosos y frac turados que irritan constantemente la mucosa. También los alimentos calientes y condimentados son mencionados con frecuencia como factores etiológicos, y por lo menos es concebible que su consumo continuo tenga cierta importancia.

**Sífilis.** - Aunque la literatura más antigua ponía de relieve la importancia de la sífilis en el desarrollo de la leucoplasia, los informes de Hobaed, Cooke y Renstrup indicaban que desempeña un papel relati vamente menor, aunque hay considerables pruebas para indicar que la frecuencia de la leucoplasia es algo más elevada en pacientes que han tenido glositis sífilítica que entre quienes carecen de antecedentes sífi-  
líticos.

**Características clínicas.** - Las lesiones de leucoplasia bucal va rían considerablemente en tamaño, localización y aspecto clínico. La mayoría de los trabajos indican que la leucoplasia es más común en hombres que en mujeres, observándose principalmente en edades avan zadas.

Aunque se encuentran placas leucoplásicas en cualquier sector de la cavidad bucal, se notaron algunos sitios de predilección.

Renstrup observó que la mucosa vestibular y las comisuras estaban afectadas con mayor frecuencia, seguidas en orden descendente por la mucosa alveolar, la lengua, labios, paladar blando y duro, piso de la boca y encía. En los casos de Hobaeck, estaban afectados con mayor frecuencia la lengua y el piso de la boca, seguidos por el labio inferior, mucosa vestibular, paladar y encía, en este orden. La extensión de las lesiones varía de pequeñas placas irregulares bien localizadas a lesiones difusas que cubren una porción considerable de la mucosa bucal.

En el exámen clínico, las placas leucoplásicas varían de una zona blanca débilmente translúcida, no palpable a lesiones gruesas, fisuradas, papilomatosas e induradas. La superficie de la lesión suele estar finamente arrugada y es áspera a la palpación. Las lesiones son blancas, grises o blanco amarillentas, pero cuando hay un gran consumo de tabaco, adquieren un color pardo amarillento.

Sehrt, describió tres fases de la leucoplasia; la lesión incipiente de color blanco, débilmente translúcido, no palpable. Mas adelante, se forman placas localizadas o difusas, levemente elevadas de contorno irregular. Estas son de color blanco opaco y tienen textura granular fina. En algunos casos, las lesiones se transforman en formacio-

nes engrosadas y blancas, induradas, fisuradas y con úlceras.

Hobaek, diferenció dos formas principales de leucoplasia que son la plana y la verrucosa. Afirmó que toda leucoplasia comienza como tipo liso y sin elevación pero que, después de períodos muy variables se engruesa y adhiere la forma verrucosa. Ward propuso una clasificación clínica de leucoplasia que incluye los tipos agudo, crónico e intermedio. La leucoplasia aguda fue descrita como una lesión que evoluciona rápidamente en varias semanas o meses. Esta lesión se engrosaba y podía convertirse en papilomatosa o ulcerada. Ward opinó que éste tipo de leucoplasia es más propensa a transformarse en maligna. La leucoplasia crónica es más difusa y delgada, asemejándose a una película blanca sobre la superficie mucosa. Esta lesión puede durar entre 10 y 20 años. El grupo intermedio probablemente es una forma incipiente de leucoplasia crónica; su duración y fase de desarrollo es está entre los dos primeros tipos.

Tratamiento. - El tratamiento de la leucoplasia incluyó durante años modalidades como la administración de vitamina A, complejo B y estrógenos, terapéutica con rayos X, fulguración y excisión quirúrgica.

En términos generales, el tratamiento de las enfermedades apunta a la eliminación de todo factor irritante identificable. Además

se aconseja la suspensión del consumo de tabaco o alcohol, la corrección de toda posible maloclusión, el reemplazo de prótesis mal adaptadas. Probablemente la corrección de los factores locales es de mayor beneficio que el tratamiento de los posibles factores sistemáticos.

Las lesiones relativamente pequeñas pueden ser totalmente extirpadas o cauterizadas aunque siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de la "cancerización del campo".

Las lesiones extendidas suelen ser tratadas por el procedimiento de denudación por grados múltiples con injertos de piel o sin ellos. El procedimiento de denudación, sin los injertos, para la leucoplasia de labio es especialmente común y dá buenos resultados.

Por lo tanto, hay que dejar de lado el tratamiento con rayos X.

**Diagnóstico diferencial.** - Desde el punto de vista clínico, el liquen plano es probablemente la lesión más importante a considerar en el diagnóstico diferencial de la leucoplasia. Aunque, más de las veces es posible identificar las lesiones de liquen plano por las características clínicas, en algunos casos es necesaria la biopsia.

Otras lesiones blancas de la mucosa bucal que deben ser diferenciadas de la leucoplasia incluyen las quemaduras químicas, placas mucosas sifilíticas, infecciones micóticas (principalmente candidiasis),

Psoriasis, lupus eritematoso y nevo esponjoso blanco o gingivostomatitis plegada blanca.

Muchos casos de leucoplasia no pueden ser diferenciados de otras lesiones bucales blancas específicas sin la biopsia. No se debe dudar en establecer el diagnóstico por este medio.

### LEUCOEDEMA

El leucoedema es un trastorno de la mucosa bucal, que clínicamente se asemeja a la leucoplasia incipiente, pero difiere de ella en ciertos aspectos. Su etiología es desconocida.

**Características clínicas.** - El aspecto macroscópico del leucoedema varía entre el de una película opalescente sobre la mucosa en los períodos incipientes y una blanca grisácea más definida con una superficie con arrugas gruesas en los períodos tardíos. En la mayoría de los casos, las lesiones son bilaterales y, frecuentemente, afectan gran parte de la mucosa vestibular, y se extienden hacia la superficie bucal de los labios. El leucoedema es más notable a lo largo de la línea oclusal de la zona de premolares y molares. En algunos casos se produce descamación, que deja una superficie erosionada

**Características histológicas.** - Estas consisten en el aumento del espesor del epitelio, edema intracelular de la capa espinosa o de Malpighi, una capa paraqueratósica superficial de varias células de

espesor y gruesos brotes epiteliales irregularmente alargados.

Las células edematosas típicas son extremadamente grandes y pálidas y presentan un patrón reticular. El citoplasma se ha perdido y los núcleos están ausentes, claros o picnóticos.

No hay evidencias de que ésta lesión sea premaligna o esté asociada de alguna manera con alteraciones malignas potenciales.

Como el leucoedema es simplemente una variante de la mucosa normal, no se necesita tratamiento alguno.

#### CARCINOMA INTRAEPITELIAL ( Carcinoma in situ )

Es una lesión que frecuentemente se produce en la piel, pero también se da en las membranas mucosas, incluidas las bucales. Algunas autoridades en la materia opinan que esta enfermedad es un proceso disqueratósico precanceroso, pero otros dicen que es un epitelioma o carcinoma superficial de tipo intraepitelial de extensión lateral.

Características clínicas.- La lesión intrabucal típica puede parecerse a la leucoplasia, pues la queratinización es un rasgo común y esta relación fue explicada en los párrafos precedentes sobre leucoplasia. Sin embargo, la presencia de la queratosis no es in-

variable, de manera que la enfermedad, en la mucosa bucal, puede presentarse como una placa aterciopelada y eritematosa, elevada o no, en la cual hay en algunos casos, placas blanquecinas.

Se comunicó que estas lesiones aparecen en encía, paladar blando, úvula, pilares amigdalinos, lengua, piso de la boca, mucosa bucal y labios. Su distribución entre varones y mujeres es la misma y tiende a aparecer principalmente en personas ancianas.

Características histológicas.- Se caracteriza por hiperqueratosis, acantosis, disqueratosis y variación de la forma y el tamaño de las células epiteliales de la capa espinosa. La capa basal queda intacta.

Tratamiento y pronóstico.- No hay tratamiento uniformemente aceptado para el carcinoma intraepitelial. Las lesiones han sido enuleadas quirúrgicamente, irradiadas, cauterizadas e incluso expuestas al bióxido de carbono sólido. Si la lesión no es tratada se cree que en última instancia se producirá la invasión carcinomatosa.

### ERITROPLASIA

Es una entidad clínica que constituye una lesión de las mucosas que, en una gran proporción de casos, tiene alteraciones epiteliales que van de una displasia leve al carcinoma in situ e incluso



al carcinoma invasor.

Características clínicas.- En la cavidad bucal hay tres diferentes manifestaciones de la eritroplasia. Seht las describió como:

1 - Forma homogénea, que se presenta como una lesión blanda, rojo brillante, con márgenes rectos o festoneados bien definidos, por lo general de gran extensión, común en la mucosa bucal y que a veces está en el paladar blando, y más raramente en la lengua y piso de la boca.

2.- Eritroplasia entremezclada con placas leucoplásicas, en la cual las zonas eritematosas son irregulares y de rojo no tan brillante como en la forma homogénea, vista con mayor frecuencia en lengua y piso de la boca.

3.- Lesiones blandas y rojas, levemente elevadas, de contorno irregular o superficie finamente modular moteada con minúsculas placas blancas, que suelen ser denominadas "leucoplasia moteada" o más apropiadamente "eritroplasia moteada". Esta última forma aparece en cualquier sector de la cavidad bucal.

Características histológicas.- La vasta mayoría de los casos de eritroplasia son histológicamente carcinomas epidermoides invasores o carcinomas in situ en el momento en que se hace la biopsia.

Ocasionalmente se observa una displasia epitelial menos grave.

Tratamiento.- Es el mismo que el del carcinoma epidermoide invasor o el carcinoma in situ.

### FIBROSIS SUBMUCOSA BUCAL

Es una enfermedad peculiar, considerada precancerosa. Se dá principalmente en el sureste asiático, pero ha sido observada en raras ocasiones en otros países, incluidos los Estados Unidos.

Características clínicas.- Se caracteriza por una sensación de ardor en la boca, particularmente al comer alimentos condimentados. Esto va acompañado o seguido de la formación de vesículas ( en el paladar ), úlceras o estomatitis recurrente, con excesiva salivación o xerostomía y sensación defectuosa del gusto. Por último, los pacientes experimentan rigidez en ciertas zonas de la mucosa bucal con dificultad para abrir la boca y deglutir, a semejanza del escleroderma.

Al final la mucosa se torna pálida y opaca y aparecen bandas fibrosas que abarcan la mucosa vestibular, paladar blando, labios y lengua.

Características histológicas.- El epitelio bucal es, casi invariablemente en extremo atrófico con pérdida completa de los brotes epiteliales. También puede haber atipia epitelial.

El tejido conectivo subyacente revela gran hialinización con homogeneización de los haces de colágena. La cantidad de fibroblastos está marcadamente reducida y los vasos sanguíneos están completamente obliterados o estrechados. Puede haber cierta cantidad de infiltrado celular inflamatorio crónico.

Tratamiento y pronóstico.- Fueron probadas varias modalidades terapéuticas, por lo general, sin éxito. La administración sistémica de corticoesteroides y la aplicación local de hidrocortisona proporcionaron ciertas remisiones temporales.

Esta enfermedad sería precancerosa, según lo sugiere la elevada proporción de pacientes con cáncer bucal y fibrosis submucosa concomitante.

## CAPITULO VII

LESIONES MALIGNAS; ETIOLOGIA, HISTOPATOLOGIA,  
DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

## CARCINOMA EPIDERMOIDE

El carcinoma epidermoide (de célula escamosa), es el proceso maligno que más frecuentemente se presenta en la boca, le corresponden más del 90% de todos los casos de cáncer bucal. Excluyendo labios, el cáncer epidermoide se descubre como lesión primaria sobre todo en la lengua, piso de la boca, mucosa alveolar, paladar y mucosa bucal, en éste orden de frecuencia.

La queja principal del paciente con cáncer bucal es el de irritación o molestia en la boca. El dolor viene más tarde, muchas veces cuando la lesión se ha ulcerado y se ha producido infección secundaria, o cuando han quedado afectadas terminaciones nerviosas.

En ocasiones un paciente busca consejo dental o médico, porque ha observado una hinchazón en el cuello. Tal hinchazón suele representar un ganglio linfático afectado por infección o metástasis.

Silverman comprobó que los pacientes que más frecuentemente eran asintomáticos eran los que sufrían carcinoma del piso de la boca ( 29% ).

El síntoma más común era el dolor ( 60% ), y los signos más

corrientes eran hinchazón y ulceración.

Un paciente que se presenta con los signos que se indican a continuación debe sospecharse como candidato al cáncer bucal.

Una úlcera crónica que no cura, una lesión dura con bordes indurados, una lesión que se fija a los tejidos más profundos, una lesión blanca moteada, una lesión exoftálica o una linfadenopatía indolora.

Etiología.- Desconocida. Se ha sugerido que el carcinoma oral se acompaña de cierta variedad de estímulos, tanto de origen intrínseco como extrínseco.

Wynder y colaboradores sugirieron que la transformación de la célula epitelial normal de la cavidad oral en una célula cancerosa sería el resultado de la acción de factores intrínsecos y extrínsecos. De los primeros, algunos altamente sospechosos, como el alcoholismo, déficit vitamínicos, déficit de hierro, y sífilis.

Entre los extrínsecos estarían el tabaco, la luz solar y diversos estímulos profesionales y desconocidos.

El papel del tabaco ha sido merecedor de una considerable atención, particularmente en los últimos años, existiendo bastantes pruebas para que pueda considerarse como un agente de interven-

ción responsable en la producción del carcinoma oral.

Varios estudios prospectivos y retrospectivos han demostrado que los fumadores empedernidos tienen un riesgo considerablemente mayor que los no fumadores para la aparición del carcinoma oral.

Asimismo, existen pruebas considerables para asociar el carcinoma oral con el uso prolongado del rapé y tabaco de mascar.

Moore publicó un interesante estudio que apoya todavía más una relación causal entre el hábito de fumar y el cáncer oral.

Una serie de 78 pacientes con cáncer oral y laríngeo "curados", fueron divididos en dos subgrupos según el paciente abandonará o no, el tabaco tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer inicial. Ambos grupos eran comparables en la mayoría de los parámetros. El período medio de observación fue de 6.7 años y todos ellos fueron controlados como mínimo durante tres. De los 29 pacientes que abandonaron el tabaco, solamente uno desarrolló un segundo cáncer oral, mientras que durante el período de observación de los 49 pacientes que siguieron fumando, 17 de ellos presentaron un segundo cáncer oral o laríngeo.

El consumo excesivo del alcohol ha sido otro de los factores implicados en la etiología del carcinoma oral.

En el estudio de Wynder y colaboradores, el 33% de los hombres con cáncer oral admitieron beber más de 1/4 de litro diario de whisky, mientras que sólo el 12% del grupo de control recurría al alcohol en la citada cantidad.

Muchos clínicos que han estudiado el cáncer han comprobado que los pacientes con cáncer oral son propensos a ser grandes bebedores.

Trieger y colaboradores publicaron diversos estudios referentes a los factores predisponentes en el carcinoma de la lengua y mucosa oral. Los informes de 108 pacientes con carcinoma lingual fueron estudiados en relación con cuatro grupos de factores supuestamente predisponentes: tabaco, alcohol, sífilis y traumatismos orales crónicos.

En el 75% de los 108 pacientes se registró un elevado consumo de alcohol, con una incidencia de cirrosis hepática franca del 44.4%.

Casi el 90% de los enfermos eran grandes fumadores. En el 75% había signos de irritación oral prolongada a causa de dientes afilados, rotos o de prótesis mal adaptadas. En lo que se refiere a las pruebas serológicas de la sífilis, fueron positivas en el 18.5%

de los casos, mientras que, por otra parte, en 94 de los 108 pacientes se comprobó la existencia de varios o todos los llamados factores predisponentes.

La importancia de los traumatismos mecánicos por dientes agudos o rugosos, dentaduras mal adaptadas, restauraciones que sobresalen, etc., en la etiología del carcinoma oral, es difícil de valorar desde una base científica. No es raro que el carcinoma de la lengua, mucosa bucal y labios esté localizado en relación inmediata con un diente y cresta alveolar fragmentados, en tanto que el carcinoma del surco puede asociarse a las aletas de las dentaduras. La gran frecuencia de estos mismos factores irritantes entre la población general, hace que, a pesar de todo su papel resulte difícil de valorar. La mayoría de las autoridades en el campo de la carcinogénesis experimental tienden a descartar el papel de los traumatismos puramente mecánicos en la etiología del cáncer. Sin embargo, vale la pena tener en cuenta el efecto sobreañadido de un traumatismo mecánico sobre una mucosa ya condicionada por el tabaco, alcohol, déficit nutritivos.

A este respecto puede resultar significativa la observación clínica habitual de que el "cáncer nunca o prácticamente nunca asienta en una boca limpia". Aunque un cierto número de pacientes con cáncer oral carecen de dientes y gozan de bocas "limpias", en el mo-



mento de diagnosticarse el cáncer, lo que ocurre es que por lo general, estos individuos perdieron sus dientes precisamente a causa de una sepsis oral avanzada y procesos periodontales.

Características clínicas y anatomopatológicas. - El aspecto clínico del carcinoma epidermoide oral presenta notables variaciones. La lesión inicial puede adoptar un aspecto inocente, manifestandose solamente como una zona aplanada de mucosa eritematosa, o ligeramente rugosa, o bien como una placa blanca o incluso una masa polipoide con ulceración superficial o sin ella.

Al ir evolucionando clínicamente, los carcinomas orales muestran tendencia a adoptar uno de estos tres tipos de crecimiento: exoftico, ulcerado y verrugoso. La lesión exoftica se presenta como una masa elevada de amplia base y superficie algo nodular. La palpación descubre induración en la base y bordes. A medida que el tumor va haciéndose más voluminoso, aparece generalmente necrosis, ulcerandose por consiguiente la porción central de la masa exoftica. El carcinoma ulcerado presenta como un defecto crateriforme de bordes encorvados y elevados. Este tipo de carcinoma tiene una mayor tendencia a invadir profundamente los tejidos que el tipo exoftico. Algunas lesiones ulceradas exhiben una zona relativamente pequeña de ulceración superficial, pero en profundidad infiltran el tejido subyacente.

La forma verrugosa del carcinoma la consideran muchos como un tipo clínico anatomopatológico bien definido, en tanto que otros la clasifican junto a las otras formas del carcinoma exofítico. El carcinoma verrugoso se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo y acentuado de múltiples pliegues extensivos. No es frecuente la ulceración excepto en las grietas existentes entre los pliegues papilares.

**Características histológicas.-** Se compone de capas y nidos de células cuyo origen obvio es el epitelio escamoso. Estas células suelen ser grandes y presentan una membrana celular definida, aunque con frecuencia es imposible observar los puentes intercelulares o tonofilamentosos.

**Metástasis y causas de muerte .-** Los carcinomas epidermoides de la cavidad bucal metastatizan fundamentalmente por vía linfática englobando los ganglios regionales.

Se ha venido observando desde hace tiempo que los carcinomas orales incontrolados tienden a permanecer localizados por encima del nivel de las clavículas. El fallecimiento por carcinoma oral suele deberse a los efectos directos e indirectos de la lesión local o de las metástasis regionales.

## CARCINOMA DE LABIO

Es una enfermedad que se produce principalmente en varones de edad avanzada. Además ésta neoplasia ataca el labio inferior más comúnmente que el superior.

Etiología.- Al revisar las fichas de muchos pacientes surgieron una cantidad de posibles factores etiológicos. Uno de los más comunes era el consumo de tabaco, principalmente por fumar pipa. La mala higiene bucal es un hallazgo casi generalmente en los pacientes con cáncer de labio. Además, algunos pacientes relatan una historia de traumatismo previo a la aparición de la lesión. Hablan no solo de una experiencia traumática aislada, como una quemadura de cigarrillo o un corte, sino también del traumatismo crónico de dientes irregulares o algo semejante. Lamentablemente, resulta difícil establecer científicamente el papel de tales factores en la etiología del cáncer.

Características clínicas.- Los tumores suelen comenzar en el borde del bermellón del labio, a un lado de la línea media. Al principio es una pequeña zona de engrosamiento, induración y ulceración o irregularidad de la superficie. A medida que la lesión se agranda, crea un pequeño defecto crateriforme o produce un crecimiento exoftico y proliferativo de tejido tumoral. Algunos pacientes tienen

grandes masas fungosas en un lapso relativamente corto, mientras en otros pacientes el avance es muy lento.

Suele tardar en hacer metástasis y puede producirse una lesión voluminosa antes que haya manifestaciones de la afección de los ganglios linfáticos regionales.

**Características histológicas.** - Son lesiones bien diferenciadas; éste tipo de cáncer tiende a hacer metástasis en las fases más tardías de la evolución.

**Tratamiento y pronóstico.** - Ha sido tratado por excisión quirúrgica o con rayos X con éxito aproximadamente igual, según, en cierta medida, la duración y la extensión de la lesión y la presencia de metástasis. Son muchos los factores que influyen en el éxito o el fracaso del tratamiento. El tamaño de la lesión, su duración, presencia de ganglios linfáticos metastásicos, o en ausencia y el grado histológico de la lesión son todos elementos que han de ser cuidadosamente considerados por el terapeuta al planificar su enfoque del problema neoplásico.

## CARCINOMA DE LENGUA

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

**Etiología.**— Se han sugerido una cantidad de causas del cáncer de lengua, pero, en el estado actual de los conocimientos no es factible hacer afirmaciones precisas. Hay sin embargo, una definida relación entre el cáncer de lengua y otros trastornos. Muchos investigadores han encontrado sífilis, en la fase activa o por lo menos antecedentes de ella, coexistentes con el carcinoma de lengua.

Otros factores que se han pensado que contribuyen a la generación del carcinoma de lengua incluyen la mala higiene bucal, traumatismo crónico y el consumo de alcohol y tabaco. La mala higiene bucal, el consumo de alcohol y el tabaco son tan prevalentes que casi impiden la posibilidad de sacar conclusiones sobre una posible relación de causa y efecto.

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

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

La lesión típica se produce en el borde lateral o superficie ventral de la lengua. Tienen gran importancia el sitio específico de aparición de estos tumores porque, las lesiones de la parte posterior de la lengua suelen ser de un grado más elevado de malignidad, hacen metástasis antes y ofrecen peor pronóstico, especialmente debido a su inaccesibilidad al tratamiento.

La metástasis se produce con mayor frecuencia en casos de cáncer de lengua.

Tratamiento y pronóstico.- El tratamiento de cáncer de lengua es un problema difícil e incluso ahora no es posible hacer afirmaciones específicas sobre la eficacia de la cirugía comparada con la irradiación de rayos X. Como en otros campos, probablemente se comprobará que la combinación acertada de la cirugía y rayos X, brindarán los mayores beneficios al paciente.

Muchos radioterapeutas prefieren el uso de agujas de radio o perlas de radón a los rayos X, porque, son aquellos elementos capaces de limitar la irradiación del tumor, cuidando el tejido normal adyacente.

El pronóstico del cáncer en esta localización no es bueno.

## CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA

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

El fumar, especialmente la pipa o cigarros, ha sido considerado importante por algunos investigadores, en la etiología del cáncer en ésta localización. Sin embargo, se recogieron pocas pruebas que señalan una clara relación de causa y efecto con respecto del tabaco u otros factores como la mala higiene bucal o la irritación dental.

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

**Características clínicas.**- El carcinoma típico de piso de la boca es una úlcera indurada de tamaño variable, situada a un lado de la línea media. Puede ser dolorosa o no. Esta neoplasia es, por lejana, más frecuente en la porción anterior del piso en la zona posterior.

Puede invadir los tejidos más profundos e incluso extenderse hacia las glándulas submaxilares y sublinguales. La cercanía de este tumor a la lengua, que produce cierta limitación del movimiento

de ese órgano, suele inducir un peculiar engrosamiento o embotamiento de la voz.

Tratamiento y pronóstico.- El tratamiento es difícil, y con demasiada frecuencia infructuoso. Las lesiones grandes, debido a la anatomía de la región, suelen constituir un problema quirúrgico, incluso los tumores pequeños tienen propensión a recidivar después de la excisión quirúrgica. Por ello, la irradiación con rayos X y el uso de radio suelen brindar resultados mucho mejores que la cirugía.

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

### CARCINOMA DE LA MUCOSA VESTIBULAR

El cáncer de la mucosa vestibular comprende el 9% de la totalidad de los casos de carcinoma intrabucal, es más común en varones que en mujeres y se genera principalmente en personas mayores.

Etiología.- La etiología del carcinoma de la mucosa vestibular no es mejor conocida que la de otros carcinomas de la boca. Sin embargo, son varios los factores de indiscutible importancia, como el mascado de tabaco y el hábito de mascar nuez de betel, muy difundido en el lejano oriente. Es una observación clínica común que el carcinoma de la mucosa vestibular aparece en la zona contra la



cual una persona apoya el trozo de tabaco durante años; el carrillo opuesto está normal por no haber colocado nunca el paciente el tabaco en ese sitio.

Una forma especial de neoplasia conocida como "carcinoma verrucoso", se presenta casi exclusivamente en personas ancianas con historia de mascado de tabaco.

La leucoplasia es predecesora del carcinoma de la mucosa vestibular.

Su duración suele ser en extremo prolongado y puede o no necesariamente ir asociado al consumo de tabaco. El traumatismo crónico por el mordisqueo del carrillo y la irritación producida por dientes irregulares no parece tener relación con la aparición del carcinoma, aunque cuando ellos existen, a veces se observan zonas focales de leucoplasia.

Características clínicas - Las lesiones aparecen a lo largo de la línea correspondiente al plano de oclusión, o debajo de ella. La posición antero-posterior es variable; algunos casos se dan cerca del tercer molar; otros, adelante, hacia la comisura. La lesión es ulcerativa y dolorosa, en la cual es común la induración e infiltración de los tejidos más profundos.

La frecuencia de la metástasis derivados del carcinoma epidermoide común de la mucosa vestibular varía considerablemente, pero es relativamente alta.

Los sitios más comunes de la metástasis son los ganglios linfáticos submaxilares.

Tratamiento y pronóstico.- El tratamiento del carcinoma de la mucosa vestibular es un problema tan serio como el del cáncer de otras zonas de la cavidad bucal. En casos incipientes, probablemente los resultados obtenidos son similares por la cirugía y por la radiación con rayos X, el empleo combinado de estas dos formas de tratamiento sin duda tiene también un lugar en la terapéutica de este tumor.

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

### CARCINOMA GINGIVAL

El carcinoma gingival constituye un grupo importante de neoplasias. La similitud de las lesiones cancerosas incipientes de la encía con infecciones dentales comunes ha llevado a la demora del diagnóstico equivocado. Por lo tanto, se retrasa la iniciación del tratamiento, y el pronóstico final del tratamiento es peor.

Un investigador comunicó que alrededor del 10% de todos los tumores de la cavidad bucal se originan en la encía, en tanto que los investigadores Tiecke y Besnier encontraron una frecuencia similar del 12% en sus casos. La edad promedio de los pacientes era de 61 años. Esta es esencialmente una enfermedad de personas de edad, puesto que sólo el 2% de los tumores se presentaban en pacientes menores de 40 años.

**Etiología.** - La etiología del carcinoma de la encía no es más específica o definida que la de otras neoplasias de la cavidad bucal. La sífilis no es aquí un factor tan importante como lo es en el carcinoma de la lengua y la relación con el consumo de tabaco es incierta. Como debido a la presencia de cálculos y la acumulación de microorganismos la encía es, en casi todas las personas, sitio de irritación crónica e inflamación durante muchos años, se puede especular sobre el posible papel de la irritación crónica en la formación del cáncer gingival. A veces se origina un carcinoma gingival después de la extracción de una pieza dentaria. Sin embargo, si examinamos atentamente tales casos, se podría asegurar que la pieza dentaria fue extraída debido a la lesión o la afección gingival, o porque la pieza estaba floja. De hecho la pieza dentaria fue extraída a causa del tumor que, en la cirugía, no había sido diagnosticada o identificada.

Características clínicas.- Hay coincidencia casi general de que el carcinoma gingival mandibular es más común que el del maxilar superior

El carcinoma gingival se manifiesta como una zona ulcerada que puede ser una zona puramente erosiva o, si no, una proliferación exoftica, granular o verrucosa.

Muchas veces el carcinoma gingival no tiene el aspecto clínico de una neoplasia maligna. Es doloroso, o no. El tumor aparece más frecuentemente en zonas desdentadas, aunque también lo hace en sectores donde hay dientes. La encía fija suele presentar lesiones primarias más a menudo que la encía libre. La cercanía del peristio y del hueso subyacente invita a la invasión y la infiltración irregular del hueso, a veces se observa una erosión superficial que nace aparentemente como un fenómeno de presión.

En el maxilar superior, el carcinoma gingival va hacia el seno maxilar o se extiende hacia el paladar o hacia los pilares amigdalinos. En la mandíbula la extensión hacia el piso de la boca, o en sentido lateral, hacia los carrillos así como hacia el hueso es bastante común. A veces, en las fases tardías, se producen fracturas patológicas.

Las metástasis son una secuela común del carcinoma gingival;

más frecuente la del maxilar superior que la del inferior. En la mayoría de las series de casos las metástasis en los ganglios submaxilares o los cervicales terminan por producirse en el 50% de los pacientes, independientemente de si la lesión era de uno u otro maxilar.

Tratamiento y pronóstico.- La utilización de los rayos X en el carcinoma gingival está acompañada de riesgos en razón del bien conocido efecto lesivo de los rayos X en el hueso. Por lo general, el tratamiento del carcinoma en este sitio es quirúrgico.

El pronóstico del cáncer gingival no es bueno.

### CARCINOMA BASOCELULAR

El carcinoma basocelular no es frecuente en la cavidad bucal; algunos investigadores aún dudan de que aparezca en la membrana mucosa de la boca, y aquellas lesiones que generalmente son diagnosticadas como carcinoma basocelular, las denominan tumores mixtos de tipo basaloide. El carcinoma basocelular es relativamente frecuente en la cara, en la región preauricular, alrededor de los ojos, especialmente donde a veces los anteojos descansan sobre la cara, en las regiones adyacentes, a la boca y a la frente y en cualquier otro lado cerca de la línea del pelo. Rara vez se observa en regiones más bajas de la cara.

**Etiología.-** La etiología es la de una neoplasia y, desde luego, desconocida.

Los tumores provienen de la capa de células basales del epitelio o de formaciones epiteliales o de la piel. Un traumatismo en cualquiera de sus formas, sobre todo, la irritación prolongada, puede actuar como factor desencadenante.

**Manifestaciones clínicas.-** El carcinoma basocelular, se presenta con más frecuencia como una área elevada cubierta por piel intacta y tiene un color pardo rojizo. Finalmente se ulcera y su base está cubierta por una costra parda. Es notable la presencia de un borde enrollado rojo por debajo del cual la ulcera se extiende.

Ocasionalmente las lesiones no tratadas se agrandan y se vuelven fungosas. Los carcinomas basocelulares renacen si no se extirpan en su totalidad y con margen amplio de tejido normal. Aquellos que aparecen en la cavidad oral, se diferencian notablemente de los de la cara. Los primeros aparecen en general, como lesiones duras cubiertas por mucosa relativamente normal. Se presentan con más frecuencia en la mucosa bucal y en ocasiones en el reborde del proceso. Muchos clínicos y algunos investigadores prefieren considerar estos como mixtos basaloides. El dolor no es característico de tales lesiones. Sangran fácilmente y preocupan al paciente. Aún cuando

el carcinoma basocelular es un tumor maligno, rara vez produce metástasis y cuando lo hace solamente invade los ganglios linfáticos cervicales. Sin embargo, es invasor y causa notable destrucción local. Esto ocasiona un problema serio cuando la lesión se encuentra cerca del ojo o del párpado y destruye hacia el interior de la órbita.

Histopatología. - En general, hay dos tipos histológicamente: la variedad común (tipo Krompecher) y el tipo (Brooke), epiteloma adenoquistico. El tipo Krompecher se caracteriza por formaciones sólidas y grandes de células uniformes que provienen de la capa basal. Las células son pequeñas y ovales, con núcleos y nucleolos notables y con marcada actividad mitótica. Con frecuencia los grupos celulares se encuentran rodeados por una sola capa de células semejantes, dispuestas radialmente. Este cuadro puede variar debido a la presencia de un armazón edematoso. El tipo Brooke proviene de los folículos pilosos y de las glándulas sebáceas. Las células se observan formando pequeños islotes. Son pequeñas, se tiñen intensamente y su núcleo es notable. Se forman quistes, tapizados por epitelio escamoso que contiene queratina.

Las masas de células basales proliferan a partir de los bordes.

En general, se puede decir que el carcinoma basocelular consiste en células basales uniformes que invaden la mucosa subyacente

en la forma de capas y masas. Las células se tiñen de un azul oscuro y entre ellas hay poca diferencia.

**Tratamiento.** - La radioterapia es muy útil en el carcinoma basocelular, especialmente en los pacientes de edad avanzada y en aquellos en los cuales la lesión se presenta sobre el ojo. La cirugía es el tratamiento de elección en las localizaciones intrabucales.

La infección que frecuentemente acompaña a las lesiones de la piel se trata con antibióticos.

### CARCINOMA DEL PALADAR

No es una lesión muy común. La edad promedio del paciente con cáncer palatino, según los estudios de Tietze y Besnier era de 58 años, la mayoría de los pacientes estudiados fueron hombres. De 38 tumores palatinos en los cuales la ubicación era específica, el 53% estaba en paladar blando, el 34% en paladar duro y el 13% en ambos.

**Características clínicas.** - Se suele manifestar como lesiones mal definidas, ulceradas y dolorosas, a un lado de la línea media.

Sin embargo, frecuentemente cruza la línea media y llega a extenderse en sentido lateral para incluir la encía lingual o hacia atrás para abarcar el pilar amigdalino o incluso la úvula. El tumor de paladar duro, avanza hacia el hueso, o a veces hacia la cavidad,



en tanto que las lesiones de paladar blando lo hace hacia la nasofaringe.

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

Tratamiento y pronóstico.-Se han utilizado tanto la cirugía como los rayos X en el tratamiento del carcinoma epidermoide de paladar y el pronóstico se acerca al de carcinoma gingival

### CARCINOMA DEL SENO MAXILAR

El carcinoma antral es una lesión sumamente peligrosa. Es considerablemente menos frecuente que cualquier otra forma de cáncer bucal. Es de etiología desconocida.

Características clínicas.-Una de las características que contribuye a la naturaleza fulminante de esta enfermedad es que avanza irremediabilmente antes que el paciente tome conocimiento de su presencia.

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

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

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

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

Las metástasis no ocurren sino hasta que el tumor está muy

avanzado, pero cuando se produce abarca los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales.

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

Tratamiento y pronóstico.- Para tratar esta forma neoplásica se han empleado tanto la cirugía como los rayos X. Si el cáncer se encuentra confinado al seno y estructuras inferiores, la hemimamilectomía da resultados clínicos favorables en algunos casos. El tratamiento por irradiación suele administrarse con agujas de radio insertadas en el seno o en la masa tumoral.

Esto resultó eficaz en algunos casos, si bien se produjo una considerable invasión de las estructuras adyacentes.

El pronóstico general no es bueno.

### CARCINOMA VERRUCOSO

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

Características clínicas.- Es visto en pacientes ancianos entre los 60 y 70 años de edad, cerca del 75% de las lesiones se dan en varones.

La gran mayoría de ellos se encuentran en la mucosa vestibular y en la encía o reborde alveolar, aunque a veces lo vemos en el paladar y el piso de la boca.

La neoplasia es fundamentalmente exofítica y de naturaleza papilar, con superficie guijarrosa que a veces está cubierta de una película leucoplásica blanca. Las lesiones tienen pliegues con aspectos de arrugas con fisuras profundas intercaladas. Las lesiones de la mucosa vestibular pueden extenderse bastante antes de atacar las estructuras contiguas más profundas. Las lesiones del reborde mandibular o de la encía proliferan hacia el tejido blando que la cubre y se fijan rápidamente al periostio, para invadir y destruir en forma gradual la mandíbula. Los ganglios linfáticos regionales suelen estar sensibles y crecidos, simulando un tumor metastásico, pero ésta afección ganglionar es, por lo común inflamatoria.

El dolor y la dificultad para masticar son molestias comunes, pero la hemorragia es rara.

Son unánimes las comunicaciones de que un elevado porcentaje de pacientes con ésta enfermedad son masticadores de tabaco. Una

pequeña cantidad de pacientes no lo son, pero en cambio, usan sustancias inhaladas o son grandes fumadores. Ocasionalmente los pacientes dicen no consumir tabaco, y estos por lo general, portan prótesis mal adaptadas.

**Características histológicas.**- Hay una marcada proliferación epitelial y penetración hacia el tejido conectivo, pero sin llegar a ser una verdadera invasión. El epitelio está bien diferenciado y con poca actividad mitótica, pleomorfismo o hiperchromatismo. En forma característica, los espacios con forma de fisuras, cubiertos de una gruesa capa de paraqueratina se extienden desde la superficie hasta zonas profundas de la lesión.

**Tratamiento y pronóstico.**- El carcinoma verrucoso ha sido tratado de diversas maneras en el pasado, mediante la cirugía, los rayos X o la combinación de los dos procedimientos. Sin embargo, hubo más transformaciones anaplásicas de lesiones en pacientes tratados por irradiación ionizante. En tanto que aparece como mecanismo desencadenante, se desconocen otros que contribuyan a la transformación o se relacionen con ella. Aunque este hecho es raro, muchos investigadores opinan que el tratamiento debe ser enteramente quirúrgico. Como la lesión es de crecimiento tan lento, y tarda en hacer metástasis, muchas lesiones pueden ser tratadas por medio de la excisión quirúrgica relativamente conservadora, sin pro

cedimiento mutilantes. El pronóstico es mucho mejor que para el tipo común de carcinoma epidermoide bucal.

### LINFOMA AFRICANO DE LOS MAXILARES ( Tumor de Burkitt )

En 1958, Burkitt describió un tipo de linfoma maligno observado con suma frecuencia, que afectaba particularmente a los maxilares, en niños nativos de Kempala Uganda, en Africa. Una vez reconocido, se comprobó que constituía alrededor del 50% de los tumores malignos de los niños africanos.

**Características clínicas.**- La enfermedad se circunscribe casi exclusivamente a niños entre los 2 y 14 años. Comienza como una masa tumoral de los maxilares, de proliferación rápida, que destruye hueso y afloja los dientes; por lo general, se extiende hasta alcanzar los senos maxilar, etmoidal y esfenoidal, así como la órbita.

También es frecuente que ataque las vísceras, pero raras veces sin que esté afectado alguno de los maxilares.

**Características histológicas.**- El tumor consiste en una proliferación uniforme de células linforreticulares monomórficas indiferenciadas que suelen presentar abundante actividad mitótica.

Se suelen encontrar macrófagos con abundante citoplasma claro, que contiene restos celulares, distribuidos uniformemente en el tumor

lo cuál produce un efecto muy característico de "cielo estrellado".

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

### MIELOMA MULTIPLE

El mieloma múltiple es una neoplasia ósea que se origina de células de la médula ósea, con notable similitud con los plasmacitos, componentes del infiltrado inflamatorio.

Características clínicas. Es muy frecuente entre los 40 y 70 años, aunque no es raro en personas mucho más jóvenes. La frecuencia es el doble en varones que en mujeres.

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

Manifestaciones bucales.- La lesión de los maxilares en casos de mieloma múltiple fue registrada en muchas ocasiones. Bruce y Royer estudiaron una serie de pacientes con esta enfermedad y lle-

garon a la conclusión de que la mandíbula es atacada con mucho mayor frecuencia que el maxilar, ya que el 95% de los casos presentaban lesiones en la mandíbula. Además, en ésta, las zonas más afectadas eran la rama ascendente, angulo mandibular y región molar.

Otros signos y síntomas de lesiones de maxilar incluyen dolor, tumefacción, expansión del maxilar, insensibilidad y movilidad de los dientes. Además se producen lesiones extrabseas que pueden parecerse a agrandamientos gingivales o epúlides. También se registra la extensión de la enfermedad a otras zonas fuera del esqueleto, como los ganglios linfáticos, piel y vísceras.

**Características radiográficas.**- El exámen radiográfico revelará muchas zonas radiolúcidas nítidas, como hechas con sacabocados, en diversos huesos, que incluyen las vértebras, costillas, cráneo, maxilares y los extremos de los huesos largos.

El tamaño de estas lesiones varía entre algunos milímetros y un centímetro o más de diámetro, pero, no suele haber reacción ósea periférica.

**Características histológicas.**- La lesión corriente se compone de capas de células muy apretadas que se asemejan a plasmacitos. Son celular redondas y ovales con núcleos excéntricos, que presentan la cromatina dispuesta en "rueda de carro o tablero de ajedrez".



Tratamiento y pronóstico. - El tratamiento es puramente paliativo porque invariablemente la enfermedad termina en la muerte al fin de dos o tres años. La irradiación con rayos X puede prolongar la vida así como aliviar el dolor.

### MIELOMA SOLITARIO DE PLASMACITOS ( Plasmacitoma )

Es una enfermedad rara. Como su nombre lo indica, el mieloma solitario ataca a un solo hueso y tiene un pronóstico excelente.

Características clínicas.- Los varones son atacados con mayor frecuencia que las mujeres, los síntomas de presentación de los pacientes con mieloma solitario son similares a los del mieloma múltiple, así el dolor, la hinchazón y fractura patológica son los hallazgos más comunes.

Manifestaciones bucales. - Han sido dados a conocer algunos casos de mieloma solitario de plasmacitos óseos en ambos maxilares. Sin embargo, hay que tener cuidado al diagnosticar una lesión de los maxilares como mieloma solitario, ya que es común encontrar grandes cantidades de plasmacitos en granulomas producidos por infecciones dentales.

Características Histológicas.- Se dijo antes que las características histológicas del mieloma solitario y del múltiple son simila-

res. Cuando el mieloma múltiple tiene lesiones bien diferenciadas, es imposible distinguir entre los dos.

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

### FIBROSARCOMA

El fibrosarcoma es una de las neoplasias malignas de tejido conectivo más comunes; sin embargo, es un tumor raro en términos de frecuencia clínica, como son todos los sarcomas. Los sarcomas, como grupo, difieren de las neoplasias epiteliales malignas por su aparición característica en personas relativamente jóvenes y en su mayor tendencia a metastatizar por el torrente sanguíneo y no por los linfáticos, con lo que producen focos más difundidos de proliferación tumoral secundaria.

**Características clínicas.** - Puede producirse en cualquier parte del cuerpo donde haya tejido madre. Tienen, sin embargo, predilección por ciertos lugares, como la piel y el tejido subcutáneo más profundo, músculos, tendones y vainas tendinosas y el periostio.

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

Esta neoplasia comienza a cualquier edad, pero, es más común antes de los 50 años.

El tumor que evoluciona con rapidez o muy lentamente, tiende a hacer invasión local y producir una lesión carnosa y abultada. Este sarcoma peculiar no presenta frecuencia elevada de metástasis.

En algunos casos se observan úlceras, hemorragia e infección secundaria, pero, los hallazgos más típicos son la tumefacción y la deformación asimétrica.

**Características histológicas.** - Se caracteriza por la proliferación de fibroblastos y la formación de fibras colágenas y de reticulina.

**Tratamiento y pronóstico.** - La forma terapéutica más aceptada para el fibrosarcoma es la excisión quirúrgica radical. Por lo general los rayos X no surten efecto, pero en algunos casos se obtuvo una decidida respuesta a este tipo de tratamiento. El pronóstico del fibrosarcoma es sorprendentemente favorable en comparación con el de otros sarcomas.

## HEMANGIOENDOTELIOMA

Es una neoplasia maligna de bajo grado, de origen mesenquimatoso, de naturaleza angiomasosa y derivada de células endoteliales.

**Características clínicas.**- Puede originarse en cualquier zona del organismo, pero es más común encontrarla en la piel y los tejidos subcutáneos. Las lesiones primarias de la cavidad bucal, si bien poco comunes, fueron registradas en diversas localizaciones, incluidos los labios, paladar, encía, lengua y zonas centrales del maxilar y mandíbula. El hemangioendotelioma se presenta a cualquier edad; por lo común, se manifiesta como una lesión plana o levemente elevada de tamaños variables, de color rojo oscuro a rojo azulado, a veces ulcerada y con tendencia a sangrar después de un traumatismo leve. El tumor puede atacar el hueso y producir un proceso destructivo.

**Características histológicas.**- Se compone de masas de células endoteliales que se suelen disponer en columnas. La formación capilar está mal definida, aunque es posible discernir conductos vasculares anastomosados. Las células individuales son grandes, poliédricas o levemente aplanadas, con límites imprecisos y un núcleo redondo con múltiples nucleolos minúsculos.

**Tratamiento y pronósticos.**- Para el tratamiento del hemangioo

endotelioma se ha utilizado tanto la cirugía como la irradiación con rayos X. La intervención quirúrgica repetida, sin extirpación completa, invita a las metástasis en los ganglios linfáticos regionales o en órganos distantes por diseminación por el torrente sanguíneo.

Esta forma tumoral es tan rara que no se puede extraer una conclusión sobre el pronóstico.

### HEMANGIOPERICITOMA

Es una neoplasia vascular que se caracteriza por la proliferación de capilares redondeados por masas de células redondas o fusiformes.

Características clínicas.- Es un tumor raro, del que se ha comprobado una basta distribución anatómica, incluida la cavidad bucal. No tiene predilección de sexo y las edades extremas de los pacientes van del nacimiento a la edad avanzada, la mayoría de los casos se producen antes de los 50 años.

Las lesiones son firmes, aparentemente circunscritas y con frecuencia nodulares, y pueden o no presentar enrojecimiento indicador de su naturaleza vascular. La mayoría de los tumores crecen con rapidez y son por lo tanto, de corta duración, si bien se conocen tumores con muchos años de evolución.

**Características histológicas.**- La lesión se caracteriza por la proliferación profusa de capilares ocultos, y cada vaso a su vez está rodeado por una vaina de tejido conectivo, por fuera de la cual se encuentran masas de células tumorales.

Es frecuente que éstas células manifiesten una tendencia característica a disponerse en capas concéntricas alrededor de los capilares.

**Tratamiento y pronóstico.**- El tratamiento de la mayoría de los casos conocidos han sido la excisión quirúrgica. Algunos pacientes se han curado por este medio, en tanto que otros tuvieron metástasis no solo en los ganglios linfáticos, sino también en los órganos alejados.

### SARCOMA HEMORRAGICO IDIOPATICO MULTIPLE DE KAPOSÍ

Es una enfermedad rara y poco común de los vasos sanguíneos que a veces se manifiesta en la cavidad bucal.

La etiología de esta enfermedad es desconocida, pero la mayoría de los autores consideran que es de naturaleza neoplásica.

**Características clínicas.**- El sarcoma de Kaposi puede originarse a cualquier edad, pero es más común en la quinta, sexta y séptima décadas. Entre el 85% y el 90% de todos los casos regis-

trados se dan en varones.

Por lo general, las lesiones cutáneas múltiples se originan en las extremidades, pero después atacan la cara y a veces la cavidad bucal, así como órganos viscerales. Se presentan como nódulos rojizos o pardorojizos cuyo tamaño varía entre unos milímetros a un centímetro o más de diámetro, por lo general sensibles o dolorosos. El aspecto de las lesiones de la mucosa bucal es idéntico al de los nódulos cutáneos, y se registró un caso en que la lesión bucal apareció antes que las manifestaciones cutáneas.

**Características histológicas.**- El cuadro histológico es sumamente variable, La lesión se compone de múltiples vasos sanguíneos pequeños con aspectos de capilares que pueden contener sangre o no.

Las lesiones pueden ser extremadamente celulares, compuestas de masas proliferantes de células fusiformes de aspecto embrionario, con tamaño, forma y aspecto variable. El infiltrado celular inflamatorio es común.

**Tratamiento y pronóstico.**- La erradicación quirúrgica de la enfermedad es difícil debido a la multiplicidad de las lesiones. Son varias las formas de irradiación con rayos X utilizadas con éxito.

El pronóstico es bueno debido a la naturaleza crónica, lentamente

te progresiva de la enfermedad.

### SARCOMA DE EWING

Es una neoplasia maligna rara, que se produce como lesión ósea destructiva primaria.

**Características clínicas.** - Esta enfermedad neoplásica se produce predominantemente en niños y adultos jóvenes, entre las edades de 5 a 25 años, pero a veces aparece en pacientes de mayor edad. Es más común en varones que en mujeres.

El dolor, generalmente de naturaleza intermitente, y la tumefacción del hueso afectado suelen ser los primeros signos clínicos del sarcoma de Ewing. Los huesos afectados con mayor frecuencia son los largos de las extremidades, aunque también lo están; el cráneo, clavícula, costillas, cinturas escapular y pélvica, así como el maxilar y la mandíbula.

En los casos de maxilar se observó parestesia labial y neuralgia facial. La aparición de la tumefacción del maxilar suele ser relativamente rápida, y la masa intrabucal llega a ulcerarse. Es posible que el paciente tenga febrícula y recuento leucocitario elevado.

**Características histológicas.** - Es una neoplasia sumamente celular, compuesta de capas sólidas o masas de pequeñas y redondas,



con poco citoplasma y núcleos redondos y ovales relativamente grandes. Las figuras mitóticas son comunes. Así mismo, pueden observarse pequeños conductos vasculares. Hay una ausencia notable de células gigantes multinucleares. La necrosis es una característica microscópica común.

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

### SARCOMA NEUROGENICO

El sarcoma neurogénico, es poco frecuente en la región bucal, aunque hay informe de casos en que se ha presentado en el labio y en la lengua.

Etiología.- La etiología es desconocida.

Manifestaciones clínicas.- Las lesiones, en su fase temprana, son localmente destructivas y no tan malignas como las del fibrosarcoma. Sin embargo, recidivan e invaden ampliamente los tejidos produciendo metástasis. Acompañan con frecuencia a la enfermedad de Von Recklinghausen.

**Histopatología.**- Microscópicamente el sarcoma neurogénico es muy celular y sumamente fasciculado.

A veces la anaplasia constituye un rasgo notable.

**Tratamiento.**- Ningún tratamiento es satisfactorio y los resultados son extremadamente deficientes, sin embargo, la cirugía es el tratamiento de elección.

### CONDROSARCOMA

Esta lesión se produce en cualquiera de los maxilares, al igual que en muchos huesos del organismo.

A veces, se clasifica el condrosarcoma en los tipos: primario y secundario. El de tipo secundario es el que se origina de un tumor cartilaginoso benigno preexistente, mientras que el tipo primario se produce de un nevo.

**Características clínicas.**- El tumor aparece a cualquier edad entre los 10 y 80 años.

El condrosarcoma mesenquimatoso es un tipo de condrosarcoma característico y distintivo; la mayoría de los casos aparecen entre los 10 y 30 años, con distribución por sexos aproximadamente igual. Además los sitios de origen más común son los maxilares y costillas.

**Manifestaciones Bucales.**- Tanto los condrosarcomas primarios como secundarios de maxilar representan lesiones expansivas y frecuentemente indoloras. La mucosa suele estar intacta. El tumor puede producirse en la mandíbula o el maxilar, cerca del seno. Ocasionalmente, hay resorción y exfoliación de los dientes. Por lo general, estas lesiones son invasoras y destructoras y metastatizan fácilmente.

**Características radiográficas.**- Los hallazgos radiográficos no difieren notoriamente de los observados en el condroma benigno, excepto que la lesión suele ser de larga duración y ha producido una considerable destrucción ósea.

Algunos tumores aparecen como lesiones radiopacas debido a la calcificación del cartilago neoplásico.

**Características Histológicas.**- La neoplasia se compone de cartilago hialino. También puede presentar osificación. La característica importante reside en el aspecto de las células cartilaginosas.

En la forma maligna de esta enfermedad hay una considerable variación del tamaño de las células, y son comunes las binucleadas.

**Tratamiento y pronóstico.**- El único tratamiento positivo del condrosarcoma es la cirugía. La naturaleza maligna de este tumor

impone una extirpación amplia para asegurar la máxima posibilidad de cura.

Los datos obtenidos de casos conocidos de condrosarcoma de los maxilares indican que el tumor de esta localización es sumamente peligroso y suele producir la muerte, por invasión local o por metástasis en sitios alejados. Aunque la lesión tiende a crecer con lentitud. Frecuentemente la intervención quirúrgica estimula el ritmo de crecimiento y la tendencia a las metástasis.

### OSTEOSARCOMA

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

El osteosarcoma suele ser dividido en dos formas: un tipo osteoblástico o esclerosante y un tipo osteolítico.

**Características clínicas.** - El osteosarcoma de tipo esclerosante se da principalmente en personas jóvenes, entre los 10 y 25 años.

Los varones están afectados con mayor frecuencia que las mujeres.

Las localizaciones predominantes de este tumor son los huesos largos, en especial el fémur y tibia, aunque puede originarse en cualquier parte.

El dolor y la hinchazón del hueso atacado son las características iniciales de esta neoplasia; en aproximadamente la mitad de los casos, hay una clara historia de traumatismo previo a la formación o por lo menos al descubrimiento del tumor. No hay pruebas de una relación de causa y efecto, pero no es difícil imaginar que esa transformación maligna podría tener lugar en las células óseas de proliferación rápida del callo consecutiva a la fractura o hasta en los tejidos de reparación sin fractura.

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

**Manifestaciones bucales.**- Los síntomas de presentación más co munes son la hinchazón de la zona afectada, que frecuentemente produce deformación facial y dolor seguido del aflojamiento de dientes, parestesia, dolor dental, hemorragia, obstrucción nasal y una variedad de otras manifestaciones.

**Características histológicas.**- El osteosarcoma se caracteriza por la proliferación tanto de osteoblastos atípicos como de sus precur sores menos diferenciados. Estos osteoblastos se dispone en forma desordenada en torno a las trabéculas óseas.

**Tratamiento y pronóstico.**- El tratamiento del osteosarcoma ha de ser radical si se desea tener una esperanza de curar al paciente. En el caso de lesiones de huesos largos, la amputación es el requisito primordial. La irradiación primaria con rayos X no da resultado. Las neoplasias en otros sectores deben ser tratadas por la re sección radical, pero, especialmente en los maxilares, es difícil realizar la excisión completa y adecuada.

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

#### LINFOEPITELIOMA Y CARCINOMA DE CELULAS DE TRANSICION

Hay un grupo poco frecuente de neoplasias malignas que presen tan muchas características en común que atacan la nasofaringe, buco

faringe, lengua amígdalas y estructuras anatómicas asociadas como las fosas nasales y senos paranasales. Estos tumores se originan en la mucosa de estas zonas, presentan un cuadro histológico relativamente específico y reaccionan de manera más bien atípica a la irradiación con rayos X. Este grupo de neoplasias se compone del linfoepitelioma, carcinoma de células de transición y del carcinoma escamocelular indiferenciado.

Regaud, y más Schminke, así como Ewing describieron el linfoepitelioma como una lesión que aparece principalmente en la nasofaringe de personas jóvenes o de edad mediana.

Se observó que, por lo general, era una lesión pequeña que no se manifiesta clínicamente antes de la linfadenopatía regional. La muerte del paciente es el resultado de la enfermedad, aunque la lesión es radiosensible.

Bajo el nombre de "carcinoma epidermoide de células de transición" Quick y Cutler comunicaron una serie de casos en los cuales estas lesiones se localizaban en las amígdalas, base de la lengua y nasofaringe.

Se observó que este carcinoma de células de transición era sumamente maligno, de evolución clínica rápida, dando metástasis profusas y produciendo la muerte muy temprana.

**Características clínicas.** - La lesión primaria del linfoepitelioma o del carcinoma de células de transición es muy pequeña, casi siempre completamente oculta, ligeramente elevada y francamente ulcerada o con superficie granular o erosionada. El tumor está indurado y en algunas circunstancias aparece como una proliferación exoftica o fungosa. Como la lesión primaria suele permanecer pequeña, el paciente no asiste a la consulta hasta que la metástasis en los ganglios linfáticos se han producido.

Sofield realizó un estudio de 214 casos de lesiones nasofaríngeas malignas, que comprendía el carcinoma de células de transición, linfoepitelioma y carcinoma escamocelular indiferenciado. Encontró que el crecimiento de los ganglios linfáticos era de síndrome de presentación más común, seguido de dolor de garganta, obstrucción nasal, dificultad auditiva, dolor de oído, cefalea, disfagia, epistaxis y síntomas oculares.

**Características histológicas.** - El diagnóstico de estas neoplasias y su diferenciación dependen únicamente de su estructura microscópica.

El carcinoma epidermoide de células de transición se compone de células que proliferan en láminas, en cordones o nidos. Las células individuales son moderadamente grandes, redondas o poliédricas y tienen citoplasma levemente basófilo y contornos celulares -



imprecisos. Los núcleos son grandes y redondos, con diversos grados de actividad mitótica.

Tratamiento y pronóstico.- Debido a la inaccesibilidad general de la mayoría de estas lesiones y su inusitada propiedad de ser altamente radiosensibles, la irradiación con rayos X, ha sido, el tratamiento más comunmente aceptado. La respuesta de este tumor a la irradiación es diferente a la del carcinoma epidermoide de este sitio. Las metástasis en los ganglios linfáticos regionales también responden bien a los rayos X.

El factor que complica radica en la relativa incapacidad de tratar las metástasis extendidas a los diferentes órganos.

La perspectiva para los pacientes con estas neoplasias es mala. Como frecuentemente las metástasis extensas se producen antes de cualquier manifestación clínica de enfermedad, se comprende fácilmente el porque del pronóstico desfavorable.

### MELANOMA MALIGNO (Melanocarcinoma)

Es una de las neoplasias más fatales del ser humano.

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

parótdida. El tumor es raro antes de la pubertad y la mayoría de los casos ocurren después de los 30 años de edad. Desde el punto de vista clínico es una zona agrandada y pigmentada, rodeada de un eritema, con presencia frecuente de costras, hemorragia o ulceración de la superficie.

La pigmentación vá del pardo clara al azul oscuro, aunque una forma carece totalmente de pigmentación clínica y hasta histológica, el melanoma amelanótico. Las metástasis son comunes, primero en los ganglios linfáticos regionales y después en sectores distantes como hígado y piel.

En el 10 al 60% de los casos de melanoma se obtuvo una historia de lesión traumática o irritación local. Tales lesiones incluyen lesiones romas, lesiones perforantes, avulsión de uñas, lesión cutánea por congelación, irradiación con rayos X y quemaduras, así como irritación en las líneas del cuello, cintura y cabellos.

El melanoma juvenil es una forma de melanoma que aparece principalmente en niños, y es notablemente similar al melanoma maligno, excepto que tiene evolución clínica maligna.

**Manifestaciones bucales.**- El melanoma maligno es una neoplasia rara de la mucosa bucal, si bien constituye el 20% de los casos de carcinoma primario de la piel.

El melanoma bucal primario es dos veces más común en varones que en mujeres, a diferencia del melanoma de piel, cuya preponderancia por sexos es aproximadamente igual. La edad de su aparición es alrededor de los 50 años; el 90% de los pacientes estudiados tenían más de 30 años de edad.

El melanoma bucal tiene predilección precisa por el reborde alveolar y paladar; alrededor del 80% de los casos producen en esta localización. Asimismo, se observaron casos en el maxilar inferior, mejillas, carrillos, lengua y piso de la boca. La lesión puede aparecer como una zona intensamente pigmentada, ulcerada y sangrante que progresivamente tiende a aumentar de tamaño. Es importante señalar que la pigmentación focal que precede al desarrollo de la neoplasia real se produce entre varios meses y varios años antes de la aparición de los síntomas clínicos. Por esta razón, se dijo que era preciso considerar con seriedad la aparición de pigmentación melánica en la boca y su aumento de tamaño, así como la intensificación del color.

Pueden o no haber manifestaciones radiográficas de lesión ósea

**Características Histológicas.**- Es una lesión intensamente celular, pero hay una gran variación en la naturaleza de las células de un caso a otro. Por lo general, las células tienen, o no, tama

ño y forma relativamente uniforme, tienden a disponerse en estructuras alveolar compacta, y llegan a la profundidad del tejido conectivo. Las células son de forma cuboide o fusiforme.

**Tratamiento y pronóstico.**- El tratamiento es la resección quirúrgica radical de la parte afectada con disección de los nódulos linfáticos regionales.

Anderson afirmó que los melanomas de las mucosas, incluidos los de la cavidad bucal, casi todos son mortales, en parte por causa de la demora en el descubrimiento y confirmación del diagnóstico.

## CAPITULO VIII

## PROFILAXIS

Los consejos higiénicos para evitar o curar oportunamente la enfermedad, se efectúan de manera indirecta pues desconocemos la etiología precisa de la enfermedad.

El desarrollo industrial, contamina con desperdicios a ríos, mares y terrenos, poniendo en peligro la ecología mundial.

Las explosiones nucleares experimentales han dejado ya en la atmósfera cerca de 300 megatones de trinitrotolueno, cifra que corresponde a más de 20 veces el equivalente a todas las explosiones juntas de las dos guerras mundiales, la de Corea y la de Vietnam.

Hidekiwa y Pauling afirman que cada superbomba que explota provoca el nacimiento mínimo de quince mil niños anormales.

Ambos procesos ponen en peligro la salud mundial, tienden a su caracterización cancerológica y quizá a su destrucción total. La campaña nacional contra el cáncer coordinada por las instituciones médicas como son: S.S.A., I.S.S.S.T.E. e I.M.S.S. hacen esfuerzos para detectar oportunamente y curar en lo posible la enfermedad.

En la profilaxis individual se aconseja:

La eliminación o protección efectiva de influencias irritativas cancerígenas, para los trabajadores de las industrias que tienen este peligro, especialmente en minas en donde se extraen materiales radioactivos.

Eliminar el consumo del tabaco. Cánceres de los aparatos digestivo y respiratorio acaecen en un 2% de individuos no fumadores.

Oscila entre el 11 y 12%, según la cantidad de tabaco consumido, y entre las personas de 50 y 60 años.

Evitar traumatismos o quemaduras continuadas que llevan a la esplandoplasia pre-cancerosa.

Alejar causas de Stress, angustia y depresión.

Se recomienda alimentación lacto vegetariana, con adecuado equilibrio de vitaminas A, B, C.

Disminución del consumo de alcohol, carnes y grasas.

Visitar al cirujano dentista con regularidad.

Evitar el masticar tabaco, cuidar el aseo bucal, prevenir caries y alteraciones de la mucosa oral.

## CAPITULO IX

## TRATAMIENTO

Para la aplicación de un tratamiento eficaz es necesario que el médico o el cirujano dentista tomen en consideración dos factores muy importantes:

- 1 -El verdadero estadio evolutivo de la lesión.
- 2 -La Extensión de la neoplasia.

Antes que todo se debe de remarcar y hacer notar cuando se trata un proceso canceroso, de que se está tratando a un ser humano y no simplemente a la enfermedad.

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

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

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

Segundo - Dilación o detención profesional. Comienza cuando el enfermo consulta por primera vez al médico, prolongándose hasta

que éste indica el tratamiento adecuado, no debiendo prolongarse más de dos semanas este período, si se demora más puede ser mortal para el paciente.

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

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

**Factores para el tratamiento:**

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

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



## INTERVENCION QUIRURGICA

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

La cirugía sigue conservando en la actualidad su posición superior, entre los tratamientos más adecuados e importantes para atacar el cáncer, mediante la extirpación o amputación de los tejidos malignos y aún de los sanos, ya que de no hacerlo puede haber recidivas, en virtud de metástasis profundas o supervivencia de células anaplásicas.

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

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

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

## RADIOTERAPIA

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

Se divide en tres:

1.- Radiumterapia o cuieterapia. Llamada así en honor de los descubridores del radium, que fueron los esposos Curie.

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

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

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

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

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

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

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

Esta está contraindicada en tumores altamente indiferenciados, de metástasis linfáticas ampliamente diseminadas.

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

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

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

### QUIMIOTERAPIA

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

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

El mecanismo de acción de los mismos se resume en:

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

Su actividad citotóxica es difícil de seleccionar por lo que no existe droga capaz de curar un neoplasma, siendo la excepción el carcinoma epiteloma, se emplea para prolongar la vida, mejorar los síntomas y siempre combinada con la radioterapia y cirugía.

Las drogas principales son:

- 1.- Agentes alquilantes. - Substancias sintéticas de acción semejantes a las radiaciones, impiden la duplicación del DNA y por lo tanto de la actividad mitótica.
- 2.- Metilhidrazinas. Destruyen por oxidación el DNA, alargan la interfase y por lo tanto inhiben la mitosis.
- 3.- Antibióticos. Interfieren la función de los metabolitos esenciales en la formación de las bases púricas y pirimidínicas de los ácidos nucleicos.

4.- Antibióticos antineoplásicos. Inhiben la síntesis del RNA a partir de la alteración del DNA, provocando lesión y muerte celular.

5.- Alcaloides vegetales. Inhiben la síntesis del RNA a partir de la alteración del DNA.

### INMUNOTERAPIA

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

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

Es inoperante en casos de cáncer avanzado, está en fase experimental y sólo es utilizada en forma paliativa en casos graves para mejorar los síntomas.

### PSICOTERAPIA

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

Recomiendan tres etapas del ajuste psicológico del paciente canceroso.

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

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

Tercera etapa. El medio le brindará esperanza al paciente así como tranquilidad y confianza.

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

**BIOPSIA.**

La biopsia es el procedimiento por el cual se realiza un exámen -- histológico directo del tejido, en una tentativa de determinar su verdadero carácter.

La biopsia consiste en la excisión de una porción de tejido de un organismo vivo para su exámen y diagnóstico microscópico.

La biopsia no sólo es útil para determinar el diagnóstico, sino el pronóstico y el tratamiento.

**Indicaciones:** La biopsia está indicada en los siguientes casos:

1. - En lesiones sospechosas de malignidad, por ejemplo: en úlcera, herida o heridas que no cicatricen en más de 15 días.
2. - En cualquier lesión anormal o cualquier zona radiológica anormal de la cavidad bucal.
3. - Para determinar el grado de malignidad.
4. - Para determinar el grado de radiosensibilidad.
5. - Para determinar el grado y la forma de extensión local.

1. - En ocasiones se evita la biopsia por temor a que el procedimiento altere el comportamiento de un tumor latente, pero planeando la toma de la biopsia por un seguimiento quirúrgico y una radiación previa se puede llevar a cabo.
2. - La toma de biopsia está contraindicada en lesiones sarcomatosas, pues suelen ser bastantes vasculares y cualquier procedimiento puede lesionar o abrir los conductos sanguíneos, puede aumentar la posibilidad de esparcir células tumorales (metastatizar).
3. - Nunca debe someterse un melanioma a una biopsia, sino que debe ser eliminado en su totalidad.
4. - Un tumor bien encapsulado debe ser totalmente extirpado antes que sometido a una incisión quirúrgica, ya que la perforación de la cápsula puede introducir elementos peligrosos.
5. - Lesiones ubicadas en lugares inaccesibles no deben ser sometidos a biopsia doblemente.

#### ETAPAS DE LA BIOPSIA.

1. - La muestra.
2. - Exámen macroscópico.
3. - Preparación para su estudio microscópico ( técnica histopatológica )
4. - Observación e interpretación para el diagnóstico final.



1. - Antes de hacer la toma de la muestra para la biopsia, debe tenerse en cuenta el objetivo estricto de la misma, porque la técnica puede variar según se trate de saber la existencia y la extensión de la metástasis.
2. - Tener en cuenta una exposición adecuada, anestesia correcta ( no inyectar anestésico local dentro del tumor y menos aún con rapidez ), ya que dará como resultado un grado de distensión y destrucción del tejido. El conocimiento completo de la anatomía regional y disponer de los instrumentos apropiados.
3. - Se debe llevar a cabo una asepsia meticulosa, pues el desarrollo de una infección después de la biopsia puede dificultar el enjuiciamiento de la evolución de la enfermedad restante. " Nunca se debe pintar la mucosa con una solución antiséptica fuerte y menos una que esté profundamente coloreada", tampoco se deberá frotar vigorosamente con el antiséptico, ya que las capas superficiales del epitelio estarán de tal manera distribuidas que no se podrán interpretar histológicamente.
4. - No se deben hacer manipulaciones bruscas, ya que pueden alterar la estructura tisular.
5. - El tejido de excisión no deberá ser del centro de la lesión e incluirá tejido normal adyacente; no tomar demasiado ni poco tejido; buscar tejido en crecimiento activo, porque esto facilitará al patólogo el estu-

dio si puede ver la relación de la lesión con el tejido adyacente.

6. - Antes de poner el tejido en una solución fijadora, asegurarse de que la muestra no contenga sangre, de lo contrario pueden suceder dos cosas: a) Dificulta al patólogo encontrar las muestras, y b) Da oportunidad para que cada sección que esté cubierta con la sangre, al hacer los cortes, se caigan las células sanguíneas, distorsionando las imágenes.

7. - Tener especial cuidado en escoger el recipiente en el cual se va a colocar la muestra cuando se obtengan los cultivos especiales necesarios de las piezas, el material destinado a la biopsia debe ser colocado en un fijador histológico convencional como la formalina al 10%; nunca se debe colocar en agua simple o solución fisiológica salina, ya que esto va a distorsionar las células. El cirujano evitará hacer cortes innecesarios en el fragmento, porque aumentan las dificultades para el anatomopatólogo.

8. - Durante la operación se procurará movilizar lo menos posible el tejido, ya que si se trata de una lesión maligna, las células malignas pueden ser implantadas y proliferar en la línea de sutura.

#### **METODOS PARA LA TOMA DE MUESTRA PARA BIOPSIA.**

De acuerdo a la técnica quirúrgica usada tenemos los siguientes tipos de biopsia:

### 1. - Biopsia escisional;

Esta se efectúa cuando la lesión es pequeña y por lo tanto no es práctico extirpar sólo una parte de ella, sino que se deberá de reseca en su totalidad.

En este caso la finalidad muchas veces llega a ser doble, ya que además de obtener la muestra para la biopsia, se hace el tratamiento de la lesión, un ejemplo de esta puede ser un papiloma o un nevo.

### 2. - Biopsia incisional:

Esta se hace cuando a causa del tamaño y otros factores, se puede remover una porción de la masa con cuidado de incluir tejido normal adyacente, es decir, que consiste en la obtención de una parte de la lesión mediante la incisión del tejido que se desea examinar.

Se usa principalmente en lesiones superficiales de fácil acceso. Por ejemplo: en lesiones cutáneas, bordes de una ulceración.

### 3. - Biopsia por punción:

Es cuando se inserta una aguja de amplia luz en la masa tumoral para aspirar sus células.

Se usa tal procedimiento cuando el tumor se encuentra por debajo de la superficie y yace en una posición inaccesible o en el centro del hueso.

Se entiende por punción aspirativa, a la introducción de la aguja -- seguida de aspiración por jeringa y por punción biopsia, cuando, además se emplean cánulas diversas que por su acción cortante permiten obtener muestras cilíndricas del tejido u órgano en estudio.

La punción aspirativa muchas veces sólo permite obtener material líquido o semilíquido y en caso de que halla fragmentos tisulares, estos suelen ser pequeños.

La biopsia por punción o aspiración se emplea principalmente para el diagnóstico de las neoplasias de las glándulas salivales; en ganglios o zonas cervicales; pero, debe haberse comprendido netamente el que una biopsia por aspiración con resultado negativo no excluye completamente la posibilidad de tumor. Si la masa sospechosa persiste, la aspiración debe repetirse o efectuarse una biopsia abierta.

#### LUGAR DE SELECCION.

Las muestras para biopsia han de tomarse en un punto que presente alteraciones típicas y deben cortarse a suficiente profundidad. Las lesiones pequeñas han de extirparse totalmente. En las lesiones amplias, es preferible un pedazo marginal, que presente tanto el tejido -- normal como la porción del neoplásico, en que la actividad de crecimien

to sea de más probable observación.

El material procedente del centro de la lesión suele ser de escaso valor, ya que por lo general ha sufrido alteraciones secundarias, tales como la necrosis y la infección. Las lesiones múltiples deben obtenerse muestras de distintos lugares, porque pueden mostrar diferentes fases del crecimiento o una continuación entre dos tipos de neoplasia.

#### INCISION.

Las incisiones deben ejecutarse al borde de la lesión, con cuidado de incluir tejido normal y de extender las lesiones por debajo de la extensión más profunda del proceso.

Es de desear un corte orientado hacia un aspecto triangular puesto que reduce el número de incisiones.

El bisturí debe estar orientado hacia un punto imaginario por debajo del centro de la lesión.

#### REMOCION.

El trozo piramidal deberá ser tomado con pinzas de disección que

no tengan estrías ni dientes, con esto se evitará romper o distorsionar el tejido.

La lesión será separada por su base mediante disección roma o con leves cortes de unas tijeras pequeñas.

#### FIJACION Y PRESERVACION DE LA MUESTRA.

La muestra se coloca inmediatamente en un frasco de boca ancha con formol al 10% de preferencia, pero también se podría usar formalina al 10%, solución de Zenker o solución de Carnoy.

El frasco debe ser bastante grande como para contener una cantidad de solución fijadora equivalente a aproximadamente veinte veces el volúmen del tejido.

Es de desear que el tejido sea lavado con agua corriente fría, para eliminar el exceso de sangre, antes de colocarla en el frasco para las muestras.

#### SUTURA

Luego se tratará la herida como esté indicado. Si la muestra tomada hubiera sido de tamaño apreciable, podrá ser necesario colocar suturas ya sea en los tejidos normales, ya sea en la lesión misma.

**CUIDADOS POSTERIORES DEL ESPECIMEN.**

Suelen ser de 48 a 72 horas, un período suficiente para asegurar -  
una fijación adecuada. Esto, claro está dependerá del tamaño de la - -  
muestra. La botella con el espécimen, junto con la historia clínica y --  
las radiografías, serán remitidas al patólogo.

## CONCLUSIONES.

Es importante que el cirujano dentista conozca las características y diferentes variedades de cáncer bucal para poder detectarlo a tiempo y darle el tratamiento adecuado.

Conocer los factores que intervienen en el desarrollo de una neoplasia maligna. Una prótesis mal ajustada, una placa total con cámara de succión, dientes fracturados y con caries son factores irritantes que en combinación con los hábitos del paciente van a alterar los tejidos, dando origen a una lesión maligna.

De nuestros conocimientos depende detectar una lesión maligna a tiempo, con un pronóstico favorable.

Es de gran trascendencia realizar una exploración clínica minuciosa y rutinaria, apoyándose para su detección de lesiones malignas, por medio de técnicas sencillas y de bajo costo.

El cáncer de la cavidad bucal en México, ocupa una causa importante de la mortalidad.

Algunas de las defunciones por este padecimiento son susceptibles



de evitarse mediante una detección temprana y un tratamiento oportuno.

El cirujano dentista, debe estar preparado para prevenir y detectar estos padecimientos a nivel de cavidad oral.

Para lograr esto debe tener las bases científicas y el conocimiento de cada una de las lesiones.

## BIBLIOGRAFIA.

## CLINICA

PROPEDEUTICA MEDICA.

MARTINEZ CERVANTES, LUIS.

EDITORIAL: MENDEZ OTEO.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.

WILLIAM G. SHAFER.

KAYNARD K. HINE.

BARNET M. LEVY

3a. Edicion.

EDITORIAL: INTERAMERICANA.

MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

LESTER M. BURKET

6a. Edicion.

EDITORIAL : INTERAMERICANA

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

ZEGARELLI, EDWARD V.

EDITORIAL: SALVAT.

FISIOPATOLOGIA BUCAL.

RICHARD W. TIEKE.

1a. Edicion.

EDITORIAL: INTERAMERICANA.

THOMA

PATOLOGIA ORAL.

ROBERT J. GORLIN, D. D. S. , M.S.

HENRY M. GOLDMAN, D.M.D.

EDITORIAL: SALVAT EDITORES, S.A.

FUNDACION PARA EL DIAGNOSTICO TENPRANO DEL CANCER.

A.C. PATOLOGIA QUIRURGICA Y CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

MEXICO.

ACTUALIZACION DEL CANCER.

ACADEMIA DE CIRUGIA.

MEXICO.

**ONCOLOGIA.**

**116**

**REVISTA ESPAÑOLA.**

**Volúmen 22 no. 1**

**MADRID, ESPAÑA.**

**REVISTA QUINTAESENCIA.**

**EDICION ESPAÑOLA.**

**Volúmen 2 No. 12**

**Volúmen 3 No. 1**

**Volúmen 3 No. 2**

**TECNICAS QUIRURGICAS.**

**UNAM. DIVISION SUA.**

**C.D. PORTILLA ROBERTSON, JAVIER**

**1a. Edicion.**