

352
2 Gen



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"IZTACALA"**

**NEOPLASIAS ORALES EN MUCOSA MAS FRECU-
ENTES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ONCOLOGIA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
MARIA MAGDALENA RODRIGUEZ ROJAS
MAXIMINA YOLANDA VAZQUEZ RUBIO**



San Juan Iztacala

México, 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	3
ANATOMÍA E HISTOLOGIA DE LA CAVIDAD ORAL	
Generalidades	6-7
CAPITULO II	
CANCER	
2.1- Definición	23
2.2- Clasificación	24
2.3- Relación Huésped-tumor	25
2.4- Clasificación de Estadios Anatómicos	26
2.5- Clasificación de Tumor Benigno y Maligno	28
2.6- Epidemiología	29
2.7- Etiología	30
2.8- Metástasis	32
2.9- Pronóstico	34
2.10- Diagnóstico	34
2.11- Histopatología	39
2.12- Tratamiento	44
2.13- Clasificación de drogas anticancerosas	50
CAPITULO III	
TUMORES EPITELIALES EN CAVIDAD ORAL	
3.1- Carcinoma	52
3.1.2- Adenocarcinoma.....	57
3.2- Carcinomas Epidermoides en mucosa de cavidad oral.	

3.2.1- Labio	59
3.2.2- Lengua	62
3.2.3- Paladar	64
3.2.4- Encías	65
3.2.5- Piso de boca	67
3.2.6- Glándulas salivales	68

CAPITULO IV

NEOPLASIAS ORALES EN MUCOSA MAS FRECUENTES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGIA.

4.1- Análisis	75
4.2- Bioestadística	93

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

El motivo por el cuál escogimos este tema para la realización de nuestra tesis, es para saber las neoplasias en cavidad oral que se registraron en el Instituto Nacional de Oncología de la Ciudad de México en el período de 1980-1982.

Nos enfocaremos principalmente a la epidemiología, diagnóstico, histopatología y sus respectivos tratamientos.

Haremos un breve bosquejo de cáncer en general.

Nuestra hipótesis fué confirmada con está investigación ya que las neoplasias orales son más frecuentes en hombres que en mujeres. Presentandose más entre la cuarta y novena década de vida. Siendo estos pacientes de bajos recursos económicos y culturales; y con mayor frecuencia de los Estados de la Repú**u**blica, la mayorfa campesinos con hábitos de toxicomanías (alcoholismo, tabaquismo).

Estos pacientes asistieron a los seis meses de haber iniciado su padecimiento, la mayorfa presenta anodoncia total.

Su etiología de las neoplasias en su mayoría fué por irritaciones crónicas, para llegar a su diagnóstico se les realizaron exámenes de laboratorio como son: (Citología Hemática, Química Sanguínea, General de Orina, Citología Bacteriana), Tele de Tórax, Radiografías de Cabeza y Cuello, Fotografías, Biopsias (pre y transoperatorias).

Con esto se llega a la conclusión que es más frecuente el Cáncer Epidermoide en Cavidad Oral, para dicha neoplasia sus tratamientos realizados fueron por medio de Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía.

C A P I T U L O I

ANATOMIA E HISTOLOGIA DE CAVIDAD ORAL

La cavidad oral tiene tres paredes: una pared anterior constituida por los labios; dos paredes laterales, formadas por las mejillas; una pared inferior formada en su mayor parte por la lengua, y por debajo de está, por una pequeña región denominada piso de boca. Una pared superior constituida en su mayor parte por la bóveda palatina; una pared posterior que comprende el velo del paladar y un orificio muy irregular con el nombre de istmo de las fauces, pone en comunicación la boca de la farínge.

La cavidad oral se encuentra revestida por un epitelio plano estratificado cuyas células son superficiales, aplanadas, nucleadas y presentan algunos granulos de queratina en su citoplasma. En los labios se puede observar la transición de epitelio queratinizado. La lámina propia presenta papilas conjuntivas similares a la de la piel, que se continúan con la de la submucosa, donde se presentan pequeñas difusas glándulas salivales.

El techo de la boca está formado por el paladar duro y ambos, revestidos por el mismo tipo de epitelio estratificado.

En el paladar duro la membrana mucosa descansa directamente sobre el tejido óseo. El paladar blando tiene en su parte central, formada por un músculo estriado, esquelético y presenta muchas glándulas en su submucosa.

LABIOS

Resulta embriológicamente del desdoblamiento de la lámina epitelial, ocupa el centro de la boca primitiva o mucopentrante. La parte anterior del desdoblamiento constituye los labios, la pared anterior del muro, forma las encías.

Constitución Anatómica:

- 1.- Piel- Está constituida y adherida a los folículos musculares subyacentes, folículos cutáneos.
- 2.- Capa Muscular- Está constituida en su mayor parte por el músculo orbicular de los labios, elevadores comunes del ala de la nariz, labio superior, cigomáticos menores, cuadrado del mentón, buccinador, cigomático mayor, triangular de los labios, risorio de santorini.
- 3.- Capa Submucosa- Está formada por las glándulas labiales, formada por tejido conjuntivo laxo, con fibras elásticas fuertes.
- 4.- Capa Mucosa- Forma el estrato más profundo de los labios.
- 5.- Irrigación e Inervación- Las arterias de los labios provienen en su gran parte de las coronarias; coronaria inferior, coronaria superior, que provienen de la facial, ramas sensitivas proceden de la suborbitaria y mentoniana.

El parénquima de los labios es de fibras musculares estriadas de tejido fibroconectivo elástico; el cual está constituido por piel, folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas.

En el borde libre de este no hay glándulas sudoríparas y

sebáceas en su cara interna está cubierta por una membrana mucosa que incluye epitelio queratinizado estratificado plano, sobre una lámina propia de tejido conectivo, papilas altas, donde se encuentran las glándulas.

CARRILLO

Constituyen las paredes laterales de la boca, se extiende desde el borde inferior de la orbita hasta el borde inferior del maxilar y en su anchura, desde el borde posterior del masetero, hasta la comisura de los labios y las partes laterales de la nariz.

Constitución Anatómica:

- 1.- Piel- Es notable por su finura y su vascularización, muy fina en glándulas sudoríparas y sebáceas.
- 2.- Tejido Celular-Subcutáneo (capa adiposa); corresponde a la parte antral de la mejilla y la región contigua suborbitaria.
- 3.- Capa Muscular- El buccinador y su aponeurosis, por delante de los labios, se extiende a la altura, entre los músculos insertados en el borde alveolar.
- 4.- Capa Mucosa- El epitelio pavimentoso es duro y grueso, la dermis es muy abundante en fibras elásticas.
- 5.- Irrigación e Inervación- Proviene de las arterias de las mejillas, que es irrigada por; arteria transversal de la cara, rama de la temporal (superficial; alveolar, bucal). Los nervios motores provienen de la rama temporo-facial y cervico facial sensitivos destinados a piel y mucosa. El carrillo en un corte histológico tiene una estructura semejante a la del la-

bio con un armazón de músculo estriado, tejido fibroconectivo-elástico, constituido en su fosa íntima, por una membrana mucosa cubierta, por epitelio no queratinizado estratificado plano.

PISO DE BOCA Y LENGUA

El piso de boca está constituido por partes blandas, que separan la cavidad bucal del cuello y la cierran, están comprendidas entre los arcos óseos, uno situado arriba y adelante, la rama horizontal del maxilar inferior; abajo el hueso hioides, en medio de estas partes el músculo milohioideo.

- a).- Glándula Sublingual- Conducto de Rivinus.
 - b).- Prolongación de la rama submaxilar, penetra en el espacio sublingual, sigue el conducto de Wharton.
 - c).- Conducto de Wharton- Conducto secretorio sigue la cara interna de la glándula sublingual.
 - d).- Irrigación e Inervación Sublinguales- Situadas en la cara interna de las glándulas debajo del conducto de Wharton.
 - e).- Nervio Lingual.
 - f).- Nervio Hipogloso Mayor- Sigue el conducto de Wharton.
 - g).- Organos precedentes están rodeados por una capa de tejido celular adiposo laxo, a causa de la gran movilidad de la lengua.
- Músculos de la Lengua- Estos son extrínsecos e intrínsecos. Músculos extrínsecos se extienden de la base del cráneo al hueso hioides y son: hipogloso, geniogloso, estilogloso, palatogloso, forman las fibras del constrictor superior de la faringe; los músculos intrínsecos van a formar, el volumen de la lengua, superior e inferior.

Músculo Hipogloso- Se extiende del hueso hioides a la lengua, se origina del cuerpo de la lengua a el hueso hioides. Se inserta en la parte posterior de la lengua. Se relaciona con el músculo milohioideo, nervio hipogloso, lingual, conducto de wharton y glándula sublingual; su acción es la extensión de la lengua hacia atrás, abajo y al lado.

Músculo Geniogloso- Se extiende de la punta del mentón al hueso hioides y la lengua, su origen es la punta del tubérculo geniano de la parte inferior de la mandíbula; su acción es la protrucción de la lengua.

Músculo Estilogloso- Se extiende lateralmente y es el más largo de los músculos. Su origen va desde el proceso estiloideo y hueso temporal y ligamento pterigomaxilar. Se inserta en las fibras transversales y longitudinales de la lengua; tiene la acción de elevarla.

Músculos Linguales- Lingual Superior. Es uno de los músculos intrínsecos situados inmediatamente por debajo de la mucosa y extendiéndose de la base de la punta de la lengua.

Lingual Interior- Este músculo se encuentra por debajo de la lengua y bordes de está, se conecta con el hueso hioides y pasa entre hioigloso y geniogloso.

Irrigación e Inervación- Este órgano recibe principalmente de la lingual, facial, arterias raninas, arteria sublingual.

Está inervado por el quinto par trigémino, el nervio motor de la lengua es el hipogloso.

Histología de Lengua:

Está formada por una masa muscular de tejido estratificado, recubierto por mucosa, la cual tiene una estructura variada. Las fibras musculares estriadas se extienden en los tres planos del espacio y los haces musculares, se hallan separados por una gran cantidad de tejido conjuntivo. La mucosa se presenta fuertemente adherida a la masa muscular, a causa de la penetración del tejido conjuntivo, de la lámina propia entre las fibras musculares. En su superficie inferior presenta mucosa lisa, en su cara opuesta su aspecto es irregular debido a las pequeñas elevaciones que son las papilas linguales, la región posterior de la cara dorsal de la lengua, está separada de la anterior, por una línea en forma de V detrás de esta presenta un número descripto de prominencias, formadas, principalmente por nódulos linfáticos.

Las papilas linguales son elevaciones del epitelio oral y de la lámina propia; existen tres clases:

Filiformes- Son cónicas y alargadas, son las más numerosas, cubren toda la superficie de la lengua y no contienen corpúsculos gustativos.

Papilas Fungiformes- Tienen una base estrecha y una parte apical, son poco frecuentes y están entremezcladas con las papilas filiformes, a menudo presentan corpúsculos gustativos.

Papilas Caliciformes- Llamadas también circunvaladas, tienen forma aplanada se encuentran en la V lingual en número de 2 a 7, y se presentan en su parte lateral, gran número de corpúscu

los gustativos.

En el surco de estas papilas desembocan glándulas salivales, linguales, serosas puras. La secreción de estas remueven las partículas alimenticias de los corpúsculos gustativos.

También existen otras glándulas relacionadas con los corpúsculos gustativos, en otras regiones de la cavidad oral como en la epiglotis, farínge y paladar.

ENCIAS

En la cavidad bucal y su vestíbulo, la mucosa cubre los arcos alveolares se denomina encía superior e inferior; la encía superior separa la bóveda palatina de la mejilla y del labio superior, la encía inferior separa la pared inferior de la boca de la mejilla y del labio inferior.

La mucosa gingival presenta tres porciones: 1) Una porción externa, vertical que reviste la cara externa de los arcos alveolares; 2) Una porción interna igualmente vertical, que reviste la cara interna de estos mismos arcos; 3) Una porción media, horizontal que se extiende sobre un borde libre mirando hacia abajo en la encía superior y hacia arriba en la inferior.

Estructura- La mucosa de las encías, esencialmente constituida sobre el mismo tipo fundamental que las demás porciones de la mucosa bucal, presenta obstante, algunos caracteres propios.

I) Es muy gruesa y tiene una consistencia notable, debido probablemente al hecho de que su corión está constituido por fascículos conjuntivos sumamente apretado.

2) Se halla adherida íntimamente al perióstio subyacente sin interposición de tejido conjuntivo; se trata de una fibromucosa.

Irrigación e Inervación- 1) Encía Superior. Está irrigada por la maxilar interna por medio de sus ramas alveolares, suborbitaria, esfenopalatina y palatina descendente; 2) Encía Inferior. Está irrigada por la sublingual (rama de la lingual), submentoniana (rama de la facial), dentaria inferior (rama de la maxilar interna); 3) Venas- Los posteriores se dirigen, unas al plexo alveolar y otras al plexo pterigoideo, las anteriores desembocan en parte en la vena lingual y en parte en la vena facial; 4) Nervios- Todos los sensitivos o los vasomotores se originan en los nervios alveolares: 1) Los de la encía superior en los nervios dentarios posteriores y dentario anterior, ramas del maxilar superior; 2) Los de la encía inferior en el nervio dentario, rama de la maxilar interna.

Histología de Encía:

Está formado por una lámina propia de tejido conjuntivo denso, firmemente adherida al perióstio. Y un epitelio estratificado plano que puede ser queratinizado en algunos lugares. Este epitelio se une al cuello del diente por medio de una capa celular (formada por hidratos de carbono y lípidos). Las células epiteliales de la encía están unidas a esta capa mediante hemidesmosomas.

BOVEDA PALATINA.

La pared superior de la boca está formada en sus dos

tercios anteriores por la bóveda palatina y en su tercio posterior por una porción del velo del paladar.

Constitución Anatómica:

Se compone de tres capas, que son de arriba abajo; una capa ósea, una capa mucosa y una capa glandular. 1) Capa Ósea. La armazón de la bóveda palatina, lisa por lado nasal en el que está cubierta por la cavidad nasal, rugosa por el lado bucal; 2) Capa Mucosa- La mucosa palatina, de color blanquesino o blanco rosado, cubre la región en toda su extensión; 3) Capa Glandular. La capa glandular está formada por dos grupos de glándulas, situadas a cada lado de la línea media, entre la mucosa palatina y el perióstio subyacente corresponden a las glándulas palatinas. Irrigación e Inervación- 1) Arterias. Las arterias de la bóveda palatina proceden de la esfenopalatina y sobre todo de la palatina superior o descendente, rama de la maxilar interna; 2) Linfáticos. Los linfáticos forman en la mucosa una abundante red, que se continúa, por una parte, con la red de las encías, y por otra parte, con la del velo del paladar; 3) Nervios. Los nervios exclusivamente sensitivos y vasculares, proceden del palatino anterior y del esfenopalatino interno, ambas son ramas del ganglio esfenopalatino.

El velo del paladar es un tabique músculo membranoso, de un centímetro de grosor, que se prolonga por detrás de la bóveda palatina.

Conformación Exterior- 1) Cara Anterior. Es cóncava, lisa y de color rosado; 2) Cara Postero Superior o Cara Nasal. Es conti-

nuación del piso de las fosas nasales; 3) Borde Anterior. Sólidamente insertado en las láminas horizontales, delgados, cortantes de los huesos palatinos es rectilíneo; 4) Bordes Laterales- Corresponden de delante atrás; a la parte más posterior de las encías superiores; al borde convexo del vértice en la apofisis pterigoides; 5) Borde Inferior. Mira hacia abajo y atrás, se estudia en: 1) Uvula, 2) Pilares del velo del paladar, 3) Fosa amigdalina.

Constitución Anatómica:

El velo del paladar en su estructura comprende:

1) Aponeurósis- La aponeurosis del velo del paladar, constituye el esqueleto. Es una hoja ancha tendinosa, muy resistente que continúa por detrás de la bóveda palatina ósea.

2) Músculos del Velo del Paladar- Estos músculos son:

Palatostafilino- Tiene la forma de un pequeño fascículo cilíndrico y está situado en la cara posterior del velo del paladar.

Inserción- Por delante, nace de la aponeurosis palatina, inmediatamente detrás de la espina nasal posterior.

Acción- Cuando se contraen, los palatostafilinos, elevan la úvula, la encorvan hacia atrás y acortan el velo del paladar en sentido longitudinal.

Glosostafilino- Está contenido en el pilar anterior del velo del paladar.

Inserciones- Nace de la base de la lengua.

Acción- Estos dos músculos forman un esfínter anterior, preamigdalino que estrecha el istmo de la garganta.

Faringostafilino- Se extiende de la faringe al paladar.

Inserciones- El faringostafilino parte del velo mismo en forma de fibras en abanico que salen del rafe medio, detrás del acígos.

Acción- Es estrechar el istmo faringonasal aproximando entre sí los pilares posteriores.

Peristafilino Interno- Es un músculo en forma de cinta estrecho por arriba y ancho por abajo, que se extiende desde la base del cráneo hasta el velo del paladar.

Inserciones- Se inserta por sus fascículos posteriores o petrosos, en la cara inferior del peñasco, por delante y por dentro del orificio de la entrada del conducto carotídeo, por sus fascículos anteriores en la cara postero interna y en el suelo de la porción cartilaginosa de la trompa de eustaquio.

Peristafilino Externo.

3) Mucosa del Velo del Paladar- La cara superior y la cara inferior del velo del paladar se hallan revestidas por una membrana mucosa.

4) Glándulas del Velo del Paladar- Forman así dos capas, una superior y otra inferior, la capa superior está formada por glándulas de la pituitaria, la capa inferior contiene glándulas arracuinadas semejantes a las glándulas salivales.

Irrigación e Inervación- Arterias. Las arterias del velo del paladar proceden de tres orígenes: 1) De la palatina superior o descendente, rama de la maxilar interna; 2) De la palatina inferior o ascendente, rama de la facial; 3) De la faríngea in

ferior, rama de la carótida externa.

Venas- Se dividen en dos grupos; venas superiores se mezclan con las venas de la pituitaria, venas inferiores se dirigen hacia las partes laterales del velo del paladar y se unen en las venas de las amígdalas.

Nervios- Nervios sensitivos son suministradas por los tres nervios palatinos, rama del nervio esfenopalatino, nacidos del maxilar superior. El trigémino es el nervio sensitivo del velo del paladar.

Linfáticos- Los tronquillos que proceden de la red linfática del velo del paladar se dirigen por detrás hacia la farínge.

GANGLIOS DE CABEZA Y CUELLO.

Cabeza- Ocupa el surco que separa la cabeza del cuello. Los ganglios suboccipitales están situados por debajo y atrás del occipital. Los ganglios parotídeos se encuentran en el espesor de la glándula parotídea o en la superficie externa. Los ganglios submaxilares ocupan la cara interna del cuerpo del maxilar inferior. Existen numerosos que están situados en la cara externa de la glándula submaxilar se dividen en anteriores y posteriores. Además hay dos en la línea media, a igual distancia del hueso hioides y de la sínfisis mentoniana, ganglios suprahioides.

Cuello- Son muy numerosos y voluminosos están situados principalmente alrededor de la vena yugular interna y de la arteria carótida primitiva también existen hacia los bordes del esternocleidomastoideo.

Los ganglios de cabeza reciben los linfáticos del cuero cabelludo (posterior, lateral y anterior), además todos los linfáticos de cara, párpados, nariz, labios, encías, bóveda palatina y mejillas.

Los ganglios linfáticos son conductos membranosos de paredes muy delgadas y de aspecto moniforme. (en forma de nervio) por donde circula la linfa y el quilo, antes de desintegrarse el sistema venoso. Son pequeñas masas de forma redonda y volumen variable que están situadas a lo largo de los vasos linfáticos.

Tiene dos tipos de conductos: aferentes y los conductos eferentes, lo hacen por medio de un hilio ganglionar, pueden ser superficiales o profundos, son de color rojizo y están constituidos por tejido fibroso, tejido linfoide y conductos linfáticos que se agrupan en dos zonas (cortical y medular).

Los ganglios son irrigados por vasos sanguíneos continuos, siendo su función de producir linfocitos, lo que constituye un verdadero dique contra los procesos infecciosos, es posible que pueden también sustituir al bazo y médula o en algunas de sus funciones hematológicas y hematopoyéticas.

Los ganglios linfáticos son órganos encapsulados constituidos por tejido linfoide y se aparecen espaciados en el cuerpo, siempre en el trayecto de los vasos linfáticos.

Los ganglios linfáticos redondeados o arrifionados presentan un lado convexo y una depresión o hilio por el cuál penetran las arterias nutricias y salen las venas. La linfa que

atraviesa los ganglios linfáticos penetra por los vasos linfáticos que desembocan en el borde del órgano (vasos aferentes) y salen por los linfáticos del hilio (vasos eferentes). La cápsula del tejido conjuntivo denso que lo envuelve en vía trabécula a su interior dividiendo el parenquima en compartimientos incompletos.

Cada ganglio linfático tiene una región cortical que se localiza por debajo de la cápsula y desaparece a la altura del hilio, y una región medular, que ocupa el centro del órgano e hilio.

La cortical está constituida por tejido linfoide laxo, que forma los senos subcapsulados y trabeculares, y por nódulos linfáticos a los cuales pueden presentar centros germinativos, la región medular está formada por los cordones medulares de tejido linfoide denso y por los senos medulares (tejido linfoide laxo) que reciben linfa que viene de los senos de la cortical. Los cuales comunican con los vasos linfáticos - aferentes, por los cuales la linfa sale del ganglio linfático.

Glándula Parótida

Es una glándula compuesta cuya porción secretoria está constituida solo de células seromucosas. Las cuales contienen polisacáridos neutros RNA, gránulos de secreción rico en proteínas e intensa actividad amilolítica. El 90% del volumen de parótida está constituida por células secretoras, el 5% por conducto estriado y el 5% restante por conductos extracelulares, tejido conjuntivo, vasos y nervios.

Glándula Submaxilar.

Es una glándula tubulo acinosa compuesta su porción secretora está constituida por células mucosas y seromucosas.

Estas últimas se agrupan formando ácinos o también se asocian a las células mucosas de los ácinos donde se disponen excéntricamente formando las llamadas semilunas, las células seromucosas son el principal componente de la glándula y pueden distinguirse fácilmente de las células mucosas por su núcleo esférico y su citoplasma acidófilo. El 80% de su volúmen son células submucosas, el 5% son células mucosas el 5% por conductos estriados y el 10% por vasos, nervios y otros tipos de conductos.

Histología de Glándula Sublingual.

Es una glándula tubulo acinosa compuesta, contiene acinos mixtos: Las células seromucosas estan siempre agrupadas en posición de semilunas al final de los ácinos mucosos. El 60% del parénquima de esta glándula esta constituido por células mucosas, el 30% de células seromucosas el 3% por conductos estriados.

C A P I T U L O I I

C A N C E R

2.1- DEFINICION.

"Es una enfermedad de organización tisular, donde no existe la célula cáncerosa como tal, si no células que se comportan de manera que es definida arbitrariamente como cáncerosa. Crecimiento anormal, desorganizado, incontrollable e irreversible de los tejidos sin ningún propósito" (1).

"Independientemente de los intentos de definición deben de tomarse en cuenta los siguientes hechos básicos:

2.1-1- La neoplasia puede originarse solo de células con capacidad de proliferar.

2.1-2- Las células tumorales no se diferencian, pueden madurar en forma inadecuada llamandose anaplásicas o indiferenciadas.

2.1-3- El cáncer puede surgir como consecuencia de una variedad de estímulos (químicos o virales) requiriendose por lo general un período de latencia.

2.1-4- Las neoplasias son frecuentemente multicéntricas dentro del mismo tejido.

2.1-5- La hiperplasia y la displasia preceden a menudo el desarrollo de tumores de meses y años.

2.1-6- Las células cáncerosas pueden permanecer latentes en

(1) Philip Rubin. Oncología Clínica, pág. II.

períodos prolongados.

2.1-7- No se ha identificado diferencias desde el punto de vista estructural y bioquímico, que establezcan distinción entre las células normales" (2).

2.2- "CLASIFICACION" (3).

2.2-1- Grupo I Tejido Conectivo

- Linfoma
- Condroma
- Osteoma
- Odontoma
- Fibroma
- Mixoma
- Gliomata (Neuroglia tumores)
- Sarcoma
- Myomata (Tumores de músculo)
- Neuroma (Tumores de nervios)
- Angioma
- Linfoangioma

2.2-3- Grupo II Tejido Epitelial

- Papiloma
- Epitelioma
- Adenoma-Mamario
- Sebáceo
- Tiroideo
- Pituitaria
- Próstata
- Parótida
- Hepático
- Renal
- Ovárico
- Testicular
- Gástrico
- Intestinal
- Fallopian
- Uterino

- Carcinoma-Mamario
- Sebáceo
- Tiroideo
- Próstata
- Parótideo
- Pancreático

(2) Philip Rubin. Oncología Clínica, pág. II

(3) Hohn Sayre Marshall. Manual of the injuries surgical of the face mouth and jaws, pág. 437.

- Hepático
 - Renal
 - Ovárico
 - Testicular
 - Gástrico
 - Intestinal
 - Fallopian
 - Uterino
- 2.2-3- Grupo III Dermoide- Secuestración dermoide; tumor escondido en la superficie epitelial
 -Tubos dermoides; tumor en canal fetal por desuso ovárico.
- 2.2-4- Grupo IV Quiste- Retensión de quistes
 -Túbulos enquistados
 -Hydroceles
 -Quistes en glándulas
- 2.2-5- Subgrupo de Pseudo Quistes-Diverticula
 -Bursae
 -Quiste neuronal
 -Parasitosis

2.3- RELACION HUESPED TUMOR

Los efectos sistémicos de los tumores en el huésped son cuatro:

2.3-1- Efectos Hematológicos

En algunos enfermos con cáncer, sobre todo en el tubo-intestinal padecen una anemia progresiva, esto se atribuye de modo general a factores múltiples tales como la pérdida crónica de sangre o de una mala absorción. El remplazo de la médula ósea por trombos puede ocurrir en enfermos con cáncer de páncreas y se manifiesta por una tromboflebitis migratoria.

2.3-2- Efectos Neurológicos

Los cambios degenerativos pueden producir en el sistema nervioso central en los enfermos de cáncer avanzado, especialmente de pulmón, la desmielinización progresiva, de varios

haces se produce por razones y en ausencia de metástasis a Sistema Nervioso Central, el cuadro clínico se asemeja a una degeneración cerebelosa o a una neurítis periférica.

2.3-3- Efectos Hormonales.

Los efectos endócrinos pueden ser funcionales y producir varios síndromes endócrinos en el huésped. Algunos tumores malignos de origen no endócrino, en particular el cáncer de pulmón segregan hormonas tróficas, produciendo así un efecto hormonal. Los síndromes descritos incluyen Síndrome de Cushing, Hipoglicemia, Hipercalcemia e Hiponatremia.

2.3-4- Osteartropía Pulmonar

La deformación de la punta de los dedos en palillo de tambor se asocia con algunos cánceres, específicamente el de pulmón. La causa exacta es desconocida, por esta condición desaparece con frecuencia en forma espectacular una vez que el tumor haya sido resecado.

2.4- "CLASIFICACION DE ESTADIOS ANATOMICOS" (4).

Clasificación TNM:

Tumor primario (T)

TX Tumor no evaluable

T0 No hay evidencia de tumor primario

TIS Carcinoma In Situ

T1 Tumor no mayor de 2 cm. de diámetro, superficial ó exofítico.

T2 Tumor de 2 a 4 cm. de diámetro con infiltración mínima en profundidad.

T3 Tumor de 4 cm. de diámetro con infiltración profunda.

T4 Tumor masivo de 4 cm. de diámetro involucrando cualquier otra estructura anatómica, muscular u ósea ó que se extienda a

- (4) John Sayre Marshall. Manual of the injuries surgical of - the face mouth and jaws, pág. 167.

más de una región vecina.

Complicación Nodular (N) ó adenopatía regional

NX Nódulo no evaluable

NO Nódulo no positivo clínicamente, sin adenopatía perceptible

NI Nódulo positivo clínicamente homolateral no más de 3 cm. de diámetro.

N2 Nódulo positivo clínicamente homolateral de 3 a 6 cm. de diámetro o nódulos múltiples homolaterales con un diámetro de 6 cm. de diámetro.

N2a Nódulo positivo clínicamente homolateral de 3 a 6 cm. de diámetro.

N2b Nódulos positivos múltiples homolaterales de 6 cm. de diámetro

N3 Nódulos masivos homolaterales, nódulos bilaterales o contralaterales

N3a Nódulos positivos homolaterales de 6 cm. de diámetro.

N3b Nódulos positivos bilaterales en cuello derecho e izquierdo.

Metástasis a distancia (M)

MX Metástasis no evaluable

MO No hay metástasis a distancia.

MI Metástasis presente a distancia
especificar _____

De acuerdo a las siguientes anotaciones:

Pulmonar-pul

Oseos-oss

Hepático-hep

Branquial-bra

Nódulos Linfáticos-lym

Médula Osea-mar

Pleura-ple

Piel-sky

Ojo-eye

otros-oth

Fase-grupo

Fase I-T1,NO,MO

Fase II-T2,NO,MO

Fase III-T3,NO,MO; T1,T2,T3 con NI,MO

Fase IV-T4,NO ó NI, MO

Cualquier T, con N2 ó N3 con MO

Cualquier T, con cualquier N,MI

2.5- "CLASIFICACION DEL COMPORTAMIENTO DEL TUMOR BENIGNO Y MALIGNO" (5)

Benigno	Maligno
-Tejido típico	-Tejido atípico
-Crecimiento lento	-Crecimiento progresivo muy rápido
-Encapsulado	-No encapsulado, infiltrativo
-Metástasis ausentes	-Metástasis presente
-Rara recurrencia	-Recurrencia frecuente
-No hay necrosis, ni ulceración	-Hay necrosis y ulceración
-No produce efectos endócrinos	-Produce efectos endócrinos
-Relación núcleo citoplasma normal	-Relación núcleo citoplasma aumentadas
-Núcleo y nucleolo normal	-Núcleo y nucleolo aumentados
-Citoplasma normal	-Citoplasma incrementado
--Mitósis normal	-Mitósis anormal
	-Membrana nuclear irregular
	-Mitocondrias disminuidas

(5) Philip Rubin. Oncología Clínica, pág. 12.

2.6- EPIDEMIOLOGIA

En la actualidad las enfermedades cardíacas y las neoplasias malignas, son las que producen la tasa más alta de muerte.

La tasa de mortalidad del cáncer es más en hombres que en mujeres en países desarrollados. Esta es debida a las discracias en las distribuciones anatómicas del cáncer, en ambos sexos, en el hombre es más frecuente, con mínima curabilidad del cáncer de pulmón y gástrico, mientras que en las mujeres los cánceres más comunes son el de seno y útero.

La incidencia del cáncer varfa de acuerdo: a la edad, sexo, origen y factores ambientales.

Edad- El cáncer puede desarrollarse en cualquier edad, pero en la mayoría de las enfermedades malignas el riesgo aumenta con ella. Durante los primeros 5 años de vida, las incidencias han sido las leucemias y los tumores del sistema nervioso.

Hay una íntima relación entre el cáncer y la edad a aumentado en algunos países, el cáncer es antes de los 50 años, mientras que la edad favorable es después de los 70 años.

Sexo- El promedio es similar en ambos sexos, pero el aumento de la incidencia respecto a la edad nos muestra que es mayor en el hombre entre los 30 y 55 años, en las mujeres entre los 20 y 60 años, debido que en este período hay un aumento acentuado en cuello de útero y cáncer mamario; después de

los 70 años es más marcado en los hombres.

Origen- El cáncer de tubo digestivo es más frecuente en hombres, vías respiratorias superiores, sistema retículo endotelial, tejido hematopoyético, en las mujeres el cáncer de seno, en órganos reproductores y tiroides.

Factores ambientales- Se ha demostrado que la incidencia del cáncer depende: a la edad del matrimonio, número de embarazos, amamantamiento, hábito de fumar, hábito de comer, ingestión de alcohol, situación económica.

2.7- ETIOLOGIA

La causa directa e inmediata del cáncer está dada por los factores ambientales en un 70% en los cánceres humanos.

Hay muchos carcinógenos que pueden tener efecto aditivo, o sea que cantidades de ellos puede inducir al cáncer, otros tienen efecto sinérgico, es decir que aún en cantidades mínimas de carcinógeno en el medio ambiente puede ser nocivas por parte la acción carcinógena se puede hacer directa sobre los órganos que sirven de entrada a la sustancia al organismo por ejemplo: cáncer de pulmón, en los fumadores de cigarro o en los que trabajan con alquitranes.

Las radiaciones ionizantes son muy frecuentes en el cáncer pulmonar, cáncer de tiroides en niños, hiperplasia de timo, adenoides faríngea, leucemia amiloide, cáncer en niños que recibieron radiaciones en útero.

Las radiaciones ambientales o por tratamientos, por sustancias químicas que se encuentran en el aire pueden ser

sustancias sólidas o gaseosas, las más importantes se mencionan los hidrocarburos, son irritantes para los cilios de la mucosa traqueobranquial, facilitando así la penetración de los carcinógenos.

Los factores alimenticios poseen un alto riesgo gástrico, es mayor en el consumo de cereales. Los factores químicos estrogénicos usados en la medicina pueden producir cáncer en el hombre ejemplo; torotras que se usaba como medio de contraste en radiología.

El uso de hormonas de uso prolongado de estrógenos es un factor de carcinoma endotelial al resultado es que los hijos pueden tener adenocarcinoma de vejiga.

Los hábitos personales como son el fumar, ingerir alcohol, mala higiene sexual, número de embarazos, partos por vía natural, medio socioeconómico bajo y en hombres que están circundados con mínima higiene sexual. Los parásitos son factores determinantes en el cáncer de vejiga, los factores ocupacionales son los que afectan a los órganos que están en contacto directo con el carcinógeno, esto está relacionado en un largo período que transcurre entre la aparición y la exposición en los trabajadores con colorantes nitrogenados. En los efectos genéticos existen varias neoplasias hereditarias man deleanas dominante autosómica.

En las deficiencias inmunológicas los síndromes de inmunodeficiencia producida por las drogas adrenocorticoideas, algunos sistáticos como en los transplantes renales.

2.8- METASTASIS

Lo que caracteriza a los tumores malignos en su habilidad por invadir localmente y diseminar a distancia, este puede variar dependiendo del tumor, ejemplo: carcinoma basocelular epidermoide. Estos tumores pueden invadir localmente, o por diseminación linfática sanguínea o por implantación.

La invasión local se hace a lo largo de las áreas de menos resistencia, como son los planos hísticos, las vainas faciales; el perióstio y el pericondrio, resisten más a la invasión. La diseminación linfática se hace cuando la célula cáncerosa ha invadido los vasos linfáticos y se desprende para formar embolos con menos resistencia, proliferando con un crecimiento continuo dentro del vaso conocido como permeación linfática.

El embolo de la célula cáncerosa, se aloja en el ganglio formando un crecimiento metastático, el cuál es invadido en su cápsula y vasos eferentes son infiltrados y pueden producir extensión a otro ganglio. La diseminación sanguínea es muy común en los sarcomas y en los carcinomas como pueda ser el de lengua, glándula mamaria, próstata, son necesarias tres etapas para la formación de la metástasis:

Invasión de ganglios linfáticos y sanguíneos, embolización o transporte mecánico, anidación y crecimiento progresivo. Los anticoagulantes y la manipulación de dicho tumor la aumenta.

La metástasis se presenta en la mayoría de los cánceres.

res causando morbilidad como el de mama, melanoma, carcinoma epidermoide, las cuáles presentan metástasis linfáticas. El cáncer de pulmón y el de mama dan metástasis al cerebro.

"TEORIAS DE METASTASIS" (6)

- 1- Teoría Mecánica- Proporción directa de células que llegan a la circulación
- 2- Teoría de Afinidad Selectiva- El suelo y la semilla determinan está.
- 3- Teoría de Transformación- De acuerdo a genomas de DNA que penetran en células del huésped transforman en células cancerosas.

(6) Philip Rubin. Oncología Clínica, pag. 14

2.9- PRONOSTICO

El pronóstico depende de los siguientes factores: Sexo, edad, embarazo, dependencia hormonal, grado histológico existencia de ganglios linfáticos infartados, metástasis a distancia, el intervalo entre la lesión tratada y una probable residiva local o metástasis. Los cánceres de crecimiento lento se ven antes de la pubertad (melanoma, cáncer tiroideo) y los tumores de elevado crecimiento se ven en personas de edad avanzada (melanoma, linfoma, cáncer de mama). Al principio del embarazo y después del parto y en el destete hay una aceleración de crecimiento de cáncer, las terapias hormonales excesivas o supresivas pueden favorecer a cáncer de mama, próstata o de endometrio.

La homogeneidad del cáncer y la metástasis es importante, por que hay una cierta diferenciación, se dice que disminuye la tasa de supervivencia en más de la mitad, la importancia de los ganglios linfáticos en su tiempo de desarrollo, el mal diagnóstico es dado cuando hay metástasis a distancia.

2.10- DIAGNOSTICO

El diagnóstico temprano del cáncer está directamente relacionado con el nivel educacional del público. La mejor posibilidad de controlar el cáncer es que se realice exámenes periódicamente; dene realizarse una historia clínica cuidadosa del enfermo, teniendo cuidado de investigar la historia de la familia; el cáncer no es una enfermedad hereditaria pero

sabemos que algunas enfermedades tienen factores predisponentes a desarrollar ciertos cánceres.

Como en los grupos socioeconómicos bajos se presenta en mayor tasa el cáncer cervical. Los hábitos que tenga el individuo como fumar cigarrillos aumenta el cáncer de pulmón y labio, mientras que masticar tabaco e inspirarlo aumenta el cáncer en boca, las bebidas calientes aumentan el cáncer de timo y esófago. Las irradiaciones de cuello y timo en niños pueden causar cáncer de tiroides.

El examen físico debe ser metódico y metuculoso ya que el enfermo puede quejarse de dolor obscuro, mientras que en el diagnóstico real solo puede encontrarse en un examen completo.

Un descuido por parte del médico al hacer el juicio del enfermo puede ser fatal. Los cánceres avanzados son fáciles de diagnosticar, en cambio los tempranos son más difíciles ya que es necesario profundizar los estadíos.

Los medios con que se cuenta para hacer el diagnóstico es: Radiología Diagnóstica- Este se realiza en búsqueda de metástasis de un cáncer primitivo que puede ser:

Radiología de Torax- Está indicado en enfermos con síntomas de cáncer de pulmón o con metástasis a este.

Es necesario detectarse aquí la información valiosa que puede aportar la tomografía axial computalizada. La cuál está indicada en grandes fumadores y que tengan más de 40 años. Tomografía- Está indicada para clarificar los ha

llazgos anormales notados en las radiografías común. Para poder ayudar a distinguir entre lesiones malignas o no malignas.

Radiografía con Anema Baritada- Se prescribe en enfermos en los que se sospecha pólipo o cáncer.

Estudio Radiológico Gastrointestinal- En enfermos que se presentan con síntomas de ingestión, anemia sin explicación, cambios en los hábitos de evacuación.

El examen Fluoscópico- Es importante que aquí la acción del intestino puede ser visualizada.

Arteriografía- En la actualidad es una información diagnóstica valiosa, ya que se inyectan sustancias de contraste dentro de los vasos, a través de cateteres intraarteriales.

Tomografía Axial- Este es un procedimiento de rayos X nuevo que se utiliza para evaluar masas intracraneales, difíciles de examinar con radiografía convencional. Es muy útil para examinar órganos profundos dentro del cuerpo, tales como el páncreas, para saber la extensión de la enfermedad en el tórax y abdomen.

Examen Ultrasónico- Esta técnica nos ayuda a la diferenciación de tumores quísticos, sólidos ejemplo: tiroides que se utiliza para determinar los nódulos fríos que son quistes en los cuales no es necesario realizar la intervención quirúrgica.

Endoscopia- Esta se realiza con tubos de varias formas que pueden ser introducidos en cualquier orificio del organismo, para la realización de un estudio histopatológico, ejemplo en

farfuge, vejiga, recto, estómago, pulmón, colón.

Cirugía Diagnóstica- Se efectúan procedimientos quirúrgicos - como la parotomía, biopsia con aguja.

Biopsia Incisional- Está depende del tumor que se valia obtener: piel, ganglio linfático, hígado, pulmón. Primeramente obteniendo material, con una disección roma para evitar legrado y hematoma.

Si se sospecha de carcinoma metastásico la extirpación de una parte del nódulo sería suficiente, para no comprometer tejido sano.

Biopsia con Aguja- Se realiza en ciertos casos importantes, ya que se realiza con la aspiración de agujas pequeñas (18 y 20).

Pueden utilizarse.

Cirugía Citoreductora- Se apoya en la radioterapia y quimioterapia para enfermedad residual, ya que es muy difícil la resección quirúrgica curativa.

Crocirugía- Es útil para eliminar tumores necróticos y sangrantes en lugares accesibles, en enfermedades no operables, cuando no se puede utilizar la radioterapia en lesiones pre malignas de labio, cavidad oral, laringe con crocirugía.

Electrocauterización- Se utiliza en cánceres inoperables.

Combinación de Cirugía y Radioterapia- En la irradiación preoperatoria se utiliza con el intento de reducir el tamaño de un tumor para desvitalizar las células tumorales y pseudofocales, reduciendo las recidivas posoperatorias y la capacidad

cloniogénica que se vierten en el torrente circulatorio.

Citología- Este exámen es muy útil en el diagnóstico In Situ y de precánceres de cuello uterino, cáncer en endometrio, tracto respiratorio, cavidad oral, vejiga urinaria. Sin embargo hasta la fecha este diagnóstico es de gran utilidad y está limitado en los cánceres gastrointestinales de mama, riñón y próstata.

Biopsia - Es importante por la obtención de tejidos microscópicos previo al tratamiento, está puede ser por medio de biopsia con hoja fina, está puede realizarse a nivel del hígado, pulmón, seno, bipsia de ganglios, con frecuencia se realiza para el diagnóstico de cáncer en pulmón y poder demostrar si es operable o su inoperabilidad, también puede realizarse a nivel de los tumores gastrointestinales, en cánceres internos.

Biopsia de Médula Osea- Es un exámen microscópico de la médula ósea la cuál nos puede ayudar a determinar la inoperabilidad, la cuál puede estar indicada.

Se debe dar al paciente ayuda emocional debe de comunicarsele su diagnóstico, mediante una conversación personal, de modo que el médico debe reconocer sus ansias y respuestas emocionales.

Es importante que el médico y el paciente mantengan un diálogo permanente durante el curso de la enfermedad, en donde se tengan en cuenta las metas del tratamiento (curación control de la enfermedad y alivio del dolor). A este paciente se le debe de brindar todos los beneficios modernos de la

medicina, jamás debe demorar la atención de este paciente para evitar mayores complicaciones.

2.II- HISTOPATOLOGIA

Aspectos Macroscópicos- Los tumores benignos que se originan en la superficie epitelial o cerca de ella también tienden a formar un nódulo o pólipo que puede ser sésil o pedunculado.

Un pólipo benigno por lo general está recubierto por epitelio intacto y no muestra evidencia de infiltración neoplásica a nivel de un pedículo. La superficie de un pólipo puede ser lisa, como en los pólipos adenomatosos, o irregular y verrugosa como en los papilomas.

Los tumores que se originan a partir de estructuras profundas generalmente son redondeadas, encapsulados entre los tejidos vecinos comprimidos. Estos tumores pueden ser sólidos o quísticos. Los tumores malignos suelen tener una forma irregular, con bordes mal definidos, debido a la infiltración de los tejidos que los rodean. Las áreas afectadas por el cáncer siempre son induradas. Con frecuencia hay hemorragias y necrosis, sobre todo en el centro del tumor. Los tumores crecen rápidamente se desarrollan también en extensión, por expansión y aparecen circunscritos o pseudoencapsulados. La infiltración de las estructuras que los rodean, está sin embargo, siempre presente.

El aspecto macroscópico de los carcinomas es variable: frecuentemente se presentan como una proyección de una masa exoftica, que puede ser papilar o nodular. Aparecen a veces

como una fisura, como una úlcera profunda o como una estructura raquística. Rara vez, un carcinoma puede ser multicéntrico en su origen y así se producen múltiples lesiones; no es raro que un órgano albergue múltiples tumores malignos, que pueden ser sincrónicos o metacrónicos. Algunos carcinomas con clara capacidad infiltrante puede afectar los tejidos difusamente.

En sistema digestivo, este tipo puede acompañarse por fibrosis y aparecer como una estenosis. Los sarcomas tienden a ser más grandes que los carcinomas, a ser fusiformes y carnosos y confundirse más con los tejidos que los rodean.

Aspectos Histológicos- Un tumor consta de dos partes: las propias células tumorales y un estroma vascular que se deriva de los tejidos normales.

El patrón de crecimiento de las células tumorales y su morfología nuclear ayudan a distinguir los tumores benignos de los malignos. Pero para determinado tipo histológico de un tumor es necesario estudiar la diferenciación celular o cualquier actividad funcional que el tumor pueda tener, tal como una formación de queratina en el carcinoma epinocelular de tejido osteoide en el osteosarcoma y de secreción de mucina en algunos adenocarcinomas.

La microscopía electrónica ha demostrado ser útil en la tipificación precisa de algunos tumores que no son clasificados con el microscopio. Así, al identificar las infraestructuras específicas, esta técnica es de ayuda en el diagnós

tico diferencial de los carcinomas anaplásicos, del melanoma maligno y del linfoma histiocítico. También puede proporcionar información diagnóstica valiosa de los sarcomas de partes blandas y en los tumores de sistema nervioso.

Estructura de los Tumores Benignos- Los tumores benignos se encuentran limitados o encapsulados. Citológicamente, las células tumorales son similares a las células de origen, aunque pueden ser algo más grande y su núcleo algo hiper cromático.

Los tumores benignos son organizados, es decir, la relación de sus células con las otras y con la membrana basal (polaridad) no se encuentra alterada. Algunos tumores benignos se dicen que son pleomórficos cuando aparecen estar compuestos por más de un tipo celular. Los llamados tumores mixtos de las glándulas salivales están compuestos por elementos epiteliales y por estroma mixomatoso o pseudocartilaginoso.

Se sabe ahora que la apariencia mucoide es debida a la secreción de mucina por las células epiteliales neoplásicas en el estroma. Está lesión es considerada como un adenoma pleomórfico más que como un verdadero tumor mixto de causa debida a un defecto en el desarrollo.

Estructura de los Carcinomas de Epitelio Glandular- Estos tumores malignos se originan en la superficie del epitelio así como en las glándulas y se conocen como adenocarcinomas.

Su aspecto histológico es muy variable. Los bien diferenciados tienen estructura glandular, pero los ácinos son irregulares en su tamaño y se encuentran dispuestos en más

de una capa de células. En tipos moderadamente diferenciados estas células cancerosas se disponen en grupos sin ninguna luz central. En la glándula mamaria, en el sistema digestivo puede producirse un tipo escirroso de adenocarcinoma, caracterizado por una fibrosis marcada del estroma. En estas localizaciones, particularmente en el tracto gastrointestinal, los carcinomas pueden segregar mucina y de ahí que se llamen carcinomas mucoides. Al principio la secreción es intracelular, ocasionando desplazamiento del núcleo (células en anillo de sello), pero luego la mucina abundante se acumula en el estroma. Los carcinomas indiferenciados son muy celulares y tienden a presentar un aspecto sólido o medular. Es posible ver en estos casos células malignas. Ciertos adenocarcinomas pueden sufrir metaplasia y mostrar áreas de células escamosas neoplásicas, tal como en los tumores mucoepidermoides de glándulas salivales.

Estructura de los Carcinomas de Epitelio Glandular- Estos pueden ser divididos en tres tipos: los carcinomas de células escamosas, los carcinomas de células basales y los carcinomas de células transicionales.

Carcinoma de Células Escamosas- Se originan en cualquier sitio normalmente cubierto por epitelio escamoso estratificado, tal como la piel, cavidad bucal, esófago, ano y parte exterior del cuello del útero (ectocérvix). En otras localizaciones puede presentarse en cualquier área de metaplasia escamosa. Pueden también originarse como un adenocarcinoma y transfor-

marse en escamoso por vía de la metaplasia. Estas variedades de bajo grado de diferenciación se reconocen con facilidad por la presencia de células espinosas o células queratinizadas que forman nidos celulares, esto es difícil de distinguir en un sarcoma.

Los llamados linfoepiteliomas, que se producen en la zona nasofaríngea, son considerados como carcinomas escamocelulares indiferenciados en sitios donde el tejido linfoide es normalmente abundante.

Carcinoma Basocelular- Se origina en la piel, en la capa basal de la epidermis o de los folículos pilosos. Por lo general, están constituidos por nidos de tejidos de células muy juntas, con núcleo uniforme oscuro y citoplasma mal definido. La disposición de las células en empalizada o en forma radial en las zonas periféricas es algo característico.

En ciertos casos, el pigmento melánico puede estar presente en el estroma. Estas lesiones pigmentadas se confunden clínicamente con melanomas malignos.

Carcinomas de Células Transicionales- Estos ocurren en la pelvis renal, uréteres y vejiga. Presentan por lo común, aspecto papilar, que consisten en un estroma fibrovascular central rodeado por capas de células transicionales. Las capas epiteliales profundas son poligonales o en columna, mientras que las superficies están algo aplanadas. En los tumores de alto grado, el tipo papilar es menos evidente, la infiltración de las estructuras vecinas es notoria con la presencia de ple

omorfismo nuclear, aunque no es tan marcado como en el carcinoma de células escamosas.

Estructura de los Sarcomas- Los tumores malignos del mesénquima o del tejido conjuntivo se disponen siempre en capas difusas, en las cuáles las células neoplásicas se mezclan con el estroma. Los sarcomas que se producen en los tejidos de partes blandas y en el sistema esquelético se reconocen por su diferenciación. Así, el fibrosarcoma forma tejido osteoide. Los tipos de morfología celular presentan características tales como las células espumosas en el liposarcoma, las fusiformes en el fibrosarcoma las gigantes y las acentadas, ocasionalmente estriadas en el rabdiosarcoma. Los sarcomas de las superficies mesoteliales (mesoteliomas) y membranas sinoviales (sinoviomas) constan de un componente sarcomatoso junto con células dispuestas en una forma tubular, parecidas al adenocarcinoma. El mesénquima maligno está compuesto por una variedad de tejidos mesenquimales, que incluyen tejido fibroso, adiposo, angiomatoso, cartilaginoso y otros. Estos tumores mesodérmicos mixtos despliegan la multipotencialidad del mesénquima primitivo del cuál se derivan.

2.12- TRATAMIENTO

Los métodos de tratamiento puede ser curativo o paliativo.

El término curativo significa que se ha eliminado todo el cáncer, incluyendo su extensión y metástasis; curado el paciente que ha sido tratado sobrevive más de 5 años sin ha-

ber residiva.

El tratamiento paliativo es cuando no hay posibilidades de curación y la intensión del tratamiento, no es de eliminar totalmente el cáncer la meta terapéutica es el bienestar del paciente, la cual puede ser por tres formas de tratamiento.

Quimioterapia- Está es una forma de tratamiento curativo, en pocos cánceres, pero cada día representa un papel más importante en los tratamientos multimodales de curación y paleación. El tratamiento de cáncer con drogas es relativamente nuevo, es establecido en 1940 con la acción antitumoral de la mostaza nitrogenada. Las drogas citotóxicas se han confirmado en curaciones de godkin, tumores de williams, radiosarcoma embrionario, tumores reticulares y retinoblastomas.

La clasificación de drogas anticancerosas puede ser de acuerdo a su estructura química y a sus diferentes tipos de mecanismo de acción la cuál se puede dividir en drogas que actúan en RNA, DNA, drogas que interfieren en la biosíntesis con DNA, RNA, proteínas en el uso mitótico en un mecanismo de acción complejo.

Las drogas citotóxicas con que se disponen en la actualidad, no distinguen entre células normales y tumorales, esto produce una depresión a la médula ósea y a efectos tóxicos.

El crecimiento tumoral depende de las células proliferativas dentro del tumor que puede ser: células de crecimiento

to tumoral proliferativo, clonifónico que son muy sensibles a las drogas. Los principales factores a considerar que ex plican las fallas en el tratamiento pueden ser:

- 1- Con el porcentaje de células en el comportamiento prolife rativo que es mayor en los humanos que en los animales.
- 2- La cantidad de muerte disminuye, con ciclos sucesivos con quimioterapia debido al desarrollo de líneas celulares resis tentes.

La distribución farmacológica en el organismo es otro factor que influye en la respuesta de la quimioterapia, a un cuando el tumor sea sensible, es necesario que la droga lle- gue al sitio del tumor que se difunde y permanezca, en concen- traciones suficientes en un período para que ejerza su acción.

La eficacia de este agente es por lo general en con- centración y tiempo, dosis, administración, las cuáles deben de matar el mayor número de células tumorales con muerte míni ma de células normales. Se han diseñado combinaciones de dro- gas que tienen diferentes grados de toxicidad sobre el hués- ped y diferentes mecanismos de acción son:

- 1- Aumenta el efecto de tumorocidad sin aumentar la toxicidad del huésped.
- 2- Permite una recuperación más rápida del huésped.
- 3- Permite la agresión simultánea a varios segmentos de la po- blación neoplásica, permitiendo un retardo en la aparición de las líneas.

En la actualidad la quimioterapia anticancerosa a pro

ducido marcada mejoría en la supervivencia de curación: leucemia linfobástica, linfoma de burkett africano, carcinoma de gestación, enfermedad de godkin y tumor de willians, en las enfermedades en la quimioterapia puede producir respuestas favorables es leucemia aguda en adulto, cáncer de mama, leucemia crónica, linfoma nogodkiniano, cáncer ovárico, sarcoma de tejido blandos, tumor de testículo.

La quimioterapia donde puede producir una respuesta pobre y de corta duración es en cáncer de vejiga, bronquial, cérvix, gastrointestinal, tumor de cabeza y cuello, melanoma, neuroblastoma, osteocondroma, sarcoma, carcinoma de tiroides y de endometrio. En la quimioterapia adyuvante se usa para recaídas prominentes de enfermedades, se presenta en los siguientes casos:

- 1- Tratamiento sistémico está indicado en pacientes que tienen probabilidad de focos de enfermedad después del tratamiento realizado.
- 2- La quimioterapia se debe utilizar después de la cirugía o radioterapia.
- 3- La quimioterapia debe ser administrada durante un tiempo.

La radioterapia se utiliza como tratamiento primario en varios cánceres, y desempeña un importante papel paliativo.

Se define como uso terapéutico de radiaciones ionizantes, se usa solamente en enfermedades malignas.

Los tipos de rayos ionizantes en la medicina:

Radiaciones Electromagnéticas- (rayos X, rayos gamma), elec-

trones (radiaciones corpuscular negativa).

Son necesarias altas dosis de radiación para esterilizar un tumor ya que esto pone en peligro los tejidos vecinos, que pueden ser más o menos a las radiaciones, ya que para administrar las dosis óptimas al tumor es necesario limitar lo más posible los tejidos sanos.

Hay tres técnicas de radiación:

Radiación externa- Un tumor radiado en su extensión, de uno a varios meses, este volúmen blanco debe de ser definido con los tejidos adyacentes por medio de Rx, mediografía, topografía para asegurar que el tumor se encuentra en los campos de irradiación.

Irradiación Intracavitaria e Interticial- Consta en la colocación de material radiativo, agujas, tubos en contacto con el volúmen tumoral. En radioterapia metabólica en ciertas circunstancias se pueden encontrar sustancias químicas que pueden ser captadas por las células malignas o en mayores concentraciones por las células normales. Si esto se marca con átomos radiactivos y se introducen de manera apropiada en el organismo se consigue una irradiación del tumor conservado. Las dosis requeridas para conservar un tumor varía según su sensibilidad de cada tumor (2000 a 3000 para sarcomas), 4000 rads para enfermedades de Hodgkin, 6000 a 7000 para laringe.

Esto se administra en un tiempo específico de 3 a 5 por semana. La dosis que se administra en un tiempo específico por lo general entre 3 a 6 días de 1000 rads por día. Las

reacciones a las radiaciones se pueden controlar con reacciones tempranas y tardías.

Reacciones tempranas después del inicio de la radioterapia, la piel, las mucosas pueden empezar a mostrar un tumor según la dosis puede progresar a descamación o descamación húmeda en caso de la piel, o una mucositis confluyente (mucosa), pueden también aparecer síntomas como náuseas, vómito poco después de la irradiación.

En el cuadro hematológico puede presentar leucopenia en campos muy grandes, se ve en pacientes que han recibido quimioterapia antes o durante la radioterapia.

Radiaciones Tardías- Como las irradiaciones de tumores producen cambios en años y meses, los efectos tardíos de las irradiaciones de tumores normales producen una red proliferativa vascular fina que lleva a cabo la esclerosis, ya que este empleo posradiación de la piel irradiada atrofia, la cuál lleva a adelgazamiento con trastornos de pigmentación de la piel, tumor celular subcutáneo, pulmón, tubo digestivo, riñón hígado, sistema nervioso central.

El tratamiento mediante cirugía para cáncer es el más antiguo. Hay diferentes tipos de cirugía:

Cirugía Curativa- Está se basa en cirugía local es capaz de curar aquella enfermedad que está localizada en el tumor y los ganglios linfáticos regionales.

La cirugía debe de comprender el tumor sus extensiones locales y sus ganglios linfáticos de drenaje.

2.13- "CLASIFICACION DE DROGAS ANTICANCEROSAS" (7).

AGENTES ALQUILANTES POLIFUNCIONALES

- Mostaza nitrogenada (HN2, clorambucil, ciclofosfami da, melfalán)
- Estilininimas (TEM. TIO TEPA)
- Esteres de ácido sulfúrico (Busulfán)
- Epóxido (pipobroman, pipo sulfán)

ANTIMETABOLITOS

- Análogos de ácido fólico (metrotrexate)
- Análogos de purinas (6-mercaptopurina, 6-tioguanina)
- Análogos de pirimidinas (ctosin-arabinósilo, 5-azauridina)
- Piridinas halogenadas (5-fluoruracilo)
- Antagonista de la glutamina (azaserina, DON)

INHIBIDORES DE USOS MITOTICO

- Colchicina
- Vincristina
- Vinblastina
- VM26

ANTIBIOTICOS ANTITUMORALES

- Antinomomicina D
- Mitramicina
- Daunomicina
- Adriamicina C
- Bleomicina

HORMONAS

- Andrógenos
- Estrógenos
- Agentes Progestágenos
- Hormonas tiroideas
- Antiestrógenos

MISCELANEA

- Enzimas antiproliferativas
- Compuestos orgánicos de platino
- Nitrosoureas
- Otras (procarbazona, hidroxiurea)

(7) Springer Verlag. Oncología Clínica, pag. 78.

C A P I T U L O I I I
TUMORES EPITELIALES EN CAVIDAD ORAL

3.I-I- CARCINOMA

"El carcinoma es una neoplasia compuesta de células epiteliales y con un estroma de tejido conectivo, que tiene la tendencia a infiltrar los tejidos continuos" (8).

Es un tumor maligno que se presenta en los siguientes lugares de la cavidad oral: carrillos, lengua, piso de boca, encía y paladar. El cuál puede invadir a hueso desde sitios primarios. Los más afectados son los varones en un 5 a 10% que las mujeres. La incidencia está entre la séptima y sexta década de la vida.

Su etiología se divide en factores intrínsecos y extrínsecos:

I- Factores Extrínsecos.

Entre estos se encuentran los factores genéticos, los cuales han despertado interés, ya que las investigaciones indican, que los individuos entre cuyos parientes cercanos han padecido cáncer, tienen posibilidades mayores de manifestar la enfermedad que el resto de la población.

2- Factores Extrínsecos.

Estos dependen de factores exógenos tales como irritaciones mecánicas, químicas y termicas. La irritación crónica asociada al hábito de fumar, masticar tabaco, alcoholismo cró

(8) Lewis V. Hayes. Diagnóstico Clínico y enfermedades de la boca, pag. 282.

nico, glositis en la sífilis, mal higiene oral y deficiencias nutricionales.

Además hay efectos de factores profesionales, como ocurre en los hombres que trabajan limpiando chimeneas, los que están expuestos a los rayos ultra violeta y rayos X.

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 rojisa, o bien como una placa blanca o incluso una masa polipoide con ulceración superficial o sin ella.

Al ir evolucionando clínicamente, los carcinomas muestran tendencias a adoptar uno de estos tres crecimientos: exofítico, ulcerado o verrugoso.

1- Lesión exofítica- Se presenta como una masa ulcerada, de amplia base y superficie nodular, a la palpación se descubre induración en la base y bordes a medida de que este se va haciendo voluminoso, aparece generalmente necrosis.

2- Lesión Ulcerada- Se presenta como un defecto cratidiforme de bordes encurvados y elevados, este tiene tendencia a invadir profundamente los tejidos, que en el tipo exofítico. Algunas lesiones ulceradas exhiben una zona relativamente pequeña, pero en profundidad infiltrativa al tejido subyacente (endofítico).

3- Lesión Verrugosa- Es considerado por muchos como clínico anatomopatológico bien definido, en tanto que otros lo clasi-

fican junto a las otras formas de carcinomas exofítico.

Microscópicamente el carcinoma epidermoide (células escamosas) se caracteriza por masas, islotes y cordones irregulares que invaden el tejido conjuntivo subyacente. Existe una gran variación microscópicamente según el grado de diferenciación observado en el epitelio escamoso normal, mientras que otras puede aparecer una diferenciación acentuada (anaplasia). El grado de esta diferenciación es la base de los distintos sistemas de clasificación "grados" de los carcinomas, atendiendo al grupo de malignidad que presenta histologicamente.

Las células del carcinoma epidermoide bien diferenciado, las células malignas están formadas por una gran queratinización, núcleos más grandes, siendo sus nucleos los prominentes. Asimismo su citoplasma tiende a una clara asinófila, la actividad mitótica es mínima. Los carcinomas epidermoides suelen dar una impresión de invasión mediante su empuje, hacia el seno de los tejidos subyacentes, por otra parte de tejido conectivo adyacente acostumbra a mostrar una respuesta inflamatoria crónica intensa.

La actividad mitótica en los carcinomas de alto grado de diferenciación, es con frecuencia más acentuada, observándose formas variadas en su células. Pueden existir perlas de queratina.

El carcinoma escasamente diferenciado muestra escasa tendencia a la queratinización, núcleos grandes y a menudo tienden a formar cerros; en cuanto a la actividad mitótica, es conside

rable, pudiendo encontrarse imagenes de división tripolar o de otros tipos anormales.

Algunas veces es tan anaplásico que su origen epitelial puede llegar a ser difícil de establecer su origen, pudiendo estar compuesto en su mayor parte por células fusiformes de aspecto serciomatoso. Las lesiones cuyos patrones son menos diferenciados, dan a menudo la impresión de invadir el tejido subyacente por extensión de pequeños islotes o masas celulares, que mediante el empuje que se observa en el carcinoma bien diferenciado. También el estroma adyacente ofrece una respuesta inflamatoria crónica y por otra parte puede producir una respuesta desmoplástica en el tejido conjuntivo adyacente.

"Broders realizó un sistema de graduación numérica de los carcinomas según su grado de malignidad, este sistema se basa en el grado de diferenciación del tumor y realiza la graduación del I al IV.

En el carcinoma de grado I, el 75 al 100% de células diferenciadas, el 25% las no diferenciadas; en el grado II, las células diferenciadas es de un 50% al 75%; en el grado III, del 25 al 50% están diferenciadas, y en el grado IV, la proporción de células es del 25% y las no diferenciadas del 75 al 100%" (9). La dificultad para el diagnóstico de la enfermedad, es su forma de desarrollo y su localización. Cuando el carcinoma se en-

(9) Thoma Robert. Patología Bucal, pág. 902-903.

cuentra en partes externas y está avanzado en su desarrollo, es fácil su diagnóstico; pero cuando el carcinoma se encuentra en un órgano interno, no es fácil su localización natural y su diagnóstico.

Para llegar a su diagnóstico se requiere de una historia clínica, signos y síntomas presentes, la examinación del tumor; y saber la diferenciación de un carcinoma o de una infección. Se debe tener en cuenta que en el carcinoma se presenta más rápido el proceso inflamatorio, también la infección de los ganglios linfáticos, pero este no es un signo patognomónico, pues este puede aparecer en infecciones y en tumores benignos con tendencia a malignizarse.

La dilatación de venas y el incremento de vascularización es más común en el carcinoma; el edema es causado por la obstrucción venosa causado por una infección de bacterias.

El pronóstico del carcinoma depende de su localización y su desarrollo para su tratamiento.

Un pronóstico favorable es cuando no hay infección a ganglios linfáticos, sin infiltración a tejidos y su completa localización, la cual nos permite remover radialmente con una operación.

Este puede llegar a malignizarse dependiendo de la vitalidad del paciente, su localización, metastasis, infección séptica, incrementandose en tumores primarios y secundarios en órganos vitales.

Lo más moderno en el tratamiento del cáncer, son las operacio-

nes para que ya no haya residiva.

Las contraindicaciones de una operación radical son:

- 1- Extensión local de la infección
- 2- Extensión regional en los tejidos
- 3- Infección general
- 4- Coexistencia de otra infección, con la cual se llega a un pronóstico fatal.
- 5- El extremado marasmo senil.

La mayoría de los carcinomas preseden de una operación o de un tratamiento radical previo.

"But, hace una sugerencia, no operar la enfermedad, si no se va a tener el tiempo necesario, bajo cuidados obligatorios al paciente, para que no se presente residiva; ya que esta es más adversa y complicada, que si hubiera sido curada en un solo curso" (10).

3.1-2- ADENOCARCINOMA

El adenocarcinoma es muy raro, en orden de frecuencia se localiza en paladar duro y blando, base de lengua, mucosa de mejilla y los bordes alveolares.

Casi siempre es grande midiendo de 3 a 4 cm. de diámetro, se sitúa firme y fijo al músculo subyacente; este no es encapsulado e invade parcialmente la membrana basal del epitelio que lo cubre.

(10) John Sayre Marshall. Manual of the injuries and surgical disease of the face mouth and jaws, pág. 526-527.

Puede formar un tubo papilar que invade al tejido subyacente. Pero es más frecuente el tejido sesil, lobulado consistencia firme, con frecuencia forma un bulto situado profundamente, que se nota por la palpación, pero que pasa inadvertido hasta que invade la superficie y se ulcera.

Cuando se forma de las glándulas sublinguales o en piso de boca, la tumoración nodular levanta la mucosa; debe diferenciarse de un cálculo salival.

En el paladar el tejido glandular es abundante es un sitio favorito para los tumores benignos. Generalmente forma un tumor firmemente adherido al hueso subyacente, el cual puede ser invadido, con diámetro más largo anteroposterior. La mucosa puede verse pálida y lisa, no inflamada; pero puede haber ulceración, estas pueden ser debidas a necrosis por presión o traumatismo. El adenocarcinoma puede invadir a la parte palatina de la apófisis alveolar del seno del maxilar.

La cual se puede extender hacia la orbita ocular; las metástasis son muy comunes a ganglios linfáticos regionales, la cual se da por transporte sanguíneo de las células del tumor; también puede diseminarse hacia pulmón u otros órganos.

I- Metástasis a ganglios linfáticos.

Estas metástasis ocurren, cuando las células del tumor penetran en los espacios linfáticos y pasan por los vasos linfáticos a los ganglios regionales. Las células cancerosas en los senos linfáticos, gradualmente el tejido linfático es destruido y la cápsula es quebrantada, entonces los nódulos se unen y

se hacen adherentes al tejido vecino.

Los tumores no diferenciados forman más rápido metástasis que los tumores altamente diferenciados. Las metástasis del maxilar superior no se forman tan fácilmente, como en los tumores del maxilar inferior, carrillo, labio y lengua.

En los casos de cáncer el labio y lengua son afectados los ganglios de ambos lados. Al principio, tal vez solo se encuentre un ganglio con metástasis, que puede adquirir considerable tamaño; y más tarde el tumor se ensancha y forma una masa adherente, muy dura que gradualmente se reblandece, y cuando se infecta, se destruye formando una úlcera necrosada, con un carácter profundo que desprende olor fétido. Por vía sanguínea se produce finalmente metástasis: en los órganos abdominales y los pulmones. La caquexia y neumonía son las causas más comunes de muerte.

3.2- CARCINOMAS EPIDERMÓIDES EN CAVIDAD ORAL

3.2.1- CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LABIO

El carcinoma de labio se origina en el borde libre del labio, puede extenderse y afectar a la piel adyacente; de la mucosa o de la comisura. Los tumores localizados en la cara externa e interna del labio, producen escoriaciones en la mucosa bucal.

Es el más común de los cánceres orales y representa el 25% de todos los casos en nuestro país; el labio inferior es el más afectado 10 veces con mayor frecuencia que el superior. Y de 1 a 5 en hombres que en mujeres, dependiendo de cada país.

"Koningſ: da una proporción de 20 hombres à 1 mujer
Lortets: da una proporción de 7 hombres a 1 mujer
Warrenſ: da una proporción de 19 hombres a 1 mujer" (11).

Entre los factores etiológicos son las irradiación atínica (sol, viento), la irritación crónica, sífilis o fumar cigarro o pipa.

Se presenta como una queratosis senil y la llamada quemadura del fumador, son con frecuencia alteraciones, que anuncian la enfermedad.

La lesión forma una capa engrosada, adherente de color gris o amarillo pardusco situada en la parte de transición del labio, generalmente cerca del borde cutáneo.

La lesión puede estar bien delineada o elevada en forma de verruga, o puede tener un límite definido. Cuando la lesión forma eminencia o cuando los tejidos subyacentes se han endurecido, el carcinoma epidermoide se ha empezado a formar.

Las lesiones papilares se presentan en paredes de leucoplasia, son elevadas y crecen lentamente pero al fin invaden el tejido subyacente. El carcinoma papilomatoso blando (carcinoma fungoso) es una forma rara. Las lesiones ulcerosas se desarrollan de pequeños nódulos en el borde cutáneo y partes de transición del labio; el tejido canceroso pronto invade la mucosa y forma ulceración superficial. Estas producen una exudación clara que forma costra, las cuales al quitarse dejan expuesta una superficie sangrante.

(11) Philip Rubin. Oncología Clínica, pág. 122.

La úlcera puede extenderse en anchura y profundidad, o formar un cráter sereo con pequeñas excresencias, como verrugas alrededor.

En el carcinoma avanzado el labio se engruesa mucho y se inmoviliza, con reacción inflamatoria alrededor, el paciente come con gran dificultad y siente dolor al mover el labio.

El grado de malignidad del cáncer de labio es por lo general bajo, el ritmo de crecimiento es lento y la diseminación linfática es muy común. Sin embargo en los casos desatendidos (2 a 5 años de evolución), la piel, el músculo y el hueso pueden verse afectados.

En sus primeros estadios es una quelosis crónica recubierta por una costra, que sangra fácilmente a cualquier mínimo traumatismo. En todas las formas de evolución el dolor es tardío. Los procedimientos de diagnóstico incluyen, biopsia que si es negativa debe ser repetida, y un exámen biodigital del triángulo submentoneano y submaxilar.

El pronóstico es favorable, en los casos en que la enfermedad sea superficial, ya que esta es fácil de operar; las complicaciones son usualmente los ganglios linfáticos, porque hay que remover grandes porciones y los problemas son muy serios; en los casos que estén afectadas las glandulas, es importante revisar el hueso para ver si no está afectado.

El carcinoma de labio puede rehabilitarse por medio de radioterapia, en lesiones extensas que afectan todo un labio y la comisura, produce mejores resultados cosméticos. Para lesiones

pequeñas de 1 cm. de diámetro, se trata por medio de insición quirúrgica en forma de V o por irradiación externa.

Para las lesiones más extensas mayores de 1 cm. de diámetro y menor de la mitad de un labio, se puede utilizar la insición quirúrgica con reconstrucción. En T1 y T2 pueden ser tratados con cirugía e irradiación como se mencionó anteriormente estas técnicas simples, no dejan deformidad ni disfunción. En T3 y T4 en estos casos es mejor tratarlos quirúrgicamente. Las adenopatías palpables que acompañan a estas lesiones frecuentemente son debidas a inflamaciones; en presencia de ganglios positivos se debe realizar supratiroidea del lado opuesto.

3.2.2- CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LENGUA.

El carcinoma epidermoide de lengua es uno de los cánceres más malignos en cavidad oral, se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres. Su localización más común es en el dorso de la lengua, cerca de la punta y en la línea media.

Su etiología es debida por el tabaco, enfermedades venereas (sífilis), irritaciones crónicas, agentes mecánicos y caries. Algunos autores dan el siguiente porcentaje dependiendo del sexo donde se presenta con más frecuencia el carcinoma:

"Sulton: dice la enfermedad es más común en hombres que en mujeres (3 a 1)

Sem: dice la enfermedad es más común en hombres que en mujeres (7 a 1).

Bathin: dice la enfermedad es más común en hombres que en mujeres (6 a 1).

Borker: dice la enfermedad es más común en hombres que en mujeres (6 a 1)" (12).

Los tumores de dos tercios anteriores son por lo común escamosos moderadamente diferenciados, los tumores del tercio posterior incluyen carcinomas menos diferenciados y linfoepiteliomas, siendo el de peor pronóstico, porque la metástasis se produce enseguida, pudiendo ser bilateral, la infartación de la cadena ganglionar.

La enfermedad puede aparecer en forma de ampolla, escoriación, úlcera un simple tubérculo o nódulo. Es por lo general de curso rápido, en una semana los vasos linfáticos de cuello son infiltrados y la supervivencia es de 1 a 2 años.

"Sulton; dice este cáncer se puede encontrar entre los 25 a 75 ó de 40 a 60 años" (13).

La invasión del maxilar inferior puede ser muy extensa, infiltrando a hueso. La invasión linfática ocurre en ambos lados, aunque la lesión sea de un solo lado de la lengua. Esto sucede por el sistema linfático de la lengua es muy extenso.

Los signos iniciales son: Zona engrosada, crecimiento exofítico, fisura o ulceración, dolor aparece más tarde, aumenta la ulceración asociada con infección secundaria o infiltración.

Trayendo como consecuencia disfagia, salivación excesiva, mal aliento, limitación de los movimientos, es un signo tardío, debido al dolor e infiltración de los músculos de piso de la bo-

(12) Thoma Kurt. Patología Bucal, pág. 1212.

(13) John Sayre Marshall. Manual of the injuries and surgical disease of the jaws, pág. 570.

ca. En el estado avanzado se presenta, como lengua leñosa fija; cerca del 60% presenta ganglios positivos.

El pronóstico de este carcinoma es raramente favorable, ya que para esta enfermedad solo queda la operación radical, las hemorragias y la sepsis pulmonar son las causas de fatalidad de dicha operación. Si hay negativa linfática de un 70 a 100% de supervivencia; y en caso de ganglios positivos, un 25% de supervivencia en 5 años.

El tratamiento es por medio de cirugía y radioterapia.

"Bill Roth; recomienda que antes de la operación se desinfec-te la cavidad oral, extirpando caries, limpieza de depósitos dentales y el uso de soluciones antisépticas" (14).

El tratamiento para los dos tercios anteriores de lengua pueden ser por medio de hemiglosectomía, esta indicada en placas de leucoplasia que pueden ser precancerosas o ya malignizadas, y que muestran una pobre respuesta a la radioterapia. En los casos avanzados se hacen hemimandibulectomías y disección radical de cuello, y en el tercio posterior son tratados por irradiación externa.

3.2.3- CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PALADAR.

Los tumores de paladar blando y duro son raros. Pero el más afectado es el paladar blando, a causa de la abundancia de las glándulas salivales en la mucosa. El carcinoma escamoso

(14) John Sayre Marshall. Manual of the injuries and surgical disease of the face mouth and jaws, pág. 564.

afecta a personas mayores, con marcada inclinación hacia los varones.

El tumor generalmente forma una lesión nodular, con bordes irregulares levantado y con frecuencia endurecido, también se puede presentar en úlcera que puede perforar el paladar. Pudiendo invadir el seno maxilar, celdillas etmoidales y nariz. El carcinoma escamoso es comunmente de tipo ulcerado, apareciendo en un lado del paladar duro o en los bordes libres del paladar blando. Se halla bien diferenciado y es de crecimiento lento, afecta la cadena cervical profunda, los ganglios maxilares y rara vez la retrofarínge.

Puede alcanzar un gran tamaño, al principio hay una sensación de dolor en la garganta, disfagia y finalmente disfonía cuando el paladar ha sido afectado profundamente.

El pronóstico depende de la infartación de los ganglios, cuando estos son negativos tienen un 60 a 70% de supervivencia y si son positivos de 30 a 40% de supervivencia a los 5 años. Estos son tratados por exéresis quirúrgica, esta puede ser localizada o incluir una parte o la mayoría del paladar, y parte del maxilar superior, en este caso se requiere de una prótesis. Las resecciones extensas pueden requerir la reconstrucción con colgajos pedunculares de piel, sin embargo la prótesis generalmente, es suficiente para tapar los defectos del paladar.

3.3.4- CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE ENCÍAS

El carcinoma de encías suma el 5% al 10% de todos los cánceres orales. Las encías inferiores son afectadas con más

frecuencia. La proporción de hombre a mujer es de 10 a 1, presentándose la incidencia más alta entre la sexta y séptima década de la vida. Su etiología es por falta de aseo o por irritación dental, o los dientes que presentan movilidad dentaria, por pérdida de hueso alveolar invadido por cáncer y que son extraídos, está herida no cicatriza y la mucosa afecta, formada, forma un tumor voluminoso ulcerado. Este carcinoma está formado por una úlcera de margenes levantados, indurado y con muchos nódulos. Si este se encuentra en el maxilar inferior empuja la lengua hacia un lado, cuando se encuentra en el lado externo de los maxilares, produce deformación facial; estos cánceres son de grado 1 y 2 y tardan en formar metastasis. La región del tercer molar del maxilar inferior y el carrillo es un sitio favorito, esta zona es peligrosa porque afecta ganglios submaxilares y ganglios cervicales. La lesión puede confundirse con un granuloma, inflamatorio por sepsis dental o una úlcera traumática. El examen radiológico es esencial ya que se puede demostrar la invasión ósea que no se puede detectar clínicamente. El tratamiento en las lesiones de TI sin evidencia radiológica de invasión ósea, la radioterapia puede ser el tratamiento que proporciona los mejores resultados, pero la posibilidad de necrosis ósea es muy alta.

La cirugía es generalmente el tratamiento de elección, con exéresis marginal del hueso. En T2 y T3 con invasión ósea, se requiere una mandibulectomía, o más según la localización

Todo esto se combina con una disección en bloque y al mismo tiempo una disección contra lateral suprahiodea dependiendo de la localización. En los tumores de encía superior pueden adquirir una mandibulectomía parcial o total.

3.2.5.- CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PISO DE BOCA.

El cáncer de piso de boca, constituye el 15% de los cánceres orales, siendo más frecuente en el hombre que en las mujeres (10 a 1). Su incidencia ocurre en la sexta y séptima década de la vida. El cáncer puede aparecer como una pequeña área queratinizada que después se destruye y forma una úlcera, extendiéndose al tejido subyacente se disemina rápidamente en el área de la mucosa, submucosa, glándulas mucosas y glándulas sublingual y los músculos.

El tumor generalmente crece, unilateralmente cerca de la línea media es frecuente la invasión de mandíbula, lengua, glándulas submaxilares y sublinguales y los músculos de piso de boca son fácilmente afectados. Cerca de el 40% de los casos muestran ganglios positivos, en el primer examen clínico las metastasis bilaterales son comunes y pueden estar presentes, aunque el tumor ocupe un solo lado.

El tratamiento de T1 es por medio de cirugía y radioterapia, con buenos resultados. Hay muchas teorías que evitan el riesgo de la necrosis de hueso, o la minimizan. Las lesiones de 1 cm. pueden ser resecaadas con un adecuado margen de seguridad. Las lesiones mayores requiere la reconstrucción con colgajos cutáneos. La radioterapia se usa más a menudo

para T1 y pequeñas T2. En los casos avanzados de T2 y T3 - la radioterapia preoperatoria, seguida de la cirugía puede ser el tratamiento de elección. Pueden incluirse mandibulectomías parciales y disección radical, los colgajos pendiculares de piel de la frente o de la pared del tórax, son necesarios para realizar la reconstrucción reparadoras que pueden ser inmediatamente o tardíamente. En algunos centros se utiliza la quimioterapia intraarterial previa a la cirugía.

3.2.6- CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE GLÁNDULAS SALIVALES.

El carcinoma de glándulas no es muy frecuente, pero aparece más comúnmente en la glándula parótida en los carci-nomas primarios, los carcinomas secundarios son los de las glándulas submaxilares y sublinguales que están asociados con el carcinoma de labio, encía y lengua. La incidencia es igual en ambos sexos, la mayoría de estos tumores son benig-nos en un 75%. Los tumores parotídicos en los niños tienden a ser malignos; pero por lo general se presenta en personas de 50 años, estos tumores se infiltran en la piel ulcerandose. Se presenta habitualmente como una tumoración indolora en la parótida. Sus características clínicas son:

- 1.- Crecimiento rápido
- 2.- Dolor ocasional presente
- 3.- Parálisis facial (si está presente es un signo de diag-nóstico)
- 4.- Hiperestesia frecuente
- 5.- Consistencia pétreas.

6.- Fijo

7.- Trismus puede estar presente

8.- Adenopatías pueden estar presentes.

Los procedimientos de diagnóstico deben ser:

1.- Observar la cantidad y las características, de la saliva escrutada por el conducto de Stenon, se recomienda un cultivo de saliva.

2.- Se debe realizar un examen biomaneal de la orofarínge y de piso de boca, para establecer el origen parotídeo del tumor primario. Se recomienda un sialograma y RX simple, la cual determina la presencia de cálculos.

3.- Son necesarias las radiografías de mandíbula y de tórax (incidencia relativamente alta de metástasis pulmonar).

4.- La biopsia habitualmente no se aconseja (excepto en presencia de invasión cutánea).

El tumor está integrado por células pequeñas, con poco citoplasma y núcleos que se tiñen de oscuro, apiñados al rededor de un espacio cilíndrico, que contiene mucina o un material hialino o mucohialino, formando estructuras cilindromatosas o cribiformes.

Estas zonas acelulares pueden adoptar la forma de una "reseta viscosa". En algunos tumores los cordones celulares pueden ser

predominantemente sólidos sin presentar el patrón quístico. Esto guarda una fuerte relación con una escasa supervivencia. También se observan gruesas trabéculas, casi siempre atravesadas por el moco, pudiendo interrumpir la disposición de las células sólidas. La infiltración tumoral de los nervios se manifiesta en forma de crecimiento perineural o intraneural en la mayoría de los pacientes.

El pronóstico en los tumores benignos y los tumores mixtos, tienen un índice de recidiva del 2%. El resto de los tumores benignos se cura, con una insición completa y no se transforman en malignos;

2- En los tumores malignos el carcinoma epidermoide con bajo grado de malignidad, tiene una sobrevida de un 85% en 5 años, en los de alto grado de malignidad tiene una sobre vida del 20%; en el adenocarcinoma quístico (cilindromatoso o cindroma) la sobrevida es de 5 años.

Los factores más importantes para el pronóstico son; signos de presentación maligna, grado histológico, grado de invasión linfática y vascular.

"Histopatología más frecuente de los canceres benignos y malignos" es la siguiente:" (15).

BENIGNO	INCIDENCIA	MALIGNO	INCIDENCIA
Tumores mixtos	57%	Mucoepidermoides	6%
Tumores de Whartin	6%	Adenoquistico	4%

(15) Springer Verlag. Oncología Clínica, pág. 180.

Quistes linfopiteliales	4%	Sólido	3.7%
Hemangiomas	2%	Epidermoide	3%
Lipomas	0.8%	células acnificas	3%
Linfoangiomas	0.4%	Indiferenciado	3%
Neurofibroma	0.7%	Mestásticos	2%
		Sarcomas	1.2%
			1%

El tratamiento puede ser por medio de quimioterapia, que es recomendada en tumores residivantes o inoperables. En los tumores de alto grado de malignidad se indica de rutina, la respuesta a la radiación varía desde sensible hasta muy resistente. La cirugía es el tratamiento preferido, realizando una disección completa del nervio facial y extirpando el lóbulo que contiene el tumor. En los tumores de bajo grado de malignidad la disección radical de cuello se reserva en los casos con ganglios positivos palpables.

"Sun: sugiere que cuando el área de la piel afectada sea grande se hagan incisiones elípticas" (16).

Los métodos de tratamiento; la extirpación, irradiación e implantación de radio. La extirpación debe ser radical como sea posible y debe de incluir un margen de seguridad de tejido normal en el hueso subyacente. La irradiación se aplica después de la cirugía, ya que es más efectiva después de que el tumor se ha quitado. Operar con criterio conservador.

(16) John Sayre Marshall. Manual of the injuries and surgical disease of the face mouth and jaws, pág. 571.

C A P I T U L O I V
NEOPLASIAS ORALES EN MUCOSA MAS FRECUENTES EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGIA

Para realizar esta investigación fué necesario, la autorización del subdirector Dr. Armando López Rodríguez, para que nos permitiera tener acceso a los archivos de: Historias clínicas, radiográfico y fotográfico; del 30 de enero al 27 de febrero del presente año con horario de 8 a 14 horas, de lunes a sábado.

La finalidad de esta investigación, es comprobar, que el cáncer en cavidad oral, es más frecuente en hombres que en mujeres.

Para el cual nuestro material de apoyo, fué la elaboración de una historia clínica, basada en la información contenida en las historias clínicas del instituto.

Un 90% de los expedientes analizados, no está terminado su tratamiento, por causa de inasistencia del enfermo a dicho instituto.

HISTORIA CLINICA

Sexo _____ Edad _____ Actividad _____ Exp. _____
Escolaridad _____ Estado Civil _____ Origen _____
Antecedentes Heredo Familiares _____

Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos _____
Nivel socioeconómico _____ Habitación _____
Alimentación _____ Higiene _____
Tabaquismo _____ Alcoholismo _____ Inmunizaciones _____
Enfermedades Padecidas _____

Antecedentes Quirúrgicos _____

Padecimiento Actual _____

Exploración Física
Cabeza _____ Oídos _____ Narfz _____ Ojos _____
Boca _____

Cuello _____

Tórax _____
Genitales _____
Abdomen _____
Extremidades _____
Interrogatorio por Aparatos y Sistemas _____

Exámenes de Laboratorio
Citología Hemática _____
Química Sanguínea _____
General de Orina _____
Tele de Tórax _____
Biopsias (Laminillas, fragmentos, biopsias pre y transoperato-
ria) _____

Diagnóstico _____
Tratamientos _____
Quimioterapia _____

Radioterapia _____

Cirugía _____

4.1- ANALISIS

Se revisaron 176 expedientes de 1980 a 1982, de carcinoma en lengua, encía, labios, paladar, glándulas y piso de boca; no siendo posible revisar los expedientes correspondientes a 1983, porque no estaban codificados en dicho archivo clínico. De los cuales se recopilaron los siguientes datos: Epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas, pronóstico, diagnóstico, tratamiento y su histopatología.

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LABIO

Epidemiología

Hubo 30 pacientes que presentaron carcinoma de labio. El cual tuvo su origen en la parte media, surco nasogeniano y comisura labial; siendo más frecuente en el labio inferior. En algunos de los casos se extendió hacia mentón o nariz. Ocupa el segundo lugar de los cánceres orales en un 21.59% en nuestro país.

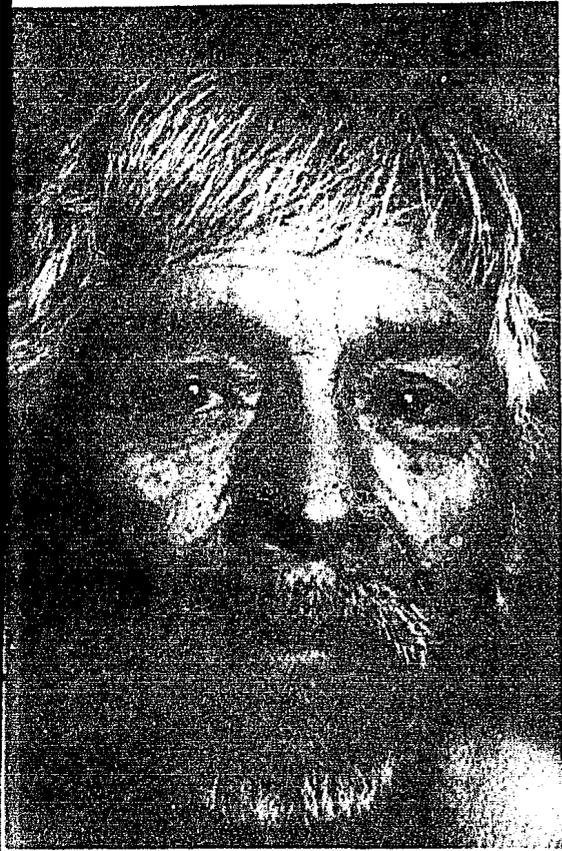
Siendo más frecuentes en hombres que en mujeres, manifestándose entre la quinta y novena década de la vida, la mayoría con anodoncia parcial. Estos pacientes su actividad es campesino, obrero y hogar; Los cuales son de nivel socio económico bajo (analfabétas); teniendo como consecuencia habitación, higiene y alimentación deficiente.

La evolución de la enfermedad en la mayoría de los pacientes no fué menor de 6 meses y no mayor de 10 años. Obteniéndose los siguientes porcentajes:

6-meses a 1 año-44.83%; 1 año a 2 años-42.11% y 2 a 10 años 13%

Etiología

Su etiología fué por tabaquismo y alcoholismo crónico, higiene deficiente (oral y general); caries; y como factores predisponentes heredo familiares: cáncer y sfilis.



Paciente senil, con carcinoma epidermoide de labio superior, con invasión a piel adyacente (aspecto papilomatoso).



Manifestaciones Clínicas

Su aspecto clínico fue en forma de úlcera, tumor de crecimiento rápido, dolorosa, con costra que al ser eliminada sangre fácilmente, presentando zona eritematosa.

A estos datos clínicos se asocian los siguientes síntomas generales: pérdida de peso, anorexia, astenia y adinamia.

Pronóstico

Este dependió de la edad, vitalidad del paciente, localización y evolución del tumor.

Diagnóstico

El carcinoma de células escamosas es el más frecuente en un 98-47%, con presencia de adenopatías palpables en un 28.94%.

Tratamiento

El carcinoma de labio fue tratado por medio de cirugía radioterapia y quimioterapia (en este mismo orden).

Las cirugías que se realizaron fueron: disección lateral de cuello, insición en forma de V, insición en forma de Y, insición en forma semicircular, queloplastia tipo Bernard. Las cuales se llevaron a cabo con anestecia general.

El tratamiento de radioterapia, fue administrado pre y posoperatorio en todos los pacientes en una dosis 4000 a 6000 rads.

El tratamiento de quimioterapia, sólo se utilizó en un paciente con la administración de los siguientes medicamentos: bleomicina y metrotrexate.

Histopatología

Para llegar a su histopatología es necesario de diferentes se realizaron las siguientes biopsias del tumor (preoperatorias, transoperatorias, laminillas, fragmentos).

Las características fueron las siguientes: mitosis atípicas, estroma de tejido conectivo, linfocitos, globos córneos, nucleolo prominente, citoplasma eosinófilo, fragmento de tejido conectivo y queratinización.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE GLÁNDULAS

Epidemiología

Se presentaron 40 pacientes, siendo más frecuente el cáncer en glándula parótida, la cual se extiende hacia la región maseteriana, retroauricular y geniana. Ocupa el primer lugar en los cánceres de cavidad oral en un 22.72% en nuestro país. Se presentó con más frecuencia entre la primera y novena década de la vida. Siendo su actividad en orden decreciente; hogar, campesino, empleado y estudiante. Siendo un 80% de analfabetas.

Los pacientes llegaron con el siguiente tiempo de evolución. 1 a 6 meses 40%; 6 meses a 1 año 20%; 1 a 2 años 15% y 2 a 10 años 25%. Presentándose con más frecuencia en el sexo femenino (67.5%).

Los finados en este tipo de cáncer fue mínima siendo causada por bronconeumonía, paro cardiorrespiratorio y cáncer.

Etiología

Entre los factores etiológicos encontrados fueron: ta-

baquismo, alcoholismo, higiene deficiente y caries; asociado con factores predisponentes heredo-familiares como el cáncer.

Manifestaciones Clínicas

La enfermedad se presentó en forma de tumoración, crecimiento rápido, doloroso consistencia fija, y sangrante. Aunado con los síntomas generales siguientes: pérdida de peso, astenia, adinamia, odonofagia y disfagia.

Pronóstico

El pronóstico es desfavorable en la mayoría de casos, ya que en la mayoría de los cánceres de esta zona hay metástasis a pulmón.

Diagnóstico

Se presentaron 37 pacientes con carcinoma epidermoide de glándula parótida, en las cuales se presentaron 2 pacientes con metástasis; 2 sarcomas en glándula submaxilar y 2 adenocarcinomas en la glándula submaxilar. 19 pacientes presentaron adenopatías cervicales.

Tratamiento

El carcinoma fue tratado por radioterapia (27) pacientes; cirugía (26) y quimioterapia (7) pacientes. Los tipos de cirugía fueron los siguientes: disección submaxilar, maxilectomía, parotidectomía, disección radical de cuello, traqueostomía; las cuales se llevaron a cabo mediante anestesia general. La dosis de radiaciones fué de 2000 a 5000 rads de 3 a 5 por semana, protegiendo los tejidos circundantes.

El tratamiento de quimioterapia fue por medio de bleomicina y metrotrexate, la disifificación depende del paciente (resistencia) y del cáncer.

Histopatología

Las características microscópicas fueron: mitosis atípicas, nucleolo prominente, hipercromático, globos córneos, linfocitos, bacterias, quistes, células uvoides y queratinización.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PALADAR

Epidemiología

Hubo 17 pacientes con cáncer en paladar, tuvieron su origen en paladar blando, encía retromolar, orofarínge y paladar duro.

Ocupa el sexto lugar de los cánceres en cavidad oral en nuestro PAIS. Siendo la actividad más frecuente de los pacientes hogar, empleado y campesino; escolaridad nula, nivel socioeconómico bajo.

Se presentó con más frecuencia en el sexo masculino de 7 hombres a 1 mujer. En su aspecto dental se encontró desdentados totales y parciales y totales igualitariamente.

El paciente se presentó con una evolución en su enfermedad de:

1 a 6 meses -8 pacientes
6 meses a 1 año -5 pacientes
1 a 2 años -2 pacientes
2 a 10 años -1 paciente

Se presentaron 4 defunciones por bronconeumonía (2) y cáncer (2).



Paciente con carcinoma en glándu
la parótida y su correspondiente
sialografía; en la cual se observa
un patrón quístico(adenquistic).
También le realizaron radiografías
de tórax donde se le diagnóstico
metastasis pulmonar.



Etiología

Entre los agentes etiológicos encontramos tabaquismo, alcoholismo, higiene deficiente; y como antecedentes heredo-familiares patológicos cáncer.

Manifestaciones Clínicas

La mayoría de los pacientes presentó las siguientes: tumoración dolorosa, con supuración con olor fétido.

Pronóstico

Este depende del estado general del paciente.

Diagnóstico

el 100% de los pacientes presentó carcinoma epidermoide, donde solo 6 pacientes presento adenopatías cervicales.

Tratamiento

Para dicho carcinoma se utilizó la radioterapia en 12 pacientes; cirugía en 10 pacientes y quimioterapia 2 pacientes.

Las cirugías realizadas fueron: Palatectomía (parcial o total); maxilectomía parcial o total; traqueostomía. Todas fueron intervenidas con anestesia general.

El tratamiento de radioterapia fué en dosis de 4000 a 5000 rads, de 3 a 5 por semana. Protegiendo el área de los ojos.

Histopatología

En un aspecto microscópico muestran las siguientes características: núcleo prominente, mitosis atípicas, núcleo hiper cromático linfocitos y glosos córneos.

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PISO DE BOCA.

Epidemiología

Se presentó en 18 pacientes con cáncer en piso de boca, principalmente a los lados del frenillo lingual extendiéndose hacia la base de la lengua, mucosa de carrillos; ocupa el 5° lugar de los cánceres de cavidad oral en un 10.22% en nuestro país.

Presentándose entre la cuarta y novena década de la vida, siendo la mayoría campesinos, analfabétas, de nivel socioeconómico bajo, presentándose con más frecuencia en hombres en un 80%. Los cuales en su aspecto dental presentaron anodoncia parcial. La evolución de la enfermedad cuando llegaron al instituto fué de:

1 a 6 meses -9 pacientes
6 meses a 1 año-5 pacientes
1 año a 2 años -3 pacientes
2 años a 10 años-1 paciente

El número de finados fué casi nulo siendo de obstrucción de vías respiratorias.

Etiología

Entre los factores etiológicos de este tipo de cáncer encontramos: tabaquismo, alcoholismo, higiene deficiente, asociado con sífilis.

Manifestaciones Clínicas

Úlcera, dolor, crecimiento rápido, sangrado, supuración.

Del lugar donde se inició la lesión se pudo extender hacia: ba

se de lengua, mucosa de carrillo, dorso de lengua. Presentando síntomas generales de astenia y adinamia.

Diagnóstico

Los 18 pacientes presentaron carcinoma epidermoide, de los cuales 10 presentaron adenopatías.

Pronóstico

Esto dependió de la evolución del tumor, histopatología y vitalidad del paciente.

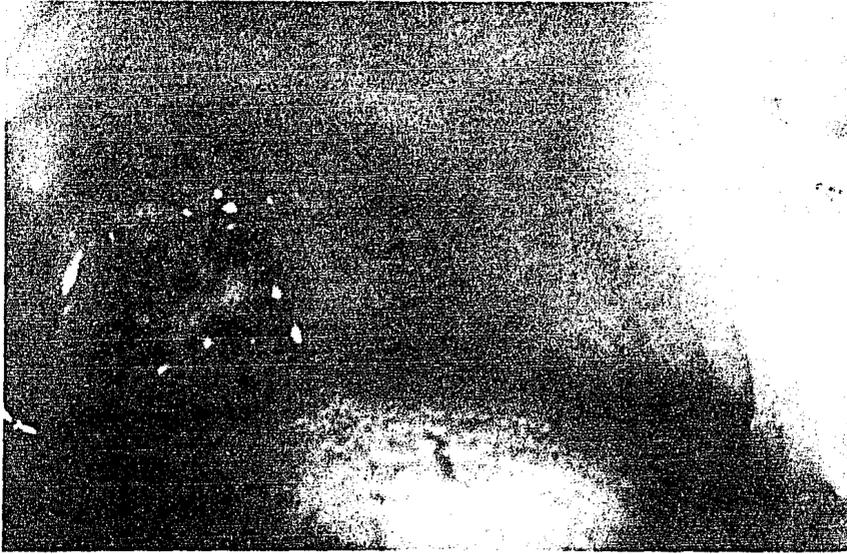
Tratamiento

El carcinoma de piso de boca, fué tratada mediante cirugía, radiación y quimioterapia. Los tipos de cirugía realizados para esta enfermedad fueron: mandibulectomía (parcial o total), disección radical de cuello, glosectomía parcial, disección suprahióidea bilateral, las cuales se llevaron a cabo con anestesia general.

El tratamiento con radioterapia fué en una dosis de 4000 a 6000 rads en dosis de tres por semana. La quimioterapia fué mediante bleomicina y metrotrexate, la dosis dependía de cada paciente.

Histopatología

Para llegar a un diagnóstico, se realizaron exámenes histopatológicos utilizados fueron los siguientes tipos de biopsias: Biopsia preoperatoria (9) pacientes; biopsias operatorias 7 pacientes; y biopsias en fragmento y laminillas. Las características microscópicas de los tejidos observados presentaron los siguientes componentes histológicos: mitosis atí



Paciente con carcinoma epidermoide y encía retromolar que invadió antro maxilar.



picas, estroma de tejido conectivo, núcleo prominente, citoplasma eosinófilo, queratina y células uvoides.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE ENCIA

Etiología

Entre los factores etiológicos de esta neoplasia se encuentra tabaquismo y alcoholismo crónico, higiene deficiente y general.

Epidemiología.

Este carcinoma ocupa el cuarto lugar en cavidad oral en nuestro país, en un 22.5%, fué más frecuente en hombres que en mujeres en un 60% siendo su actividad en orden decreciente: hogar, campesino, empleado y chofer. Siendo analfabetas y de bajos recursos económicos. En su aspecto dental en un 22.7% se presentaron con anodoncia parcial, el resto no hizo referencia. Esta enfermedad se extendió hacia mucosa de carrillo, paladar, piso de boca, región retromolar. La evolución de la enfermedad al llegar al instituto fué:

1 a 6 meses-9 pacientes
6 a 1 año-6 pacientes
1 a 2 años-3 pacientes
2 a 10 años-2 pacientes

Presentandose con más frecuencia entre la octava y novena década de la vida.

Manifestaciones Clínicas.

Las manifestaciones de la enfermedad fueron las siguientes: ulceración, crecimiento rápido, dolor, supuración, los cuales se vieron acompañados de los siguientes síntomas generales: fiebre, pérdida de peso, anorexia, astenia y adinamia.



Paciente senil, con carcinoma epidermoide de piso de boca, con invasión a glándula submaxilar (aspecto exofítico polipoide).



Diagnóstico

De 22 pacientes con cáncer en encía, 21 fueron de tipo epidermoide y un adenocarcinoma de glándula sublingual de los cuales se presentaron 13 pacientes con adenopatías palpables.

Pronóstico

Esto depende de la vitalidad del paciente y el desarrollo de la enfermedad.

Tratamiento.

El tratamiento dado a este tipo de cáncer fué por medio de radioterapia (9 pacientes), cirugía (7 pacientes), quimioterapia (4 pacientes): las cirugías realizadas fueron: insición en forma de Y maxilectomía, palectectomía, disección de cuello, insición en forma de W, resección amplia del maxilar inferior, las cuales se llevaron a cabo con anestesia general.

El tratamiento de radioterapia fué de 3000 rads a 5000 rads por semana. La quimioterapia fue mediante bleomicina y metotrexate.

Histopatología

Para la realización de los exámenes histopatológicos se realizaron las siguientes biopsias: preoperatoria 18 pacientes; transoperatoria 6 pacientes; fragmentos 4 pacientes. En los cuales se observaron las siguientes características: mitosis atípicas, nucleolo prominente, hipercromático, estroma conectivo, globos córneos, perdida relación núcleo citoplasma, linfocitos y células uvoides.

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LENGUA.

Epidemiología

El carcinoma de lengua ocupa el tercer lugar de los cánceres orales en nuestro país, en un 17.4%. Entre la cuarta y novena década de la vida, siendo más frecuente en un 90% en hombres analfabetas de bajos recursos económicos. La actividad de estos fué de campesino, hogar, empleado, chofer. En su aspecto dental la mayoría desdentado parcial.

De el inicio de la enfermedad al hospital fué de:

1 a 6 meses-20 pacientes
6 meses a 1 año-4 pacientes
1 a 2 años-3 pacientes
2 a 10 años-3 pacientes

Etiología.

La etiología para este tipo de neoplasia fue por tabaquismo, alcoholismo e higiene deficiente.

Manifestaciones Clínicas

Se presentó mediante úlcera, crecimiento rápido, sangrado y supuración. Los cuales estuvieron acompañados de los siguientes síntomas generales: fiebre, pérdida de peso, astenia y adinamia.

Diagnóstico

De los 30 pacientes, 29 presentaron cáncer epidermoide de lengua y el 75% adenopatías cervicales de cuello y 1 sólo metastasis a pulmón.

Pronóstico

El pronóstico de estos pacientes es muy desfavorable ya que por lo general la mayoría presenta adenopatías y metastasis.



Aspecto clínico de un paciente, con carcinoma epidermoide de lengua avanzado; al cual se le realizó mandibulectomía total, ya que el cáncer había invadido; piso de boca y hueso.



Tratamiento

El tratamiento para dicha neoplasia fué por medio de cirugía las cuales fueron: glosectomía parcial o total, traquostomía, mandibulectomía parcial o total y cirugía pull Truk. Además tratamiento de quimioterapia por bleomicina y metotrexate.

Histopatología

Para su diagnóstico se realizaron las siguientes biopsias: preoperatoria 33 pacientes, transoperatorias 16 pacientes, fragmentos 5 pacientes y laminillas 2 pacientes. En los cuales se encontró en el estudio microscópico los siguientes componentes histológicos: mitosis atípicas, pérdida de relación núcleo citoplasma, nucleolo prominente, hipercromático, globos cráneos, perlas de queratina.

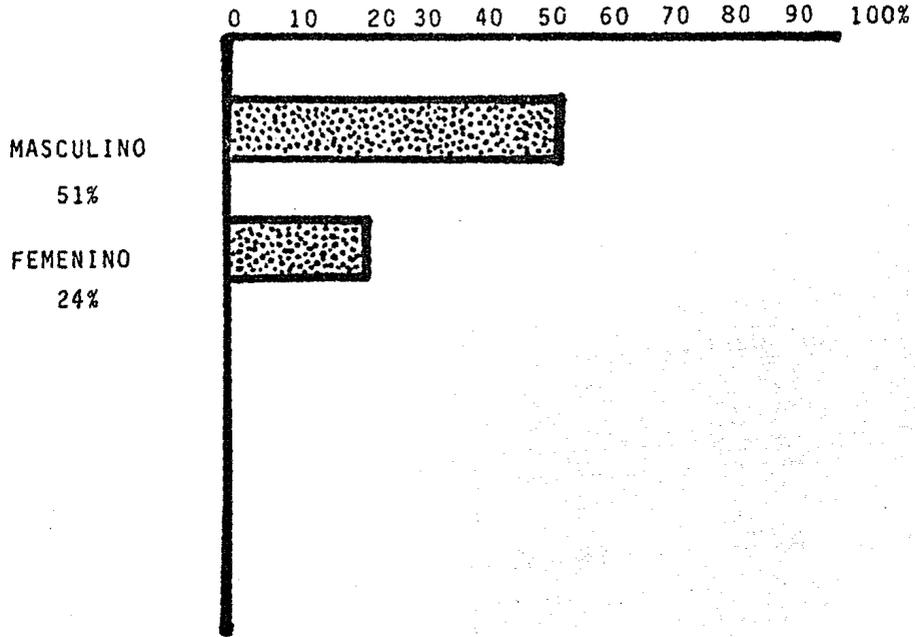
4.2- BIOESTADISTICA

De la información esbosada anteriormente, graficamos aquí los siguientes datos más importantes:

- Edad
- Sexo
- Nivel socioeconómico
- Actividad
- Factores predisponentes
- Aspecto dental
- Evolución de la enfermedad
- Manifestaciones clínicas
- Síntomas generales
- Diagnóstico
- Exámenes histopatológicos (biopsias)
- Tratamiento

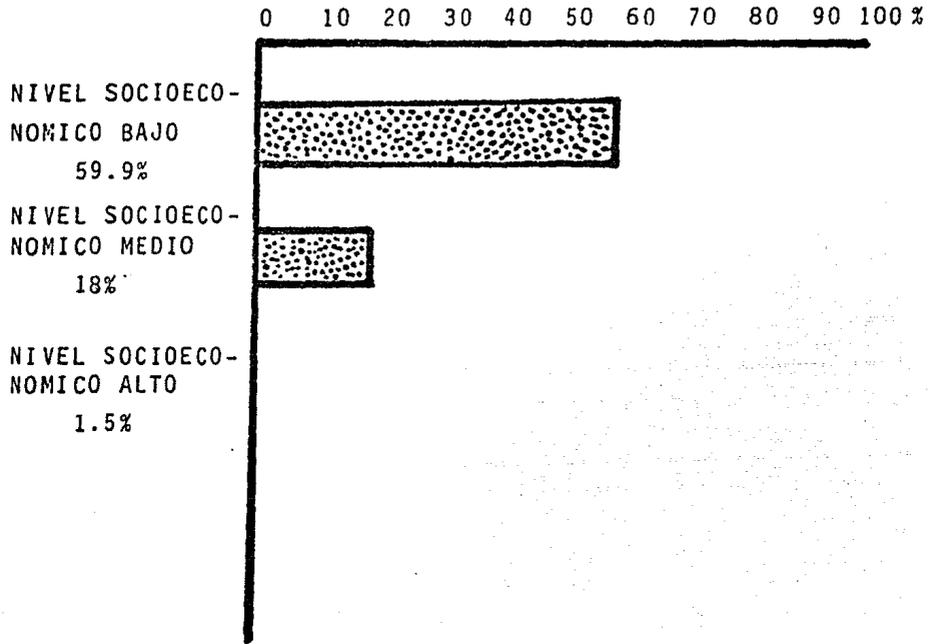
GRAFICA I

NUMERO DE PACIENTES EN %



En esta gráfica se corroboró nuestra hipótesis, ya que se encontró, más incidencia de cáncer en cavidad oral en el sexo masculino.

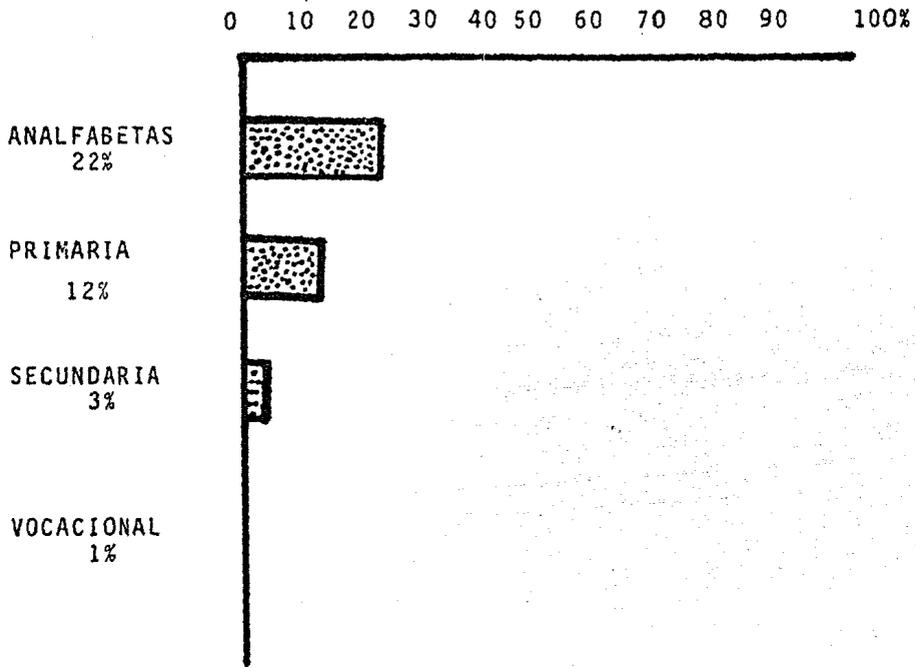
GRAFICA 2
NUMERO DE PACIENTES EN %



El nivel socioeconómico bajo, es el que predomina, en los pacientes que asisten al instituto.

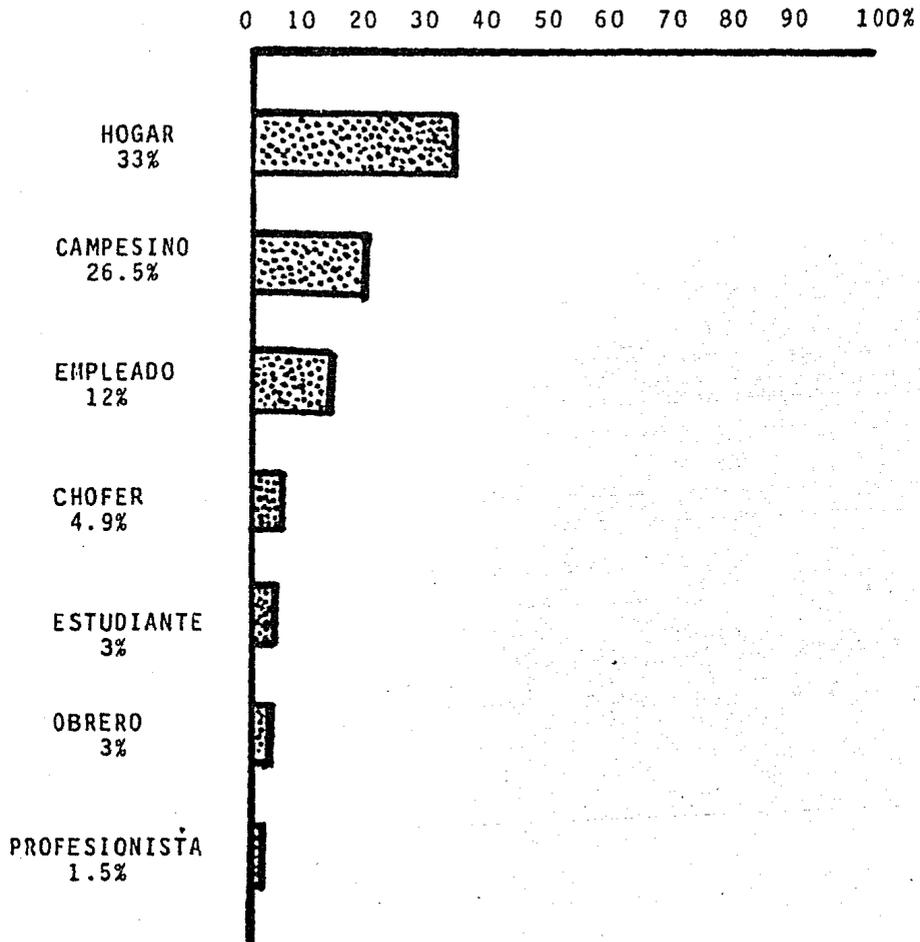
GRAFICA 3

NUMERO DE PACIENTES EN %



Dado que los pacientes son de bajos recursos económicos, se encontró un alto porcentaje de analfabétas.

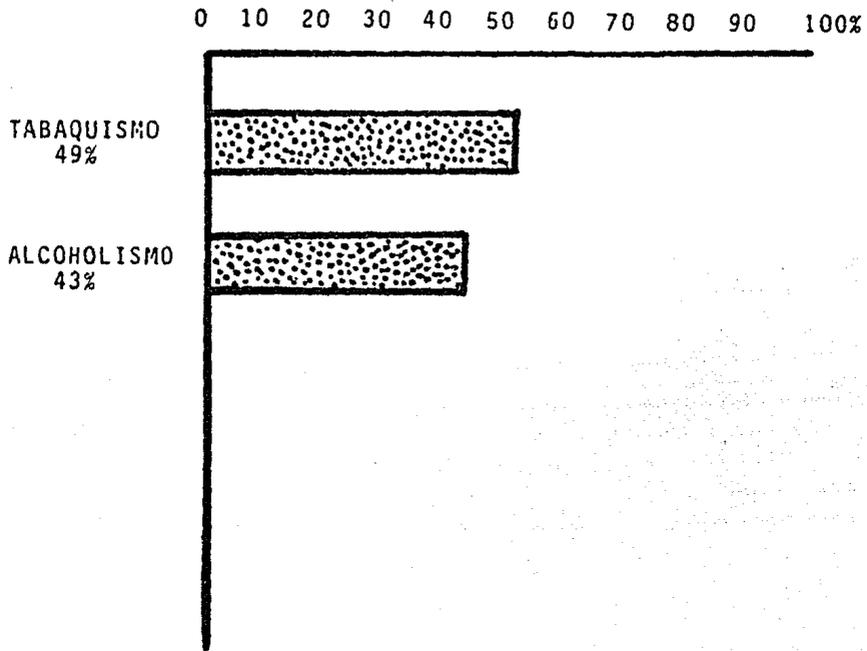
GRAFICA 4
NUMERO DE PACIENTES EN %



La actividad de los pacientes fué variada, pero tuvo una incidencia más elevada en - campesinos y hogar.

GRAFICA 5

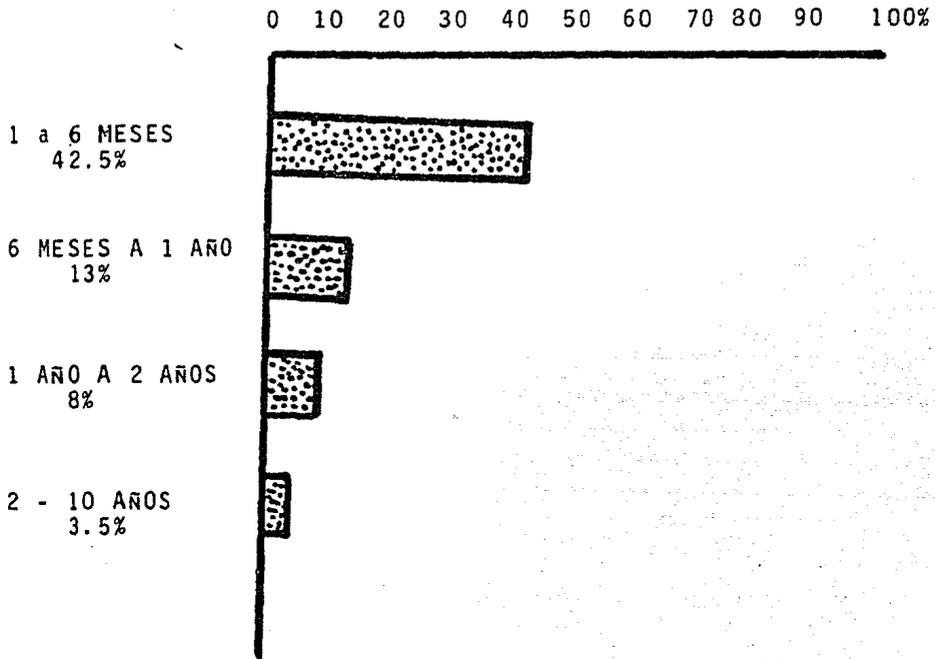
NUMERO DE PACIENTE EN %



Estos son los factores etiológicos con un alto porcentaje, aunados a higiene deficiente y antecedentes Patológicos Heredo Familiares (Cáncer)

GRAFICA 6

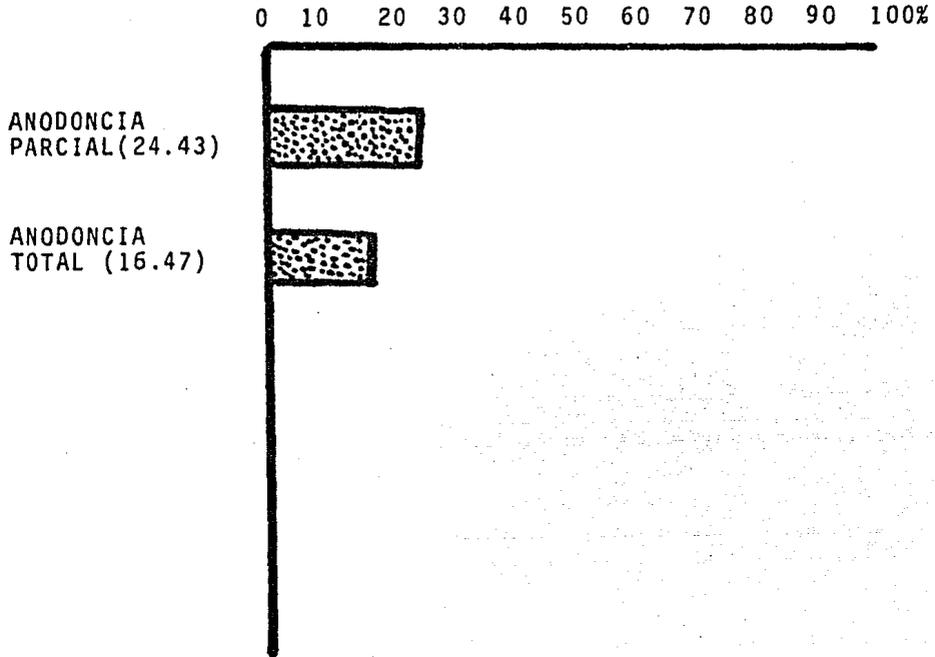
NUMERO DE PACIENTES EN %



Los pacientes que llegaron a consulta al INC, llevaban una evolución de la enfermedad, de no menos de 1 mes, - - acentuándose de 1 a 6 meses.

GRAFICA 7

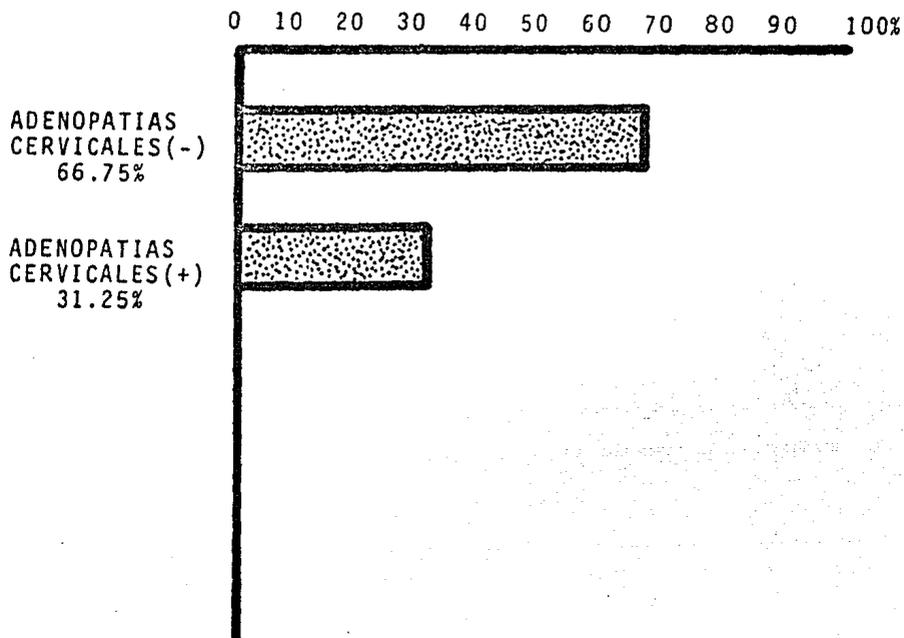
NUMERO DE PACIENTES EN %



En el aspecto dental, no se obtuvo un porcentaje muy preciso, ya que el Instituto no tiene una historia dental, por lo tanto no siempre aparecía este dato.

GRAFICA 8

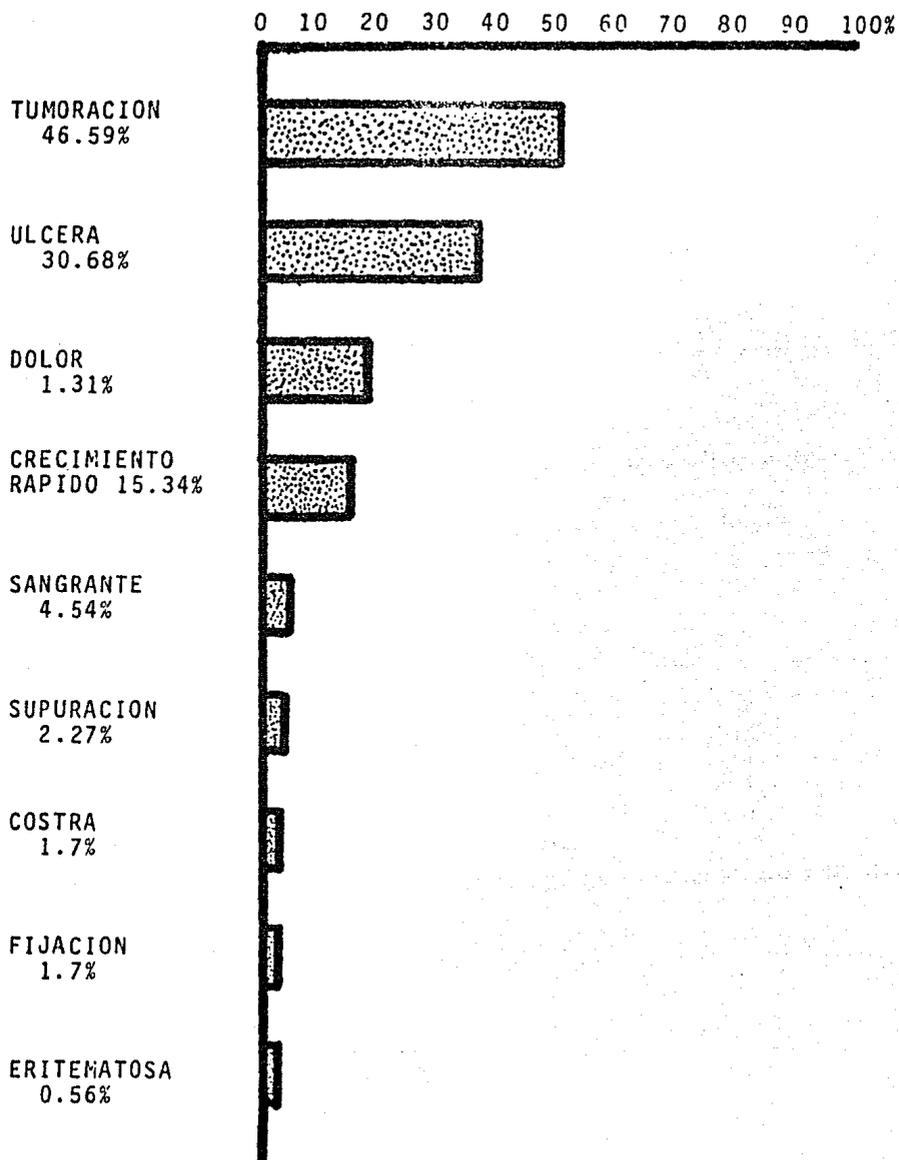
NUMERO DE PACIENTES EN %



El porcentaje de adenopatía fué presente en un 31.25%, pero los pacientes que lo presentaban, el diagnóstico no era muy favorecedor.

GRAFICA 9

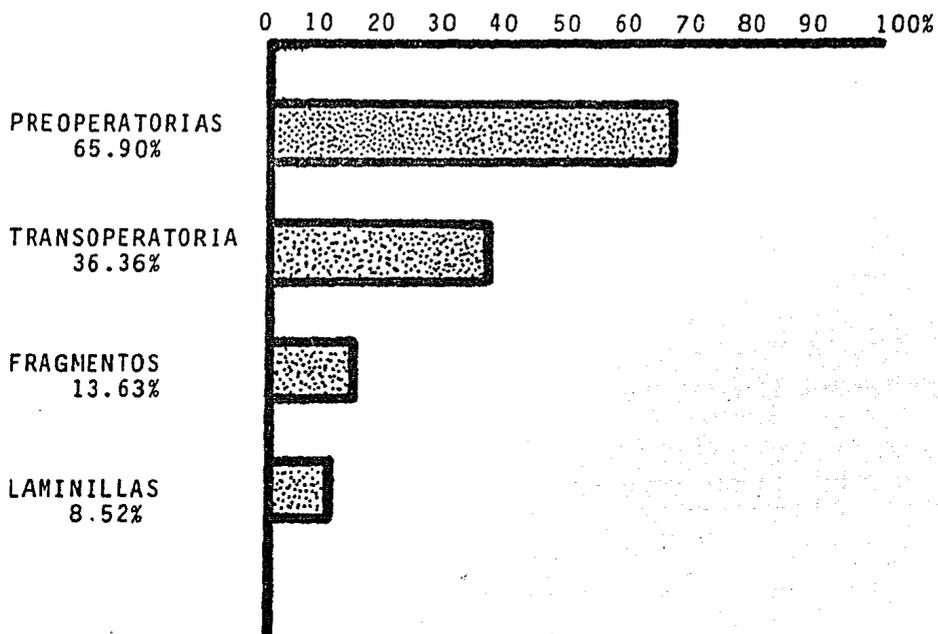
NUMERO DE PACIENTES POR %



Manifestaciones clínicas de la enfermedad y signos patognomónicos del carcinoma.

GRAFICA 10

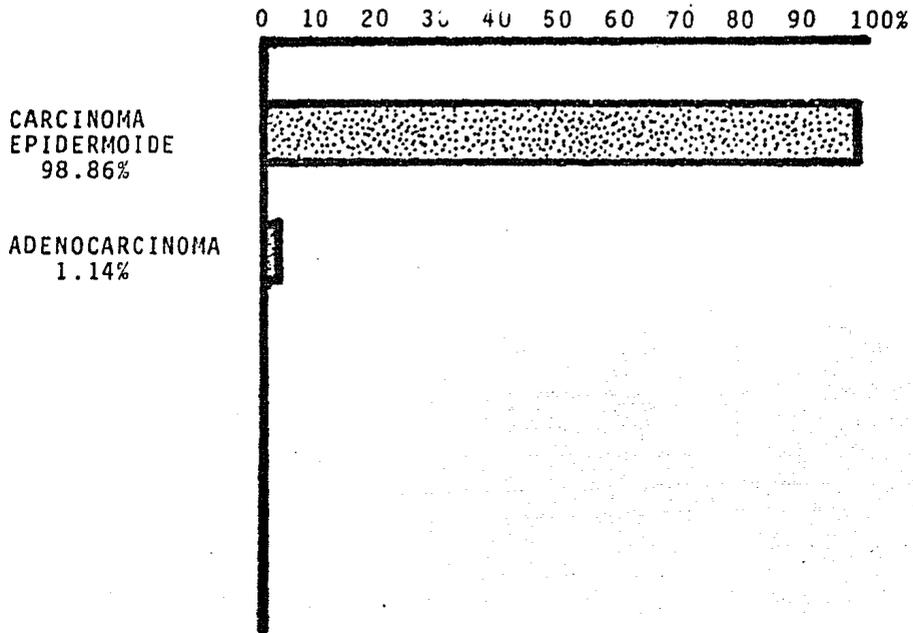
NUMERO DE PACIENTES EN %



Para saber sus características histológicas y llegar a un diagnóstico, se realizaron estos tipos de biopsias.

GRAFICA 11

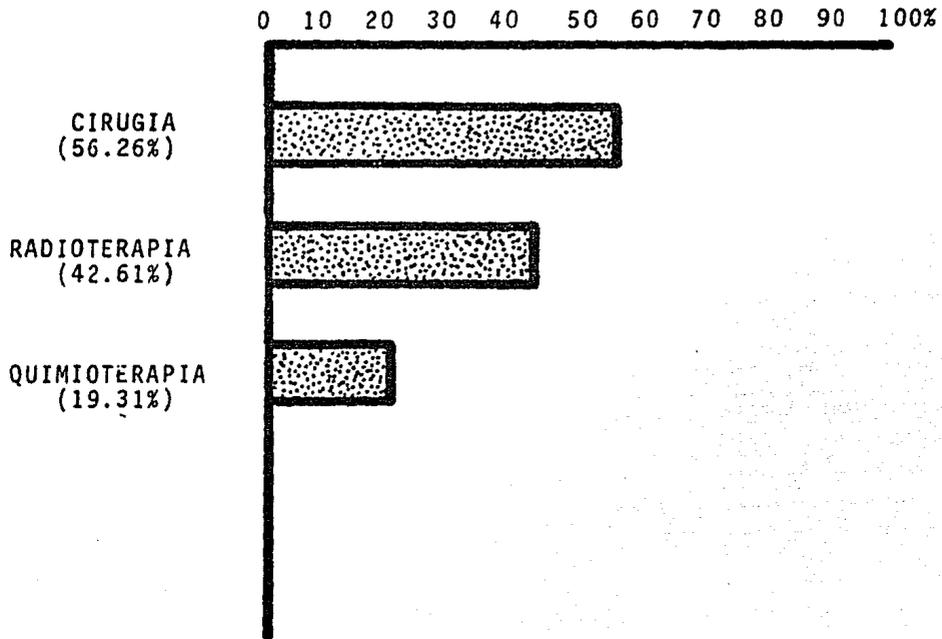
NUMERO DE PACIENTES EN %



El carcinoma epidermoide (células escamosas) es el que más se presenta en cavidad oral.

GRAFICA 12

NUMERO DE PACIENTES EN %



Tratamientos realizados para el carcinoma epidermoide en mucosas de cavidad oral.

Para realizar la gráfica sobre las edades se procedió de la siguiente manera:

I-Se agruparon las edades y sus respectivas frecuencias, en nueve intervalos, donde cada intervalo es de 10 años (cuadro I), los cuales contienen toda nuestra población.

Con estos datos procedimos a realizar el histograma y polígono de frecuencia. (gráfica 13).

También investigamos los valores representativos de nuestra población como son:

-Media aritmética, que fué de 60.72 años, siendo la edad promedio representativa del cáncer en cavidad oral.

-Mediana, que fué de 65.5 años, que es la edad media de todo nuestro universo.

-Moda, que fué de 60.77 años, este dato nos refiere a que el intervalo (60.5-70.5) es donde se manifestó más el cáncer en cavidad oral.

CUADRO I

EDAD	EDAD	MC	F	MC X F
11-20	10.5-20.5	15.5	4	62.5
21-30	20.5-30.5	25.5	1	125.5
31-40	30.5-40.5	35.5	18	639.0
41-50	40.5-50.5	45.5	21	955.0
51-60	50.5-60.5	55.5	39	2164.5
61-70	60.5-70.5	65.5	41	2685.5
71-80	70.5-80.5	75.5	32	2416.0
81-90	80.5-90.5	85.5	17	1453.5
91-100	90.5-100.5	95.5	3	286.5

Frecuencia

HISTOGRAMA Y POLIGONO DE FRECUENCIA

GRAFICA 13

50

40

30

20

10

0

10

20

30

40

50

60

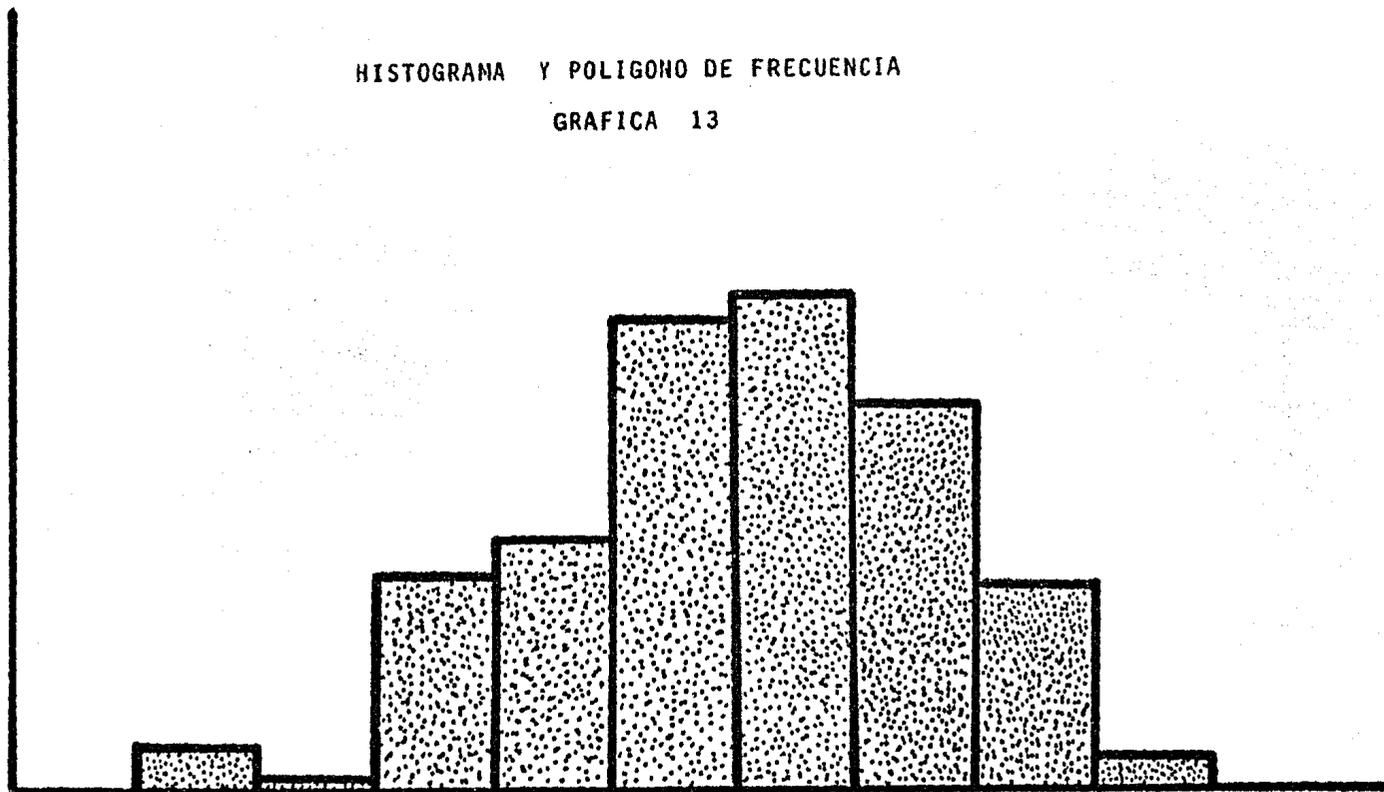
70

80

90

100

EDAD



CONCLUSIONES

Nuestra hipótesis fué confirmada y aprobada, ya que el cáncer en cavidad oral se presentó más frecuente en hombres que en mujeres. De una población de 176 pacientes, se presentaron con más frecuencia entre los 60 y 70 años. Su actividad fué hogar y campesino; los cuáles son de nivel socioeconómico bajo y analfabetas.

Los estados con un 100% más alto en cáncer fueron los siguientes: Estado de México, Guerrero, Veracruz, Puebla, Guanajuato y Distrito Federal.

Los agentes etiológicos fueron: irritación crónica, tabaquismo y alcoholismo; con respecto a su aspecto dental, no se pudo obtener un dato exacto, ya que en el Instituto, no cuenta con una historia dental, por lo consiguiente solo se registro el 40% de la población.

La mayoría de los pacientes se presentó al mes de haber iniciado su padecimiento, presentandose el porcentaje más alto de 1-6 meses (42.0%).

Las manifestaciones clínicas fueron las siguientes: úlcera, dolor, crecimiento rápido, acompañandose de los siguientes síntomas generales; pérdida de peso, astenia y adinamia.

En los exámenes histopatológicos que se determinaron por los diferentes tipos de biopsia encontramos las características patognomónicas del carcinoma epidermoide el cuál tuvo,

un porcentaje de 98.86%; presentando adenopatías un 31.25%, y metástasis pleuropulmonar en 1%. Para este tipo de cáncer el tratamiento más satisfactorio fué por medio de cirugía en 56.26%

Los síntomas que se encuentran en el interrogatorio por aparatos y sistemas en el carcinoma de cavidad oral, se presentan también en cualquier cáncer a nivel sistémico.

Nosotros concluimos que todos los individuos pueden estar propensos a padecer esta enfermedad, oral o sistémica; pero se puede presentar más frecuentemente en pacientes seniles, con antecedentes heredo familiares patológicos (cáncer), con hábitos de toxicomancias; morderse el labio, irritación por piezas dentarias cariadas, extracciones mal diagnosticadas.

Se hace un llamado a los Médicos Cirujanos y Dentistas para que lleven a cabo una completa historia clínica y Dental, ya que por medio de ésta se puede llegar a un diagnóstico temprano de cáncer. El cuál debe constar con un tratamiento paliativo en caso de infecciones, o realizarse estudios histopatológicos, en caso de que no desaparezca dicha enfermedad o se sospeche de malignidad.

En caso que se diagnostique una neoplásia, se debe de tratar de tener controlado al paciente en cuestión a nuestra consulta personal independientemente a la Institución que fué remitido.

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

BALINT, ORBAN. Histología y Embriología Buco Dental. 3a. ed. Argentina, Labor. 1960, 371 pp.

BROMELL, NORMAN. Anatomy and Histology of the mouth and teeth. 5a. ed. Philadelphia. Blaskistone SON &CO, 1971, 420 pp.

GUIRT, DAVID. Carcinoma. ARCH Otolaryngol. 109 (II) 757-9 no viembre, 1983.

HAM W. ARTHUR. Tratado de Histología. México, Interamericana 1975. 935 pp.

HAYES, LOWIS. Diagnóstico Clínico y Enfermedades de la Boca. México, Hispanoamericana, 1954. 480 pp.

JUNQUEIRA L.C. Histología Básica. 1a. ed. Barcelona, Salvat, 1973. 441 pp.

J.A. FORT. Compendio de Anatomía Descriptiva. 9a. ed. Barcelona Gustavo Gili, 1925, 543 pp.

KERR, DONALD. Diagnósis Oral. Nueva York C.V. Company, 1959, 520 pp.

KING, JOHN The salivary gland tumors. ARCH Otolaryngol. 109, (II) 746-7, noviembre 1983.

KURT, THOMA, Patología Bucal. 1a. ed. México, Hispano Americana 1946, 143 pp.

PHILLIP, RUBIN. Oncología Clínica. 5a. ed. México, Sociedad Americana de cáncer, 1978. 225 pp.

QUIROZ GUTIERREZ, FERNANDO. Anatomía Humana. 2a. ed. Argentina, Porrúa, 1974, 517 pp.

SAYRE MARSHALL, JOHN. Manual of the injuries and surgical disease of the mouth and jaws. Philadelphia, SSWD Company, 1897 789 pp.

SPRINGER, VERLANG. Oncología Clínica. México, Unión Interamericana contra el cáncer, 1977, 337 pp.

TESTUT A. LATERGET. Anatomía Humana. Barcelona, Salvat, 1981, 1127 pp.

THOMA, ROBERT. Patología Bucal. Barcelona, salvat, 1981, 1273 pp.

VELAZQUEZ, TOMAS. Anatomía y Patología Dental y Bucal. México Prensa Médica Mexicana, 1977. 359 pp.

TENORIO OROZCO, JOSE. Metodología Documental para investigadores en Ciencias de la Salud, México, Ciencia y Cultura, 1983 100pp.