

297
2 Gen

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA
U. N. A. M.



**CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LA
CAVIDAD ORAL**

T E S I S

Que Para Obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a n
MA. GUADALUPE OLGUIN CADENA
ANGEL BERNARDO CASTILLO TOVAR



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

PAG.

CAPITULO	I	GENERALIDADES	1 - 13
CAPITULO	II	ETIOLOGIA	14- 19
CAPITULO	III	EVOLUCION FUNCIONAL	20- 22
CAPITULO	IV	ASPECTO RADIOGRAFICO	23- 25
CAPITULO	V	ANATOMIA PATOLOGICA	26- 27
CAPITULO	VI	DIAGNOSTICO PRECOZ	28- 29
CAPITULO	VII	PRONOSTICO Y TRATAMIENTO	30-55
CAPITULO	VIII	CUADRO CLINICO	56- 62
CONCLUSIONES			63
BIBLIOGRAFIA			64- 67

PROLOGO

Esta Tesis pretende inquietar al estudiante de odontología así como al profesionalista de la importancia que tiene la patología dentro de nuestra area.

Que al observar este a su paciente debe de pensar primero como médico.

El tema nos interesa porque es la neoplasia que se presenta con mayor frecuencia en la boca, y es el odontólogo quien tiene la ventaja sobre el médico para su diagnóstico, ya que este ve más a menudo a su paciente.

Las neoplasias no son muy frecuentes en la práctica odontológica, pero es necesario estar bien orientados acerca de los - carcinomas.

El diagnóstico y tratamiento oportuno de las neoplasias es muy importante ya que por medio de este se podrá prolongar la vida del paciente.

Esto va a ser posible cuando el odontólogo tenga los conocimientos y cuidados necesarios por medio de los cuales podrá realizar una historia clínica completa y un examen oral minucioso.

H I P O T E S I S

El carcinoma Epidermoide es un tumor epitelial maligno.

Es el que se presenta con mayor frecuencia en la cavidad oral.

C A P I T U L O I

GENERALIDADES DEL CANCER

El cáncer es una de las enfermedades que en nuestro tiempos es frecuente en el hombre y que abarca un gran índice de morbilidad y mortalidad.

Según la definición de Willis " Una neoplasia es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede el de los tejidos normales, que no está coordinado con estos mismos y que persiste en la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadenó el cambio".

La palabra tumor denota sencillamente la tumefacción que de hecho, es uno de los signos cardinales de la inflamación. No todos los tumores son neoplásticos.

Cáncer es el nombre común para todos los tumores malignos.

Neoplasia es sinónimo de cáncer y esta tiene la potencialidades desagradables de crecimiento rápido, invasión y destrucción de tejidos adyacentes y diseminación en todo el cuerpo que origina la muerte.

Las neoplasias originadas en células epiteliales, que proviene de cualquiera de las tres capas germinativas se llaman carcinomas.

Según las células de origen los tumores se clasifican en:

- I SENCILLOS.- Compuestos de un tipo de células neoplásticas.

- II MIXTO.- Varios tipos de células neoplásicas generalmente derivados de una capa germinativa.
- III COMPUESTO.- Varios tipos de células neoplásicas derivados de dos o más capas germinativas.

1.1. DIFERENCIACION CELULAR

Cuanto mayor sea la semejanza de las células afectadas con las antecesoras normales, mejor será la diferenciación; cuanto más se aparten de los caracteres normales más mala será la diferenciación. Las neoplasias poco diferenciadas también pueden llamarse indiferenciadas. En términos generales todos los tumores benignos están bien diferenciados, y las neoplasias, consisten en células indiferenciadas, anárquicas, de aspecto primitivo.

Los tumores anaplásicos son invariablemente malignos y consisten en células más o menos indiferenciadas que han perdido en parte o por completo la semejanza con las equivalentes normales.

Las células y los núcleos presentan pleomorfismo el núcleo posee abundante DNA y se tiñe intensamente de oscuro, el núcleo se encuentra en relación 1 a 1 en lugar de 1 a 4 como es normal, lo más importante y característico son las mitosis atípicas y extrañas. La rapidez de crecimiento de un tumor maligno es paralela al grado de anaplasia; esto es cuanto mejor es la diferenciación tanto más lento será el crecimiento.

Los cánceres circunscritos a la transformación de célula

las en su sitio original y que no se han propagado a través de las membranas basales hacia los tejidos adyacentes se llaman cáncer in situ.

Los diferentes grados de diferenciación que existen en los carcinomas impulsó a Broders a idear un sistema de graduación de tumores: el cual va del I al IV y en el cual el grado I es altamente diferenciada y el grado IV es muy indiferenciada (las células son anaplásicas y casi y casi no forman queratina).

Como el mismo tumor presenta diferentes grados de diferenciación en distinto sector se suspendió este tipo de graduación. La única ventaja de este es que revela el grado de anaplasticidad de la lesión.

Graduación Clínica del Cáncer Bucal.

Se refiere a una determinación de la extensión de la enfermedad antes de emprender el tratamiento y tiene como finalidad:

- 1.- Selección del tratamiento más apropiado.
- 2.- Comparación valorada de los resultados finales obtenidos de diferentes fuentes. El sistema de graduación aquí utilizado es el más conocido y es el que ideó American Joint Comittes for Cáncer Stating and End Results Reporting (AJCCS), patrocinado por United States Health Service, American College of Surgeons, American College of Radiology, American Colleg of Physicians, College of American Pathologists, y la American Cáncer Society, entre otros.

El sistema es conocido como sistema TGM (T-tumor primario, G-ganglios linfáticos regionales, M-metástasis a distancia).

Es necesario saber que pautas específicas modifican la aplicación del sistema según la zona anatómica del cáncer no interviene en el agrupamiento clínico.

1.2. METASTASIS:

Cuando las células cancerosas son llevadas a un sitio alejado de sus orígenes tienen la capacidad de implantarse o sembrarse; la siembra se llama metástasis y ésta puede originar otra metástasis.

En cuanto más diferenciado sea el cáncer más rápido e infiltrante será el crecimiento y mayor será la posibilidad de dar metástasis.

1.3. DISEMINACION:

Esta es la consecuencia más temible del cáncer, puede ocurrir por cuatro vías:

- 1.- Siembra de cavidades corporales
- 2.- Por vía linfática
- 3.- Transplante directo
- 4.- Por vía sanguínea

En comparación con las células normales las células cancerosas presentan:

- 1.- Disminución de la cohesión
- 2.- Pérdida de la inhibición de contacto
- 3.- Aumento de la Motilidad y la movilización
- 4.- Aumento de la guía de contacto

- 5.- Elaboración de enzimas o productos lesivos para células normales.
- 6.- Capacidad de sobrevivir a la traslocación.

I - Shafer G. William, Tratado de Patología Bucal
Pag.111,112 Interamericana 1979.

1.4. GENERALIDADES DE NEOPLASIOS EN BOCA

La Historia Clínica, los estudios radiográficos, y la biopsia son muy importantes en el diagnóstico del cáncer de la cavidad oral. Hay ocasiones en las cuales el tamaño de la lesión y sus características clínicas son tan obvias que a simple vista y con el tacto puede reconocerse la enfermedad. Pero a pesar de esto el diagnóstico definitivo se dará por medio de exámenes de laboratorio.

Existen variaciones clínicas en el cáncer que se presenta en la cavidad oral, dependiendo del lugar en que se encuentra, serán sus características.

Como mencionamos anteriormente para poder definir que es una lesión cancerosa ésta deberá ser una proliferación incontrolada de células, teniendo en cuenta esto y sabiendo que 9 a 10 cánceres se localizan en el revestimiento epitelio escamoso, es evidente que el tumor tridimensional resultante se extenderá en cada una de las tres dimensiones, sobre todo hacia afuera en el interior de la boca, lateralmente en los tejidos adyacentes, e internamente hacia la zona subyacente. En algunos casos la lesión cancerosa se desarrolla más en una de las tres direcciones, lo que determina cuando la lesión y su extensión es grande, su aspecto clínico.

Así la lesión que tiende a crecer hacia afuera dará lugar a un tipo infiltrativo; y la que crece en dirección lateral dará la forma verrugosa.

- a) Forma fungosa o exofítica del cáncer. Es una masa tumoral fácilmente detectable, de consistencia dura, esta forma suele tener mejor pronóstico que la

infiltrativa ya que es menos invasiva. Su respuesta al tratamiento es mejor.

b) **Cáncer Tipo Infiltrativo o Invasivo:**

Este tipo de cáncer es más difícil de diagnosticar que el anterior ya que su tamaño es mucho menor y generalmente se presenta en zonas más inaccesibles, y su núcleo de tejidos cancerosos es más profundo, tiene mayor tendencia a dar metástasis, tiene peor pronóstico que el anterior.

c) **Cáncer Verrugoso:**

Es una masa anormal extensa que crece en la superficie del tejido duro, a veces forma grupos de prominencias papilomatosas pequeñas rojizas situadas sobre una placa queratocística, la desventaja de este es que como tiende a ser frecuente en la encía y en el paladar, donde el tejido blando es delgado y muy cercano a hueso permite que este se afecte fácilmente aunque tenga poco poder de invasión. Su pronóstico es malo.

d) **Cáncer Ulcerativo:**

Cuando el médico descubra por medio de la palpación o a simple vista una ulceración o múltiples ulceraciones en la cavidad oral, que han sido persistentes y de duración prolongada, es decir son crónicas deberá pensarse en una neoplasia. Por lo general, las ulceraciones más crónicas suelen adoptar el aspecto de un cráter con una depresión central y un reborde o anillo más elevado de un tejido que es de consistencia dura. Sin embargo no todas las ulceraciones que encontramos con algunas de estas características van a ser sinónimo de cán

cer, existen otras enfermedades en las cuales se presentan estas ulceraciones por ejemplo (Sífilis, tuberculosis, gingivitis, e incluso la actinomicosis).

e) Rigidez:

Cuando se palpan las lesiones cancerosas generalmente nos encontramos con las siguientes características: fijas, rígidas o adheridas a los tejidos circundantes y las zonas contiguas muestran un cierto grado de dureza que se conoce como induración.

f) Infiltración e Invasión:

Las columnas y cordones penetrantes de células neoplásicas actúan como dispositivos adherentes que proporcionan rigidez, mientras que, al mismo tiempo y por el mismo fenómeno, los tejidos laterales se hipertrofian y se hacen más densos, dando lugar a la induración.

g) Linfadenopatía Metastásica.

Los ganglios linfáticos se ven invadidos por tejidos neoplásicos debido a su penetración linfática que es la vía más frecuente de metástasis, por ello cuando se sospecha de cáncer deberá hacerse palpación de las zonas ganglionares linfática, incluyendo las cadenas cervical, submandibular, sublingual, yugular y supraclavicular.

Los ganglios linfáticos que se afectan con mayor frecuencia son los de la cadena submandibular.

Cuando existen ganglios linfáticos palpables, duros, no dolorosos y adherentes se va a sospechar de que éstos han sido invadidos por tejidos neoplásicos, sin embargo

la ausencia de ganglios linfáticos palpables no es suficiente para que no exista cáncer ya que algunas neoplasias, no metastatizan hasta una etapa muy tardía de su evolución. Es muy importante el diagnóstico diferencial de ciertas enfermedades como la del Hodgkin, la leucemia en los tejidos o estructuras contiguas a la cavidad oral, en el cuello merecen ser vistas por el otorrinolaringólogo o por el cirujano maxilofacial.

Muchas veces se encuentran ganglios con las características antes mencionadas y se descubre que no tienen relación con ninguna neoplasia, más bien proceden de infecciones bucales que tuvieron lugar en un tiempo anterior

Se ha dicho que el cáncer en boca produce dolor interferencia de la función bucal y sialorrea, sin embargo suelen faltar cuando la lesión cancerosa es pequeña, sin embargo hay un síntoma muy importante que es el de deparestesia, entumeciendo y disminuyendo la sensibilidad en un segmento de la piel, esto obliga a investigación en la mandíbula.

La Historia Clínica es un factor muy importante para poder diagnosticar la enfermedad ya que por medio de ésta podremos descubrir enfermedades que suelen dar síntomas en boca o bien los hábitos del paciente, que estos van a ser muy importantes por ejemplo: si fuma, si toma, la edad, el sexo, desde cuando apareció la lesión en boca, cuál ha sido su evolución, etc. Sin embargo cuando nosotros no podemos dar cuenta a simple vista y con ayuda de la palpación que esa lesión es cancerosa se deberá emitir la Historia Clínica y se manda inmediatamente al especialista quien hará los exámenes de labo

ratorio:

- 1.- Biopsia, Papanicolao
- 2.- Análisis Sanguíneos (2)
- 3.- Radiografías

El Cirujano Dentista juega un papel muy importante en el diagnóstico precoz del cáncer, ya que como dije antes, cuando la lesión neoplásica está avanzada es de fácil diagnóstico, pero cuando ésta es pequeña puede no ser descubierta o ser catalogada de poca importancia, por no presentar características del cáncer.

(2) Balcells Gorina A. La Clínica y el Laboratorio
" El Laboratorio en el Diagnóstico del Cáncer"
Pags. 370,372. Editorial Marín-México,D.F.

h) Cuadro Clínico:

Se presentan como una masa ligermanete prominente, de pequeño tamaño muy discreta, grisácea, queratósica con superficie rugosa, que presenta prominencias del tamaño de una cabeza de alfiler que se parecen a pápulas. Es dura y poco adherida a los tejidos circundantes.

i) Localización del Cáncer en Boca.

Las neoplasias pueden localizarse en cualquier parte de la cavidad oral, pero son más frecuentes en algunos sitios que en otros. Por ejemplo en el Bermellón de los labios, el borde lateral de la lengua y el suelo de la boca que representan más del 70% de todos los cánceres de la boca.

Las neoplasias más frecuentes en la cavidad oral tenemos al Carcinoma Epidermoide, este representa más del 90% de todas las lesiones malignas, otros tipos son el Carcinoma Mucoepidermoide, el Cilindroma, el Adenocarcinoma, el Sarcoma y el Melanoma Maligno.

Uno de los métodos usados en el diagnóstico del Cáncer es la citología (3) , esto no significa que va a subsistir a la biopsia, sino que cuando la lesión es muy pequeña y dudosa da cierta resistencia a realizarla, es ahí donde se utiliza la citología exfoliativa.

La técnica para la obtención de la muestra es muy sencilla y el material para la misma también lo es, solo

se necesita: 2 portas de vidrio, un escabador en forma de depresor lingual, un fijador (alcohol etílico al 95%, H.C.) . Después de realizar la Historia Clínica anotando la descripción de la lesión, se marcan los porta objetos con fecha y nombre del paciente, se humedece una gasa esponjosa con agua del grifo y se limpia la superficie de la lesión, se humedece la terminación del escabador y se escaba la lesión. Algunas veces sangra, pero se cohibe fácilmente la hemorragia, en los casos en los que está queratinizada la lesión es aconsejable desprender la superficie para después obtener la muestra, se extiende el material sobre el porta, formando una capa muy fina, se colocan varias gotas de fijador encima del porta, este debe mantenerse en contacto con el fijador durante 15 min. después de este tiempo se seca al aire libre. Este es mandado junto con la Historia Clínica para que se realicen los estudios Citológicos.

j) Resultados del Informe Citológico:

Tipo	I	Células Normales.
Tipo	II	Ligera Atipia, pero sin señales de transformación maligna.
Tipo	III	Alteraciones Nucleares indeterminadas. Este dato refleja una intensa atipia nuclear, asociada muchas veces a displasias epiteliales.
Tipo	IV	Sugestivo del Cáncer.
Tipo	V	Cáncer seguro.

Los pacientes que se encuentran en el tipo II deberán realizarse nuevas pruebas, los que se encuentran en III y IV la biopsia y el diagnóstico histológico son pa so o bligados.

CAPITULO I I

ETIOLOGIA

El Carcinoma Epidermoide de la Cavidad Oral es un tumor maligno de origen desconocido.

Se inicia en el epitelio normal.

Se ha sugerido que este, al igual que las demás formas de cáncer, se acompaña de una cierta variedad de estímulos tanto de origen intrínseco como extrínseco.

En los últimos años se ha insistido bastante en el concepto de la carcinogénesis, que a cargo de agentes que por si mismos, no son carcinogénéticos.

Se cree que la enfermedad se da en dos fases independientes:

1.- Período de iniciación y 2.- Proceso de promoción

En el período de iniciación, algunas células normales o su progenie, se convierten, en un tiempo relativamente, corto y por la acción de un carcinógeno, en células timorales latentes. Durante el período de promoción, las células tumorales latentes son estimuladas al crecimiento hasta convertirse en tumoraciones visibles tras largos períodos de tiempo y mediante la acción repetitiva de agentes no carcinogénéticos, esta última ha sido denominada acción cocarcinogénética.

Dentro de los principales agentes causales del cáncer tenemos:

II.1 Virus:

Se conocen unos 150 virus oncógenos en animales, la tercera parte son aproximadamente virus de D.N.A. los demás son de R.N.A.

Entre los virus D.N.A. se han estudiado en detalles los de polioma (py) de vacuolización de simios (SV40) y los Adenovirus humanos.- Los virus papiloma, polioma y de vacuolización de simios suelen reunirse con el nombre de papova.

Tanto (SV40) como (py) son muy pequeños, el primero tiene peso molecular de 2.3 a 2.5×10^6 el último de 2.9×10^6 esta cantidad de D.N.A. está formada por unos 5 a 10 genes.

La mayor parte de SV40 se necesita para la oncogénesis, pero solo se necesitan en forma similar algunos de los genes py.

Cuando las células son atacadas por virus DNA puede seguir dos caminos mutantes exclusivas. Las células del huésped natural (células permisivas) sufren la llamada infección productiva en la cual el virus se multiplica y la célula muere. En otro caso las células que pertenecen a una especie huésped extraña bloquean la multiplicación del virus (células no permisivas) y, en condiciones adecuadas, hasta el 40% de las células pueden transformarse en cancerosas. En esta forma considerada de infección abortiva, las células no mueren sino que son estimuladas para multiplicarse.

La búsqueda de los virus oncógenos del ser humano - prosigue, y mientras se carece de pruebas, se han acumu-

lado evidencias indicadoras de una serie de cánceres del ser humano son causadas por virus, uno de los que más se sospecha es el de Epstein Barr (E.B.).

Es preciso considerar el problema de las lesiones múltiples del carcinoma bucal, pues si una zona de la cavidad bucal está predispuesta a generar una lesión maligna, también pueden estarlo otras muchas (1).

Se podría hablar de " Cancerización del campo" ya que muchos pacientes con cáncer bucal tienen múltiples lesiones anatómicas separadas, al mismo tiempo o a intervalos.

II.2. Agentes Químicos:

Agentes ambientales causa del cáncer fueron descubiertos primeramente por Sir Percival Potts en 1775, relacionó la elevada frecuencia de cáncer de escroto en deshollinadores por exposición continua o crónica al hollín.

Hidrocarburos aromáticos policíclicos; fueron los primeros aislados y son algunos de los carcinógenos más poderosos conocidos. Los mejores estudiados en el 7, 12 Dimetil Benzotraceno; el Dibenzo Antraceno; el Benzopireno; y el Metilcolantreno.

II.3. Aminas Aromáticas:

Las mejores estudiadas son el Dimetil Amino Azobenceno (DNAB) el N Metil y Aminoazobenceno, el 2 Acetilamino Fluoreno y la 2 Anftilamina, estos agentes fueron los primeros en demostrar la conversión metabólica an-

tes de volverse carcinógenos.

II.4. Agentes Alquilantes:

La Betapropiolactona y los epóxidos, son carcinógenos potentes y también mutágenos. A diferencia de otros carcinógenos, los alquilantes no necesitan conversión metabólica, se fijan directamente a los grupos Nucleofílicos en DNA y RNA y proteínas, la posición N 7 de la desoxiguanosina parece ser el lugar preferido de fijación. Algunos compuestos que hay en los alimentos del hombre el más importante es la aflatoxina B1 alcaloide elaborado por cepa de hongo *Aspergillus* que crece en las nueces y cacahuates molidos almacenados en forma inadecuada, la cicasina, alcaloide de las nueces de algunas palmas, el azafrán que se usa en una variedad de guisos, el pollo que es pintado con anilina para darle color amarillo, carne ahumada, todos los carcinógenos químicos requieren cierto tiempo para ejercer su efecto.

Alcohol: Estudios realizados indican que pacientes que ingieren más de 207 Ml. diarios, padecen cáncer.

II.5. Tabaco:

El 29% de los pacientes que fuman padecen cáncer, se comprobó que el mascar tabaco es de importancia, pero lo es más aún el fumar. La alta incidencia de cáncer entre los consumidores de nuez de betel resultó está relacionado con el componente tabáquico del mastiche y no en la propia nuez.

II.6. Carcinogénesis de Radiación:

La radiación es un carcinogénico potente tanto en el animal como en el hombre, no sabemos si la radiación altera directamente al DNA o altera la expresión fenotípica del genoma. Los datos existentes favorecen la idea de que su poder oncógeno guarda relación con su efecto mutágeno. Hay estudios que demuestran que el tumor producido y ciertos números de mutaciones guarda proporción lineal sugiriendo que la acción oncógena incluye mutación es sabido que las radiaciones UV pueden causar cambios en la estructura del DNA en forma de dímeros de Timina-Timina. Sin embargo, tales errores pueden ser suprimidos y reparados por enzimas específicas. Tal reparación puede evitar la Carcinogénesis. Por lo tanto cuando cultivos de tejidos se someten a los rayos X los efectos carcinógenos de radiación quedan suprimidos, a menos que las células se dividan poco después de la exposición.

Sigue pensándose que la energía radiante solo hace lo siguiente:

- 1.- Acelera el envejecimiento. Lo cual significa una mayor frecuencia de mutaciones espontáneas y cáncer.
- 2.- Activa el virus oncógeno.
- 3.- Altera el microambiente de la célula.
- 4.- Estimula las células para que proliferen originando errores mitóticos, y para que se desarrollen los mutantes más vigorosos constituyendo tumores.

La historia de los cánceres provocados por radiaciones en el hombre se inició en tiempos de los primeros radiólogos, el propio Röntgen sufrió Cáncer de Piel.

II.7. Otros Carcinógenos:

Desde hace tiempo hay preocupación acerca de un exceso absoluto o relativo de estrógenos que podrían producir cáncer en los tejidos blandos como: mama y endometrio pero más bien se cree que las hormonas lo único que hacen es acelerar el proceso canceroso.

II.8. Irritantes físicos como son:

Prótesis mal ajustadas, los irritantes térmicos como los alimentos muy calientes.

II.9. Estados de mal nutrición en los que se acompaña cirrosis hepática.

Sifilis, luz solar.

C A P I T U L O I I I

EVOLUCION FUNCIONAL

El Carcinoma Epidermoide invade siempre los tejidos circundantes por invasión directa, cosa que en cavidad oral se facilita debido al mínimo de barreras; por esto el piso de boca se extiende a la base de la lengua o bien de tejidos gingivales invade el hueso.

La vía más frecuente de diseminación es la vía linfática, debido a que las paredes de los conductos son muy delgadas, y permiten el paso de células neoplásicas, también pueden desprenderse pequeños nidos de células y ser transportados a los ganglios linfáticos donde son atrapados, otras veces las células neoplásicas crecen hasta alcanzar los ganglios de drenaje, lo que afectan más frecuentemente por metastatización son los submandibulares y los cervicales superficiales profundos.

Otros grupos son: Los ganglionares submentales, supraclavicular, pero no es tan frecuente.

Se han visto otros casos de metástasis por vía sanguínea siendo más frecuente la diseminación venosa que la arterial mediante la diseminación venosa de los carcinomas de boca suele afectarse sobre todo los pulmones, hígado y huesos; mientras que los riñones, glándulas endocrinas y la médula ósea se afectan sobre todo por invasión arterial.

Los Carcinomas de la Cavidad Oral muestran principalmente 4 tipos de crecimiento:

- 1.- Forma fungosa o exófitica.

- 2.- Infiltrativo o invasivo.
- 3.- Ulcerativo.
- 4.- Verrugoso.

Las Células tumorales conservan las características funcionales especializadas de las células de origen, en proporción a su grado de diferenciación.

El Carcinoma bien diferenciado está compuesto de nidos de células cuyo origen es el epitelio escamoso, las células suelen ser muy grandes y presentar una membrana celular definida, los núcleos son grandes, con gran variabilidad en la reacción tinte (las que se tiñen con hematoxilina se denominan hipercromáticas).

Las mitosis no son abundantes y son atípicas, hay queratinización celular individual y formación de numerosas perlas epiteliales o de queratina.

Las células malignas invaden activamente el tejido.

Las neoplasias bien diferenciadas elaboran mucina, hormonas y enzimas, igual que las células de las que provienen.

En neoplasias no diferenciadas la actividad metabólica parece estar destinada a la síntesis de sustancia celular y la mitosis, otras funciones especializadas resultan disminuidas o desaparecidas.

Los cánceres pueden elaborar productos que sus células de origen no producen.

En ocasiones provocan defectos difusos sobre el huésped por síntesis de hormonas, supresión de inmunidad o elaboración de

factores mal definidos que alteran la función del sistema nervioso o de la médula ósea, a estos efectos se les denomina síndrome "Paraneoplásico" .

Broders realizó un sistema de graduación clínica de los Carcinomas según el grado de malignidad. Este se basa en el grado de diferenciación celular.

La graduación va del I al IV

Grado I Del 75 al 100% de células están diferenciadas.
 Grado II Del 50 al 75% de células diferenciadas.
 Grado III Del 25 al 50% de células diferenciadas.
 Grado IV Del 0 al 25% de células diferenciadas.

Recientemente se ideó una la American Comitee for Cancer Stating and End Results Repoding y es la siguiente:

Estadfo I Está limitado a su lugar de origen sin metástasis ganglionares palpables.
 Estadfo II El tumor se ha extendido más allá de su origen pero se limita a la cavidad oral sin metástasis ganglionares palpables.
 Estadfo III Es parecida al I y II con metástasis ganglionares cervicales clínicamente palpables no fijos.
 Estadfo IV Es similar al I y II pero llega más allá de la cavidad oral con metástasis ganglionares cervicales fijos, clínicamente palpables.

C A P I T U L O I V

ASPECTO RADIOGRAFICO

Las radiografías nos aportan información diagnóstica valiosa y constituyen un registro permanente del estado de salud dental del paciente en el momento del examen.

Es importante la toma de radiografías porque como ya sabemos muchas neoplasias se han descubierto por casualidades dentro del examen radiográfico.

Existen dos diferentes tipos de complicación del Carcinoma primario.

La más común es la involucración del hueso como resultado de un epiteloma o carcinoma de tejidos blandos que puede ser en la encía, en el piso de boca, o alguna otra porción de la mucosa bucal.

Puede estar involucrado cualquier otro sitio de la mandíbula o maxilar pero el lugar más frecuente es la unión entre la rama ascendente de la mandíbula y la región del tercer molar.

Los tumores largos causan ampliación de la destrucción de la mandíbula.

Las radiografías muestran no evidencia de hueso sobre el área larga donde hay dientes existe sobreposición por hueso y tejidos, los márgenes del hueso presentan irregularidades e infiltración en algunos casos raros la porción cercana al maxilar o mandíbula es completamente invisible.

De los tejidos que se encuentran involucrados en un carcinoma puede observarse una densidad en la radiografía que está por encima del hueso. Cuando esto se observa sugiere la presencia de un tumor, aunque se puede precisar o indicar la naturaleza de la lesión, aunque sospechemos de un carcinoma, pero la radiografía solo nos dará un diagnóstico de presunción.

Estas solo revelan los cambios estructurales de los huesos.

El cuadro radiográfico de la invasión de un carcinoma a hueso es el de una destrucción ósea independientemente de si el tumor es de células escamosas, basales, adenocarcinoma o cualquier otro tipo, la sombra radiotransparente del tumor es pleomorfa y de bordes mal definidos cuando las capas corticales del hueso es tan invadidas son resorbidas y generalmente muestran erosión y penetración con poco adelgazamiento o cambios de forma.

No suele haber osteoclerosis alrededor del tumor a causa de su crecimiento relativamente rápido.

Los dientes de la región son con más frecuencia rodeados que reabsorbidos por la neoplasia.

La lesión radiotransparente caracterizada por la superficie rugosa del hueso cortical adelgaza en su cara medular.

Una inclusión de dientes dentro de una zona radiotransparente completa o parcial dentro de la lesión indica que el proceso destructivo es muy activo.

La información radiográfica dentro-maxilar se encuentra prácticamente limitada las modificaciones y/o alteraciones microscópicamente experimentadas por lo tejidos de la boca, lo anterior

confirma que el examen o interpretación radiográfica solo representa un medio diagnóstico auxiliar, con el cual no se debe esperar llegar sistemáticamente al diagnóstico definitivo, solo da una información relativa o complementaria pudiendo en algunos casos como excepción dar información completa.

C A P I T U L O V

ANATOMIA PATOLOGICA

Microscópicamente:

El Carcinoma Epidermoide se caracteriza por masas, islotes o cordones irregulares de células escamosas que proliferan hacia abajo e invaden el tejido conjuntivo.

Existen variación según el grado de diferenciación de los tumores y el tipo de crecimiento.

Las células del Carcinoma bien diferenciado varían poco con respecto a las células normales. Los islotes o cordones in vasos de Células Epiteliales malignas están formados por células de tipo periférico basal espinosas, granulosas y queratina, en la región central existen queratinización y dan lugar a las perlas de queratina, los núcleos de las células son grandes quedando en relación de 1 a 1 en lugar de 1 a 4 que es lo normal.

El citoplasma se vuelve eosinófilo, las mitosis son mínimas y las divisiones observadas son normales.

Los Carcinomas bien diferenciados.

El tejido conjuntivo adyacente a la zona afectada muestra una respuesta inflamatoria crónica intensa.

Carcinomas moderadamente diferenciados.

El tamaño de las células es variable, el de los núcleos y

C A P I T U L O VANATOMIA PATOLOGICA**Microscópicamente:**

El Carcinoma Epidermoide se caracteriza por masas, islotes o cordones irregulares de células escamosas que proliferan hacia abajo e invaden el tejido conjuntivo.

Existen variación según el grado de diferenciación de los tumores y el tipo de crecimiento.

Las células del Carcinoma bien diferenciado varían poco con respecto a las células normales. Los islotes o cordones en vasos de Células Epiteliales malignas están formados por células de tipo periférico basal espinosas, granulosas y queratina, en la región central existen queratinización y dan lugar a las perlas de queratina, los núcleos de las células son grandes quedando en relación de 1 a 1 en lugar de 1 a 4 que es lo normal.

El citoplasma se vuelve eosinófilo, las mitosis son mínimas y las divisiones observadas son normales.

Los Carcinomas bien diferenciados.

El tejido conjuntivo adyacente a la zona afectada muestra una respuesta inflamatoria crónica intensa.

Carcinomas moderadamente diferenciados.

El tamaño de las células es variable, el de los núcleos y

de la reacción tintorial, las mitosis son acentuadas existiendo se observan formas normales como anormales. La querantinización es aislada.

El Carcinoma moderadamente no diferenciado.

V.I. No hay querantinización, ausencia de puentes intercelulares, hay notable variación en el tamaño de las células, en la forma y tinción.

En ocasiones se observan células gigantes, se encuentran imágenes de división tripolar y otros anormales, a veces es tan anplásico que es difícil establecer su origen epitelial.

V.2. Carcinoma no Diferenciado:

Dan la impresión de invadir el tejido subyacente, más por extensión de pequeños islotes o masas celulares que mediante el aparente "empuje". También hay inflamación crónica en el estroma adyacente, algunos otros provocan respuesta displásica en el tejido conjuntivo subyacente.

C A P I T U L O V I

DIAGNOSTICO PRECOZ

El Cáncer siendo una de las enfermedades que afectan a un gran número de población; ha venido a representar uno de los mayores retos para las autoridades sanitarias, para lo cual las instituciones médicas han venido luchando por alcanzar uno de los máximos objetivos de la oncología moderna. Que es el de la prevención de todos los cánceres en el hombre, dicha tarea se realiza por medio del diagnóstico precoz u oportuno (4) que hay que procurar por todos los medios. En el se incluyen: información general de la población, exploraciones preventivas de personas aparentemente sanas, (gran programa diagnóstico en todos los síntomas sospechosos de tumor), otras exploraciones a plazo corto, o mejor exploración quirúrgica.

Si estas medidas no aportan ninguna explicación satisfactoria o definitiva, se tendrá presente que:

- 1.- No hay ningún criterio de inflamación naturaleza general o especial que no pueda ser provocado también por tumor.
- 2.- En los cuadros sospechosos de tumor, se tratan primero sintomáticamente, (por ejemplo con antibiotico) y esperar los resultados (diagnóstico ex-juvantibus) significa una decisión grave, la mayoría de las veces objetivamente irresponsable.
- 3.- En el diagnóstico precoz de los tumores los síntomas al iniciar la enfermedad son muy leves, como por ejemplo el mal aspecto, inapetencia, aceleración de la VSG, electro

foresis sérica patológica etc.

Entonces el diagnóstico precoz, lo deberá realizar el especialista de cada órgano más que el oncólogo clínico.

C A P I T U L O V I I

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

Una vez que se ha establecido el diagnóstico, el problema que se presenta es en relación a la curación, para poder lograr que el paciente pueda llegar a curarse, es necesario tener en cuenta las características que en este momento presenta el padecimiento, estas características pueden ser que no haya invadido, por extensión directa ningún órgano vital, no se haya diseminado por vía linfática o sanguínea a órganos distales, si el caso presenta estas características el pronóstico no será tan favorable, para poder apreciar el grado de curabilidad será necesario tener al paciente bajo observación clínica, sometiéndolo a exámenes de rutina tanto físicos y clínicamente completos.

Dentro del tratamiento del cáncer existen tres métodos a elegir:

- 1.- Quirúrgico
- 2.- Radioterapia
- 3.- Quimioterapia

VIII.1. Quirúrgico: Todo tumor localizado probablemente debe someterse a operación radical. Este es el medio más empleado en la terapia del cáncer.

VIII.1.1. Técnicas Quirúrgicas.

Resección en V (Resección en cuña; resección en rodela). Esta práctica en la mayoría de los carcinomas de labio inferior, se realiza con una anestesia local en el campo o con infiltración troncular. El Cirujano sujeta el labio a un lado del tumor entre sus dedos índice y pulgar;

el ayudante sujeta el otro lado en forma similar.

Se comprime el labio lo suficiente como para ocluir la arteria labial inferior. Y se somete a tensión mientras se practica la incisión.

Se extirpa una cuña del labio en forma de V. Sin embargo cuando se reaproximan los bordes, puede producirse en la línea de sutura una pequeña depresión o muesca.

Para evitar esto, se hace que la incisión sea perpendicular a la superficie del labio a lo largo de unos pocos milímetros, antes de dirigirla hacia el proyectado vértice de la V. Se profundiza la incisión a través de todo el espesor del labio, y se divide la piel, la mucosa y los tejidos intermedios.

Después de haber extirpado la piel suele ser necesario ligar la arteria labial inferior, y algunos otros vasos más pequeños.

Se aproximan con exactitud las diferentes capas del labio; normalmente se suturan por separado el músculo, la membrana mucosa y la piel. También se pueden suturar con puntos en U verticales a partir de las dos superficies cutáneas y mucosas, penetrando cada uno de ellos hasta algo más de la mitad del espesor del labio, de tal forma que la capa muscular quede bien aproximada.

En la superficie de la mucosa se utiliza satura de Catgut crómico de 3-0 mientras que en la superficie cutánea se utiliza satura de seda de 4-0 o de plástico 5-0.

Esto se retira la quinto día postoperatorio.

En esta técnica se reseca casi siempre 1/3 parte o la mitad del labio, consiguiendo el cierre primario con buen resultado estético y funcional.

VII.1.2. Reconstrucción con colgajo pediculado (Transposición labial/ Abve Estlander).

Esta se realiza en casos de defecto amplio en la parte media del labio. El pedículo para en forma de puente, atravesando el orificio oral, con lo cual hasta que se divide en una segunda operación habrá dos estromas. Se reseca la lesión. Se marcan los límites del colgajo pediculado. Ha de tener un tamaño aproximadamente igual a la mitad del defecto labial, de tal forma que cada labio quede reducido en la misma extensión. Para movilizar el colgajo, se divide el labio en todo su espesor hasta la profundidad necesaria, comenzando por el margen libre.

La otra rama de la incisión se extiende hacia el borde del labio y es preciso tener un cuidado exquisito para no dividir la arteria labial, que constituye el único aporte sanguíneo al colgajo. Se identifica la arteria en la otra rama de la V donde ha sido dividida y se señala su relación con el borde del labio. Se rota la cuña de tejido y se le incrusta en el defecto, se realiza una sutura con Catgut crómico de 3-0 y la piel con puntos sencillos de seda o plástico de 5-0. La boca no queda simétrica, la comisura afectada aparece redondeada más que angulada y queda más cerca de la línea media que la otra.

Pasadas unas semanas puede reconstruirse esta comi-

sura.

Tumores amplios del labio pueden afectar mandíbula por extensión directa; en estos casos habrá que practicar una resección parcial o de todo el espesor de un segmento del maxilar. El tumor se extiende también a lo largo de la rama mentoniana del nervio alveolar inferior. A través del foramen mentoniano llehando hasta el canal mandibular.

Esto ocurre tanto en los tumores grandes como en los pequeños y puede apreciarse clínicamente. La anestesia de la zona inervada por este nervio sugiere tal tipo de extensión; en el estudio radiográfico se identifica, a veces, la destrucción del hueso, en estos casos se practicará una hemimandibulectomía.

El pronóstico va a depender en cierta medida de la duración y la extensión de la lesión y la presencia de metástasis. En la serie de Cross el índice total de curación de los pacientes con cáncer de labio tratados por cirugía era de aproximadamente el 81% mientras que en el estudio de Widmann, el índice de curación de pacientes tratados por medio de irradiación era del 83% lo cual indica que las dos formas de curación producirán resultados similares.

VII.1.3. Lengua.

Los pequeños tumores se extirpan mediante infiltración anestésica local o bloqueo nervioso, pero es preferible una anestesia general endotraqueal. Se ponen unos puntos de tracción de seda fuerte (2-0) por delante y por detrás del lugar donde se vaya a trazar la incisión. Estos puntos son útiles sobre todo cuando se trabaja bajo anestesia local, ya que facilitan la manipulación de la lengua mientras se practica la incisión y mientras se pinzan y ligan los vasos san-

guíneos. Puede colocarse una sutura profunda por detrás de la porción media del futuro defecto, porción que podrá emplearse también para el cierre.

Se traza una incisión elíptica con una separación de unos pocos milímetros de la lesión, en caso de que esta sea maligna y de 1 cm. cuando es maligno, puede ser transversal u oblicua, según sea la configuración del tumor.

El márgen debe ser adecuado en profundidad al igual - que en anchura. Es aconsejable señalar la pieza con una sutura, de tal forma que el patólogo esté en condiciones de orientarla bien. Tal vez se de el peligro de hemorragia procedente de la arteria lingual o de sus ramas incluso cuando se resecan porciones mínimas en la lengua; la hemostásis tendrá que ser cuidadosa. Cuando el defecto es superficial basta con el cierre en un solo plano; se utiliza Catgut crómico de 3-0 dando puntos sueltos en U.

Las más profundas se cierran en dos planos, que com - prenden músculo y mucosa, se utilizan a veces saturas de seda o de plástico, pero resulta difícil para el cirujano y molesto para el paciente, el retirar los puntos.

Los tumores próximos a la punta pueden tratarse rese - cando una cuña de tejido, algo así como una resección en V; el cierre del defecto se practicará en dos o tres planos.

En tumores más grandes será menester reseca r porciones más amplias de la lengua. La hemiglosectomía en sentido la - teral, es técnicamente factible , aunque raras veces se practica. El pronóstico del cáncer en esta localización no es bueno. Aunque las estadísticas varían según los estudios,

por lo general se admite que el índice de curación con 5 años de sobrevida está debajo del 25%.

El factor más importante que afecta al pronóstico de estos pacientes es la presencia de metástasis cervical o su ausencia. Gibbel mostró un 81% de índice de sobrevida cuando no había metástasis, 43% cuando no había metástasis en el momento de la admisión. Aquí se observa la importancia del diagnóstico temprano y la función del odontólogo en el conocimiento de las lesiones cancerosas.

Vii.1.4. Encía.

Extirpación con resección marginal de hueso.

En los tumores superficiales que no invaden el hueso y cuando no hay evidencias clínicas de metástasis ganglionares cervicales, el procedimiento de elección consiste en extirpar el tumor con resección marginal del hueso.

Es preferible la anestesia nasotraqueal, taponando la faringe con gasas.

Si el tamaño y localización del tumor lo permiten, suele ser adecuado un abordaje trans-oral, sino fuera así, se agrandará el estroma.

Se extraen los dientes a cada lado de la línea de incisión proyectada. Se traza una incisión perpendicular al reborde alveolar, extendiéndola hasta uno o dos tercios de la distancia hasta el borde inferior, de la mandíbula. Se traza una incisión semejante, al otro lado de la zona que se va a extirpar y entonces, se practica una incisión trans

versal que una los extremos de ambas. La localización de las incisiones depende de la localización del tumor; se sacrificará un margen de alrededor de 1 cm. de tejido de aspecto normal. Si el tumor es apto para ser extirpado - por una resección marginal, probablemente no estén afectadas la superficie medial o lateral de la encía, con lo - cual podrá disecarse un colgajo mucoperiostico en ese lado. Se disecará periostio anterior y posterior al defecto proyectado, en una extensión de aproximadamente medio centímetro, a fin de permitir el recorte del proceso alveolar. Casi siempre se divide el hueso verticalmente hasta un punto por debajo del nivel de inserción del músculo milohioideo. Se libera el segmento óseo con una sierra eléctrica o con un martillo y cincel. Se extirpa entonces el tumor de la encía y una cantidad variable de mucosa bucal o de suelo de la boca, o de ambos, junto con el fragmento subyacente del maxilar. Se alisan los rebordes del hueso se aproxima entonces la mucosa previamente disecada supra adyacente a los bordes recortados del defecto, para ello utilizando puntos sueltos de Catgut crómico de 2-0 suele ser posible también aproximar sobre el borde de corte del hueso ya sea el colgajo mucoperiostico, ya el tejido de la mejilla del suelo de la boca o de la lengua, se obliteran los espacios muertos y se colocan entre el hueso y la línea de sutura de la mucosa supraadyacente una capa protectora de tejido blando. Se aproxima entonces la membrana mucosa con puntos sueltos de Catgut de 2-0. Una secuela natural de ese método de cierre es la afectación en la movilidad de la lengua. Si esto llega a crear un problema para el habla o la deglución podrá movilizarse la lengua pasados unos meses y recubrir el defecto con un injerto de piel. Otro posible método que reduce la fijación de la lengua consiste en aplicar de inmediato un injerto libre de piel en lugar de practicar la sutura mucosa.

Después de todas las intervenciones quirúrgicas intra-orales se practica una traqueostomía. En algunos casos podría evitarse pero la falta de movilidad de la lengua y el dolor asociado a la deglución, conducen a la acumulación de secreciones en la farínge, con el riesgo consiguiente de aspiración, de obstrucción de las vías aéreas o de ambos accidentes.

El Cáncer de la encía superior se funde imperceptiblemente con el cáncer de paladar duro. Los tumores situados a lo largo del reborde gingival superior pueden extirparse en forma similar a los de la encía inferior. Es posible abordarlos transoralmente o a través de una incisión limitada tipo Weber Fergusson, con reflexión parcial de labio y mejilla se marca la incisión en el tejido blando y se reseca el hueso subyacente. De ello resulta una fístula oro-antral, susceptible de cerrarse con un apósito durante el período post-operatorio inmediato y con un obturador temporal durante las semanas siguientes. Después se fabricará una prótesis dental con un obturador en su superficie dorsal. La fístula queda obliterada eficazmente y se consigue un excelente resultado funcional, el paciente no encuentra dificultad en el habla ni problemas con el paso de contenido oral al antro, cuando la prótesis está colocada. Si se prefiere puede cerrarse la fístula con un colgajo pediculado, pero la prótesis dental resulta tan eficaz que la intervención no merece la pena.

VII.1.5. Suelo de boca.

Cuando se encuentra afectada esta zona también va a estar afectada ya sea la encía, o la lengua por lo tanto la técnica quirúrgica aquí utilizada será una modificación de las técnicas ya descritas para lengua o encía.

VII.1.6. Mucosa Bucal

El tratamiento quirúrgico de esta zona, depende del tamaño y localización de la lesión.

Extirpación con cierre primario.

A veces es necesario disecar un colgajo de mejilla, utilizando para ello una parte de la incisión de Weber Fergusson. Se divide el labio superior en la línea media; en la base del tabique nasal se dirige la incisión lateralmente, formando un ángulo de 90° , y se le extiende hasta el ala de la nariz y alrededor de la misma, en una distancia variable. En esta operación se utiliza anestesia por intubación nasotraqueal a través del lado de la nariz no afectado. Se practicará un taponamiento de la faringe con gasas.

La lesión premaligna suele extirparse casi siempre mediante una incisión elíptica. El defecto se cierra con puntos sueltos de sutura vertical en U, con Catgut crómico de 4-0.

Es posible extirpar, de la misma forma, pequeños tumores malignos, pero dejando siempre un margen de tejido sano alrededor de 1 cm. La extirpación se extiende en profundidad para incluir el tejido adiposo subyacente y, si fuera necesario, el músculo buccinador. Después de un control meticuloso de los puntos hemorrágicos, se cierra el defecto por planos.

Extirpación e injerto cutáneo libre. Cuando la extirpación del tumor deja un defecto demasiado grande para cerrarse simplemente, cabe utilizar un injerto cutáneo libre.

Estos injertos se extraen de la piel del abdomen o del muslo; cuando se toman injertos de todo el espesor de la piel, suelen emplearse la región clavicular o la superficie interna del brazo.

La técnica es similar a la empleada para recubrir un defecto cutáneo. Se sutura el injerto a la mucosa bucal en la periferia del defecto, utilizando puntos sueltos de seda de 4-0 a los cabos de la sutura se dejan largos a fin de sujetar con ellos un apósito de grasa que será recortado a la medida del injerto. Se coloca sutura fuerte a través de la mejilla y cerca del apósito, que se hacen pasar sobre éste y atraviesan nuevamente la mejilla para salir por su superficie externa. Estos puntos se anudarán sobre una gasa en el lado cutáneo. Estos se retiran al 6° día postoperatorio. Los defectos de tamaño moderado se cerrarán por rotación de un colgajo pediculado de mucosa y submucosa adyacente.

Algunos tumores infiltran ampliamente el tejido de la mejilla. Si el defecto es pequeño y situado cerca de la comisura, es posible utilizar para cerrarlo una modificación del colgajo tipo Estlander. Un colgajo de la - frente es muy útil. Puede trasladarse el colgajo al cabo de una semana después, podrá seccionarse el pedículo. Hay que evitar recurrir a cuello como zona donante o como punto intermedio en el traslado, ya que esto podría interferir con la valoración de posibles metástasis ganglionares cervicales, o con una ulterior disección cervical.

Resección incluyendo hueso. Los tumores afectan a veces el periostio, en este caso, se deberá extirpar una parte variable del maxilar superior o inferior. Si el tú

mor invade también el canal mandibular , habrá que realizar una hemimandibulectomía.

Mandibulectomía y Disección Cervical.

La Técnica varía según la localización precisa y la extensión del tumor y según la presencia o ausencia de adenopatías cervicales metastásicas.

Preparación postoperatoria del paciente: Incluye una evaluación global del paciente y mantenerlo en un estado clínico óptimo se harán las correcciones dentarias necesarias. Se tendrán preparadas varias unidades de sangre para la operación, antes de la operación se inicia el tratamiento con antibióticos de amplio espectro, tratamiento que se continuará durante una semana siguiente al postoperatorio. Antes de trasladar al paciente al quirófano se le colocará un tubo nasogástrico. El anestesista practicará la intubación nasotraqueal. Se evita la intubación orotraqueal, ya que el tubo estorbaría durante la fase oral u orofaríngea de la operación. Sino fuera posible realizar la intubación nasotraqueal quedaría la alternativa de practicar una traqueostomía bajo anestesia local, y de insertar entonces el tubo anestésico directamente en la traquea.

VII.1.7. Técnica de Resección Compuesta;

Los límites de la operación van a ser la clavícula, el borde anterior del músculo trapecio, el borde inferior de la mandíbula, se reseca todo el tejido blando situado entre estos límites, dejando unida la porción de la mandíbula que se ha de resecar, el tejido blando movilizado en el cuello. Si por ejemplo hubiera de researse el segmento del maxilar comprendido entre la sínfisis y el án-

gulo, se movilizarían los tejidos submentoniano, y se les reflejará hacia atrás, pero no se separan del hueso los tejidos submaxilares. Se desinsertarán por detrás y se reflejarán hacia adelante, el extremo superior del músculo esternocleidomastoideo, la vena yu gular interna y los tejidos blandos adyacentes. De es ta forma, los tejidos blandos del cuello permanecen unidos a la porción mandibular que se va a reseca.

Es muy importante tener en cuenta el alcance de la operación que se va a realizar, deberá de ser una incisión incurvada, pero el campo que proporciona - puede resultar insuficiente en los casos de tumores intraorales y orofales de situación posterior. Los tu mores de localización anterior se movilizan fácilmente por vía transoral, con o sin división del labio.

Si el tumor es de situación medial al reborde alveolar, se modifica la incisión, para que puedan reseca ha g ta 1 a 2 cms. de mucosa de aspecto normal más allá del límite aparente del tumor. Al sobrepasar con la inci - sión la línea por la cual se habrá de seccionar el hue so quedará una cantidad suficiente de membrana mucosa unida a la mandíbula restante, que permita resuturar el colgajo de mejilla al finalizar la operación.

Se talla el colgajo, dividiendo los tejidos blandos si tuados entre la mejilla y el maxilar, se dejará adheri do al colgajo cutáneo el periostio del segmento de hue so que se va a reseca, a no ser que con esta maniobra resulte comprometida la resección del tumor. La exten - sión del colgajo depende de la amplitud de la resección mandibular. Se separa de la mandíbula solo una pequeña distancia más allá de los lugares de división del hueso.

Si se practica una incisión en T, se divide el labio por la línea media y se separa hacia atrás un gran colgajo de mejilla. Si se hubiera empleado la incisión única curvada, que recomendamos, no se dividirá el labio, pero el largo colgajo cutáneo superior podrá separarse lo suficiente para permitir la división del maxilar desde el abordaje lateral.

Al incidir los tejidos blandos intraorales, suele haber riesgo de hemorragia; por lo tanto preferimos dividir la mandíbula por delante y por detrás, antes de practicar la incisión en la lengua. De esta forma mejora la exposición del tumor, casi nunca se llegará a realizar una hemimandibulectomía en sentido literal. En lugar de ello se practica una resección segmentaria del maxilar; la posibilidad de disponer de tejido blando suficiente para cerrar el defecto.

En la hemimandibulectomía para desarticular la mandíbula, es preciso dividir el plexo venoso pterigoideo lo cual suele ir acompañado de una hemorragia profunda, no masiva pero persistente y difícil de controlar. Se simplifica la operación y se reduce al mínimo el defecto cosmético, si se divide la rama vertical del maxilar siempre que la localización del tumor lo permita.

Se divide el músculo masetero con un bisturí cerca del ángulo del maxilar, para librar el músculo pterigoideo del hueso subyacente hasta el nivel de división proyectado, se utiliza un periostótomo, se divide el hueso con una sierra eléctrica a unos 2 cms. del tumor. Puede ser necesario extraer uno o más dientes. A continuación se divide el músculo pterigoideo interno. De es

te modo mejora el acceso al tumor y es posible llevar a cabo la resección con mayor exactitud.

Una vez extirpada la pieza, se realiza una hemostá-sis cuidadosa. La superficie cruenta es amplia y es posi-ble que haya una considerable pérdida de sangre. Con fre-cuencia proporcionan gran ayuda unas cuantas suturas a modo de ligadura estratégicamente colocadas,

El método de cierre del defecto resultante es varia-ble. Los defectos de paladar blando han de ser reparados con todo cuidado. Si el defecto es amplio, se emplean col-gajos por rotación procedentes de lengua o de mucosa ad-yacente.

La mortalidad de la resección compuesta oscila entre el 3 y el 8%.

La supervivencia varía con la localización y el tama-ño del tumor primario y con la presencia o ausencia de las metástasis ganglionares. Spiro y Frazell han publicado 437 resecciones compuestas en carcinoma epidermoide avanzados en boca. La supervivencia a los 5 años sin signos de enfer-medad era de 58.3 cuando se sufría metástasis.

VII.2. Radioterapia.

La Radioterapia es el tratamiento de las enfermedades neoplásicas por medio de radiaciones.

Existen muchas formas y niveles de radiación; pero pa-ra efectos curativos en oncología son las radiaciones ioni-zantes; reciben este nombre por su capacidad especial de

interaccionar con los átomos y las moléculas malignas, pero la radiosensibilidad de estas suele ser mayor, así como su capacidad de regenerar las lesiones producidas por la radiación.

Las radiaciones ionizantes (electromagnéticas y partículas) comprenden las siguientes modalidades:

- VII.2.1. 1.- Electromagnéticas: rayos X, rayos Gamma.
- VII.2.2. 2.- Partículas: Partículas Alfa, electrones Partículas Beta y neutrones.

Según la intensidad del voltaje, existen 3 grupos de aparatos.

- a) Aparatos con voltaje inferior a 150 y 1000 Kv (Radioterapia Superficial).
 - b) Aparatos entre 150 y 1000 Kv (Radioterapia Convensional).
 - c) Superiores a los anteriores estan los aparatos de megalovoltaje.
- Entre los que se encuentra la bomba de cobalto con irradiación Gamma generada por el CO^{60} (con voltaje de 2 mev) aceleradores lineales (de 4 a 10 rev. y betatrones (20 mev).

Actualmente existe un acuerdo para utilizar únicamente los aparatos de megavoltaje en la radioterapia del cáncer con fines curativos,

Los supervoltajes proporcionan, los siguientes beneficios:

- 1.- Permiten administrar dosis homogéneas tanto en regiones superficiales como profundas.
- 2.- Proporcionan campos de delimitación bien definida, con lo cual es posible irradiar regiones cercanas a órganos vitales sin daño irreversible de estos o con el menor porcentaje de efectos secundarios.
- 3.- Se consiguen dosis mayores en tejidos profundos sin que surjan los graves eritemas que antes limitaban esta terapéutica.
- 4.- El tejido óseo absorbe menos radiación, con lo cual la radionecrosis óseas y cartilaginosas, antes frecuentes apenas se observan.

El objetivo fundamental de la radioterapia radical o erradicativa, pretende la destrucción total y definitiva del tumor.

La radioterapia postoperatoria; es una modalidad - muy discutida, los efectos secundarios que produce superan muchas veces los beneficios que realmente derivan de su uso.

La radioterapia está indicada en casos en los que la extensión del tumor, su localización o la existencia de metástasis excluyen una operación.

En las indicaciones de la radioterapia hay que tener en cuenta lo siguiente:

Las técnicas mejoradas (por ejemplo, Irradiación)

convergente, pendular o rotatoria, irradiación filtrada) así como las modernas fuentes de radiación terapéutica de alto voltaje, acelerador de electrones rápidos o radiaciones Röntgen ultraduras) llevan el tumor con mejor protección de la piel, una dosis mucho más efectiva.

Se usan radiaciones ionizantes que pueden ser producidas artificialmente por desintegración natural de los elementos radioactivos con el fin de lograr un efecto modificador en las células. La forma corpuscular o electromagnéticas tienen propiedad de atravesar los tejidos teniendo acción sobre las células principalmente sobre las cancerosas. La sensibilidad de las células afectadas se debe a que su ciclo es más acelerado.

Otro tipo de tratamiento es el de los isótopos que actualmente son de gran valor debido a los resultados observados.

Los isótopos son aquellos elementos que tienen el mismo número atómico pero diferente peso.

La radioactividad inducida es el fenómeno en el que se produce el número de átomos estables, un equilibrio energético, por medio de un bombardeo con partículas subatómicas, esto produce un reacomodo de los átomos en el núcleo debido a la expulsión de una partícula nuclear y por la emisión de energía liberada en forma de radiación formándose así un átomo diferente.

La base de su utilización es debido a la transformación de energía física (electromagnética) de las radiaciones a través de procesos de ionización.

El empleo terapéutico de los isótopos se encuentra limitado por varios factores como son: selectividad sensibilidad a las radiaciones de los tejidos sanos, sobre todo en el sistema hematopoyético, la escasa o nula radiosensibilidad de algunos tipos de tumores a esta forma de energía. El Isótopo radioactivo para ser útil debe tener un período de semidesintegración corta, porque de otra forma puede ser carcinogénico.

VII.2.3.A continuación presentamos los isótopos más usados:

- a) El Yodo radioactivo (I-131) es el isotopo que más se utiliza y se debe a que tiene afinidad con el tejido tiroideo.
- b) El Fósforo radioactivo (P-32) es el de empleo más antiguo.
- c) El oro radioactivo (AU-198) se utiliza en forma coloidal en el tratamiento de tumores primarios y secundarios.
- d) Cobalto radioactivo (Co-60) es el que más se usa en los cánceres.

La radioterapia, cuando se aplica correctamente es de gran utilidad en el tratamiento del carcinoma epidermoide en la cavidad oral, el resultado estético es bueno, muchas veces mejor que cuando se hace una reconstrucción plástica complicada. Las posibilidades de conseguir el control del tumor son las mismas con cualquiera de los dos métodos cuando los dos han sido habilmente aplicados.

VIII.3. Quimioterapia.

Existen 3 indicaciones importantes dentro de la quimioterapia son:

- 1.- Tratamiento de enfermedades tumorales generalizadas demostradas.
- 2.- Curvas de seguridad para la profilaxis recibidas después de operaciones (quimioterapia coadyuvante).
- 3.- Supresión de reacciones inmunitarias en trasplantes de órganos y en el tratamiento de enfermedades autoinmunes.

La quimioterapia de las enfermedades tumorales no aportan curación definitiva. Según el tipo de procedencia del tumor se cuenta con alrededor del 20% de remisiones completas y el 20-30% de remisiones parciales. Para los carcinomas puede contarse aproximadamente de 20 a 30%.

- 1.- El tratamiento de las enfermedades tumorales se basa en una relativa selectividad de acción. Los mejores preparados son aquellos que con escasa toxicidad general ejercen el efecto relativamente más intenso sobre las células tumorales.
- 2.- No puede separarse del efecto terapéutico el peligro para los tejidos normales con propiedades similares de proliferación y metabólicas, que es al mismo tiempo el factor limitante de la dosificación.
- 3.- Las masas tumorales grandes frecuentemente mal vascularizadas (necrosis centrales) o invadidas

por tejidos conjuntivos, son especialmente poco accesibles a la quimioterapia. Sus dominios están en los focos pequeños y numerosos.

- 4.- Ciertos tumores tienen un metabolismo relativamente lento y escasa velocidad de división. Son especialmente difíciles de influenciar por la quimioterapia. Por otra parte, algunos tumores especialmente desdiferenciados histológicamente o ricos en mitosis no tienen hoy de ningún modo un propósito peor o priori. Por el contrario, a veces pueden influenciarse especialmente bien.
- 5.- Posiblemente prescindiendo del test en cultivos de tejido, no hay hasta hoy criterios histológicos o clínico químico, que permiten predecir la respuesta de un tumor a la quimioterapia con suficiente seguridad; depende del ensayo clínico.

El grueso de citostáticos pertenece a uno de estos tres grupos: a) Substancias alquilantes b) antimetabólitos c) alcaloides vegetales.

VII.3.1. a) Substancias alquilantes:

Los efectos secundarios están considerados según la diferencia de substancia a substancia y de paciente a paciente.

En relación al S.N.C. tenemos náuseas, vómito, escalofríos, sudores, fiebre, inapetencia y postración.

En piel: prurito, exantema, alopecia, trastornos un geales.

En Sangre: Hemólisis, granulopenia o trombopenia alérgica, linfopenia, anemia, deisgranulocitosis tóxicas.

Tubo Digestivo: Diarrea, Estomatitis, candidiada, enterocolitis y úlcera.

Hígado: Lesiones parenquimatosa, ictericia, coloes-tática.

Metabolismo de Riñones: Hiperucemia, ataque de gota, hipercalcemia, uremia, diabetes.

Gónadas: esterilidad, lesiones germinales.

Citostáticos más usados y más importantes actualmente:

VII.3.2. Substancias Alquilantes.

Nombre comercial: Melfalán. Nombre genérico Melfalán.

Indicaciones todas. Dosis media única 0.1-0.2 mg/kg durante 7 días por vía oral I.V.

Genoxal o ciclofosfamida de 150-200 hasta 300 mg. al día por vía I.V.

Trenimon - trisetileniminobenzoquinona de 0.2 mg. diarios cada uno o dos días con dosis de cura de 8-10 12 mg.

Pulsofán - Indicada en mielosis crónicas, dosis de 6-10 mg. diarios hasta que los leucocitos sean mayores a 20 000 mm³.

Dicloren TEM-Mostaza nitrogenada de 2 a 5 mg. diarios

durante 3 o 4 días vía I.V.

VII.3.3. Antimetabolitos.

Alexan-citarabina de 2-3 mm./kg/día repartida en 1 o 2 infusiones c/24 hrs.

Fluoruro Uracila - 5 fluorouracilo de 10-15 mg/kg. diarios durante 3-6 días vía I.V.

Substancias de procedencia y acción diversa.

Farniblastina-Adriamicina como monoterapia y en combinaciones de 0.4-0.6 mg/kg por 1-3 días o en una so la vez que repite el ciclo después de 2 o 4 semanas.

Proresid-Podofilinhidrácida, tratamiento adicional en combinación con irradiación de 400 a 1500 mg. diarios dosis de cura 20-40 g.

Bleomicina-Carcinoma de Epitelio plano, de 0.15-0.25 mg/kg por día durante 7-10 días por vía I.V. Dosis de cu ra de 200 a 400 mg.

Una vez que se ha establecido el medicamento anti-neoplásico; el paso a seguir es la posología o dosifica ción.

Existiendo diferentes formas de dosificación.

Uno de los puntos más importantes dentro de la qui mioterapia es la dosificación del fármaco, ya que así podremos acercarnos a la cura total de la enfermedad,

los esquemas de dosificación pueden ser condicionales ya que naturalmente hay que adaptarlos al caso individual del enfermo; las dosificaciones más exactas y comparables se obtienen por referencia al peso corporal del enfermo.

El tratamiento intravenoso o las inyecciones diarias o cada dos días sigue siendo el método de elección.

Tratamiento combinado:

Las metas de quimioterapia son: Evitar una resistencia por bloqueo simultáneo de varias vías metabólicas o fases de división de las células tumorales.

Aumento del efecto (sobre las células tumorales) con reducción simultánea de las dosis individuales del medicamento con distinto punto de ataque y, con ello, de los efectos secundarios.

La poliquimioterapia ha sobrepasado tanto el tratamiento de los linfomas malignos, que hoy se aplica como método estandar a casi todos los tumores. Es muy importante el número de sustancias, y la selección de dosificación de la misma.

VII.3.4. Tratamiento de sincronización:

Uno de los obstáculos de la terapéutica internista tumoral efectiva, es el hecho de que la mayoría de los citostáticos solo son efectivos sobre las células que se encuentran en proliferación, especialmente sobre las fases sensible S o G^2 , pero que su tiempo en el organismo es predominantemente corto. Las células tumorales

crecen por otra parte asincrónicamente, de modo que durante las concentraciones altas del medicamento en sangre y en los tejidos, solo una pequeña parte de las células proliferantes están pasando la fase sensible.

VII.3.5. Tratamiento Tonificante:

La dieta de los enfermos cancerosos debe adaptarse a su apetito y a las manifestaciones particulares del tumor.

Debe ser variada, calóricamente completa, rica en proteínas y fácilmente digerible, hay que evitar la sobrealimentación. Casi siempre está disminuida la producción propia de enzimas digestivas y elige las sustituciones correspondientes por uno de los numerosos preparados de ácido clorhídrico, pepsina o fermentos pancreáticos.

El balance de los electrolitos debe controlarse y tratar su trastorno en consecuencia, con tales trastornos en caso de vómitos frecuentes, diarreas, fistulas, hay que contar con graves alteraciones de la función hepática o renal.

Necesidades vitamínicas de los enfermos tumorales. Esta está elevada y deben satisfacerse en consecuencia. Entran en combinación cada 2 o 3 días. Hay que tener siempre en cuenta si en estas combinaciones no están contenidas sustancias que puedan contrarrestar una quimioterapia simultánea (por ejem. ácido fólico, ácido nicotínico.)

Transfusiones sanguíneas. No solo compensan la fre

cuenta anemia, sino que elevan la resistencia general, tampoco hay que menospreciar su efecto psicológico precisamente en los enfermos tumorales. A causa del peligro de una hepatitis transfusional, se da mejor 2-3 transfusiones juntas y a continuación gammaglobulina por 2 o 1 día.

VII.3.6. Tratamiento del dolor.

Es muy importante librar al enfermo de los dolores, insomnios, náuseas, fiebre, sudores, decúbitos, etc. Sin ponerlo para ello medicamentosamente en estado crepuscular.

Muchos enfermos quieren pasar sus últimos días y horas según su concepción del mundo y su religión, el médico debe respetar esta actitud.

A la supresión del dolor puede contribuir decisivamente una intervención quirúrgica, la cordotomía - transcutánea o una operación estereotáxica en el sistema nervioso central. También entra en consideración la irradiación paliativa con dosis de rayos Röntgen pequeñas y medias.

Para la supresión medicamentosa del dolor se ofrece una amplia selección de analgésicos simples, preferentemente combinada, pasando por los opiáceos sintéticos (Dolantina, metasidín, cliradón) hasta los verdaderos derivados morfínicos.

En los tumores incurables tenemos psicofármacos como la fenotiacino, meproamato, diazepina así como algunos atácticos. Pueden administrarse como una es-

pecie de tratamiento básico al que se añaden los analgésicos según sean necesarios.

C A P I T U L O V I I I

CUADRO CLINICO

El Carcinoma Epidermoide en cavidad bucal se considera por regiones.

En Piso de Boca.

La edad promedio en la que se presenta la enfermedad en esta zona es de 60 años, 97% de los carcinomas de esta área se presenta en varones, se presenta a ambos lados de la línea media, cerca de los orificios de las glándulas salivales a veces se presenta en zonas más posteriores a nivel de los dientes molares.

Suele manifestarse como lesión infiltrativa con ulceración de tipo fisura, la diseminación es rápida y abarca el lado contra lateral de la mandíbula, puede estar invadida la lengua, lo que hace difícil determinar el sitio exacto de origen de la lesión, cuando se ve por primera vez ya tiene 2 o 3 cms. de longitud a lo largo del piso, también puede observarse como tumor fungoso que se adhiere al maxilar y en ocasiones afecta al hueso pero esto es tardío.

En la zona media invade a los músculos linguales y en ocasiones cruz la línea media y ocupa el piso entero de la boca.

La verificación de la lesión y la etapa en que se encuentra el tumor se logra de mejor manera mediante palpación bimanual.

La biopsia siempre está indicada al igual que la radiografía, por lo menos la mitad de los pacientes ya presentan metástasis cervicales en el momento de hacer el primer estudio clínico.

Los síntomas son poco notorios, el paciente revela la presencia de un módulo pequeño o una zona dura insensible bajo la lengua.

Cuando acude al dentista si este no tiene experiencia puede pasarlo por alto. En cambio en la etapa final siempre hay sialorrea, solor intenso, dificultad para hablar y deglutir, y hemorragia.

VIII.1. Cáncer de Mucosa Bucal.

En la India es la forma anatómica más común, esto se debe a la costumbre de mantener durante muchas horas al día una substancia irritante compuesta principalmente con nuez de betel en el interior de la boca.

Mejilla (cubierta de los carrillos que se extiende desde el canal gingivo bucal superior hacia el inferior y desde las comisuras bucales por detrás hasta la rama ascendente de la mandíbula.

Es frecuente en pacientes de edad avanzada, afecta más al varón que a la mujer. Entre otros se ha demostrado como causante ciertos irritantes crónicos como tabaco mascado y nuez de betel.

Es precedido por leucoplasia, tiende a estar mejor diferenciado y a crecer con más lentitud y a tener una mayor proporción de metástasis que en piso de boca o lengua.

La lesión primaria suele ser crecimientos o ulceraciones - exofíticas indoloros de la mucosa en las zonas de leucoplaquia o hiperqueratosis, el diagnóstico se hace por inspección directa

o palpación bimanual y biopsia.

VIII.2. Encía.

Es más frecuente en la encía inferior que en la superior en la porción posterior más que en la anterior, aquí constituye el 1% del cáncer de la cavidad bucal. No hay diferencia entre el sexo, la edad promedio de los pacientes es de 50 años. La extensión al piso de boca ocurre en un 14% de los casos y en la mejilla y labio en 31%. La encía y su adherencia al hueso influyen en el aspecto y conducta de la lesión cancerosa de este sitio.

Varias características clínicas como son: adherencia e induración, ni pueden detectarse debido a que la propia encía ya está muy adherida, además ya que la encía es muy delgada y en contacto con el hueso las lesiones cancerosas precoces pueden haber afectado ya al hueso por invasión directa.

El Carcinoma suele ser bien diferenciado en la región molar, las metástasis aparecen en 40% a 60% de los pacientes refieren dificultad para soportar dentaduras postizas, dolor al masticar o expulsión de saliva con hilillos de sangre. Son procedimientos diagnósticos la biopsia y las radiografías de maxilar y mandíbula.

El parecido de las lesiones cancerosas en esta zona con infecciones dentales ha dificultado por lo tanto se retrasa el diagnóstico y tratamiento. Se cree que puede ser causado aquí por irritación crónica. En ocasiones después de una extracción encontramos un carcinoma gingival pero se podría asegurar que el diente fué extraído debido a la lesión y no la extracción la que originó el cáncer.

Se manifiesta como una zona ulcerada que puede ser erosiva o sino una proliferación exofítica. Es más frecuente en zonas desdentadas. En la encía fija se inician los primeros síntomas.

En el maxilar se dirige a seno maxilar o se va al paladar o bien a pilares amigdalinos, a veces en estados tardíos se producen fracturas patológicas, son más frecuentes las metástasis en el maxilar que en la mandíbula.

VIII.3. Carcinoma de Paladar.

No es muy común en la cavidad oral: se presenta con un porcentaje similar a la de la mucosa vestibular.

Suele originarse en las glándulas salivales y es relativamente radioresistente. La edad promedio es de 58 años y es más frecuente en el hombre.

Por costumbre de fumar con el cigarro invertido es decir con la parte encendida hacia adentro, el síntoma más frecuente es dolor local; generalmente se encuentra exudado, mal olor, después de la destrucción de la mucosa superficial, pues el tejido se infecta con los gérmenes de la boca, las metástasis van más allá del nivel de la clavícula al igual que en la encía casi siempre invaden hueso adyacente y de esta forma afectan la cavidad nasal y los senos maxilares. La muerte obedece invariablemente a causas locales como hemorragias obstrucción e infecciones secundarias complicada con la dificultad de deglutir lo que origina caquexia e infecciones pulmonares consecutivas a la aspiración de material extraño.

VIII.4. Carcinoma de Labio.

Una de las neoplasias más frecuentes en boca. La mayor de

las veces se presenta en el labio inferior. Es más frecuente en varones, de edad avanzada la edad promedio varía de 55 a 75 años pudiendo existir en pacientes de 25 años con menos frecuencia. El 8.3 se desarrolla en el borde del bermellón inmediatamente por fuera de la línea de cierre. El aspecto clínico es parecido a las anteriores en regiones intrabucales, es frecuente una ulceración, lo seco de la zona provoca lesiones encostradas, puede ser hemorrágica (parda o negra), cerosa o purulenta por su origen. Crece por invasión directa, infiltrando las estructuras circundantes de piel mejillas mentón e incluso de la mandíbula.

Cuando la lesión avanza crea un defecto crateriforme o produce un crecimiento exofítico proliferativo de tejido tumoral. El lado derecho e izquierdo en igual frecuencia se encuentra afectado, se relacionó esto al hábito de fumar pipa o tabaco. Tarde en hacer metástasis y puede producir una lesión voluminosa antes que haya manifestaciones a ganglios. Las lesiones anaplásicas suelen hacer metástasis más temprano cuando produce metástasis suele ser ipsolateral y ataca ganglios submentoniano o submaxilar o si la lesión está cerca de la línea media del labio puede haber metástasis contralateral. Por el drenaje cruzado de los vasos linfáticos.

VIII.5. Cáncer de Lengua.

Esta es la zona más afectada por el Carcinoma Epidermoide dentro de la cavidad oral. Comprende del 25 al 50 % de todos los cánceres intrabucales.

Es más frecuente en varones con un promedio de 63 años de edad, pero puede producirse en personas relativamente jóvenes. 22% de los pacientes tenía fijación de complemento o reacción Kahn. 33% de los pacientes con C.A. tenían sífilis. La Leuco -

plasia se ve muy relacionada con el C.A. aunque muchas lesiones leucoplásicas no degeneran. Mientras que otros carcinomas se desarrollan sin manifestaciones de una leucoplasia. Se presenta como una úlcera indolora a veces se hace dolorosa principalmente cuando se infecta.

La úlcera presenta los bordes levemente elevados y evoluciona hasta convertirse en una masa fungosa exofítica o se infiltra en las capas profundas de la lengua produciendo fijación induración. La lesión se produce en el borde lateral o superior ventral de la lengua, es muy importante el sitio específico de aparición de estos tumores porque las de la parte posterior de la lengua pueden ser de un grado más elevado de malignidad, hacen metástasis antes, y ofrecen peor pronóstico, debido a su inaccesibilidad al tratamiento.

En esta zona las metástasis son más frecuentes. Las lesiones metastásicas son ipsolaterales, bilaterales o debido al drenaje linfático cruzado contralateral.

VIII.6. Buco Faringe.

Esta región incluye paladar blando, paredes faringeadas, amígdalas linguales, tercio posterior de la lengua. Afecta principalmente al varón en un promedio de 60 años de edad.

El sitio primario son las amígdalas y aquí constituye un 10% de todos los C.A. de cabeza y cuello. Muchas veces se observa una masa cervical superior que va creciendo por debajo del ángulo de la mandíbula, el paciente refiere dolor al tragar referido a menudo hacia el oído. La laringoscopia directa o indirecta y la palpación son medios de diagnóstico importantes.

VIII.7. Senos Maxilares.

Aunque el cáncer primitivo del seno maxilar no se le considere miembro del grupo de cánceres de la cavidad oral, su proximidad a esta y su propagación a tejidos y estructuras dentales le da similitud a sus signos y síntomas.

En su mayoría los Carcinomas de senos maxilares son de células escamosas y se desarrollan en la mitad del antro relativamente cerca de las raíces de dientes premolares provocando el aflojamiento y alargamiento de estos, y existiendo una hinchazón y abultamiento del reborde alveolar de esta zona. La primera molestia es la obstrucción unilateral o la descarga nasal, la extensión de la neoplasia que determina las manifestaciones clínicas de la enfermedad está reflejada por la extensión de la lesión de las paredes del seno. A veces solo está en el piso de seno de manera que se va a manifestar únicamente en estructuras bucales, si está atacada la pared mesial, habrá obstrucción nasal. La afección de la pared superior provoca el desplazamiento del ojo y la afección de la pared lateral origina el abultamiento de la mejilla. Las metástasis ocurren cuando el tumor está muy avanzado y abarca los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales.

Esta forma de cáncer bucal es la menos frecuente, nada se sabe en particular de la etiología.

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

Al concluir este trabajo referente al carcinoma oral hemos observado que este viene a representar una de las variedades de cáncer que llegan a desarrollarse en el hombre. Dentro de los cánceres bucales el más abundante es el carcinoma epidermoide. El cual siempre nos representa un peligro para el paciente ya que se encuentra cerca de estructuras y zonas anatómicas que en todo momento facilitan la metástasis del carcinoma.

Este estudio no pretende hacer temer al profesionista al carcinoma sino el de motivarlo para que tome conciencia que en cualquier momento puede estar ante un cáncer oral, deseamos dar información ampliándonos nuestro panorama odontológico, especialmente cuando realizamos el examen de la cavidad oral ya que sabemos que no perdemos el tiempo al realizar un estudio minucioso al elaborar todos los exámenes que realizamos como son: Historia Clínica, Radiografías, Análisis Clínicos, Biopsias, etc., nos permitirán evaluar mejor el estado del paciente y así poder realizar un tratamiento adecuado.

Porque vemos que un gran número de carcinomas en boca han sido descubiertos cuando están en una fase crónica y el pronóstico no es favorable.

Queremos hacer notar que esta tarea del diagnóstico temprano del cáncer le corresponde al odontólogo tomando su papel de médico de la boca que le corresponde; si llegara a sospechar de alguna lesión deberá agotar todos sus recursos hasta demostrar la malignidad o benignidad de la misma o bien enviar al paciente a la persona o personas capacitadas en este tipo de enfermedad que puede ser oncólogo, el maxilofacial o ambos.

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

ARCH PATHOL. LAB. MED.

Oral Carcinoma in situ its Progression To
Squamous basosquamous and basal cell
Carcinoma fresco et al each month.
U.S.A.

June 1981 volume 105 (1) 15-9 pág.

A REPORT DATIS GW JR ET AL ANN DENT
Squamous cell carcinoma of the anterior
mandibular alveolar

U.S.A.

1980 fall volume 39 (3) 56-8 pág.

BATTIFORD HECTOR. BRAND N. WILLIAM.
MUSS WILLIAM

Radiation oncology

St. Louis Ed the C.U. Mushy Company 1979.
83-199 pág.

CRISSMAN JD ET AL HEAD NECK SURG.

Squamous cell carcinoma of the floor of the mouth
each month.

Sept. 1980 Oct. 3 (1) 2 - 7 pág.

DENTAL ABSTRACTS PUBLISHED BY
THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION
Overview of squamous cell carcinoma
each month.

U.S.A.

July 1982 -Volume 27 (7) 348 pag.

DERR A DONALD. MAYOR M. ASH Jr.

ORAL PATHOLOGY

Philadelphia Ed Lea and Fehiger.

1978 - 134-138 pag.

DENTAL ABSTRACTS PUBLISHED BY
THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION

Viral Cause of Cancer, Is Cancer Irreversible
squamous cel carcinoma ballard.

each month

U.S.A.

December 1982 volume 23 (12) 630-631 pag.

GORLIN J. ROBERT GOLDNAN M. HENRY

Patología Oral

(Tr. Salvat Editores)

México Ed. Salvat reimpression

1980 - 900 - 902 pag.

GROSS ILOLN. B. SCHO MERICH MAINZF

Manual de Medicina Interna

(Tr. Dr. Rafael Echeverria)

Dr. Pilar Orengo

Barcelona Ed Reverte 1979 1225-1249 pág.

MAX EDER Y GEDECK PETER

Manual de patología General y Anatomía Patológica

(Tr. Dr. Jesús Jaime García - Dr. Gonzalo Herrariz
Rodríguez)

México Ed. Científica Médica

1978 - Pág. 278

MEDRANO LEANDRO

Células Virus y Cáncer

México Ed. Blume 1979 Pág. 87-109.

Mc. COY J. MICHAEL WALDROM CHARLES

" Verrucous Carcinoma of the oral cavity "

Oral Pathology

each month

U.S.A.

December 1981 volume 52 (6) 3 pág.

NORA F. PAUL

Cirugía General

Tr. Dr. Cristobal Pera

España Ed. Salvat 1980 pág. 71-112

SHAFFER G. WILLIAM HINE K. MAYNARD

LEVY M. BARNET

Tratado de Patología Bucal.

(Tr. Dra. Marina G. de Grandi)

México Ed. Interamericana - 1979 107-101 pág.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION

Squamous Cell Carcinoma of the Gingiva

each month

U.S.A.

June 1980 - vol.100 (687 a la pág. 872)

ZEGARELLI EDWARD

KUTSCHER HAUSFIN

HYMAN A GEORGE

Diagnóstico en Patología Oral.

(Tr. Editores Salvat)

Barcelona España Ed. Salvat

1981 pág. 264 - 270