

367  
2 Eje



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA**

**CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA**

**EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
DE LOS TUMORES BUCALES**

**TESIS PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**JOSE AUDOMARO RUIZ LOPEZ**



**SAN JUAN IZTACALA, MEXICO**

**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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# INDICE GENERAL

INTRUDUCCION	Pág.	1
CAPITULO I		
DIAGNOSTICO EN ODONTOLOGIA	"	4
A).- Responsabilidad del dentista en el diagnóstico	"	5
- Diagnóstico Presuntivo	"	5
- Diagnóstico Diferencial	"	5
- Diagnóstico Patológico	"	5
- Diagnóstico Principal	"	5
- Radiografías	"	5
B).- Beneficios que reporta un estudio diagnóstico satisfactorio.	"	8
C).- Problemas relacionados con el diagnóstico de Lesiones Bucales	"	9
CAPITULO II		
METODOS RACIONALES DE DIAGNOSTICO	"	12
A).- Necesidad del Diagnóstico en Cirugía Bucal	"	13
B).- Interrogatorio del paciente	"	14
- Etapas del interrogatorio	"	17
C).- Exploración del paciente	"	20
- Observación del pulso	"	20
- Presión arterial	"	21
- Prueba de la inspiración sostenida	"	22
- Técnica	"	22
- Interpretación	"	22
- Prueba del fósforo	"	22

- Resto de la exploración	Pág. 23
- Análisis de lo anterior y estudios de laboratorio.	" 24
<b>CAPITULO III</b>	
LA COAGULACION SANGUINEA Y LA ASPIRINA	" 25
I.- El mecanismo de la coagulación	" 26
II.- Pruebas de función de las plaquetas	" 27
III.- Estudios sobre los efectos de la aspirina.	" 28
IV.- Duración del efecto de la aspirina	" 32
V.- El efecto bioquímico de la aspirina sobre las plaquetas	" 32
VI.- Analgésicos y tranquilizantes que nos interfieren en las funciones de las plaquetas.	" 33
<b>CAPITULO IV</b>	
BIOPSIAS	" 34
- Técnicas para la biopsia	" 35
	" 36
	" 37
	" 38
	" 39
	" 40
- Diagnóstico final	" 41
<b>CAPITULO V</b>	
DIFINICIONES SOBRE TUMOR	" 44
- Neoplasias	" 44
- Tumor Benigno	" 44
- Tumores Malignos	" 44

- Cáncer	Pág.	45
- Carcinoma	"	45
- Sarcoma	"	45
- Lesión o tumor primario	"	46
- Lesión o tumor secundario	"	46
- Metástasis	"	46
- Cáncer bucal	"	47
Frecuencia	"	48
Etiología del cáncer de la boca	"	48
Irritación crónica	"	49
Rayos solares	"	49
Tabaco	"	49
Humo de tabaco	"	49
Sifilis	"	50
Leucoplasia	"	50
Factores dentales	"	51
Factores cancerígenos	"	51
Piel:	"	51
Cavidad bucal	"	53
Evolución del carcinoma	"	54
Epidermoide bucal	"	54
Características macroscópicas del tumor	"	57
Características macroscópicas del tumor	"	58
Existencia de lesiones predisponentes.	"	60
Importancia del diagnóstico precoz del Cáncer bucal.		61

Otros tumores malignos relacionados con la cavidad bucal. Pág. 65

Clasificación de la amplitud de los tumores malignos de la boca. " 67

Clasificación del carcinoma epidermoide bucal. " 67

Principios generales del tratamiento de los tumores malignos intrabucales. " 69

## CAPITULO VI

### TUMORES DE LOS MAXILIARES

A).- Generalidades " 70

B).- Fibromas osificantes " 70

C).- Odontoma compuesto " 71

D).- Ameloblastoma " 71

E).- Tumores osteógenos " 71

a).- Osteoma " 72

b).- Osteofibroma " 72

c).- Mixioma y Condroma " 72

F).- Condrosarcoma " 73

G).- Sarcomas " 73

H).- Tumor de Ewing " 74

I).- Tumor central de células gigantes " 74

### QUISTE DE LOS MAXILIARES " 75

A).- Concepto general " 75

B).- Quiste nasoalveolar " 75

C).- " de la línea media " 76

D).- " nasopalatinos " 76

E).- " Globulomaxiliares " 77

F).- Periodontales	Pág. 77
G).- Dentigeros	" 78
CUIDADOS PREOPERATORIOS	" 79
A).- Concepto	" 79
B).- Historia Clínica	" 79
C).- Exámenes de laboratorio	" 80
D).- Estudios radiológicos	" 80
E).- Preparación Psicológico	" 80
F).- Uso de sedantes	" 80
G).- Asepsia de la cavidad bucal	" 81
H).- Preparación del material e instrumental	" 81
CAPITULO VII	
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS TUMORES	
A).- Tumores benignos	" 82
B).- Tumores malignos	" 82
TECNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS QUISTES	
A).- Método conservador de parchis	" 84
- Tratamiento de la cavidad osea	" 88
CONCLUSION	" 90
BIBLIOGRAFIA	" 91



## PROLOGO

### EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES BUCALES

Tiene como propósito salvar tejidos humanos, ya sea en parte o completamente; dependiendo de tipo de lesión benigna o maligna.

Por lo tanto, la palabra DIAGNOSTICO, supone identificación de la enfermedad existente. Obligatoriamente todo dentista debe conocer o tomar en cuenta, todas las características del caso, que las distinguen de otros fenómenos patológicos.

Aunque la mayor parte de terapéuticas, utilizadas en la actualidad requieren una habilidad técnica considerable, dentro de un campo operatorio restringido; todas ellas se basan en conceptos biológicos amplios, además de que exigen un juicio clínico certero.

En todos los casos se deben conocer la anatomía y la fisiología de la región afectada.

El tratamiento de los tumores, consiste esencialmente en su extirpación; pero la intervención quirúrgica defiere según la naturaleza del neoplasma.

Algunos neoplasmas benignos de la boca, poseen características rara vez encontradas en otras partes del cuerpo.

Estas características guardan relación con los tumores de origen dentario.

Los tumores bucales pueden ser de origen dentario o no. En todos los campos de la cirugía bucal, es esencial reafirmar el-

diagnóstico correcto..

Hay solamente un diagnóstico el "exacto", mientras que pueden emplearse distintos métodos de tratamiento en cada uno con resultados satisfactorios.

Para llegar a un diagnóstico, el clínico utiliza todos sus conocimientos y experiencias y por un proceso de eliminación, llega a ciertas conclusiones.

Debe ver al paciente como una totalidad, pero concentrarse en la región del padecimiento.

Como el problema fundamental la Odontología es la rehabilitación bucal, incluiré información más centralizada de tumores dentales, que se forman en tejidos duros de la cavidad bucal, por considerarla menos común que los tumores odontogénos.

Por lo tanto el diagnóstico y tratamiento de los tumores bucales, está bien basado en principios biológicos aplicables, en todos los detalles de su desarrollo y exige profundos conocimientos y habilidades técnicas de fácil aplicación en la práctica odontológica.

Al abarcar éstas disciplinas, íntimamente relacionadas con la cirugía bucal, aspiramos a realizar el mejor tratamiento y así asegurar el éxito, en el plan de tratamiento.

Considerando que ésta tesis sirva para la superación, de los Cirujanos Dentistas durante su vida profesional, ya que la capacitación y motivación recibidas en las aulas, aunada el trabajo y superación personal, deben ser un sólido pilar para afrontar tan grande y noble responsabilidad.

Esta tesis ésta dedicada a los médicos, dentistas y estudiantes que luchan por ofrecer a sus pacientes una atención mejor y más completa.

## CAPITULO I

## 1.- DIAGNOSTICO EN ODONTOLOGIA:

Al irse identificando la odontología con un servicio público, se atiende cada vez más a la previsión de enfermedades bucales y a su diagnóstico, incluso dentro del campo de la medicina general.

El dentista cuyo interés se concentra anatómicamente en la cavidad bucal y los órganos que contiene o la rodean, debe ser capaz de diagnósticos seguros en esta región, incluso frente a casos de patología médica.

El médico general y el especialista que se ocupa de regiones vecinas de la cavidad bucal, no suelen conocer bien las enfermedades habituales de los dientes, los tejidos de sostén o la mucosa bucal; muchas veces no conocen tampoco las manifestaciones bucales de las enfermedades generales.

Por lo tanto el dentista debe encargarse de diagnosticar:

- 1).- Enfermedades de los tejidos dentarios duros y blandos
- 2).- Enfermedades de los tejidos de sostén (Periodónticos).
- 3).- Enfermedades que se limitan a labios, lengua, mucosa bucal y glándulas salivales.
- 4).- Lesiones de la cavidad bucal y órganos vecinos que formen parte de una enfermedad general.

Además de suministrar a su paciente un servicio de salud de mayor calidad, es preciso que el dentista conozca las enfermedades generales susceptibles de modificar o impedir determinadas maniobras del tratamiento odontológico, aunque en estos casos no se observe ningún cambio característico en la cavidad bucal.

## A).- RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA EN EL DIAGNOSTICO:

La palabra diagnóstico supone identificación de la enfermedad existente. Por lo tanto se puede definir diagnóstico como el arte o acto de reconocer la enfermedad o motivo que aqueja al paciente.

### - DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Diagnóstico presuntivo; es el nombre o descripción preliminar de la enfermedad, el cual puede cambiar al obtener información ulterior,

### - DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico diferencial; es el proceso por el cual se discrimina la enfermedad del paciente de otras, con las cuales puede ser confundida, es decir que se determina por exclusión.

### - DIAGNOSTICO PATOLOGICO

Es aquel proceso mórbido que se identifica con ayuda del microscopio; así como son los cambios macroscópicos en su estructura y fisiología.

### - DIAGNOSTICO PRINCIPAL

A varios diagnósticos se puede llegar durante el interrogatorio, pero como la finalidad es con fines de cirugía bucal, se entiende que sobre éste tiene que dirigirse dicho diagnóstico y lo llamaremos diagnóstico principal.

Toda fuente de información es útil para poder llegar a obtener un buen diagnóstico. Los adelantos tecnológicos auxiliaran a ello.

### - RADIOGRAFIAS

Estas constituyen el auxiliar más frecuente pa

ra corroborar nuestro diagnóstico.

Las radiografías dentales periaplicables y oclusales son de gran valor para demostrar cálculos submaxiliares, quistes, etc. Las radiografías extraorales laterales, laterales oblicuas, en posición waters, son excelentes y por lo tanto, las más solicitadas para observar quistes, fracturas y tumoraciones.

Las radiografías panorámicas son también un valioso auxiliar.

El dentista debe obligatoriamente de tomar en cuenta las características de la enfermedad del caso, que distingue de otros fenómenos patológicos.

Cosntituye una cadena lógica de deducción y diferenciación, cuya base y tela de fondo es el interrogatorio del paciente, la exploración física y los estudios de laboratorio indicados. La función diagnóstica es una responsabilidad importantísima en el ejercicio de la odontología.

El dentista suele atender a intervalos regulares pacientes ambulatorios que no presentan enfermedad grave.

Mediante observación crítica y preguntas cuidadosas, tienen una oportunidad dorada para identificar signos tempranos, de enfermedades degenerativas comunes, deficiencias nutricionales y enfermedades del metabolismo.

Así mismo puede asumir un papel decisivo en el diagnóstico temprano del cáncer, y puede aconsejar visitas de revisión periódica por el médico. El cirujano dentista no debe olvidar que hay muchos más enfermos en las calles que en los hospitales y que algunos de estos enfermos pueden acudir a él en busca de servicios

profesionales.

Al observar las manifestaciones bucales el cirujano dentista debe conocer la sintomatología de las enfermedades contagiosas más graves. Un pronto diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades disminuye el peligro de contagio a otras personas, incluyendo al propio profesionista.

Todas estas obligaciones del dentista forman parte de una atención de salud pública a la que tiene derecho todo paciente que requiera los servicios del dentista o del médico .

El dentista que cumple concienzudamente con estas responsabilidades, enaltece la odontología y logra con ello mayor respeto por parte de sus pacientes, colegas y médicos.

La responsabilidad diagnóstica del dentista tiene también una faceta legal bien conocida en los tribunales.

El profesional tiene la obligación legal de establecer un diagnóstico completo por escrito, recurriendo a métodos diagnósticos habituales, antes de iniciar un tratamiento.

Tanto el paciente como el dentista se benefician del tiempo que dedican a un diagnóstico completo. Los métodos de diagnóstico bien aplicados, significan información para el dentista y mejor conocimiento para el paciente.

Aunque éste último busca fundamentalmente alivio de sus síntomas, el dentista o el médico deben establecer un diagnóstico y esclarecer la causa de los síntomas.

El empleo habitual de buenos métodos diagnósticos aumenta el respeto del dentista hacia el paciente considerado como entidad biológica.



Se llega a interesar más en un paciente que sufre determinada enfermedad que en la enfermedad misma.

El diagnóstico puede ser perfectamente exacto, benigno y a pesar de ello el paciente puede seguir preocupado, asustado y de sesperado.

Es indispensable que el dentista comprenda la personalidad del paciente y su situación ambiental. Este aspecto es fundamental para el tratamiento a largo plazo, en el manejo del paciente y al establecer el pronóstico.

#### B).-BENEFICIOS QUE REPORTA UN ESTUDIO DIAGNOSTICO SATISFACTORIO.

Tanto el paciente como el dentista se benefician del --tratamiento lógico y eficaz que permite un diagnóstico bien hecho.

Los estudios diagnósticos, ordinarios o especiales, reducen además al mínimo las reacciones generales indeseables, desagradables y a veces graves e irentes a ciertos tipos de tratamiento odontológicos. No se insiste bastante en que un buen diagnóstico es uno de los medios para educar al paciente.

Cuanto mejor conozca el paciente los objetivos generales y los detalles del tratamiento, mayor será su cooperación. En muchas enfermedades de la boca, esta es casi tan importante como la atención profesional.

Por lo tanto es importante valorar al enfermo, establecer un diagnóstico e inteligentemente discernir el procedimiento quirúrgico.

El conocimiento de las estructuras anatómicas y su fisiología, es fundamental para adecuar los datos que obtenemos de nues

tro enfermo al padecimiento.

Estos datos se pueden obtener en forma directa e indirecta. Esta información es una serie de datos que son crudos, confidenciales, originales o irremplazables, que nos ayudan a reconocer la enfermedad.

Los sentidos del examinador; vista, tácto, olfato, oído y algunas veces al gusto, intervendrán para recabar los datos e información con el fin de elaborar un diagnóstico, en beneficio de nuestros pacientes y del nuestro propio.

#### C).-PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO DE LESIONES BUCALES.

El ambiente especial de la cavidad bucal explica muchas de las dificultades con que tropieza el diagnóstico de las lesiones de las mucosas de la boca. Otra dificultad es que el dentista muchas veces no sigue un esquema de diagnóstico fijo. El ambiente de la cavidad bucal es muy especial y difiere de otras cavidades corporales.

La boca ésta en contácto inmediato con el ambiente exterior. Por consiguiente, recibe estímulos continuos de naturaleza térmica, mecánica o química al comer, beber, fumar o hablar. La cavidad bucal contiene además una rica flora microbiana compuesta de cepas patógenas numerosas y variadas.

Por lo tanto las manifestaciones clínicas de la mayor parte de lesiones de la mucosa bucal comprenden grados variables de invasión microbiana secundaria, aún cuando no exista una etiología microbiana primaria.

En la boca no pueden formarse costras o escaras, pues la saliva las resblandece y disuelve. Es raro encontrar vesículas de

naturaleza transitoria. Las lesiones situadas en la cara interna de los labios presenta características totalmente distintas de las que están en la cara externa.

En fin la unión cutaneomucosa está expuesta a peligros a natómicos y ambientales especiales.

El ambiente tibio y húmedo de la cavidad bucal y los restos de alimentos, que suelen alojarse entre los dientes y en el surco gingival, no solo favorecen el desarrollo microbiano ya que además acelerarán la necrosis de los tejidos enfermos. Así mismo la flora bacteriana, tan cerca del ambiente externo puede modificarse con gran rapidez.

Además de las peculiaridades ambientales mencionadas - ciertas características anatómicas de la boca, aumentan el peligro de enfermedad para los tejidos de la encía.

Esta se encuentra tan íntima unión del tejido más duro del organismo - el esmalte del diente - el uso de los dientes en - la masticación produce con frecuencia una gran irritación de la en cía, sobre todo cuando existe maloclusión o en casos de prótesis defectuosas.

En estas condiciones la flora bucal permanente desenca dena una enfermedad de los tejidos de la encía. Los dientes también son muy especiales, pues una vez desarrollados y en sus sitios - disponen de muy pocos mecanismos de reparación de las posibles le siones

El dentista joven debe de tener generalmente una espe--  
riencia suficiente en el diagnóstico de enfermedades de tejidos bu

cales duros y blandos para alcanzar el grado necesario de confianza y habilidad en éste campo.

**CAPITULO II**

## METODOS RACIONALES DE DIAGNOSTICO

Se pueden dividir en tres secciones para su descripción y explicación.

- 1).- Interrogatorio del paciente
- 2).- Exploración física del paciente
- 3).- Análisis de lo anterior y de los estudios del laboratorio.

La primera parte representa principalmente la intervención del propio paciente. El dentista debe de establecer primero y después, seguir concienzudamente un esquema fijo de obtención y registro de la historia.

Además de disminuir así la probabilidad de que pase inadvertido un dato importante. Frecuentemente se logra recoger información fundamental para el diagnóstico, pero el paciente no considera relacionada con la enfermedad que padece como síntomas o signos en regiones alejadas del organismo.

El tiempo que el dentista dedica al interrogatorio no solo es útil, para establecer el diagnóstico y planear el tratamiento sino que representa un medio excelente para establecer buenas relaciones con el paciente.

Este aspecto del método diagnóstico generalmente recibe poca atención por parte del clínico y también por parte del especialista.

En general es necesario explicar al paciente las ventajas de un diagnóstico completo antes del tratamiento odontológico.

Se trata de una etapa importante en la educación del pa

ciente y otro punto a favor de un buen diagnóstico.

#### A) NECESIDAD DEL DIAGNOSTICO EN CIRUGIA BUCAL

Al explicar al paciente la necesidad del diagnóstico en cirugía bucal el dentista, puede excluir ciertas consideraciones.

En un tiempo muchos dentistas consideraban que no era necesaria una historia escrita para cada paciente, por fortuna para los enfermos en la actualidad, los dentistas se percataron de la necesidad e importancia de una historia cuidadosa de cualquier tipo de atención odontológica.

Es fundamental que el dentista identifique cualquier posible enfermedad general y conozca la naturaleza exacta de los medicamentos recetados por el médico, de manera de poder planear un tratamiento odontológico apropiado.

Es esencial realizar una historia completa para el diagnóstico de enfermedades poco frecuentes de tejidos bucales duros y blandos. Una historia bien hecha y bien analizada no sólo ayuda a establecer la causa de la lesión, sino que proporciona al dentista una valiosa información acerca de las reacciones del paciente frente a ésta enfermedad .

También permite una exploración mejor y más eficaz. Constituye un antecedente útil para el tratamiento del paciente, para fines de investigación y cuando haga falta, para fines medicolegales.

El paciente que requiere una atención odontológica ordinaria suele asentir a que se le interroque cuando se le explica -bien la importancia y la necesidad del proceder. Aprecia el inte-

rés global del dentista por su problema. Nunca se insistirá bastante en el efecto psicológico de una historia detallada.

## B) INTERROGATORIO DEL PACIENTE

Con mucha frecuencia el clínico no realiza un interrogatorio cuidadoso. Actualmente se insiste en éste aspecto en todas las escuelas de odontología, y los estudiantes se adiestran en este aspecto del diagnóstico. Una historia completa, exacta y un estudio cuidadoso de la misma son parte considerable del éxito, del que tiene fama de " buen diagnóstico ".

### - REALIZACION DEL INTERROGATORIO

#### IMPORTANCIA:

Actualmente en todas las escuelas de odontología se insiste en la importancia del interrogatorio y los estudiantes, se adiestran en este aspecto. Es una desgracia que ésta herramienta diagnóstica sea poco utilizada por el médico general.

Hoy en día todos los dentistas deben ser capaces de diagnosticar bien.

El realizar un buen interrogatorio es un verdadero arte que requiere capacidad de percepción, y cierto grado de intuición.

El interrogatorio se puede considerar una conversación profesional planeada que permite al paciente, comunicar al clínico sus síntomas, sensaciones y a veces sus temores, de manera que éste pueda establecer la naturaleza real o posible de la enfermedad, conociendo además sus impresiones y actitudes mentales.

### C O N S E J O S

Muchas veces la creación de una técnica de entrevista, -



de la cual un ejemplo es el interrogatorio médico, se deja a la ca  
pacidad innata y a la experiencia del clínico.

Tal vez resulte imposible enseñar como realizar un buen  
interrogatorio; pero si se siguen algunos consejos o reglas mejorar  
rá la eficiencia de éste interrogatorio

#### ENFOQUES:

La perfección y la utilidad final del interrogatorio del  
paciente con fines diagnósticos, dependen del grado considerable -  
de las buenas relaciones entre el dentista y su paciente. El inte-  
rés, el calor humano y la comprensión que muestra el clínico son -  
factores importantes para sus relaciones con el paciente, y le perm  
miten realizar un interrogatorio provechoso.

Un tono de voz suave y amable es de gran importancia par  
ra captar y conservar la confianza del enfermo. Un dentista apura-  
do, impaciente, falto de simpatía, probablemente deje de obtener -  
muchos datos.

Quando un paciente consulta a un dentista nos siempre es  
por lo que padece, sino por lo que cree padecer. Durante el diálo-  
go es posible reconocer la naturaleza de este autodiagnóstico.

Algunos dentistas confieren el interrogatorio a su auxi-  
liar que no es lo correcto, por mejor entrenado que este. Esto hace  
penzar al paciente que la importancia de esta etapa diagnóstica  
no amerita el tiempo y el esfuerzo del dentista.

Sin embargo el auxiliar puede preguntar y anotar una ser  
rie de datos que no se relacionen directamente con el problema de  
salud del paciente.

## A M B I E N T E:

Lo ideal es realizar el interrogatorio del paciente en una sala de consulta o cubículo privado, distintos a los del consultorio dental.

El factor importante, un ambiente amistoso para que el paciente hable libremente de sus problemas.

## CONFIANZA MUTUA:

Se puede hacer mucho para lograr la confianza del paciente durante esta etapa del método diagnóstico. Si el paciente siente confianza por el dentista, respeta tanto al hombre como al profesionalista.

Por todos los medios hay que mostrar al enfermo, que se tiene interés por el y el tiempo para sus problemas de salud reales o imaginarios. El dentista debe dar muestras de simpatía, sin que por ello pierda el control de la entrevista.

El clínico no debe limitar su atención a los problemas biológicos, sino tener en cuenta hasta que punto resulta capaz o tiene oportunidad de atender los problemas emocionales o psicológicos del enfermo.

El dentista debe de pedir al paciente que diga el motivo de la consulta, también hay que establecer dentro de lo posible, porqué el paciente piensa estar enfermo investigando además la relación cronológica, con acontecimientos no ligados directamente con el problema principal.

De ser posible al hacer preguntas o al comentar sus afirmaciones, se empleará el mismo lenguaje que el propio paciente;

esto ayuda a lograr su confianza.

#### ETAPAS DEL INTERROGATORIO:

El orden de las distintas partes del interrogatorio depende de la elección personal. El que menciono a continuación es el que se utiliza con mucho más frecuencia.

#### DATOS ORDINARIOS:

Comprende cierta información ordinaria tal como:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nº. de Teléfono \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y teléfono del médico familiar \_\_\_\_\_

Si el dentista tiene luego que consultar a dicho profesional ya dispone de los datos necesarios.

Si se pide al paciente el nombre y la dirección de su médico, después del interrogatorio y la exploración es probable que se asuste.

El interrogatorio completo, como en medicina general --- comprende:

a) Los antecedentes hereditarios y familiares:

Donde se interroga al paciente en preguntas tales como si en su familia han padecido enfermedades, como -

la Cardiopatía, la Diabetes, Obesidad Alergia, padecimientos mentales, etc.

b) En los antecedentes personales no patológicos:

Aquí se le pregunta al paciente sobre sus costumbres grado de escolaridad, a frecuencia del uso del alcohol, deportes, como es su alimentación, etc.

c) En los antecedentes personales patológicos:

Aquí el paciente hace referencia sobre sus propias enfermedades que ha tenido o enfermedad que padece, por ejemplo; la alergia a la penicilina, hemorragias, úlceras pépticas, infecciones y parasitosis intestinal, etc.

d) Intervenciones quirúrgicas:

Transfusiones, traumatismo, abortos, etc., es de hacerle notar al paciente la importancia que tiene al cuestionarle estas preguntas.

e) Enfermedad actual:

Una buena práctica psicológica consiste en pedir al paciente que relate su enfermedad actual (su problema), con sus propias palabras.

Habitualmente se registra en términos no técnicos como "llaga dolorosa en la lengua", Luego se le pide al paciente que "cuente" desde cuando (fecha), observe por primera vez la lesión, cómo se desarrolló, -- los síntomas experimentados y los tratamientos previos. Los detalles completos de la enfermedad actual

constituyen la historia de ésta.

f) Interrogatorios por aparatos y sistemas:

Es una lista de síntomas atribuibles a varios sistemas de órganos del cuerpo (como cardiovascular, digestivo genito urinario, etc.). El estudio consiste en preguntar en forma metódica al paciente si sufre síntomas susceptibles de indicar alguna enfermedad de dichos órganos, es necesario este paso, pues algunos pacientes quizá no relacionen los síntomas que sufren con ninguna anomalía o enfermedad y por lo tanto, no piensen en mencionárselo al dentista o al médico en ausencias de preguntas específicas. Por ejemplo si se pregunta al paciente ¿Todo anda bien del lado del corazón?, puede decir que si.

Pero un estudio más cuidadoso del sistema cardiovascular consiste en preguntar al paciente si sufre fácilmente de sofocación, si siente dolor precordial o en el brazo izquierdo al hacer ejercicio, si tiene adema de tobillos, cianosis, disnea de esfuerzo, etc. De esta manera es posible reconocer la existencia de síntomas y signos de la enfermedad cardiovascular.

## C) EXPLORACION DEL PACIENTE

La exploración representa la segunda etapa del método-diagnóstico y la intervención del dentista, en el propio diagnóstico. Es importante seguir un esquema fijo reduciendo así, la posibilidad que pase inadvertida una lesión desconocida o todavía no manifestada..

Cuando entra el paciente al cubículo se observa, el aspecto general del paciente ¿Camina fácilmente?, sin dolor aparente o parece estar bajo tensión.

¿Resulta doloroso o fatigoso para el paciente llegar al cubículo y al sillón? puede ser útil que un ayudante anote -- las observaciones con lo cual se gana tiempo.

En general se registran durante la exploración uno o -- varios "signos vitales" estos son la temperatura, el pulso, la -- respiración y la presión arterial.

Siempre hay que anotar la frecuencia y el ritmo del -- pulso. La frecuencia normal en reposo en promedio es de 72 por -- minuto. Un paciente con frecuencia mayor de 130, aún teniendo -- presente la tensión que supone la estancia en el cubículo dental deberá permanecer, en un lugar tranquilo para que el pulso vuelva a su nivel normal antes de iniciar el tratamiento. Si después de ello sigue encontrándose una frecuencia alta, deberá pedirse al médico que estudie ésta taquicardia.

### OBSERVACION DEL PULSO

1.- La frecuencia del pulso varía de 50 a 30 por minuto en el adulto normal.

Y de 80 a 100 por minuto en el niño normal.

Comentario: Una frecuencia menor de 60 o mayor de  $\pm$  110 en el adulto debe verse con confianza y contituir un dato suficiente como para justificar una consulta médica.

- 2.-La frecuencia del pulso debe mantenerse dentro de los límites normales y éste debe ser fuerte y regular.
3. Cualquier irregularidad en el pulso, que no sea contracción prematura muy ocasional (extrasístole, pulso intermitente), es indicación para una consulta médica.

#### PRESION ARTERIAL

La presión arterial varía de 90/60 a 150/100 mm. de hg., en el adulto normal. Debido a que puede variar hasta 20- a 30 mm, durante un período por esfuerzo o ansiedad, deben praticarse varias lecturas cuando se obtienen valores anormales y debe suponerse que la lectura más baja es la correcta para el pa-ciente.

El dentista debe conocer la presión, arterial de su paciente pues muchas intervenciones suponen un "stress" que puede-elevar todavía más la presión arterial.

Además la inyección intravascular accidental, o la absorción muy rápida de anestésicos locales que contengan adrenalina, puede elevar importantemente la presión.

Los hipertensos pueden requerir sedante preoperatorios

y sesiones cortas.

#### PRUEBA DE LA INSPIRACION SOSTENIDA:

De N.B. Jorgensen anestecia Odontológica. 3ra. ed. lt.

J. Hayden, Jr.

La prueba de la inspiración sostenido es muy útil y es extremadamente precisa.

Sirve como una prueba de ascenso de escaleras en el consultorio.

#### T E C N I C A:

- 1.- El paciente realiza una inspiración profunda.
- 2.- El paciente se oprime los orificios de la nariz con los dedos, con el objeto de evitar exhalar y respirar a través de ésta.
- 3.- El paciente sostiene su respiración tanto cuanto sea posible, mientras el dentista mide el intervalo de tiempo.

#### INTERPRETACION:

- 1.- Los límites superiores pueden variar considerablemente y pueden ser más de 35 a 45 segundos.
- 2.- Una prueba que dé como resultado 15 segundos o menos, debe de observarse con sospecha, especialmente si hay datos de enfermedad cardiovascular o respiratoria.

#### PRUEBA DEL FOSFORO:

Quando ésta indicada ésta es de considerable valor, como prueba complementaria del funcionamiento.



Se instruye al paciente que sopla a través de un fósforo común sostenido a 15 cm., de distancia aproximadamente, con la boca abierta. Los labios no deben estar apretados.

La incapacidad para apagar el fósforo indica una posible obstrucción de las vías respiratorias inferiores; como el efisema.

Es necesario realizar una evaluación adicional.

#### RESTO DE LA EXPLORACION:

La exploración no se debe limitar a la cavidad bucal, - pues una inspección cuidadosa de las partes expuestas del organism puede suministrar mucha información.

Debe anotarse el aspecto general de paciente, se deben de evaluar las reacciones emocionales del paciente, así como su estado natural de nutrición.

También se anotan las características de la piel y - las posibilidades petequias o erupciones, así como la contextura y la calidad del pelo. Se buscarán petequias y datos de ictericia en conjuntiva esclerótica y piel. Cuando se posible se anotarán los reflejos de reflejos pupilares a la luz y se observarán los tobillos en busca de adema.

Luego se exploran la boca y los órganos vecinos. Al realizar el exámen debe disponerse de radiografías, periapicales y oclusales. El orden que se siga en la exploración depende de la elección personal; pero debe establecerse un esquema fijo que se respetará en adelante. Uno de éstos esquemas puede ser: Superficies internas de los labios, mucosa de las mejillas, paladar, --

lengua, sublingual, encías, y finalmente los dientes y sus estructuras de sostén. Al final se examina las amígdalas, la faringe y la lesión, sobre todo anotar su evolución; en especial la situación, aspecto, tamaño, características físicas y distribución de la lesión.

#### ANALISIS DE LO ANTERIOR Y ESTUDIOS DE LABORATORIO:

La evaluación física adecuada es el método más importante por medio del cual el dentista puede prevenir las urgencias - que ponen en peligro la vida de los pacientes, en su consultorio y va seguida inmediatamente por el control adecuado del complejo dolor-ansiedad observado en odontología.

Por lo que respecta a los estudios de laboratorio constituyen una ampliación de la exploración física.

### CAPITULO III

## LA COAGULACION SANGUINEA Y LA ASPIRINA:

En los últimos años han aparecido numerosas publicaciones que tratan el problema de la interferencia de los fármacos con el mecanismo de la coagulación.

Durante muchos años se pensó que la aspirina (ácido acetil salicílico), era un fármaco seguro y, se convirtió en uno de los centros de mayor interés.

Describiré brevemente el impacto de la aspirina y otros salisilatos, sobre la coagulación de la sangre, los efectos clínicos y bioquímicos, los peligros y los analgésicos que pueden sustituirse con seguridad.

### I.- EL MECANISMO DE LA COAGULACION

### II.- PRUEBAS DE FUNCION DE LAS PLAQUETAS

### III.- ESTUDIO SOBRE LOS EFECTOS DE LA ASPIRINA

### IV.- DURACION DEL EFECTO DE LA ASPIRINA

### V.- EFECTO BIOQUIMICO DE LA ASPIRINA SOBRE LAS PLAQUETAS.

## VI.- ANALGESICOS Y TRANQUILIZANTES QUE NO INTERFIEREN CON LAS - FUNCIONES DE LAS PLAQUETAS.

### I.- EL MECANISMO DE LA COAGULACION:

Quando se presenta alguna lesión vascular y la sangre entra en contacto con los tejidos, las plaquetas sanguíneas y los elementos celulares de la hemostasis, se adhieren al colágeno ex puestos (adhesión). El siguiente paso se denomina reacción de liberación, en la actual son liberados el Difosfato de Adenosina intrínseco (ADP), el factor III plaquetario y otros elementos -químicos.

El ADP liberado provoca la agresión de las plaquetas - lo que forma el tapón inicial de plaquetas, que por si mismo posee una capacidad hemostáptica.

El factor III plaquetario, es un fosfolípido que es - necesario para la interacción de los factores de la coagulación.

Se ha descrito un concepto moderno de la química de - la coagulación como una cascada o mecanismo de caída de agua, - aún es válido como un esquema simplificado de la coagulación de sangre.

Los factores de la coagulación son principalmente enzimas presentes en la sangre como proenzimas inactivas. Cuando se inicia la coagulación por los llamados factores de contacto se - presenta una consecuencia en forma de cascada de conversión de - proenzimas en enzimas, quedando como resultado un efecto de am-pliación que conduce finalmente, a la formación de un coágulo vi

sible de fibrina.

En individuos sanos, la activación de los factores de la coagulación de la sangre y la formación del tapón de plaquetas se presentan simultáneamente.

De interés especial, con respecto a la interferencia de la aspirina y compuestos relacionados sobre los mecanismos de la coagulación; son los factores de la coagulación dependientes de la vitamina K, factores II, VII, IX y X que con la excepción, del factor IX, pueden medirse por el tiempo de protrombina de una etapa.

Estos factores disminuyen considerablemente cuando se emplea la anti-vitamina K ( Coumadina), para tratar o evitar los estados de trombosis.

## II.- PRUEBAS DE FUNCION DE LAS PLAQUETAS:

La función de las plaquetas en vivo, puede verificarse mediante el tiempo de sangrado.

Si se realiza una herida artificial con un bisturí o una lanceta el tiempo que pasa antes de la coagulación se denomina tiempo de sangrado.

Se utilizan varios métodos el más preferido de tiempo de sangrado, estandarizado es el de IV y de MIELKE y colaboradores, que dan resultados confiables y reproducibles. Las dos cortadas paralelas que se hacen en el antebrazo con una hoja estandarizada proporcionarán un tiempo de sangrado de 4 a 8 minutos en personas normales.

Algún defecto en la formación del tapón inicial de pla

quetas provocará la prolongación del tiempo de sangrado que reflejará por lo tanto, el comportamiento fisiológico o patológico de las plaquetas.

Un excelente estudio de tiempo de sangrado como una prueba de evaluación de la función de las plaquetas ha sido publicado por el Dr. Harker y Slichter.

La confiabilidad del tiempo de sangrado se demuestra, por el hecho de que se correlaciona bien con una cuenta de plaquetas entre 10,000 y 100,000 plaquetas por microlitro, si la función de las plaquetas por si mismas permanecen normales.

Mucho menos significativos para la evaluación clínica, son los estudios in vitro de las plaquetas sanguíneas.

La adhesión in vivo de plaquetas puede ser simulada por su adsorción al vidrio. La agregación puede ser desencadenada in vitro por el colágeno, el ADP y la epinefrina que conduce, a una agregación primaria seguida por una agregación secundaria, causada por la liberación del ADP intrínseco.

Estos procesos de agregación, pueden ser estudiados mediante el Espectrofotómetro, registrando una mayor intensidad de luz que pasa a través de un receptáculo de plasma rico en plaquetas, en el momento en que se presenta la agresión de las mismas.

La utilidad de los estudios in vitro para las situaciones clínicas aún es objeto de discusión, por lo que no deberá dársele prioridad sobre la prueba de tiempo de sangrado estandarizada en la actualidad.

### III.- ESTUDIOS SOBRE LOS EFECTOS DE LA ASPIRINA:

La aspirina puede funcionar a dos niveles diferentes en la coagulación: Primero exhibiendo un efecto similar a la Coumadina, lo que da como resultado una disminución en los factores dependientes de la vitamina K, y por la interferencia con las funciones normales de las plaquetas, lo que da como resultado un tiempo de sangrado prolongado.

El efecto similar a la Coumadina, de la aspirina, y otros salisilatos, ha sido conocido durante mucho tiempo..

Este efecto sólo se presenta después de un tratamiento prolongado con dosis altas de salisilatos, como en el tratamiento largo plazo de la artitris reumatoide.

Se ha encontrado una disminución en los factores dependientes de la vitamina K, después de la administración de una sola dosis.

El aumento del tiempo de protrombina de una sola etapa puede ser excesiva.

El Dr. Gottfried Slhmer profesor de Cirugía Periodontal de la University of Washington School of Dentistry Seattle - Washington, investigó a 30 pacientes de artitris reumatoide crónica, sujetos a tratamiento sintomático a largo plazo con salisilato de sodio.

Los pacientes mostraban una tendencia evidente al sangrado, presentándose grandes equimosis espontáneamente o después de un trauma mínimo.

El tiempo de protrombina de una etapa era excesivamente prolongado, y la concentración de los factores II, VII, IX y



X fué entre el 5 y 10% de lo normal.

La determinación del tratamiento a base de salisilatos permitió una normalización de estos factores.

En estos casos los salisilatos, ejercen un efecto similar a la Coumadina, que puede ser contrarrestada por la administración de Vitamina K.

La presentación de éste fenómeno es relativamente raro cuando se le compara con el efecto de la aspirina sobre la función de las plaquetas, gran número de publicaciones han descrito el efecto de la aspirina sobre el tiempo de sangrado.

Una descripción minuciosa del tiempo de sangrado en 60 personas normales.

La presentaron el Dr. Gottfried Schmer Mielke, sus colaboradores; empleando el tiempo de sangrado de IV y estnadarizado el tiempo de sangrado promedio fué de 5 minutos con una variación de 2 minutos 30 segundos a 10 minutos.

Después de una dosis de un gramo de aspirina, se encontró un promedio de tiempo de sangrado de 9 minutos 30 seg., (Variación de 4 minutos a 21 minutos), en 30 personas 2 horas después de la investigación del fármaco.

#### C O M E N T A R I O S:

Es interesante hacer notar que el efecto de la aspirina sobre las plaquetas se realizan en un tiempo tan corto de 5 a 10 minutos después de su investigación.

Es necesario hacer incapié en que los pacientes normales no reaccionan a la aspirina como una población simple; si no

que muestran variación en cambio del tiempo de sangrado que varía desde insignificante a aumentos considerables.

Esto contrasta con la población hemofílica que muestra un aumento uniforme y grande en el tiempo de sangrado después de la ingestión de aspirina.

Aunque se acepta generalmente que la aspirina causa solo una prolongación moderada en el tiempo de sangrado en los pacientes normales y que no se ha observado sangrado espontáneo, otros autores han publicado uniformes clínicos de sangrado después de la ingestión de salisilatos y han manifestado su preocupación.

Un estudio muy interesante ha sido publicado sobre el tiempo de sangrado cuantitativo y semiautomático que no sólo medía el tiempo, sino también el patrón y la intensidad del sangrado de una punción cutánea.

A los 70 minutos después de la ingestión de la aspirina todos los 15 voluntarios sanos en este estudio mostraron un aumento en el tiempo de sangrado y más importante, un incremento cuatro veces lo normal en la pérdida de sangre en el 75% de los casos.

Este factor importante deberá conservarse en la mente cuando la influencia de la aspirina sobre los mecanismos hemostáticos sea evaluada bajo condiciones quirúrgicas.

Especialmente en el caso de las biopsias, que incluyen a la amigdalectomía, es importante contar con un tiempo de sangrado normal, salvo en las biopsias de la médula ósea.

Todos los casos de tiempo de sangrado prolongado, deberían ser excluidos de las biopsias, hasta que no se haya corregido el defecto.

#### IV.- DURACION DEL EFECTO DE LA ASPIRINA:

El efecto de la aspirina sobre las plaquetas parece ser independientemente de la dosis, salvo en la concentración crítica inicial de 150 a 300 mg., como una sola dosis.

El efecto clínico de la aspirina puede descubrirse a los 4 días después de haber ingerido el fármaco.

#### V.- EL EFECTO BIOQUIMICO DE LA ASPIRINA SOBRE LAS PLAQUETAS:

Se acepta generalmente que la aspirina provoca una pérdida de la agregación secundaria o de las plaquetas como reacción al ADP intrínseco, epinefrina o colágeno, mediante el bloqueo del mecanismo de la liberación del ADP intrínseco.

Mielke y sus colaboradores no pudieron evaluar el método de la aspirina en la adhesividad in vivo.

Descubrieron una disminución en la adhesividad de las plaquetas in vivo.

Las plaquetas sometidas a la aspirina presentaron una disminución en la liberación del factor III plaquetario la aspirina puede reaccionar con la membrana de las plaquetas y ejercen una influencia sobre la permeabilidad de éstas membranas.

El efecto de la aspirina, sobre las plaquetas es sin duda, complicado y los mecanismos biomoleculares que conducen a estos efectos, aún son desconocidos.

En pacientes que reciben aspirinas se ha descubierto -

glúcolisis defectuosa. Se piensa que el grupo acetyl de la aspirina es el responsable de los cambios en la fisiología de las plaquetas, ya que se pueden producir efectos similares in vitro mediante otros agentes acetilantes como el anhídrido acético.

#### VI.- ANALGÉSTICOS Y TRANQUILIZANTES QUE NO INTERFIEREN CON LAS FUNCIONES DE LAS PLAQUETAS.

Actualmente no existen demasiadas publicaciones que traten éste asunto.

El Dr. Sutor y colaboradores descubrieron que el salicilato de sodio, no ejercía efecto sobre la hemostasis y que el acetaminofeno, no prolongaba el tiempo de sangrado en 14 de 15 casos normales.

Un estudio comparativo entre la aspirina y el acetaminofeno después de ella amigdalectomía reveló que el acetaminofeno no es preferible.

Este analgésico parece también ser seguro en la hemofilia.

Otro analgésico bucal sin efectos sobre las plaquetas, es el Clorhidrato de Dextropropoxifeno.

El clorodipropoxido HCL (Librium), que aún no se utiliza con frecuencia en el preoperatorio, no reveló efecto alguno sobre la coagulación especialmente sobre el tiempo de sangrado, por lo que puede emplearse con toda seguridad.

CAPITULO IV

## B I O P S I A S:

Siempre que las lesiones bucales manifiestan dureza y ulceraciones que tardan en sanar, debe hacerse un estudio histopatológico.

Recuérdese que una lesión cancerosa, puede confundirse con otra enfermedad.

Debe seguirse como rutina que toda lesión extirpada, quirúrgicamente sea remitida al laboratorio para el estudio correspondiente.

La biopsia es el procedimiento para la extirpación de un fragmento de tejido, con el fin de establecer con seguridad, mediante estudio microscópico la naturaleza de la lesión.

Es una técnica sencilla pero de gran importancia diagnóstica. Se efectúa teniendo en cuenta la localización, del tamaño y las características de la lesión.

La llamada "biopsia excisional" es la toma de la totalidad de la lesión, rodeada de tejido sano.

Es la técnica ideal cuando lo permite el tamaño de la lesión. En éste caso la biopsia equivale generalmente al tratamiento completo.

Pero cuando la lesión es demasiado grande como para permitir su exéresis total, se usa la "biopsia excisional". Se extirpan uno o más fragmentos de un sector característico de la lesión epro en su parte marginal, incluyendo también parte del tejido adyacente aparentemente sano.

## TECNICAS PARA LA BIOPSIA.

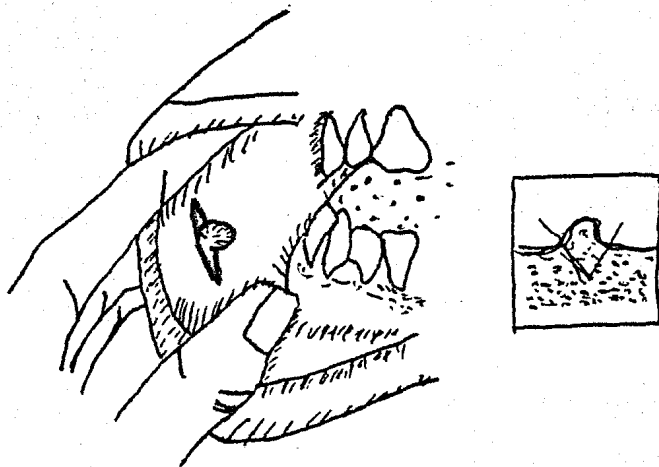


Fig. 1

La incisión elíptica se emplea en la exéresis de lesiones de tejidos blandos, como pequeños tumores o hiperplasias fibrosas. Se trazan dos incisiones curvilíneas que se unen en ángulos agudos y que deben ser de la suficiente longitud, como para permitir una buena adaptación sin tensión de los bordes de la herida, incluso sacrificando a este fin tejidos sanos.

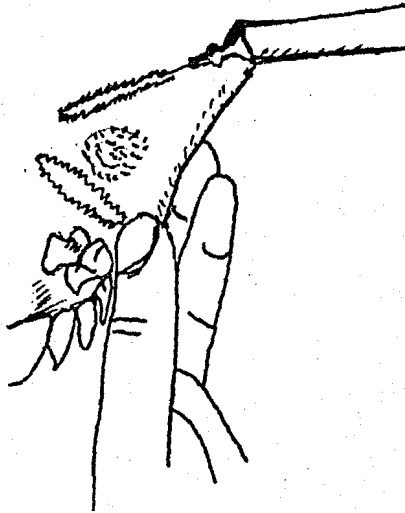


Fig. 2

Sobre la zona que debe tratarse no hay que utilizar ni antisépticos coloreados ni analgésicos tópicos.

Igualmente se evitará la anestesia directamente sobre la lesión, puesto que pueden alterarse las características hísticas. Se empleará la anestesia regional o la infiltrativa, rodeando la tumoración en toda su periferia.



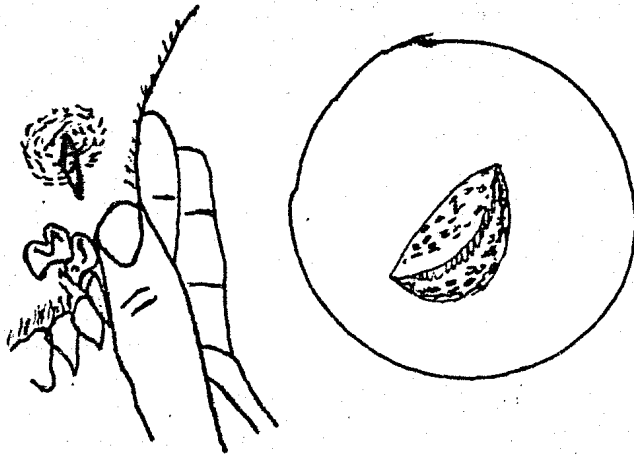


Fig. 3

Se elige la zona que presente cambios más evidentes en la periferia de la lesión y se traza una incisión elíptica que - incluya también tejido normal, especialmente en la parte profunda de la tumoración.

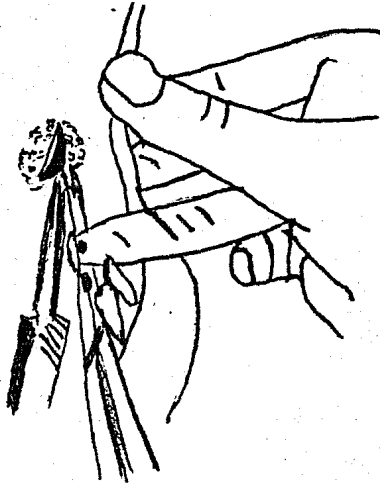


Fig. 4

Con una pinza mosquito se inmoviliza el fragmento, pero con suavidad y en un sólo punto para evitar el aplastamiento de la zona de estudio.

Se disecciona con tijeras o con bisturí, cerrando la herida con puntos sueltos que se extraerán a los 5 días después de la intervención.

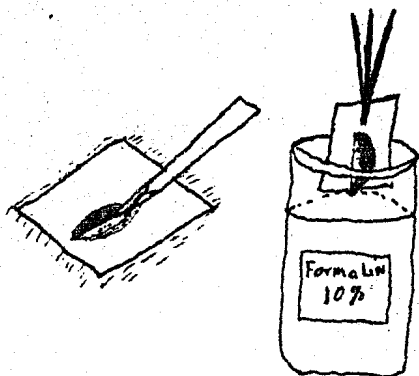


Fig. 5

Se introduce inmediatamente después de la exéresis en solución fijadora. (Formalina al 10% esto es, una parte de formaldehído en nueve de agua).

Para evitar que el fragmento biopsiado se encoja, es útil colocarlo sobre una plaquita de cartulina blanca, utilizando la parte cruenta como adhesivo.

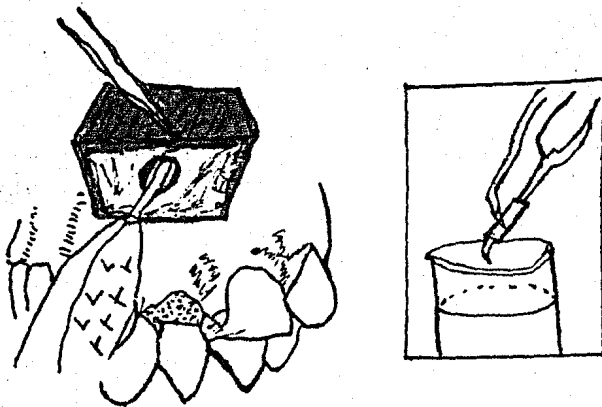


Fig. 6

Si la lesión es intraósea se incide el mucoperiostio - y se levanta el correspondiente colgajo.

El tejido óseo patológico se extrae mediante una fresa de trépano, a poca velocidad y bajo irrigación con suero salino.

El cilindro óseo se retira de la fresa con una sonda - dental introduciendolo inmediatamente en la solución fijadora.

## DIAGNOSTICO FINAL.

En general se llega al diagnóstico final después del estudio cronológico y la valoración crítica de la información, recogida en el interrogatorio, la exploración física del paciente y los resultados de estudios radiográficos y de laboratorio.

La fase más importante de todo método diagnóstico es la valoración crítica del conjunto de datos obtenidos.

Uno de los problemas más difíciles con que enfrenta el dentista consiste en establecer si la enfermedad principal que aqueja al paciente es de naturaleza orgánica o "funcional", o mejor dicho de la manera más explícita si constituye una manifestación del estado emocional del paciente.

Para ello es preciso averiguar, el significado que el paciente atribuye a los síntomas y sobre todo las posibles ventajas que presentan para él.

Según Burket (medicina bucal), el 80% de los pacientes con problemas funcionales se pueden reconocer por un interrogatorio cuidadoso sin recurrir a muchos estudios de laboratorio, caros y a veces dolorosos, cuyo resultado pueden ser todos normales.

Las reacciones emocionales suelen traducirse durante el interrogatorio por preocupación o ansiedad notable del paciente; éste transpira en forma visible o excesiva, se muerde los labios, etc.

El tono de voz empleado puede ser importante, el paciente puede presentar manifestaciones de factores tanto orgánicos como emocionales es el más importante, o sí procedió a los -

síntomas orgánicos.

En muchos casos los datos de enfermedad orgánica local, no son convincentes.

Por razones medicolegales, el diagnóstico final debe hacerse por escrito y debe de comunicarse al paciente o a un miembro responsable de la familia.

Si existen lesiones dolorosas, se debe aplicar tratamiento sintomático mientras se completan los estudios diagnósticos.

Después de revisar cuidadosamente toda la historia, los datos clínicos y de laboratorio y explorar repetidamente al paciente, no siempre es posible llegar a un diagnóstico indudable.

El dentista no debe vacilar en comunicar esta situación al paciente, pues un "diagnóstico incierto", sólo prueba la honestidad del dentista y no una falta de capacidad.

Sin embargo, el paciente se preocupa no sólo de la enfermedad que tiene sino también de las que no tiene. Si no puede hacerse un diagnóstico preciso, es muy importante que el dentista comente con su paciente todo el método diagnóstico y señale, específicamente, por ejemplo que las pruebas serológicas en sangre han descartado una lesión sifilítica, y que no haya datos clínicos de laboratorio (biopsia) de que la lesión sea cancerosa, etc.

El enfermo tiene derecho a este tipo de información y la agradece casi tanto como un diagnóstico específico.

Además el dentista debe comunicar a su paciente con

"diagnóstico incierto", que está dispuesto a que otra persona re  
vise el estudio diagnóstico.

En general los pacientes bien estudiados diagnóstica--  
mente no piden que intervenga una tercera persona en consulta.

Si se necesita esta consulta el dentista, hará la cita  
necesaria y entregará al consultor un resumen de la historia del  
paciente y de los datos radiográficos y de laboratorio.

CAPITULO V



## DEFINICIONES SOBRE:

Tumor: Se llama tumor a un crecimiento nuevo anormal - de los tejidos, independientemente del resto del cuerpo y sin - ningún propósito útil. Tumor es un término general que abarca a todas las neoplasias benignas y malignas. Un tumor, pues puede - ser benigno o maligno.

## NEOPLASIA:

Es sinónimo de tumor. Por lo tanto, las neoplasias pue den ser benignas o malignas. Un carcinoma es una neoplasia malig na Pero una neoplasia maligna puede ser una carcinoma o un sarcoma.

## TUMOR BENIGNO:

Los tumores benignos no son malignos. Estos tumores so lo crecen por contiguidad. Suelen estar encapsulados, por lo que no invaden los tejidos vecinos. Su desarrollo es lento y no se - extiende a partir de su foco de origen, salvo por un crecimiento propio. No producen metástasis.

Sólo matan si ocupan zonas vitales como ciertas regio nes del cerebro, Estos tumores ueden ser tratados mediante in tervenciones relativamente conservadoras. La irradiación carece de utilidad en estos casos.

## TUMORES MALIGNOS:

Los tumores malignos son dos tipos principalmente ---

1) Carcinomas; 2) Sarcomas.

Los tumores malignos son peligrosos; crecen rápidamente y son muy traicioneros a diferencia de los tumores benignos,-

leves y de crecimiento lento. Los tumores benignos rara vez producen la muerte

Los tumores malignos tienen una capsula muy endeble o no tienen ninguna. El tejido maligno, de rápido desarrollo invade los tejidos vecinos mandando cordones o prolongaciones de células anormales en muchas direcciones.

Estas células malignas penetran a los vasos linfáticos o sanguíneos y pueden espaciarse desde el foco de origen, dando lugar a focos secundarios de lesión maligna. Esta tendencia a las metástasis hace de cualquier tumor maligno un caso urgente.

Si el tumor todavía está localizado en el momento de la intervención, la cirugía radical quizá logre curarlo. Si hay metástasis regionales, la posibilidad de curación son mucho menores. En fin si existen metástasis lejanas la curación es todavía imposible con los métodos a nuestro alcance.

#### C A N C E R:

La palabra cáncer es un término general que abarca a todos los tumores malignos. La clasificación se basa en que el tejido de origen sea epitelial o mesodérmico.

#### CARCINOMA:

Un carcinoma es un tumor maligno de origen epitelial: por ejemplo, hay carcinomas de piel, labio, lengua, estómago, tiroides, recto, útero; de hecho, de cualquier órgano donde se encuentre tejido epitelial. El carcinoma representa el 96.5 por ciento de todos los tumores malignos.

#### S A R C O M A:

Se llama sarcoma a un tumor maligno de origen mesodérmico: Por ejemplo los tumores malignos originados en tejidos conectivos como hueso, cartílago, tejido fibroso, músculo, grasa, etc. Se puede llamar osteosarcoma, condrosarcoma, fibrosarcoma, etc., los sarcomas sólo constituyen el 3.5 por ciento de todos los tumores malignos.

#### LESION O TUMOR PRIMARIO:

Por lesión primaria se entiende el tumor inicial por ejemplo: Un tumor puede nacer en la lengua e invadir un ganglio linfático del cuello.

La lesión lingual es la lesión primaria. la lesión ganglionar es un foco secundario de la enfermedad, originado por la lesión primaria.

#### LESION O TUMOR SECUNDARIO:

Se llama lesión o tumor secundario al foco maligno derivado de un tumor maligno primario. Estos focos secundarios se llaman también metástasis.

#### METASTASIS:

Las metástasis son focos secundarios de una enfermedad maligna. La capacidad de producir metástasis sólo se manifiestan en los tumores benignos no dan metástasis.

Las metástasis pueden ser aisladas o múltiples. En caso de metástasis de un cáncer en la piel de la cara o del cuero cabelludo, o de la región labiobucal no es raro que el fenómeno, afecte uno, dos o tres ganglios más o menos próximos.

Existen varios tumores malignos que casi nunca dan ---

metástasis; o sea no producen focos secundarios. Los principales ejemplos de estos tumores malignos que no dan metástasis son:

- 1) El carcinoma de células basales de la piel y
- 2) El ameloblastoma. Es característico de ellos la fal  
ta de metástasis.

En cambio hay ejemplos de tumores malignos comunes de cabeza y cuello, con una gran frecuencia de metástasis:

- 1) Melanoma o maligno de la piel
- 2) Carcinoma de células escamosas del conducto auditivo.
- 3) Lengua, piso de la boca, paladar blando, amígdalas, faringe y laringe.
- 4) Carcinoma de las glándulas salivales, así como cier  
tas lesiones malignas del tiroides.

Todas las lesiones bucales producen metástasis y hay -  
desconfiar de ellas.

#### CANCER BUCAL:

El cáncer bucal es el nombre aplicado a las neoplasias por tumores malignos originados en el revestimiento mucoso de la cavidad bucal. Entre estas lesiones el 90 por ciento, corresponde a carcinoma epidermoide del tipo de células escamosas.

El límite anterior de la cavidad bucal corresponde a -  
la mucosa labial y al borde cutáneo mucoso. El límite posterior, de dicha cavidad es el borde libre del paladar blando, los pilares anteriores de las amígdalas y la unión de los dos tercios anteriores de la lengua con la raíz, o tercio posterior.

El carcinoma de células escamosas (o el cáncer de la -

boca), se puede dividir en varios grupos en función del foco ocupado por la lesión inicial en:

- 1) Labios
- 2) Lengua
- 3) Amígdalas
- 4) Encías
- 5) Paladar duro
- 6) Paladar blando
- 7) Piso de la boca
- 8) Superficie bucal

#### FRECUENCIA:

Los carcinomas de células escamosas de labio y lengua resultan, con mucho, las lesiones más frecuentes. En conjunto estos dos carcinomas representan casi el 50 por ciento de todos los tumores malignos de la boca.

Los tumores malignos que se originan en hueso, tejido conectivo y estructuras dentales no se clasifican como cánceres, de la boca sino como lesiones de la zona de origen; ameloblastoma o sarcoma osteogénico de la mandíbula, fibrosarcoma del maxilar superior, etc.

#### ETIOLOGIA DEL CANCER DE LA BOCA:

Se desconoce el mecanismo por el cual las células previamente "disciplinadas" adoptan bruscamente características malignas. Aunque se admite desconocer todavía la causa profunda y fundamental, podemos mencionar ciertas causas próximas desencadenantes o predisponentes.

## IRRITACION CRONICA:

Esta bien sabido que la irritación debida a una anomalía de larga duración puede terminar en carcinoma; de hecho varios tipos de irritación crónica distribuyen a producir lesiones cancerosas o precancerosas en la piel de la cara, en los labios y en la mucosa bucal.

## RAYOS SOLARES:

Un ejemplo importante de irritación crónica es la luz solar. Una exposición excesiva del sol explica la frecuencia relativamente alta de cáncer de piel y de labios en granjeros, leñadores, marineros y otros trabajadores al aire libre. El cáncer más frecuente en regiones tropicales, como la irradiación solar es mayor.

Algunos autores opinan que el color de la piel interviene también, siendo más sensibles los individuos de tez clara y blancos que los de color moreno.

## T A B A C O:

El tabaco es otra variedad de irritación crónica que parece capaz de desencadenar fenómenos cancerosos o ambos. Hay pruebas convincentes de que un contacto prolongado del tabaco con la mucosa bucal puede dar lugar a leucoplasias, hiperplasias y cáncer en individuos sensibles.

## HUMO DE TABACO:

También es casi seguro que el humo de tabaco estimula directamente el desarrollo de lesiones malignas. A pesar de todos los esfuerzos al respecto, el consumo de cigarrillos sigue--

umentando entre la población joven.

Es bien conocido el "cáncer del masticador de tabaco", que aparece en el surco gingivobucal, donde se conserva la "mascada" en ciertos países del Oriente, es costumbre el masticar nuez de betel. Es clásica la mayor frecuencia de cáncer bucal entre quienes siguen ésta costumbre.

#### SIFILIS:

Quizá el principal factor relacionado con la etiología del cáncer bucal sea la sífilis, que es otro tipo de irritación crónica. De 20 a 30 por ciento de todos los pacientes de sexo -- masculino con cáncer en la lengua tienen sífilis crónica.

A diferencia de la cifra mencionada, cabe observar que sólo el 3 por ciento o menos del total de la población de raza blanca sufre esta enfermedad.

La sífilis es también un factor de ciertos casos de -- cáncer en el labio, piso de la boca y superficie bucal. No parece existir ninguna relación entre sífilis y los carcinomas de encía. paladares duros y blandos, amígdala y faringe.

#### LEUCOPLASIA:

Es preciso tener presente que la leucoplasia de la mucosa bucal se debe a causas distintas de la sífilis. La leucoplasia no luética también es precancerosa, pero los peligros de degeneración maligna, aunque reales, son menores que el tipo luético.

Las hiperplasias verrugosas y los papilomas bucales deben considerarse precancerosos.

## FACTORES DENTALES:

Se han mencionado otras variedades de irritación crónica como factores desencadenantes importantes en los individuos predispuestos al cancer.

En el caso por ejemplo, de la irritación ocasionada -- por dientes rotos, agudos o cariados, prótesis mal ajustada, coronas y obturaciones y sepsis bucal. Se cree también que en boca limpia no ocurriría cancer. Aunque esta afirmación no puede aceptarse en forma literal destaca la importancia de una buena higiene bucal como medida profiláctica anticancerosa.

## FACTORES CANCERIGENOS:

Desde hace algunos años se enfocó la atención de los - investigadores de laboratorio en el papel de varios agentes externos (conocidos como cancerígenos químico) y de los rayos X o del radio en la etiología de los tumores.

Algunos de los agentes de mayor importancia de los cuales se sabe ahora que producen cáncer en el hombre son; el arsénico, alquitrán, brea, parafina sin refinar, petróleo crudo y -- sus derivados, benceno, colorantes de anilina, rayos X, radiaciones del radio, rayos ultravioletas y muchos otros. Estos agentes se relacionan principalmente con el cáncer de la piel, aunque -- pueden causar también ciertos cánceres profundos.

## P I E L:

El cáncer de la piel constituyen fundamentalmente una enfermedad de la piel expuesta. Casi al 85 por ciento de todos - los cánceres cutaneos corresponden a la piel de la cara y cuello.



En muchos casos, el cáncer cutáneo, se encuentra en la zona que puede observar el dentista. El cáncer que afecta la piel de la cara y el cuello y los órganos, relacionados con la boca es casi siempre un carcinoma epidermoide. Esto no debe sorprendernos, pues los tumores malignos de la piel de la cavidad bucal nacen siempre de la propia epidermis o de las mucosas.

Las únicas excepciones son:

- 1) El melanoma maligno
- 2) Tumores adenoides de la piel; muy raros (tumores malignos de glándulas sudoríferas; sebáceas, etc).
- 3) Tumores adenoides de la boca, un poco más frecuentes principalmente del paladar: adenocarcinomas de glándulas mucosas o glándulas salivales accesorias.

El carcinoma epidermoide se divide en dos variedades principalmente, muy distintas desde el punto de vista oncológico.

Estas dos variedades son:

- 1) El carcinoma de células basales. que no producen metástasis y
- 2) El carcinoma de células escamosas. que sí da lugar a metástasis.
- 3) Una tercera variedad conocida como carcinoma de células baso-escamosas, tiene características intermedias entre las dos variedades previas; pero en general se ajusta más el esquema del carcinoma de células basales que al de carcinoma de células escamosas.

Casi nunca da lugar a metástasis.

El carcinoma epidermoide de células basales sólo se encuentra en la piel. Nunca ataca en forma primaria, la mucosa de la boca ni la unión cutaneomucosa del labio. En estas últimas regiones, sólo cabe encontrar carcinoma de células basales por invasión directa. Es muy probable que una lesión bucal diagnosticada como carcinoma de células basales corresponda a uno de los tres casos siguientes:

- 1) Ameloblastoma
- 2) Algún tipo de tumor mixto
- 3) Carcinoma de células escamosas muy poco diferenciado

Por lo tanto el carcinoma de células basales es estrictamente un tumor cutáneo, de desarrollo lento, sin metástasis y que tarda muchos en producir la muerte, si el tratamiento no lo logra arradicarlo; aunque en algunas ocasiones puede crecer muy de prisa.

#### CAVIDAD BUCAL.

Pueden presentar carcinomas de células escamosas donde quiera que existen tales células, piel labio, cavidad bucal, faringe, laringe, esófago, cuello del útero, pene, vulva, etc.

En la piel de la cara, el carcinoma de células escamosas aunque muy importante es de mucho menos, frecuente y grave en la cavidad bucal. Esta variedad histológica de cáncer representa casi el 90 por ciento de los casos de tumores malignos de la boca casi todo el resto corresponde al adenocarcinoma, que suele ocupar el paladar, donde se origina en glándulas salivales accesorias o más raramente en glándulas mucosas.

Son de gran interés los tumores malignos que provienen de partes blandas; como el fibrosarcoma, y los que se originan en huesos o dientes como el ameloblastoma. pero hay que recordar que el problema fundamental de los tumores malignos de la cavidad bucal es el carcinoma de células escamosas.

#### EVOLUCION DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE BUCAL.

Para insistir de manera particular en los problemas de diagnóstico precoz, conviene dividir la evolución de una lesión cancerosa (cualquiera que sea), en 4 etapas bastantes distintas:

etapa 1) Tardanza debida al paciente

etapa 2) Tardanza debida al profesionista

etapa 3) Tratamiento adecuado

etapa 4) período de observación

Etapa 1 tardanza debida al paciente:

Este período empieza cuando el paciente reconoce o sospecha por primera vez una condición anormal en su boca o su piel. Sin embargo por desgracia la etapa 1, puede a veces prolongarse mucho por ignorancia, miedo, razones económicas y el diagnóstico en estas condiciones se vuelve tragicamente sencillo; la enfermedad es tan avanzada que ya no hay curación posible.

Etapa 2 tardanza debida al profesionista:

Este período empieza cuando el paciente acude al médico o al dentista, y continua hasta que se inicia el tratamiento debido. En la actualidad; los pacientes acuden más pronto al examen; por lo tanto es indispensable un "índice de sospecha" mayor.

Casi no hay excepción a la regla de que resu-

pecto a la malignidad de lesiones cutáneas, bucales, la etapa 2, nunca debe durar más de dos semanas, En la actualidad el retraso debido al profesionalista (etapa 2), dura entre tres y cuatro meses para los casos de cáncer bucal, y hasta un año para cánceres de piel expuesto a la vista.

Etapa 3 tratamiento adecuado:

Se inicia cuando empieza a realizarse el tratamiento racional.

El dentista desempeña un papel importante en la etapa de tratamiento de cáncer bucal. Puede intervenir para extraer dientes, preparar también férulas y equipo de fijación para resección mandibular. Además interviene en el tratamiento para elaborar provisionales en espera de una cirugía reparadora.

#### Etapa 4) periodo de observación:

Empieza cuando termina el tratamiento. Se vigila al paciente a intervalos progresivamente mayores durante el resto de su vida.

Este período es importante para el dentista por tres - razones distintas.

En primer lugar; cualquier paciente tratado para un -- carcinoma puede presentar una recaída.

La probabilidad de recaída disminuyen proporcionalmen- te al tiempo que transcurre sin síntomas de enfermedad. Si pasan cinco años sin que reaparezca la lesión, las probabilidades de - curación son mucho mayores que al cabo de seis meses o un año solamente de intervalo libre; pero no es imposible. que un paciente sufra una recaída, incluso diez años después de un tratamiento aparentemente exitoso o más.

Durante el periodo de observación, el dentista debe -- examinar el foco ocupado por la lesión inicial, cada vez que tenga oportunidad de ello.

En segundo lugar; la frecuencia de aparición de otro - cáncer va aumentando conforme pasa el tiempo. El dentista debe - conocer este hecho.

En tercer lugar; en un paciente cuyo cáncer bucal se - trató por irradiación en algún momento.

Nunca deberá extraerse un diente sin una cuidadosa consulta con el radiólogo que realizó el tratamiento. Es posible buscar datos de irradiación previa.

## CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS DEL TUMOR

La palabra tumor podría hacer pensar que en todos los cánceres existe una masa o prominencia visible y evidente, considerando que el cáncer es un tumor.

La verdad es que pueden existir cánceres con muy escaso crecimiento externo. Estos cánceres corresponden a las variedades infiltrantes o invasora y son más malignos que la variedad no invasora llamada proliferante.

Este tipo proliferante es principalmente un desarrollo hacia fuera, con poca tendencia a invadir los tejidos. Puede decirse que los tumores proliferantes se aproximan al examinador y son poco malignos y que los tumores infiltrantes, se alejan del examinador y son muy malignos. Existen varias combinaciones de los tipos mencionados.

La lesión más maligna y peligrosa es el cáncer invasor ulcerado, con muy poco desarrollo hacia afuera. La gravedad de un caso no depende de la protusión del tumor.

Algunos tumores benignos, sobresalen notablemente y alcanzan gran tamaño, en tanto que en ciertos tumores malignos todavía son muy pequeños, cuando ya han emitido muchas metastasis mortales para el enfermo.

En general las lesiones que crecen acercándose al examinador son menos malignas que las que se infiltran, alejándose del clínico.

## CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS DEL TUMOR

La estructura celular de un cáncer influye importantemente sobre su aspecto clínico por ejemplo: El tumor epidermoide de la cavidad bucal se ulcera pronto y puede mostrar un borde duro en ribete, en tanto que el tumor adenoide corresponde a una masa submucosa más o menos globular sólo en sus últimas etapas tiende a ulcerarse.

Los tumores adenoides (Mixtos y Adenocarcinomas), suelen ser circunscritos, incluso parcialmente encapsulados. Es frecuente una cápsula sólida en los tumores mixtos del paladar.

Los tumores adenoides no son tan duros como los carcinomas epidermoides y en general, la mucosa superficial sigue intacta hasta fases muy avanzadas.

El tumor mixto tiene una evolución más lenta que el ede-nocarcinoma; y la ulceración es más tardía.

El linfosarcoma suele afectar la amígdala o la faringe : El linfosarcoma de amígdalas en general se ulcera mucho antes que el carcinoma epidermoide de la amígdala, y se desarrolla más de -- prisa.

El carcinoma anaplásico de células escamosas, el carcinoma de células de transición y el linfoepitelioma, suelen ocupar - una posición más posterior, generalmente en la faringe.

Cualquiera que sea su localización el melanoma maligno, - casi siempre se reconoce pronto por su color característico azul -

negro, debido a la melanina.

Estos tumores se deben casi siempre a degeneración maligna de células de un nevus, dando una mola.

Puede haber melanomas malignos en la cavidad bucal pero son raros.

En contadas ocasiones puede desarrollarse un melanoma maligno sin formación de pigmentos.

Estos melanos rara vez se reconocen clínicamente y es difícil, identificarlos bajo el microscopio.

Constituyen el llamado melanoma sin melanina.

Quando afecta a la piel, el carcinoma de células basales pigmentados puede ser confundido clínicamente con un melanoma maligno por un observador no experimentado.



## EXISTENCIAS DE LESIONES PREDISPONENTES

El aspecto del carcinoma, o su diagnóstico precoz pueden depender de la existencia de una lesión previa.

En ocasiones esta lesión previa domina el cuadro y puede inducir en error.

Leucoplasia. Cuando una leucoplasia sufre una degeneración maligna, el fenómeno sólo ocurre en un punto muy pequeño, microscópico.

Esta transformación en cáncer de una lesión precancerosa, sólo se manifiesta una vez acontecidos cambios importantes.

Incluso así los cambios en cuestión puede ser tan leves, en las primeras etapas que pasen inadvertidos en especial sobre la leucoplasia amplia.

Durante la generación progresiva de una leucoplasia verrugosa, el tumor maligno que se desarrolla y se extiende, sólo es diagnosticado por el observador sin experiencia, cuando el cáncer alcanzó ya una gravedad más allá de toda esperanza.

Papiloma. Las verrugas bucales de tipo papilomas pueden sufrir degeneración maligna.

Por fortuna estas lesiones presentan un aspecto muy sugerente de neoplasias, y en general no constituyen un problema diagnóstico.

Molas cutáneas. Las molas pigmentadas o no, van aumentando en tamaño en adultos y ancianos y en ocasiones preocupan mucho

al paciente sin motivo. Es raro que aparezca un cáncer en estas lesiones; pero quizá sean las más frecuentes entre las que pueden confundirse con un cáncer cutáneo.

De cualquier manera cabe encontrar carcinomas de células basales, a veces pigmentadas sobre la base de una mola.

Naturalmente es peligrosísimo, melanoma maligno proviene de una mola pigmentada.

La frecuencia de degeneración maligna de una mola pigmentada dada es bajísima de los millones de moles que existen en toda la población son poquísimas, las que llegan a molestar a quienes la sufren, pero las pocas que desembocan en cáncer muchas veces producen la muerte.

Cualquier cambio de aspecto de una mola previamente existente debe dar lugar a muchas sospechas,

Queratosis senil. La queratosis seborreica, cambios de pigmentación, angiomas adquiridos, manchas de la piel y fibromas cutáneos son las lesiones más frecuentes en personas de edad avanzada.

Al igual que la leucoplasia, la queratosis senil (en especial las lesiones múltiples), pueden sufrir degeneración maligna sin que se percaten de ello, el paciente, el médico o el dentista; en efecto las lesiones queratósicas que existieron y fueron creciendo durante muchos años llegaron a aceptarse como parte de la fisonomía normal del individuo; los cambios de tipo maligno en alguna de las numerosas placas de queratosis e insidiosos pasan inadvertidos hasta que un brusco aumento de la rapidez del crecimiento origina una lesión de un tamaño relativo tal que sorprende no sólo

a un paciente, sino al médico tratante

Los dentistas deben aconsejar a sus pacientes a un tratamiento inmediato de estas lesiones de queratosis cuando todavía plantean un problema sencillo.

## IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER BUCAL

Es inquietante la creciente frecuencia con la cual el -  
cáncer bucal se confunde con otros trastornos de la cavidad bucal.

La importancia de un diagnóstico inmediato, o la corre--  
cción de un tratamiento equivocado, es mucho mayor que el caso --  
del cáncer bucal, que en cualquiera de los trastornos con los cua  
les se puede confundir.

Al estudiar una lesión de la boca no debe olvidarse en-  
ningún momento que la tardanza de la identificación de un cancer -  
bucal puede significar la muerte.

Por lo tanto, cuando nos encontramos frente a cualquier-  
lesión susceptible de ser maligna, es obligatorio tomar de inmedia  
to las medidas necesarias para una biopsia.

Aunque se sospeche de cáncer, se sigue recurriendo dema  
siadas veces a ensayos terapéuticos de distintos tipos con la es  
peranza de estar frente a una lesión benigna; esta práctica es con  
denable.

Las biopsias inmediatas salvan varias vidas; el cáncer =  
constituye una urgencia, y es intolerable el retraso. El diagnósti  
co precoz sólo puede establecerse con una biopsia.

Una vez excluido en forma absoluta el cáncer, se hace el  
diagnóstico clínico de lesión benigna; traumatismo, neoplasia be-  
nigna, herpes etc., y es aceptable un tratamiento.

Pero si al cabo de dos semanas la lesión supuestamente -

benigna no ha desaparecido, estamos obligados a hacer una biopsia.

Por parte del dentista o del médico general, deben tolerarse muy pocas excepciones a esta regla, o ninguna.:

Todas las dudas deben levantarse mediante la biopsia en este momento.

## OTROS TUMORES MALIGNOS RELACIONADOS CON LA CAVIDAD BUCAL

Como he mencionado anteriormente, el carcinoma de células las escamosas, es la lesión más peligrosa en la cavidad bucal.

Este es el cáncer que confiere al problema de las neoplasias bucales su enorme gravedad.

De no ser por el carcinoma de células escamosas que efectúa las distintas estructuras de la boca, no existiría ningún problema canceroso grave en relación con la cavidad bucal.

Pueden encontrarse otros tipos de cánceres o tumores naturalmente, en el individuo afectado el problema es grave.

El carcinoma de células escamosas constituye casi el 90% de todos los cánceres bucales, quizá más y produce el 90% de las muertes originadas por todos los cánceres bucales.

La mayor parte del resto alrededor del 80%, corresponde a tumores adenoides de tipo mixto y adenocarcinomas, pero la mortalidad que ocasionan es muy pequeña.

El adenocarcinoma crece mucho más lentamente que el carcinoma epidermoide, rara vez dan metástasis y ofrecen pues mayores probabilidades de curación

Esto sigue siendo cierto a pesar de que el diagnóstico suele retrasarse más. Por otra parte, la tardanza es muy peligrosa mucha veces mortal, en el carcinoma epidermoide.

El primer profesionalista consultado por el enfermo de carcinoma de células escamosas de la boca no puede vacilar ni con----

temporizar; quizá de su actitud dependa una vida.

El primer profesionalista consultado es quizá el personaje central más importante de todos, para la curación del cáncer.

Los otros tumores malignos son: El ameloblastoma (también llamado adamantinoma o adamantoblastoma), y el fibrosarcoma - sarcoma osteogénico, tumor de Ewing, mieloma múltiple o aislado, - sarcoma neurógeno.

CLASIFICACION DE LA AMPLITUD DE LOS TUMORES MALIGNOS  
DE LA BOCA:

Para hablar con sentido del tratamiento deseable, es necesaria una clasificaci3n de las lesiones malignas de la boca. Es casi imposible defender en forma absoluta ninguna clasificaci3n de las lesiones que abarque todas las variedades de c3ncer bucal.

En el tratamiento del carcinoma bucal, la enfermedad local y las met3stasis representan dos problemas distintos.

La enfermedad primaria puede ser relativamente peque1a - frente a met3stasis relativamente avanzadas.

Tambi3n puede ocurrir lo contrario. Por lo tanto la clasificaci3n del carcinoma bucal es la siguiente; no por esto se -- aceptará como regla general.

CLASIFICACION DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE BUCAL

La lesi3n bucal se divide en las siguientes etapas:

Etapa I. Menos de un cent3metro

Etapa II. De 1 a 2.5 cm., de diámetro sin rebasar los límites anatómicos fijos como lengua, paladar, piso de la boca, etc

Etapa III. De 2.5 a 4 cm., en su mayor dimensi3n

Etapa IV. Más de 4 cm.

Las met3stasis de cualquier c3ncer se dividen en los siguientes casos.

O: No hay met3stasis



- A: Un solo ganglio fácil de mover.
- B: Dos o tres ganglios vecinos que conservan su movilidad.
- C: Ganglios bilaterales o ganglios unilaterales múltiples.
- D: Masas fijas de ganglios.
- E: Metástasis viscerales.

- A: Un solo ganglio fácil de mover.
- B: Dos o tres ganglios vecinos que conservan su movilidad.
- C: Ganglios bilaterales o ganglios unilaterales múltiples.
- D: Masas fijas de ganglios.
- E: Metástasis viscerales.

## PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES

### MALIGNOS INTRABUCALES:

Al tratar de los principios generales que forman la base del tratamiento de los tumores malignos de la boca, pueden mencionarse muchos puntos todavía no esclarecidos.

Muchos cirujanos siguen pensando que es mejor - tratar quirúrgicamente los carcinomas intrabucales, cuando resulta técnicamente posible.

Otros estan combinando esta tarea con la quimioterapia que en estos últimos años ha tenido grandes logros.

Por otra parte la irradiación aislada contituye, un tratamiento conservador para las metástasis.

Otros consideran convinar la irradiación preoperatoria con la cirugía radical.

Pero la cirugía puede intervenir de otras varias maneras en el tratamiento del cáncer bucal.

Se puede mencionar entre otras aplicaciones la excisión de lesiones precancerosas, extirpación de dientes secuestromía, intervenciones de limpieza, control de hemorragia o del dolor, tratamiento de tumores que no son sensibles a las radiaciones.

( Tumor mixto, adeoncarcinomas, ameloblastomas, sarcoma, etc.

**CAPITULO VI**

## .- TUMORES DE LOS MAXILIARES.

### A).- Generalidades.

Los tumores o neoplasias son formaciones nuevas de tejido anormal, que aparecen en la cavidad bucal o en cualquier parte del cuerpo. Los tumores pueden ser benignos o malignos según su comportamiento y estructura celular.

El tumor benigno crece lentamente y generalmente está en capsulado, se agranda por expansión periférica, empuja las estructuras vecinas y no produce metástasis.

El tumor maligno una de sus características es que pone en peligro la vida del paciente en virtud de su rápida extensión, por infiltración en las estructuras vecinas y por el fenómeno de la metástasis, generalmente se disemina por vía linfática y sanguínea.

Los tumores que afectan a ambos maxiliares con más frecuencia son los siguientes:

### B).- Fibromas Osificantes.

Son tumores benignos propios de la edad juvenil, prevalecen en el sexo femenino; se desarrollan más frecuentemente en la mandíbula, pero pueden hacerlo a la vez en ambos maxiliares rodeados por una cápsula conjuntiva y por el hueso periférico, sólo se exteriorizan cuando vencen la resistencia de la tabla ósea externa que puede provocar la infección.

Radiológicamente aparecen como una mancha de bordes nítidos, pueden parecerse a los quistes pero es menos radiolúcido.

### C).- Odontoma compuesto.

Los odontomas son tumores formados por tejidos dentarios calcificados, mezclados en diferente sentido y proporciones.

El diagnóstico radiográfico puede ser la única prueba de su presencia, además de una ligera alteración de las estructuras vecinas. El tratamiento es quirúrgico.

### D).- Ameloblastoma (Adamantinomas)

Se llama adamantinomas a los tumores odontogénicos, constituidos por tejidos dentarios embrionarios.

Sinonimia.

Esta afección tiene una larga sinonimia con que se presenta en la literatura: Tumor adamantino, cistosarcoma, odontoma-epitelial, cistoma; enfermedad quística de los maxiliares, cuerpos fibrosos enucleados, corioblastoma, fibroepitelioma adamantino, adamantoma, epitelioma sólido de origen paradentario, odontomas -- embrioplásticos, adamantoquistomas, enclavomas dentarios epiteliales quísticos, el término exacto que le corresponde es el de ameloblastoma.

Radiográficamente puede revelar tipos uniloculares o multilocular.

Los tumores suelen invadir el alvéolo, alrededor de las raíces de los dientes y reabsorber sus ápices.

### E).- Tumores Osteógenos.

Las neoplasias que surgen en los maxiliares se clasifican como: Osteomas, fibro osteomas, mixiomas, condromas, sarcomas, tumores de Ewing y tumor de células gigantes central.

a).- Osteoma.

Se denominan osteomas a los tumores formados por tejido óseo. Pueden ser sesibles o pediculados, son lesiones indoloras a menos que su crecimiento produzca comprensión de las estructuras u órganos vecinos, en los molares pueden ocasionar moléstias en la fonación y masticación.

Radiológicamente se observa como una sombra radiopa son estructuras óseas densas, con límites más difíciles de diferenciar al hueso adyacente.

El tratamiento es quirúrgico para corregir la armonía facial y el trastorno funcional.

b).- Osteofibroma.

Es un tumor benigno de crecimiento lento, difuso poco diferenciado, endóstico, que reemplaza al tejido esponjoso normal con tejido fibroso. Al crecer puede desplazar los dientes y levantar las tablas del maxiliar. Es más frecuente en la mujer, más común en el maxiliar sup. Puede obliterar los senos maxiliares y extender a los huesos vecinos.

Radiográficamente se ve el tumor radiopaco debido a su calcificación.

El tratamiento es quirúrgico

c).- Mixioma y condroma.

Son de origen embrionario formado por hueso inmaduro.

El mixioma puede semejar una lesión quística por su aspecto de panal que se observa en la radiografía. Hay expansión de la corteza ósea con material mucóide reemplazando la estructura --

ósea.

El condroma proviene del cartílago fetal aberrante en regiones de la mandíbula como la sínfisis, apófisis coronoides y cóndilo. El condroma se ve radiográficamente, como una ligera sombra por fuera del hueso.

El diagnóstico clínico, es por el dolor aumento de volumen y limitación de los movimientos.

El tratamiento de estas lesiones es quirúrgico.

f).- Condrosarcoma.

Son transformaciones malignas del osteocondroma, compuesto de masas cartilaginosas y áreas de osificación y degeneración mucóide.

Se presenta entre el hueso y el periostio en áreas de crecimiento activo del hueso.

La corteza ósea y la zona esponjosa se invaden secundariamente. Se desinina por extensión local, puede producir metástasis a otras partes del organismo.

Su tratamiento es quirúrgico por resección radical del condrosarcoma.

G).- Sarcomas.

Son tumores que se originan en las células óseas embrionarias. El grado de malignidad varia con el tipo histológico del tumor, son extremadamente graves; su duración es ilimitada generalmente el enfermo portador de esta neoplasia sucumbe al año o a los dos años de iniciado el proceso.

El trauma es el principal factor etiológico, los sinto-



mas son: Dolor aumento de volumen del hueso, movilidad y desalojamiento de los dientes.

THOMA Clasifica los sarcomas de la siguiente manera:

- 1.- Sarcoma osteolítico.
- 2.- Sarcoma osteoblástico.
- 3.- Sarcoma telangiectásico.

Radiográficamente los sarcomas se caracterizan por la irregularidad de sus bordes y la presencia de manchas claras y oscuras de distinta intensidad. Tal imagen depende de la formación de hueso nuevo y de la destrucción ósea.

Su tratamiento es la resección radical del hueso que contiene el tumor.

#### H).- Tumor de Ewing.

Su etiología no es bien conocida, el trauma es el factor común de importancia en su etiología. Sus síntomas son aumento de volumen e interferencia con la función de la mandíbula.

Radiográficamente se ve la expansión de la tabla ósea con áreas de densidad aumentadas. El periostio está engrosado y se parado del hueso, se forma nuevo hueso sobre las áreas destruidas.

Su tratamiento con la irradiación a la que es sumamente sensible y posteriormente la operación radical.

#### I).- Tumor central de células gigantes.

(Granulomas reparativos centrales de células gigantes).

Es un tumor benigno y se desarrolla en el hueso de origen cartilaginoso. La sínfisis, los ángulos de la mandíbula y la

fosa canina de los maxiliares son sitios típicos de la localización del tumor.

El traumatismo interviene en su etiología. Los síntomas, son dolor y aumento de volumen de la mandíbula, hay movimiento dental con reabsorción radicular.

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida única pero no es posible diagnosticarlo por la radiografía.

Tratamiento el raspaje local constituye el tratamiento de elección. El pronóstico es excelente y la recidivas después del raspaje local son raras. La irradiación o la cirugía radical están contraindicadas.

#### .- QUISTES DE LOS MAXILIARES.

##### A).- Concepto general.

El quiste es una cavidad que se presenta en los tejidos blandos o duros con un contenido que puede ser líquido, semilíquido o gaseoso. Está rodeado por una pared de tejido conectivo o cápsula y suele tener revestimiento epitelial..

El volumen del contenido es importante en relación con el tamaño de la masa total del tejido.

##### B).- Quiste nasoalveolar.

Se forma con la unión de los procesos, globular, lateral, nasal y maxiliar superior, suele observarse generalmente en la raza negra y localizarse en la base de una de las narinas ocasiona una tumefacción que puede verse y palpase, debajo del labio superior, así como el piso nasal todos los dientes de la región poseen vitalidad.

Clínicamente puede confundirse con quiste de origen dental o abscesos alveolares dentales en dientes superiores sup.

Radiográficamente se observa alteración en el hueso. Sin embargo, puede aparecer una zona radiolúcida si el quiste produce una resorción ósea.

#### C).- Quistes de la línea media.

Es un quiste de hueso que se forma en la endidura media del paladar por restos embrionarios.

Los quistes de la línea media mandibular son extremadamente raros.

Estos quistes están cerca del piso de la nariz e invaden la cavidad nasal. Tienen un saco de tejido conectivo por epitelio estratificado.

Radiográficamente no se observa bien debido a la superposición de la sombra de los senos paranasales. Para lograrlos identificar bien se inyecta un material radiopaco que delineará el quiste.

El tratamiento es quirúrgico por escisión quirúrgica.

#### D).- Quistes nasopalatinos.

Se dividen en dos tipos: El quiste del conducto incisivo y el quiste de la papila palatina. Según donde se localice, pueden ser asintomáticos o producir una elevación en la parte anterior del paladar, la túnica mucosa es normal y los dientes son vitales en esa zona.

La radiografía es muy importante en el diagnóstico de estos quistes sin embargo, el tamaño del canal incisivo no es cons-

tante y un canal y agujeros grandes pueden dar la apariencia de un quiste. La radiografía muestra una zona radiolúcida circunscrita en forma de corazón.

Estos quistes no dan síntomas clínicos solamente cuando se infectan donde hay salida de pus a la presión.

El tratamiento es quirúrgico.

E).- Quistes globulomaxiliares.

Se originan a partir de restos epiteliales que quedaron en la línea de fusión de los procesos globular y maxiliar del proceso facial embrionario. Se le observa entre el canino y el incisivo lateral del maxiliar superior, donde pueden producir un agrandamiento así, como también migración de los dientes adyacentes.

Este quiste está formado por una membrana de tejido conectivo forrado por epitelio estratificado.

Radiográficamente se observan como una zona radiolúcida en forma periforme, el cuello de la pera se halla entre las partes coronarias de los dientes.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en una escisión cuidadosa.

F).- Quistes periodontales.

El quiste periodontal está formado por restos epiteliales o de la membrana periodontal, son de origen inflamatorio pueden localizarse en tres formas en el ápice del diente llamándose quistes radiculares o a lo largo de la pared lateral llamándose quistes laterales. Los quistes inflamatorios en las regiones --

desdentadas se llaman quistes residuales que se deben a la remo  
ción incompleta de tejidos patológicos cuando se extrae un dien-  
te infectado.

Los quistes periodontales no pueden identificarse ra-  
diológicamente sino por exámen microscópico.

En todos los casos el tratamiento es por enucleación o  
marsupialización.

#### G).- Quistes dentígeros.

Se caracterizan los quistes dentígeros por estar consti-  
tuidos por una bolsa conjuntivoepitelial, en cuyo interior se  
encuentra un diente, el cual permanece retenido.

Los quistes dentígeros se desarrollan en dientes que --  
quedan retenidos en los maxiliares, pueden encontrarse en cual--  
quier parte de la mandíbula o del maxilar, pero se localizan más  
frecuentemente en el ángulo de la mandíbula, región de los cani-  
nos, terceros molares superiores, cavidad antral y en el piso de  
la órbita.

Los quistes dentígeros pueden llegar a ser de gran tama-  
ño abarcando todo el cuerpo o la rama ascendente de la mandíbu-  
la.

## CUIDADOS PREOPERATORIOS.

### A).- Concepto.

Los cuidados preoperatorios van encaminados a evitar complicaciones posteriores, al realizar una operación cualquiera, en el organismo salvo las operaciones de urgencia, se requiere en ésta una preparación previa, es decir ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención. Las operaciones de cirugía bucal no escapan a estas indicaciones, aunque indudablemente por tratarse por lo general de una paciente con una afección local, la preparación que necesita es menor que las indicadas para cirugía general.

Esta preparación previa en la cirugía se llama el preoperatorio, definido como la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro y en el caso contrario, adoptar las medidas conducentes a que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

### B).- Historia clínica.

Es de vital importancia el estudio minucioso del paciente a través de una historia clínica completa, ya que por medio de ella podemos averiguar los antecedentes sobre el particular y en caso de existencia de anteriores sucesos se profundizará el examen en la medida conveniente, en caso de detectar cualquier anomalía que ponga en peligro la vida del paciente, podemos solicitar la consulta del médico en general, Para así contar con un estudio más detallado dependiendo del caso.

C).- Exámenes de laboratorio.

El estudio de laboratorio preoperatorio deberá incluir, una B.H. Completa siendo importante los índices de hematócrito y de hemoglobina, fórmula blanca, química sanguínea, tiempo de san grado, tiempo de coagulación y exámen de orina.

D).- Estudios radiológicos.

El estudio radiológico va a constituir un valioso auxiliar en el diagnóstico y va a incluir radiografías periapicales, oclusales, panorámicas, etc., según sea el caso.

E).- Preparación psicológica.

Es muy importante tomar en consideración los sentimientos de la persona enferma, para prepararla para la intervención. El cirujano debe proporcionar toda la información adecuada adecua da acerca de la intervención dando a conocer los posibles riesgos el resultado que se espera aunque no garantizado y las posibles complicaciones.

F).- Uso de sedantes.

Es recomendable la sedación de su sistema nervioso por medios farmacológicos una noche antes de la intervención quirúrgica para proporcionar tranquilidad y que la paciente pueda dormir bien, Se puede suministrar un tranquilizante dos o tres horas antes de la intervención.

Antes de iniciar la intervención se debe proporcionar comodidad al paciente colocándolo en una posición cómoda en el sillón dental.

G).- Asepsia de la cavidad bucal.

Antes de proceder a la intervención quirúrgica se debe -  
indicar al paciente la importancia de la limpieza de su boca pa  
ra que de ésta manera se lleve a cabo una curación en óptimas con  
diciones.

La eliminación del tártaro dentario deberá hacerse por  
lo menos un día antes de la operación, los dientes coreados deben  
ser abturados, y los restos radiculares deben ser extraídos.

Aún en estado normal, la boca antes de una operación en  
ella, debe ser cuidadosamente lavada con una solución de agua o-  
xigenada o soluciones jabonosas que se preparan diluyendo jabón -  
líquido y agua oxigenada, en un volumen diez veces mayor de agua.  
Especial dedicación hay que prestarle a las papilas interdenta-  
rias.

Estas regiones serán lavadas con una solución de agua o  
xigenada o un antiséptico cualquiera y pintados con tintura de --  
merthiolate antes de la operación.

#### H).- Preparación del material e instrumental.

El cirujano deberá contar con un material especial para  
la intervención a realizar serciorandose de que éste se encuentre  
estéril, y colocando en la mesa de mayo, en una forma cronológica  
para la intervención.



## CAPITULO VII

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS TUMORES.

### A).- Tumores benignos.

El tratamiento de los tumores consiste esencialmente en su extirpación, pero la intervención quirúrgica difiere según -- sea la naturaleza del tumor.

El tratamiento comprende la extirpación, la resección radical de la mandíbula o del maxilar superior.

El tumor se expone ampliamente extirpando el hueso que lo recubre, incluyendo la tabla externa, hasta la base del tumor, siempre que sea posible se conserva el borde inferior de la mandíbula. La sección en bloque del hueso afectado debe extenderse - hasta incluir parte del hueso periférico alrededor de la masa tumoral. Se emplean instrumentos cortantes afilados (escoplas y -- gubias), para separar el área enferma de las estructuras óseas normales.

El tratamiento de los tumores benignos pequeños es con--servador.

La masa del tumor puede separarse del hueso normal por--medio de raspado local.

Algunos tumores por su naturaleza tienden a sangrar con facilidad después de operados por lo que se mantendrá taponamien--to a presión y electrocauterización para controlar la hemorragia.

### B).- Tumores malignos.

Aunque el tratamiento quirúrgico de estos tumores es -- competencia de un Cirujano Especialista en Oncología y que debe, -- realizarse dentro de un quirófano en virtud de lo extenso de la

resección de los tejidos afectados, el cirujano dentista debe conocer el tratamiento quirúrgico que se requiere para éste tipo de afecciones.

El tratamiento adecuado y más rápido es esencial para suprimir la neoplasia.

El tratamiento quirúrgico de los tumores malignos de la cavidad bucal requiere extirpación amplia debido a que no existe un límite concreto entre el tejido sano y el tejido enfermo.

La escisión amplia es importante ya que el crecimiento del tumor invade los tejidos vecinos normales; a veces ésta invasión no es perceptible al exámen clínico.

Para extirpar el tumor se emplea el bisturí y el electrocauterio. La extensión del tumor dentro del periostio y el hueso requiere la resección parcial o total de la mandíbula o del maxilar superior. La resección puede ser extensa cuando las tablas del hueso están invadidas.

La resección parcial puede estar indicada en los casos que únicamente el periostio está invadido.

Las resecciones extensas de las arcadas deben excluir, la adecuada resección de los vasos sanguíneos del lado afectado. El tejido blando adyacente debe sostenerse cuando sea posible por medio de aparatos protésicos fijados a los muñones óseos.

Una vez que se ha extirpado el tumor es necesario un periodo de observación para asegurarse, de que no hay recidiva.

Es importante conseguir que el tratamiento de los tumores malignos, se efectuará sólo en casos encipientes y sin presen-

cia de metástasis a otras partes del organismo.

#### TECNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS QUISTES.

##### A).- Método conservador de partchs.

La técnica consiste en; resumen, en practicar una incisión que nos permita abordarlo, la osteotomía de la porción ósea - que lo cubre, apertura y vaciamiento del quiste, conservando su hemisferio interno. Por este procedimiento, el quiste se aplana y en un tiempo variable desaparece.

Está indicado en aquellos quistes de gran tamaño o de tamaño mediano.

##### VENTAJAS:

- 1).- Sencillez de su ejecución
- 2).- Buena visualización de la cavidad
- 3).- La superficie ósea queda cubierta en toda su extensión
- 4).- Se evita la infección ósea y lesión de dientes vecinos

##### DESVENTAJAS:

Son dignas de tomarse en cuenta: El epitelio quístico es un elemento patológico que debe de ser eliminado porque puede - sufrir transformaciones adamantinas o recaer bajo la forma de - un nuevo quiste. En muchos casos, está infectado y la membrana de generada ; siendo así, su conservación es problemática.

##### TIEMPOS QUIRURGICOS:

- 1).- Incisión
- 2).- Desprendimiento del colgajo.
- 3).- Osteotomía.

- 4).- Tratamiento de la bolsa quística.
- 5).- Tratamiento del diente cusante.
- 6).- Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos.
- 7).- Tratamiento postoperatorio.

#### INCISION:

Se traza siguiendo los límites de la proyección del quíste sobre la cara vestibular; siendo de forma circular, la incisión debe situarse en un lugar equidistante entre el surco gingival y borde libre de la encía, se inicia por la parte distal hasta llegar a la parte mesial. Debe ser mayor que el diámetro horizontal del quíste, debe llegar en profundidad hasta el hueso, cortando encía y periostio.

#### 1.- Desprendimiento del colgajo

Se realiza con una legra pequeña o con una espátula roma. Se toma el labio superior de la fibromuco; incidida con pinzas de disección con dientes, para facilitar la separación del colgajo, se inicia la maniobra desde el centro del arco: La ínza se sostiene con la mano izquierda y la legra con la derecha; se separa el colgajo con movimientos suaves, tratando de no herir a la bolsa quística.

El colgajo debe levantarse hasta los límites superiores, del quíste hasta encontrar hueso sano.

#### 2).- Osteotomía.

La resección del hueso que cubre al quíste se hace con diversos instrumentos, según sea el grado de destrucción del hueso, si está muy delgado, se puede seccionar con bisturí para hueso;

si está parcialmente destruido se emplea pinzas gubias, si es firme y sólido se usa escoplo o fresa redonda número 4 ó 6 practicando orificios alrededor del quíste.

Ya en presencia de la bolsa quística, se le toma con una pinza y con el bisturí se abre ampliamente a toda la extensión, del quíste. Se vacía su contenido y se lava su interior con suero fisiológico, se deja adherida la bolsa quística al hueso.

### 3.- Tratamiento de la bolsa quística.

Se hace un taponamiento de la cavidad para evitar que la quística se desprenda. Con una gasa yodoformada vaselinada, que es fácilmente removida.

El colgajo se introduce dentro de la cavidad donde quedará mantenido por la gasa. La fibromucosa y la embrana quística se adhieren. Evitando el taponamiento a presión. La gasa se renueva cada 24 horas, en caso de infección se cambia con más frecuencia, cada cambio exige un lavado cuidadoso con suero fisiológico, se seca y se coloca gasa cada vez en menor cantidad.

### 4.- Tratamiento del diente causante.

Dos son los caminos a seguir: El tratamiento radicular - la apicectomía o su extracción.

Al hacer epicectomía la sección del ápice debe hacerse - conservando la bolsa quística y por la brecha operatoria ya creada. Levantando la bolsa quística, separándola del ápice y se mantiene alejada con una torunda de gasa. Se emputa el ápice, se eliminan los restos de dentina, se retira la torunda y se vuelve la bolsa quística a su sitio.

En caso de extracción del diente, es preferible realizar la algunos días antes de la operación, teniendo especial cuidado de no fracturar el hueso alveolar.

#### 5.- Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos.

Con el método conservador se disminuyen las posibilidades de exponer el seno maxilar y las fosas nasales.

La membrana quística actúa como un telón de seguridad -- que defiende estos órganos.

Los dientes vecinos desviados por el crecimiento expansivos del quiste han de ser conservados durante un tiempo prudencial con el objeto de no fracturar la porción alveolar y no crear golfos quirúrgicos en el borde alveolar, que resultan molestos estética y funcionalmente/.

#### 6.- Tratamiento postoperatorio.

Consiste en los cambios sucesivos de gasa yodoformada y lavados de la cavidad quística con suero fisiológico o con solución alcohólica de fenol alcanforado. Después de 20 a 30 días por parte del profesional se deja la cavidad abierta, sin gasa.

El paciente debe continuar lavando la cavidad usando una jeringa hasta su total recuperación.

#### METODO RADICAL DE PARTCHS.

Consiste en la completa enucleación de la bolsa quística. La cavidad ósea que se aloja queda por lo tanto vacía y el mecanismo de relleno se hace de dos maneras:

- A).- Método de Partchs con sutura
- B).- Método de Partchs sin sutura

Método de partchs con sutura donde la cavidad ósea se llena de sangre y de la organización del coágulo depende la osificación, el peligro reside en que el coágulo puede infectarse y supurar, éste peligro puede sortearse, dando a la operación todas las seguridades de asepsia que exige una intervención.

Este método está indicado en quistes en un diámetro no mayor de 3 cm.

En éste tiempo operatorio se procede a vaciar la bolsa quística antes de hacer su enucleación, punzando la bolsa con una aguja, drenando el líquido de su interior con una jeringa. Después de vaciado el quiste, se secciona su pared con bisturí o tijera y se limpia el contenido quístico con gasa o con el aspirador. Se toman los bordes de la incisión de la bolsa quística con pinzas de Kocher dos para cada borde, se sostienen las cuatro pinzas y con un perióstomo o espátula se desprende la bolsa de su alojamiento óseo, quitando todo rastro de la membrana quística. Una vez extraída en su totalidad la bolsa, se practica la hemostasia de la cavidad ósea con gasa.

#### TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Es conveniente provocar una hemorragia ligera de las paredes vecinas, raspando con cucharilla para que se llene de sangre.

#### S U T U R A .

El cierre inmediato de la cavidad se restringue a los quistes del tamaño indicado y a los quistes no saturados. Este paso exige rigurosa asepsia de la operación; que el colgajo y la cavidad ósea no se contamine con saliva y el medio ambiente para man



tener la estabilidad del coágulo sanguíneo.

Método de partchs sin sutura.

Los pasos a seguir son los mismos y la variación existe, en tratamiento de la cavidad ósea. Terminada la enucleación de la bolsa quística, se lava la cavidad con suero fisiológico y agua - oxigenada, se seca con gasa. El labio superior del colgajo, se introduce dentro de la cavidad y sobre él se rellena la cavidad con gasa yodoformada que se retira en 24 a 96 horas.

## CONCLUSION

Por lo anterior expuesto llegue a la siguiente conclusión:

En la actualidad se presentan determinados pacientes, - en la práctica privada o institucional que se ven afectados por las distintas patologías mencionadas.

Por lo tanto debemos ser capaz, cuando menos de diagnósticar y realizar el tratamiento adecuado a una gran mayoría de los padecimientos bucales, ya que esto redundará en béneficio integral de nuestros pacientes.

Todas estas obligaciones del dentista forman parte de una atención de salud pública a la que tiene derecho todo paciente que requiera los servicios del dentista o del médico.

El dentista que cumple conciensudamente con estas responsabilidades analtese la odontología y logra con ello mayor respeto por parte de sus pacientes, colegas y médicos.

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

- 1.- ARCHER W. HARRY  
CIRUGIA BUCAL. TOMO I  
ED. MUNDI, S.A.  
2a. ed. Argentina 1978.
- 2.- BURKET W. LESTER.  
MEDICINA BUCAL.  
ED. INTERAMERICANA, S. A.  
ra. ed. México 1975.
- 3.- CYRYC MITCHELL MACBRYDE.  
SIGNOS Y SINTOMAS  
ED. INTERAMERICANA, S. A.  
4a. ed. México 1974.
- 4.- KRUGER, GUSTAV O.  
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.  
ED. INTERAMERICANA, S.A.  
4a. ed. México 1978.
- 5.- MOORE, KEITH L.  
EMBRIOLOGIA CLINICA.  
1a. ed. México 1975.

6.- ORBAN, BALINT.

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES.

ED. LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S. A.

6a. ed. México 1976.

7.- OZAWA DEGUCHI J.

PROSTODONCIA TOTAL

ED. DE LA FAC. DE ODONTOLOGIA.

3a. ed. México 1976.

8.- FICHLER, HANS.

CIRUGIA DENTAL Y DE LOS MAXILIARES.

ED. INTERAMERICANA, S.A.

4a. ed. México 1978.

9.- C.O. BRIEN RICHARD.

RADIOLOGIA DENTAL.

ED. INTERAMERICANA, S.A.

2a. ed. México 1975.

10.- S.N. BHASKAR.

PATOLOGIA BUCAL.

ED. EL ATENEO.

8a. ed. Argentina 1979.

11.- RIES CENTENO, GUILLERMO.

CIRUGIA BUCAL.

ED. EL ATENEO

8a. ed. Argentina 1979.

12.- ZECARELLI, EDWARD.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

Barcelona, SALVAT, 1972.