

24:1



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"ZARAGOZA"

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**"CANCER EN LENGUA"**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

SILVIA ALEJANDRA BALLESTEROS PAULIN

GRACIELA MORAN BERMUDEZ

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



MEXICO, D. F.

1988



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## I N D I C E

I.- Introducción. . . . .	1
II.- Fundamentación del Tema. . . . .	3
III.- Planteamiento del Problema. . . . .	5
IV.- Objetivos Generales. . . . .	7
V.- Objetivos Especificos. . . . .	8
VI.- Hipótesis. . . . .	9
VII.- Material y Método. . . . .	10

### CAPITULO I

1.- Embriología de la Lengua. . . . .	12
2.- Anatomía de la Lengua. . . . .	14
3.- Histología. . . . .	21
4.- Bibliografía. . . . .	26

### CAPITULO II

1.- Epidemiología y Etiología. . . . .	27
2.- Patología. . . . .	33
3.- Cuadro Clínico. . . . .	43
4.- Detección Precoz del Cáncer. . . . .	46
5.- Clasificación Clínica de TNM. . . . .	55
6.- Tratamiento. . . . .	61
7.- Pronóstico. . . . .	67

BIBLIOGRAFIA. . . . .	69
-----------------------	----

### CAPITULO III

1.- Resultados del Estudio Epidemiológico de 156 casos de Carcino de Lengua. . . . .	73
DISCUSION. . . . .	104
BIBLIOGRAFIA. . . . .	121
CONCLUSIONES. . . . .	124
PROPUESTAS. . . . .	127
BIBLIOGRAFIA GENERAL. . . . .	130

## I. INTRODUCCION

No hay palabra que infunda más temor en la práctica médica que el término "CANCER" y en gran medida tal reacción emocional, es justificada.

El término cáncer se ha tomado como sinónimo de -- neoplasia maligna. Willis define a la neoplasia como "Una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede los tejidos normales, que no está coordinada con estos mismos, y que -- persiste en la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadena el cambio".

Robins, le añade a esta definición "Que la masa -- anormal carece de finalidad, hace presa del huésped y es -- prácticamente autónoma".

Los calificativos de Benigno y Maligno que se aplican tienen deducciones clínicas. La designación de neoplasia "Benigna" significa que la lesión es de crecimiento lento, no da metástasis, que en general no pelagra la vida del paciente, y que con la extirpación se logra la curación.

En cambio, nombrar a una neoplasia, como maligna, -- significa que es de crecimiento rápido, invade y destruye -- los tejidos adyacentes y se disemina por todo el organismo, causando invariablemente la muerte.

El hecho de que la palabra Cáncer sea el término más común para designar a los tumores malignos y la gran dificultad que presenta el diagnóstico precoz, el resultado ominoso en los tratamientos de casos avanzados, el sufrimiento prolongado que ocasiona a los pacientes y familiares; son tal vez los hechos más destacados que justifican el temor que imprime la palabra cáncer.

En las últimas décadas las neoplasias malignas - en los países industrializados se sitúan, después de las enfermedades cardíacas, como la segunda causa de muerte - en personas mayores de cuarenta años de edad.

En nuestro País dentro de las causas generales - de muerte, el Cáncer ocupa el quinto lugar, al igual que en los países altamente desarrollados, su frecuencia actual lo sitúa como la segunda causa de muerte para la población general en pacientes de más de cuarenta y cinco años.

En el caso particular de las neoplasias de Cabeza y Cuello, éstas representan el 25 % de la totalidad de los ingresos a los Hospitales Oncológicos de nuestro medio, incluyendo la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública; y de ellos, el Cáncer de Lengua, está catalogado como el más frecuente.

## II.- FUNDAMENTACION DEL TEMA

El cáncer bucal es el nombre aplicado a las neoplasias que se originan en el revestimiento mucoso de la cavidad oral y de las estructuras que de ella dependen.

Del 80 al 90% de estas neoplasias corresponden a - carcinomas epidermoides con diferentes grados de diferenciación celular.

El cáncer bucal, en la literatura Anglosajona, representa el 5% de todos los tumores malignos del organismo y de ellos el 22% se localiza en lengua; se presenta en pacientes entre la cuarta y séptima década de la vida, el 80% son del sexo masculino y se ha estimado que se presenta un caso cada 200 000 habitantes. Es considerada una enfermedad de adulto y adultos viejos, pero se ha demostrado en la actualidad que hay una tendencia a presentarse en etapas -- más tempranas de la vida.

En México, Ambrosius Dienner y Gallegos Cazares, - en un estudio de 3 296 necropsias de neoplasias malignas, - encontraron 444 (75.5%) carcinomas y sólo 7 casos (1.5%) localizados en la cavidad oral; pero no especifica su localización en las diferentes regiones anatómicas. El estudio anterior ejemplifica la escasa información que poseemos sobre la neoplasia de lengua y de la cavidad oral en México.

El presente trabajo lo llevamos a cabo, porque - consideramos que el Cirujano Dentista, tiene la inmejorable oportunidad de detectar precocemente un carcinoma durante la revisión de rutina en el consultorio privado o - en las prácticas de campo.

Como introducción al tema destacaremos los aspectos fundamentales relacionados con el cáncer de lengua: - factores etiológicos, anatomía patológica, procedimientos de diagnóstico, clasificación clínica, tratamiento, pronóstico; y analizaremos la conducta biológica de esta neoplasia en nuestro País, a través de una muestra de 156 ca sos, registrados en un período de 10 años en la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública.

Todo lo anterior ayudará al Cirujano Dentista a efectuar un diagnóstico oportuno de cáncer y por lo tanto darle al paciente una mejor oportunidad de vida.

### III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En un cierto número de padecimientos relacionados con la Patología Oral, se debe de contemplar el diagnóstico diferencial con una neoplasia maligna.

Según el "Cancer Prognosis Manual" de James, A. - G. Takajashi, la sobrevida a los cinco años del carcinoma de Lengua es baja (28 %), a pesar de que este tumor es muy accesible a los procedimientos de diagnóstico y quirúrgicos.

Lo anterior adquiere importancia, sobre todo si se toma en cuenta, que el Cáncer Oral es potencialmente curable cuando se detecta oportunamente y se lleva a cabo un tratamiento eficaz.

Por esta razón nos cuestionamos lo siguiente:

¿El Cirujano Dentista está realmente preparado y cuenta con los conocimientos necesarios para llevar a cabo un diagnóstico diferencial de Cáncer en Lengua?.

El odontólogo en este caso particular, juega un papel muy importante en la detección oportuna del Cáncer Bucal, ya que la simple inspección que realiza en la boca, lo sitúa en condiciones inmejorables para identificar anomalías morfológicas y desde luego las afecciones dentales.

Por lo tanto, es importante familiarizarse con las manifestaciones del Cáncer Oral, ya que a través del estudio de todos los aspectos concernientes al mismo, el Odontólogo estará con mejores posibilidades de identificar a todos aquellos pacientes con mayor riesgo de padecerlo y en el caso concreto, de llegar a encontrar una le si ón sospechosa, efectuar el diagnóstico deferencial y re mitir al paciente con el Oncólogo para un tratamiento adecuado y oportuno.

Por otra parte el análisis de la casuística de un centro Oncológico de nuestro País, permitirá acercarnos al conocimiento de las características particulares de presentación en nuestro medio y el problema que representa en la Salud Pública.

En varios capítulos se desarrollan aspectos de los estadios avanzados del carcinoma epideмоide de lengua, indispensables para comprender la biología de la neoplasia, pero se hará énfasis en la detección precoz.

Es necesario enfatizar que en las lesiones avanzadas, el Cirujano Dentista y los Médicos generales tienen poco que hacer; estos casos son patrimonio exclusivo de los Oncólogos.

#### IV.- OBJETIVOS GENERALES

- 1.- Destacar la importancia del Odontólogo en la detección oportuna del Cáncer en Lengua.
  
- 2.- Proporcionar al Cirujano Dentista los conocimientos actualizados en relación al - Cáncer en Lengua, tales como los factores etiológicos, la anatomía patológica, el - cuadro clínico, los procedimientos de --- diagnóstico, la clasificación clínica, el tratamiento y el pronóstico.
  
- 3.- Demostrar las características propias de presentación en México del Cáncer en Lengua, por medio del análisis de una serie de 156 de casos de Cáncer de Lengua registrados en un centro hospitalario de nuestro País, en un período de 10 años.

#### V.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Explicar las características Morfofuncionales de la Lengua para ayudar a interpretar la conducta biológica de los Tumores Malignos de la Lengua.
- 2.- Identificar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del Cáncer Lingual.
- 3.- Conocer los probables factores carcinogénicos, en los tumores malignos de lengua, en la población de México.
- 4.- Conocer las características histológicas de los tumores malignos de la lengua, que se presentan en la población de México.
- 5.- Destacar la participación del Odontólogo en la detección oportuna del Cáncer Lingual.
- 6.- Explicar los diferentes tipos de tratamientos utilizados, para los tumores malignos de lengua.

## VI.- HIPOTESIS

El cirujano Dentista deberá contar con la preparación y metodología suficiente, para efectuar el diagnóstico diferencial de cáncer en lengua en los pacientes durante un examen de rutina en el consultorio privado o en prácticas de campo.

## VII.- MATERIAL Y METODO

Se hará un estudio integral del Cáncer de Lengua basado en la revisión de la bibliografía, de donde extraerán los aspectos característicos y sobresalientes de la anatomía patológica, factores etiológicos, cuadro clínico, aspectos epidemiológicos, procedimientos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Previamente se establecerán las bases morfofuncionales de la lengua y las estructuras que intervienen con frecuencia en la conducta biológica de las neoplasias malignas.

En la revisión bibliográfica se incluirán libros y revistas especializadas.

Se analizarán expedientes clínicos referentes a cáncer lingual de la Unidad de Oncología del Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública del año de 1970 al año de 1981.

El estudio retrospectivo implica limitaciones en el análisis estadístico de los datos. El objetivo principal fue, correlacionar los aspectos clínicos con los aspectos anatómicos, los diversos tratamientos y la evolución de la enfermedad.

Esto se debió a que en muchos expedientes no se registraron los datos necesarios y en algunas ocasiones se encontraran incompletos.

A pesar de estos inconvenientes, la descripción de las características, como la edad, el sexo, los hábitos higiénicos, los hábitos tóxicos, la presentación clínica, los aspectos anatómicos, el método de diagnóstico y el tratamiento, representan un aporte para acercarnos a comprender la conducta biológica de neoplasias malignas en la población mexicana.

## C A P I T U L O    I

### 1.- EMBRIOLOGIA DE LA LENGUA

Hacia el final de la cuarta semana, aparece en el piso de la farínge, una elevación medial de forma triangular, en situación craneal al orificio ciego.

A ésta elevación se le denomina tubérculo impar, que es la primera indicación del desarrollo de la lengua; pronto aparecen las tumefacciones linguales laterales que son de forma oval.

Estas tres elevaciones, son el resultado de la proliferación del mesénquima de las partes ventromediales, del primer par de los arcos bronquiales.

Los tubérculos linguales laterales, aumentan con rapidez de tamaño, se fusionan entre sí y sobrepasan al tubérculo impar.

Las tumefacciones linguales laterales funcionan entre sí formando los dos tercios anteriores o cuerpo de la lengua.

La fusión se manifiesta en la superficie por el surco medial de la lengua y por dentro por el tabique medial fibroso.

El tubérculo impar no constituye ninguna porción anatómica importante de la lengua del adulto.

El tercio posterior o raíz de la lengua, se desarrolla primero, por dos elevaciones que proliferan en posición caudal al orificio ciego.

La cópula se forma por fusión de la parte ventromedial del segundo arco branquial; y la eminencia hipobranquial que se desarrolla caudalmente a la cópula, se origina a partir del mesodermo de las partes ventromediales de los arcos branquiales tercero y cuarto.

Conforme se desarrolla la lengua, la cópula, es sobrepasada de manera gradual por la eminencia hipobranquial y desaparece; como resultado, se desarrolla el tercio posterior de la lengua.

La línea de fusión de la parte anterior y posteriores de la lengua, es indicada macroscopicamente por una hendidura en forma de V denominada surco terminal.

El mesodermo del arco bronquial forma el tejido conectivo, los vasos linfáticos y sanguíneos de la lengua y, probablemente algunas fibras musculares.

La mayor parte de la musculatura de la lengua, - sin embargo se deriva de los mioblastos que emigran desde miotomas de los somitas occipitales.

## C A P I T U L O    I

### 2.- ANATOMIA DE LA LENGUA

La lengua es un órgano muscular que está situada por encima del piso de la boca, tiene la forma de un cono aplastado, y se extiende en sentido anteroposterior. La porción móvil (los 2/3 anteriores) es la región de este órgano que se extiende anteriormente a la V lingual formada por las papilas circunvaladas. Esta porción de la lengua pertenece a la cavidad oral propiamente dicha.

La base de la lengua localizada detrás de la V lingual, está situada anatómicamente en la orofaringe. -- ( Fig. 1 ).

La superficie dorsal de la lengua es ligeramente convexa y la superficie ventral está adherida al piso de la boca excepto en el tercio anterior. Los bordes laterales de la lengua son redondeados y corresponden a los arcos dentales.

La unión más fuerte de los músculos de la lengua, se realiza sobre el hueso hioides y están divididos en la línea media por septum fibroso.

La lengua está cubierta por un epitelio escamoso estratificado, debajo del cual hay abundantes glándulas mucosas y serosas.

La apariencia irregular de la superficie dorsal de la lengua es debido a la presencia de numerosas y variadas papilas. La membrana mucosa está firmemente adherida a los músculos adyacentes.

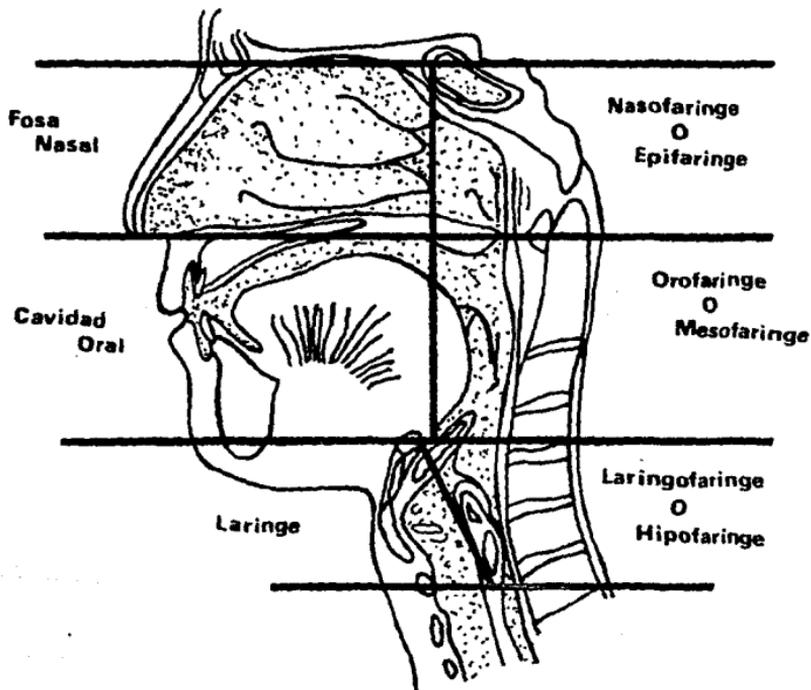


Fig. 1.- Subdivisión Anatómica.

GANGLIOS LINFATICOS.- Las cadenas linfáticas que drenan los dos tercios anteriores de la porción móvil de la lengua son casi enteramente independientes de la base o del orofarínge de la lengua.

La red de linfáticos de la submucosa, se intercomunica con la red bien desarrollada de la capa muscular.- Los linfáticos se reúnen en varios troncos colectores: -- los apicales, los marginales y los centrales.

Los linfáticos de los extremos de la lengua, se reúnen en dos troncos colectores principales, que corren en dirección de los frenillos a cada lado de la línea media.

LINFATICOS APICALES.- Ellos toman una dirección en sentido posterior y hacia abajo, pasan por debajo del músculo digástrico, por dentro del hueso hioides y terminan en el ganglio suprahioides de la cadena yugular interna, en la región cervical media.

Hay un segundo tronco colector de linfáticos del extremo de la lengua que terminan en ganglios submentonianos, pero es raro observarlo en los adultos y por lo tanto no tiene mayor significado en cáncer de la lengua.

LINFATICOS MARGINALES.- Los troncos colectores de los bordes laterales de la superficie inferior de la lengua pueden seguir dos direcciones:

- 1.- Los troncos que corren medialmente por la glándula submaxilar, llegan para desenvolver los ganglios situados en la cadena yugular anterior, y a los ganglios que están situados en la región inferior del cuello.
- 2.- Los troncos linfáticos pasan lateralmente a la glándula submaxilar y finalizan en los ganglios del grupo de los submaxilares. --- ( Fig. 2 ).

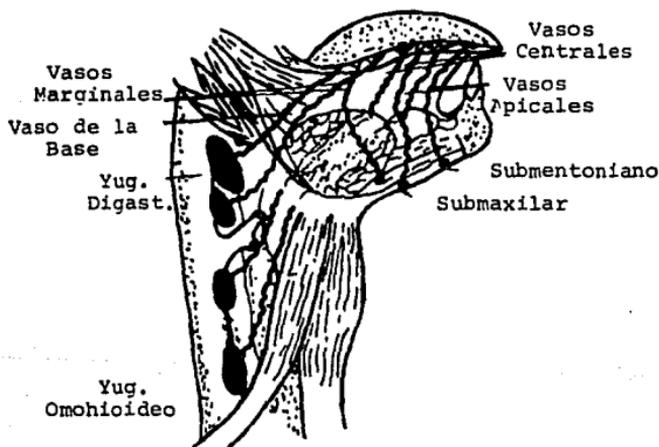


Fig. 2.- Dibujo anatómico de los ganglios linfáticos, de los bordes laterales de la superficie inferior de la lengua.

LINFÁTICOS CENTRALES.- Los linfáticos de la región central drenan los dos tercios anteriores de la superficie dorsal de la lengua, cubriendo todo el territorio anterior a las papilas circunvaladas.

Los troncos colectores pueden pasar medialmente a la glándula submaxilar y finalizar en la cadena de los ganglios yugulares o pueden seguir un curso lateral a la glándula submaxilar y terminan en los ganglios submaxilares.

Estos troncos linfáticos a menudo cruzan la línea media y terminan en los ganglios submaxilares y yugulares del lado opuesto del cuello. ( Fig. 3 ).

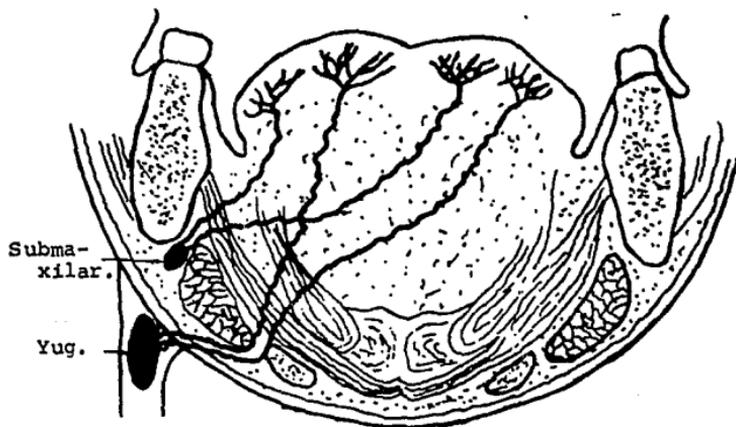


Fig. 3.- Dibujo anatómico de los ganglios linfáticos, en una vista frontal de la lengua.

BASE DE LA LENGUA.- La base de la lengua es la porción que se sitúa por detrás del surco terminal o de la V lingual formada por las papilas circunvaladas. Lateralmente la base de la lengua, se extiende para formar el surco glossofaríngeo, el cual se localiza entre la base de la lengua y la pared lateral de la farínge.

Hacia atrás de la base de la lengua, forma la pared anterior de la glossoepiglótica o vallécula. La vallécula está separada por un pliegue situado en la línea media que se extiende desde la base, hasta el borde de la epiglótis.

La base de la lengua carece de las estructuras papilares que cubren la superficie de los 2/3 anteriores, pero es más rica en elementos nerviosos, receptores del gusto o botones del gusto.

La base de la lengua está revestida por un epitelio escamoso estratificado que cubre numerosos nódulos linfoides no encapsulados. Los cuales dan una apariencia irregular a la superficie.

La mucosa no está adherida a los músculos subyacentes de la base de la lengua como ocurre sobre los dos tercios anteriores.

La mucosa no está adherida a los músculos subyacentes de la base de la lengua como ocurre sobre los dos tercios anteriores.

LINFATICOS.- Las cadenas de linfáticos de la base de la lengua son independientes del resto de los linfáticos.

Los linfáticos de la base de la lengua, pasan directamente a la pared lateral de la faringe entre la amígdala palatina y drenan en los ganglios subdigátricos.

## C A P I T U L O    I

### 3.- HISTOLOGIA

La lengua está formada principalmente de músculo estriado, cuyas fibras están dispuestas en haces que se entrelazan entre sí y se ordenan en tres planos.

La mucosa que recubre la superficie inferior de la lengua, siempre es fina y lisa, en tanto la que cubre la superficie dorsal o superior muestra diversas características.

La mucosa que cubre la superficie dorsal o superior de la lengua está dividida en dos partes:

- a) Los dos tercios anteriores o parte bucal, que correspondería al "cuerpo" de la lengua.
- b) El tercio o faríngeo, que correspondería a la base de este órgano.

En la superficie dorsal se observa un surco en forma de V, el llamado surco terminal, que señala el límite entre las dos partes de la lengua, y está exactamente por delante de la hilera de las papilas circunvaladas.

La mucosa que cubre la zona bucal de la lengua -

tiene pequeñas prolongaciones llamadas papilas que son de tres tipos: filiformes, fungiformes y circunvaladas.

PAPILAS FILIFORMES.- Son relativamente altas, angostas y cónicas compuestas de lámina propia y epitelio - plano estratificado-queratinizado.

Cada una posee una papila primaria de lámina propia, a partir de la cual, se puede extender hacia la superficie formando papilas secundarias mucho más pequeñas.

Ambas papilas están cubiertas por un casquete de epitelio estratificado.

En ocasiones, los casquetes epiteliales, sobre las papilas secundarias son filiformes; su consistencia es córnea.

PAPILAS FUNGIFORMES.- Se llaman así porque sobresalen de la superficie dorsal, de la parte bucal de la lengua, como pequeños hongos; esto es, más angostos en su base, con el extremo ensanchado, redondo y liso.

Cada papila tiene un "núcleo" central de lámina propia llamado papila primaria; y a partir de él sobresalen las papilas secundarias de lámina propia en el interior del epitelio de recubrimiento.

Las papilas secundarias transportan capilares - hasta un punto muy cercano a la superficie del epitelio.

El epitelio de recubrimiento no está queratinizado y es relativamente translúcido, característica que permite la observación directa de los vasos sanguíneos - en las papilas secundarias altas.

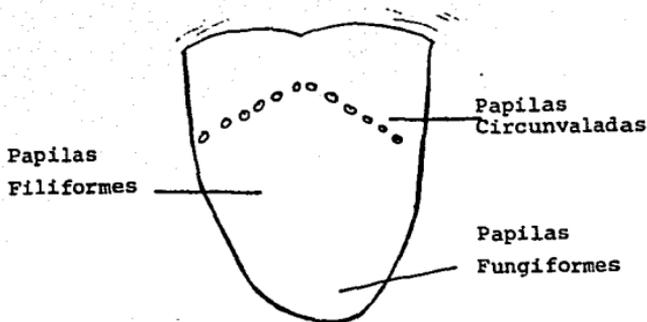
PAPILAS CIRCUNVALADAS.- Siguiendo el surco en forma de V, que está entre el cuerpo y la raíz de la lengua, hay de siete a doce papilas circunvaladas.

Cada papila está rodeada por un foso, el foso - está siempre limpio de restos, por el líquido de glándulas que vacían su contenido en el fondo de la papila, -- por conductos que desembocan en la parte más inferior de dicho foso.

Cada papila posee una papila central primaria - de lámina propia.

Las papilas secundarias de lámina propia van -- desde primarias, hasta el epitelio estratificado no queratinizado que cubre toda la papila.

Las papilas de este tipo son más angostas en la base, que en la superficie libre, y por esta razón su -- forma se asemeja a la de las papilas fungiformes.



BASE DE LA LENGUA.- En la base o raíz de la lengua no hay verdaderas papilas.

Las pequeñas protuberancias que aparecen en tal zona dependen de cúmulos discretos de nódulos linfoides en la lámina propia, por debajo del epitelio.

Los nódulos linfoides, están en íntima relación con el epitelio húmedo, de la base de la lengua recibe el nombre de amígdala lingual.

Muchos de los nódulos linfoides de la amígdala lingual tienen centros germinativos, y tejido linfoide difuso que llena los espacios existentes entre ellos.

El epitelio plano estratificado no queratinizado, que está sobre el tejido linfoide, penetra en varios sitios para formar criptas.

Los linfocitos emigran a través del epitelio -- que recubre estas zonas de tejido linfático, especialmente a través de las paredes de las criptas, para penetrar en su interior.

Las células superficiales que recubren las criptas, sufren descamación y de ello resulta que en las --- criptas se acumulen los linfocitos y las células descamadas.

Sin embargo, los conductos de las glándulas mucosas subyacentes desembocan en el fondo de muchas criptas, y esta disposición permite conservar limpio el interior de las criptas sin restos celulares.

## CAPITULO I

### BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman, L.V. and Regato, J.A.: Cáncer Diagnosis, Treatment y Pronostic; 5o. ed., The C.V. - Mosby, St. Louis 1977, Cap. 10:254-272.
- 2.- Gardner, E. Gray, D. y O'Rahilly, R.: Anatomía-Humana; 2o. ed., Salvat 1976, Cap. 61:880-884.
- 3.- Greep R.O. and Weiss, L.: Histología; 3o. ed. - El Ateneo 1985, pp. 460-473
- 4.- Ham, A. W.: Tratado de Histología; 7o. ed., Interamericana, 1976, Cap. 21:586-589.
- 5.- Lagman J.: Embriología Médica; 3o. ed., Interamericana, 1976, Cap. 13:245-246.
- 6.- Lochkart, R.D., Hamilton, G.J. and J.: Anatomía Humana; 2o. ed. Interamericana, 1978, pp. 494-496.

## C A P I T U L O    I I

### 1.- EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGIA

Cáncer es un término genérico usado para denominar a una gran variedad de neoplasias malignas, que pueden originarse de cualquier tejido del cuerpo humano. La importancia del estudio de éste azote de la humanidad y al parecer de toda forma viviente, estriba en su alta incidencia y exasperante letalidad.

En el transcurso de una vida humana, uno de cada 5 hombres y una de cada 4 mujeres esta expuesta a la posibilidad de este padecimiento; de éstos en más de la mitad de los hombres se presentará en piel, pulmones, -- prostata e intestinos; y para la misma proporción de mujeres en: mama, cervix, piel e intestinos. Como ejemplo, en 1966 los Estados Unidos de Norte América tenían 200 millones de habitantes, se diagnosticaron 600 000 nuevos casos de neoplasias malignas y causó 300 000 defunciones. Actualmente se registró una baja considerable del carcinoma de estómago y cervix, con aumento progresivo del broncogénico y de la leucemia.

En la actualidad contamos con una extensa revisión del cáncer en la cavidad oral realizada por Kroll y Hoffman (1976), quienes analizaron 14 253 casos de carcinoma epidermoide en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, que nos proporcio

na los datos epidemiológicos más completos de la bibliografía.

El análisis reveló que en la cavidad oral, el carcinoma epidermoide de el labio inferior ocupó el primer lugar con un 38% (5 393 casos) y en segundo lugar, el carcinoma de lengua con un 22% (2 477 casos).

Se presentó con un franco predominio en los hombres con el 92.5% y con un 7.5% en las mujeres, que representa una relación de 12 hombres por una mujer. El rango fue entre los 14 y 99 años.

En el tercer Estudio Nacional de Cáncer en la Unión Americana que abarcó del año de 1969 a 1971, el Carcinoma de Lengua constituyó el 1.1% de todos los cánceres en hombres blancos y el 0.8% en hombres de raza negra. Como en el estudio anterior, la frecuencia fue mucho más baja en las mujeres que en los hombres, variando el porcentaje con la edad; el 0.6% para aquellos que tenían de 35 a 39 años, el 11% para aquellos de 55 a 59 años y el 13.4% para aquellos de 75 a 79 años.

En Escandinavia, el carcinoma epidermoide de la lengua se presenta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres.

La mayoría de los autores concuerdan que la edad más frecuente es entre los 40 y 60 años de vida y la edad media es alrededor de los 60 años.

En un grupo de 330 casos de Cáncer en Lengua estudiado por Gibbel Crozz y Ariel, la edad promedio de los pacientes era de 53 años con límites de 32 y 87 años. - En los niños y adolescentes se han informado muy pocas casos de neoplasias malignas de lengua.

En las mujeres el carcinoma de la porción móvil de la lengua rara vez alcanza el 20%; en ocasiones el sitio de presentación se debe a una distribución geográfica, como en la India donde el Cáncer de la Base de la Lengua es de tres veces más frecuente en los 2/3 anteriores de la lengua, esta localización ha sido atribuida por el hábito de mascar tabaco mezclado con cáscara de nuez y lima.

En México, Ambrosio Dienner y Gallegos Cázares - (1970), analizaron 3 296 estudios post-mortem de neoplasias malignas realizados en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre ISSSTE y encontraron que el 75% (444) correspondió a carcinomas y se encontraron sólo 7 carcinomas en la cavidad bucal, 5 en hombres y 2 en mujeres, pero no se especifica el sitio de origen de los carcinomas.

En este estudio se describe que el cáncer ocupa el tercer lugar en los casos de defunción en México, Gorraes de la Mora en un estudio similar (1972), se encontró sólo 9 casos de carcinoma oral que representó el 1% - de todos los casos de carcinomas hallados en los protocolos de 4 110 autopsias, como en ocasiones anteriores no -

se desglosó la localización intraoral, razón por la cual no sabemos cuantos se originaron en la lengua.

#### B).- ETIOLOGIA.

Se ha sugerido una gran cantidad de factores intervinientes en el génesis del cáncer en lengua pero en el estado actual de los conocimientos, no es factible hacer afirmaciones precisas.

Uno de los factores carcionogénéticos más importantes invocado por la mayoría de los autores es el tabaquismo, en cualquiera de sus formas; fumado ó masticado.

Muchos investigadores en el pasado, relacionaron la sífilis en su fase primaria o antecedentes de ella como factor predisponente al cáncer de lengua, pero Wynder planteó el interrogante de que la neoplasia podría estar relacionada con la arsenoterapia, tratamiento de elección antes del advenimiento de los antibióticos y no con la sífilis propiamente dicha. En la actualidad la importancia de la sífilis en la génesis del Cáncer de Lengua se ha reducido a un mero conocimiento histórico al igual que el consumo de alcohol. En décadas pasadas, también se exageró la participación en el cuadro etiológico; de la mala higiene bucal y los irritantes físicos, como dientes fracturados, cariados, placas mal adaptadas o bordes ásperos; pero en la actualidad se sabe sin lugar a duda, que desempeñan escaso o nulo papel en el desarrollo del carcinoma de lengua.

La herencia tiene un papel importante en la incidencia de algunas neoplasias, que se ha demostrado en el retinoblastoma y poliposis múltiple del colon y en la tendencia hereditaria al carcinoma de mama, útero, recto y leucemias. En la lengua no se han sugerido factores genéticos en la presentación del carcinoma epidermoide.

Desde 1979 se han demostrado en múltiples estudios en el cuello uterino que la infección por papiloma virus humano, provoca lesiones displásicas que pueden progresar al carcinoma epidermoide. Este descubrimiento es una gran aportación para comprender la génesis de esta neoplasia, pero hasta el momento esta relación no se ha asociado con el origen del carcinoma epidermoide de lengua.

Las lesiones premalignas, son las más importantes de reconocer por sus caracteres progresivos hacia el carcinoma:

Autores como Thoma y Shaffer, consideran como lesiones premalignas:

- Glositis Crónica Hipertrófica.
- Leucoplasia.
- Lengua Atrófica.
- Úlceras Crónicas.
- Deficiencia de Riboflavina.

En la actualidad la leucoplasia, es la única ent

dad donde se ha confirmado, a través de análisis extensos y el seguimiento de los pacientes durante muchos años, la relación con el carcinoma epidermoide invasor; a pesar de que las cifras de transformación maligna de ésta lesión, varía con los estudios de diferentes autores, la mayoría concuerda en considerarla como una enfermedad premaligna.

## CAPITULO II

### 2.- PATOLOGIA.

La inmensa mayoría de las neoplasias malignas de la lengua, corresponden a carcinomas epidermoides, en muy pocas ocasiones se presentan otros tipos de carcinomas derivados de las glándulas salivales submucosas, y excepcionalmente se han informado sarcomas y melonomas primarios de frecuencia baja.

Por lo tanto, para fines prácticos, solo nos detendremos a analizar los aspectos Anatomopatológicos del carcinoma epidermoide.

Justifica esta decisión el hecho, que en las --- grandes series de neoplasias de lengua, las neoplasias no epidermoides, representan menos del 10 %, y en la casuística que presentamos, todas las neoplasias correspondieron a carcinomas epidermoides con sus diversos grados de diferenciación.

LA LEUCOPLASIA.- Es un término clínico, y fue definida por Pindborg y Col. ( 1968 ), como una Placa Blanca no menor de 5 mm. de diámetro, que no puede ser extirpada mediante frotación y no puede ser clasificada como - cualquier otra enfermedad diagnosticable.

King en 1964, propuso, que es más apropiado el diagnóstico microscópico de esta lesión; como una atrofia

epitelial o hiperplasia epitelial, graduandola de acuerdo a la severidad de las atipías, en leve, moderada y grave- ( Displasias ).

En el 90 % de los casos, el exámen microscópico, demuestra hiperqueratosis y grados variables de infiltrado inflamatorio de tipo crónico en la submucosa.

En el 10 % de los casos, hay displasias epiteliales y estas lesiones adquieren importancia ya que se consideran PRECANCEROSAS.

Pindborg y Col. dividieron a la leucoplasias en dos tipos clínicos: Moteadas y Homogeneas.

Basados en esta clasificación realizaron el seguimiento de 248 pacientes con leucoplasias, durante uno a diez años. De estos pacientes sólo el 44 %, desarrollo un carcinoma epidermoide en el sitio de la lesión y la mayoría de los leucoplasias correspondieron al tipo moteado.

En una serie de 782 pacientes con un seguimiento promedio de 11.7 años ( Einhon y Wresall ), la frecuencia del carcinoma fue de 2.4 %, luego de 10 años, y del 4 % - después de 20 años.

Hay otras series que citan cifras similares entre el 1.4 % y el 6 %; datos que nos indican que aunque -

la leucoplasia, puede progresar a un carcinoma epidermoide, en realidad la frecuencia de esta transformación ha sido sobrestimada en el pasado.

CARCINOMA EPIDERMOIDE IN SITU.- El carcinoma epidermoide " In Situ " es el precursor del carcinoma invasor; la frecuencia con que ésto ocurre no se sabe, ni tampoco con que rapidez, como se ha estudiado con cierta precisión en la transición del carcinoma In Situ, Microinvasor e Invasor del cuello uterino.

En relación con la leucoplasias, el carcinoma -- " In Situ " y aún el micro-invasor, a menudo tienen, un componente rojizo ( Eritroplásico ).

El Carcinoma Epidermoide " In Situ ", es una neoplasia cuyo crecimiento reemplaza al epitelio normal sin ruptura de la membrana basal, y por ende, sin invasión -- del corión.

Las alteraciones nucleares, citoplasmáticas y mitosis anormales, son similares a los del carcinoma invasor.

La mayor parte de los autores, aceptan, que el Carcinoma In Situ tiene una desorganización de todas las capas del epitelio plano estratificado. Pueden observarse grandes variaciones en cuanto a tamaño y forma de las células, que a menudo son hipercromáticas, con grandes núcleos.

La actividad mitótica es notable y se pueden encontrar mitosis anormales y la condición esencial que define al carcinoma " In Situ ", es: la integridad de la membrana basal.

CARCINOMA VERRUCOSO.- Es una variante específica de carcinoma epidermoide bien diferenciado, con un cuadro morfológico distinto y una evolución clínica particular. - Corresponde cerca del 3% de los carcinomas epidermoides.

La apariencia macroscópica de "Verruga", esta dada por el crecimiento superficial de las papilas, es blando, de aspecto vegetante y tiende a invadir en forma lenta y superficial a las estructuras contiguas.

Las metástasis a los ganglios regionales son extremadamente raras, y no han sido comunicadas metástasis a distancia.

El diagnóstico microscópico del carcinoma epidermoide verrucoso, puede ser difícil, debido a su carácter de bien diferenciado.

Para un buen diagnóstico la Biopsia debe ser profunda para que abarque todas las porciones del tumor.

La característica diferencial más importantes es la buena diferenciación citológica en todo el tumor.

No se debe aplicar Radioterapia, como tratamiento,

ya que en algunas series, se relata que el 30% se puede - transformar en un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, altamente maligno y metastizante; el tratamiento de elección es el quirúrgico.

EL CARCINOMA EPIDERMOIDE INVASOR.- Puede asentar se en zonas de leucoplasia o de carcinoma " In Situ ", -- dentro de la cavidad oral, el Carcinoma de Lengua ocupa - el tercer lugar ( 22 % ).

Los carcinomas epidermoides inicialmente son --- asintomáticos, se localizan principalmente en tres regiones de la cavidad oral; el piso de la boca, el paladar -- blando y la cara ventral lateral de la porción móvil de - la lengua.

Estas áreas tienen en común, un revestimiento de epitelio escamoso, delgado no queratinizado con crestas - interpapilares cortas o ausentes, y una lamina propia estrecha.

En la base de la lengua son frecuentemente indiferenciados invaden rápidamente los músculos linguales y se diseminan ampliamente por las estructuras vecinas.

Independientemente de los diferentes grados de - diferenciación, los carcinomas epidermoides metastizan -- principalmente por vía linfática.

La distribución de las metástasis ganglionares -

depende de la anatomía del drenaje linfático.

Cuando más anterior es la lesión, más inferior será la localización ganglionar en el cuello.

Las lesiones de base de la lengua metastatizan en los grupos ganglionares retrofaríngeos profundos.

Las metástasis " altas " son provocadas por carcinomas de la porción posterior de la lengua, la región " intermedia " por la porción anterior de la lengua; y -- las metástasis a los ganglios " bajos ", por los carcinomas epidermoides de labio, piso, encía y paladar duro.

Las características asociadas, con el aumento de la frecuencia de las metástasis a los ganglios cervicales son: la localización, la diferenciación y el tamaño de la neoplasia.

El porcentaje de metástasis a distancia varía de un 2 % a un 10 %, la localización de las metástasis por vía Hematógena fueron en orden de frecuencia; a los pulmones, la columna vertebral, el hígado y el encéfalo.

Macroscópicamente el carcinoma epidermoide puede adoptar tres variantes morfológicas:

- a) El exofítico o vegetante que cuyo crecimiento tiende ser a la luz de la cavidad bucal y

de base ancha.

- b) El ulcerado forma un cráter central, con induración de los bordes y tendencias a infiltrar.
- c) El infiltrativo cuyo crecimiento más importante se realiza hacia la profundidad de la lengua y por ende tiene tendencia a la diseminación a distancia.

Microscópicamente el carcinoma epidermoide invasor se caracteriza por masas, islotes o cordones irregulares de células que proliferan involucrando el tejido conjuntivo adyacente.

Existe una gran variación microscópica según el grado de diferenciación y el tipo de crecimiento.

El grado de diferenciación morfológica, es el grado de semejanza que guarda la neoplasia con el epitelio escamoso normal.

Es la base de la clasificación morfológica de los carcinomas; atendiendo el grado de diferenciación que presentan histológicamente se clasifican en:

- a) Bien Diferenciado.
- b) Moderadamente Diferenciado.

c) Poco Diferenciado.

Las células del carcinoma epidermoide Bien Diferenciado apenas varían respecto al epitelio escamoso normal; los islotes o cordones invasores de células neoplásicas, están formadas por células de tipo basal, espinosas, granulosas y queratinizadas.

En la región central la queratinización forma -- perlas córneas, la mayor parte están formadas por células espinosas o del estrato de Malpighi el citoplasma es ---- eosinófilo y la actividad mitótica es mínima.

El estroma adyacente acostumbra a mostrar una -- respuesta inflamatoria linfoplasmocitaria intensa.

Los carcinomas epidermoides Moderadamente Diferenciados, presentan un cuadro histológico más variable.

Hay variación más acentuada en el tamaño de las células, el núcleo y la reacción a los colorantes.

La actividad mitótica es más acentuada y puede - haber formación de perlas córneas; pero hay frecuentemente queratinización de células individuales.

El carcinoma Poco Diferenciado, muestra escasa o nula queratinización, con ausencia de puentes intercelulares, hay mayor pleomorfismo y las mitosis son abundantes.

En ocasiones hay células gigantes y en algunas zonas pueden adoptar una forma fusiforme semejante a un sarcoma.

En el estroma adyacente hay un infiltrado inflamatorio de tipo crónico o puede haber una intensa reacción desmoplástica.

El carcinoma epidermoide Indiferenciado, es generalmente de células pequeñas, es difícil identificar por medio de la microscopía de la luz.

Es indispensable el empleo del Microscópico Electrónico, u otras técnicas, para determinar el origen con exactitud.

Para evaluar la agresividad y el pronóstico del carcinoma epidermoide hay dos criterios histológicos importantes:

- El grado de invasión
- La diferenciación celular

Con frecuencia un carcinoma epidermoide bien diferenciado, con escasa invasión, tiene un pronóstico favorable, siendo buen ejemplo de ello, el carcinoma verrucoso: el carcinoma epidermoide " In Situ ", puede exhibir una notable indiferenciación y atipias aunque persiste largo tiempo sin invadir.

Cuando la invasión y la indiferenciación son simultáneas, el pronóstico final dependerá del grado de invasión y la anaplasia.

En la lengua, se presentan todos los grados de - diferenciación, pero las lesiones en la base de la lengua, muestran una mayor proporción de formas indiferenciadas.

## CAPITULO II

### 3.- CUADRO CLINICO

El signo más común del carcinoma de lengua, es un tumor o una úlcera indolora, aunque en algunos pacientes - se hace finalmente dolorosa, especialmente cuando hay infección secundaria, la falta de dolor es la regla invariable en lesiones de menos de 1 cm. de diámetro.

La neoplasia comienza generalmente como una úlcera indurada en la superficie lingual, con bordes levemente elevados y evoluciona hasta convertirse en una masa Fungosa Exofítica o rápidamente infiltra las capas profundas de la lengua, produciendo fijación o induración, sin grandes alteraciones superficiales.

La lesión típica se produce en el borde lateral o en la superficie ventral de la lengua, cuando en raras ocasiones el carcinoma aparece en el dorso de la lengua, hay que sospechar que el paciente presenta una glositis sifilítica o tiene antecedentes de haberla padecido.

Las lesiones del borde lateral están distribuidas casi por igual entre la base, tercio anterior y parte media de la lengua.

Las lesiones cercanas a la base de la lengua son particularmente incidiosas, puesto que pueden ser asintomá

ticas hasta fases muy avanzadas; incluso llegan a producir como únicas manifestaciones, dolor de garganta o disfagia.

Tiene gran importancia porque las lesiones de la parte posterior de la lengua suelen tener un grado más elevado de malignidad dando metástasis precoces y por lo tanto, tienen un peor pronóstico, especialmente debido a la inaccesibilidad al tratamiento.

SIGNOS.- La sospecha de cáncer lingual oculto, -- puede basarse en los siguientes signos:

- a).- Si el paciente saca la lengua muy afuera, y la desvía hacia el lado de la lesión.
- b).- Se ven pequeños hoyuelos, surcos, aplanamientos y otros signos de retracción de la mucosa.
- c).- Una diminuta úlcera en el punto más superficial de las pruebas de retracción de la mucosa.
- d).- Defecto en la pronunciación.
- e).- Una diminuta úlcera en el punto más superficial de un cáncer infiltrante.
- f).- Una zona de induración.

g).- Hemorragias frecuentes.

h).- Ulceraciones superficiales con exudado fétido.

SINTOMAS.- Los síntomas son más notables en el - carcinoma de la lengua que en otras Neoplasias del tejido bucal. Los más importantes son:

a).- El paciente experimenta cierta dificultad - al comer y al hablar, debido a la presencia del tumor en el músculo y a la presión sobre los sensitivos.

b).- El dolor, es uno de los primeros síntomas y se irradia al oído, especialmente cuando el tumor está en la parte posterior de la lengua, en virtud de la anastomosis del nervio glosofaríngeo con el plexo timpánico.

c).- Más tarde hay dolor en la lengua misma.

Sin embargo éstos signos y síntomas son tardíos, no deben considerarse como indispensables para el diagnóstico del cáncer, ya que muchas veces pueden faltar totalmente cuando la lesión es pequeña, poco extensa o no está ulcerada.

## CAPITULO II

### 4.- DETECCION PRECOZ DEL CANCER

El exámen oral sistemático y meticoloso a través de la inspección y la palpación de los tejidos blandos en todos los pacientes, es el mejor método preventivo con que cuenta el Cirujano Dentista para la detección precoz de cáncer en lengua.

El no ser capaz de dar un nombre a una lesión después de detectarla no constituye una deficiencia grave, ya que la condición más importante en el diagnóstico precoz es el hallazgo de una anormalidad.

La mucosa oral se considera normal cuando la superficie es de color rosa o presenta matices diversos del rosa, por lo tanto exige atención la desviación a la variación del color en una área determinada.

El exámen clínico de los tejidos orales y periorales debería convertirse en un procedimiento de rutina en la práctica general.

Para realizar un estudio odontológico integral hay que llenar en forma rutinaria los datos completos de la Historia Clínica.

Se deben de escribir con exactitud la ficha de identificación, los antecedentes más importantes que tengan

relación con la atención odontológica y el estudio de los tejidos bucales.

Por último, en aquellos pacientes con alto riesgo de padecer una neoplasia, proponemos completar la Historia-Clinica Odontológica de rutina, con una ficha donde consten todos los datos relacionados con la neoplasia o lesiones -- sospechosas de malignidad.

Se describirán con detalle los síntomas, signos y la morfología de la lesión sospechosa o de las lesiones con sideradas como premalignas; esta ficha la realizamos en base a la utilizada en el Departamento de Patología Oral de la Universidad de Kentucky de E.U.A., y la modificamos para que se adapte a las condiciones socioeconómicos de nuestra población.

(Ver modelo de Historia Clínica Odontológica).

Es importante hacer hincapié que después de establecer un diagnóstico clínico de neoplasia maligna, se debe -- confirmar a través de la citología exfoliativa y la biopsia.

**CITOLOGIA EXFOLIATIVA.**- Analiza e interpreta las características de las células que se descaman de la superficie epitelial, o las que son desprendidas artificialmente por raspado, la técnica es sencilla y se puede realizar en cualquier sitio.

Sólo se necesita un abatelenguas, uno o dos porta-

objetos y alcohol etílico de 96%. Para obtener un material adecuado se raspa la lesión con el abatelenguas, se extiende el material sobre el portaobjetos y se fija en el alcohol.

En ocasiones previamente al raspado, se puede limpiar los restos necróticos frotando la superficie con una gasa. El material extraído puede permanecer en el alcohol el tiempo que sea necesario hasta enviarlo a un laboratorio para su análisis.

La citología es el procedimiento del laboratorio más accesible al Cirujano Dentista para realizar el diagnóstico de neoplasia.

Las neoplasias suelen estar cubiertas por restos de tejidos necrótico o áreas muy queratinizada, esto reduce la exactitud del diagnóstico. Dado los inconvenientes técnicos para obtener buenos extendidos, la máxima sensibilidad promedio que se menciona para la citología oral es del 78% de positivos. Aunque algunos autores citan porcentajes más elevados para la clase IV y V. ( Ver cuadro # 1 ).

CUADRO No. 1  
CITOLOGIA DEL CARCINOMA INTRAORAL

AUTORES	CASOS DE CANCER	POSITIVOS	TASA DE DIAGNOSTICO
SANDLER (1964)	315	307	94.4%

GARDNER (1964)	18	18	100.0%
KING (1965)	56	53	94.6%
ALLEGRA (1973)	77	75	97.4%

La técnica de la citología exfoliativa es rápida, sencilla y no hemorrágica. Es el método más indicado para hacer los exámenes preliminares en búsqueda de la displasia o el carcinoma.

BIOPSIA.- Cuando la historia, el aspecto clínico y el comportamiento de una lesión hacen dudar de su naturaleza, o cuando hay que confirmar el juicio, hay que realizar una biopsia. Debe practicarse una biopsia siempre que exista alguna duda sobre una lesión, por pequeña que parezca. La biopsia, como elemento auxiliar de la historia clínica y de la exploración clínica y radiográfica, puede ser de gran utilidad: proporciona información acerca de los tejidos epitelial y conjuntivo, indica si una lesión es benigna o maligna, y revela la extensión de la lesión o de la enfermedad.

La técnica para obtener una biopsia es sencilla, rápida, relativamente indolora y debe formar parte de la capacidad diagnóstica habitual de todo buen dentista general.

Las reglas de la Técnica para la Biopsia son:

- a) Anestesiarse la región, si es posible por bloqueo.
- b) Evitar la infiltración directa de la zona en donde se va a realizar la biopsia.
- c) Si no es posible la anestesia por conducción, se puede realizar un bloqueo de campo o infiltración alrededor del sitio de la biopsia; para evitar la deformación de la lesión para disminuir el riesgo de una interpretación incorrecta.
- d) Las lesiones pequeñas se deben extirpar completamente; se considera pequeña una lesión superficial de 5 mm., de diámetro o menor.
- e) En las lesiones grandes, la biopsia se hace en forma de cuña; de 4 mm., de ancho y no menos de 4 mm., de profundidad.
- f) Si hay un tumor o una zona de hiperqueratosis extensa, que varía de aspecto en diferentes regiones, se realizan biopsias múltiples. Cada muestra se pone en frascos separados. Se traza un diagrama esquemático que indique la forma de la lesión y la procedencia de cada una de las muestras; se marca cada frasco con un número o letra que corresponda a la zona del diagrama de la cual fue tomada la muestra.

- g) Si la lesión es muy superficial, no es necesario cortes profundos.
- h) Una vez obtenida la muestra se fija en una solución de formol al 10% y en éstas condiciones se envía al laboratorio del patólogo.
- i) El frasco debe tener para que no se evapore el formol y de boca ancha, para que una vez fijada la pieza, se puede sacar con facilidad.
- j) Y por último el espécimen se debe enviar con un resumen de la Historia Clínica consignado los datos de Filiación y Clínico-Patológico -- más importantes.

La Biopsia proporciona en la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo, define con facilidad si la lesión es benigna o maligna. En el caso de que se trate de una neoplasia maligna, tipifica el origen, el grado de diferenciación y en ocasiones la extensión de la lesión.

Es obvio, que el odontólogo en los exámenes de rutina, es el primero que tiene la posibilidad de detectar lesiones incipientes o preneoplásicas.

De ésta manera esta cumpliendo con uno de los preceptos más importantes de la Oncología que es el Diagnóstico Precoz y deja en manos del especialista el tratamiento oportuno.

El odontólogo además de enviar el espécimen y la Historia Clínica, en ocasiones, debe tener una comunicación personal con el Patólogo, para interpretar correctamente la lesión.

En caso de que el resultado de la biopsia sea negativo y los datos clínicos hagan pensar en una neoplasia maligna, se debe de obtener una segunda o una tercera --- muestra de otras regiones de la lesión.

El concepto muy arraigado, entre Odontólogos y Médicos de que la biopsia tiene el inconveniente de diseminar el tumor, es Falso.

Esta posibilidad teórica, indudable, de que las células neoplásicas migren a través de los vasos linfáticos o sanguíneas y de metástasis regionales o a distancia, no ha sido comprobada por la investigación clínica, ya que en ningún caso el pronóstico de las neoplasias se ensombrecen por el hecho de haberse realizado una biopsia previa.

Creemos que por lo tanto, el Odontólogo debe estar entrenado primero para la sospecha clínica y luego capacitado para realizar procedimientos sencillos de laboratorio; como la citología exfoliativa y la biopsia.

**HOJA DE DIAGNOSTICO DENTAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_

**A N T E C E D E N T E S**

Está usted bajo tratamiento: \_\_\_\_\_ Es usted propenso a la: \_\_\_\_\_

¿Médico? \_\_\_\_\_ ¿Hemorragia? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha padecido tuberculosis? \_\_\_\_\_ ¿Diabetes? \_\_\_\_\_  
 ¿Es usted alérgico a la penicilina \_\_\_\_\_ u otro medicamento? \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido complicaciones con la anestesia local? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ¿Se encuentra embarazada? \_\_\_\_\_  
 ¿Cardiovascular (Angina de pecho, Hipertensión, Infarto, etc.)? \_\_\_\_\_ Médico General del paciente: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_

**E X A M E N D E N T A L**

**PERMANENTES**

Cariadas

Perdidas

Obturadas

Extracciones Indicadas

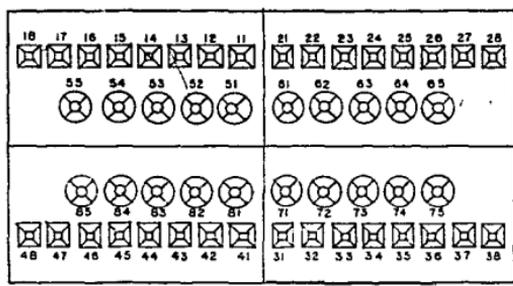
**TEMPORALES**

Cariadas

Perdidas

Obturadas

Extracciones Indicadas



PLACA BACTERIANA \_\_\_\_\_  
 MATERIA ALBA \_\_\_\_\_  
 SARRO Supragingivales \_\_\_\_\_  
 Infragingivales \_\_\_\_\_

Gingivitis \_\_\_\_\_  
 Movilidad Dental \_\_\_\_\_  
 Bolsas Parodontales \_\_\_\_\_  
 Abscesos Parodontales \_\_\_\_\_  
 Reabsorción Osea \_\_\_\_\_

TEJIDOS BUCALES

	<u>NORMAL</u>	<u>ANORMAL</u>
Piso de la Boca	_____	_____
Mejillas	_____	_____
Labios	_____	_____
Paladar Duro	_____	_____
Paladar Blando	_____	_____
Lengua	_____	_____

Localización de la lesión: \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

Duración de la lesión: \_\_\_\_\_

Otras Informaciones: \_\_\_\_\_

Tamaño (mm): \_\_\_\_\_ y Color: \_\_\_\_\_

Aspecto y Textura (Señalese las casillas adecuadas) .

- ( ) ulcerada ( ) firme  
 ( ) elevada ( ) blanda  
 ( ) sésil ( ) adherida a los tejidos  
 ( ) pedunculada ( ) los tejidos  
 ( ) superficie lisa adyacentes  
 ( ) superficie ( ) fluctuante  
 irregular ( ) linfadenopatas

Se ha hecho Biopsia ( )

Se ha hecho Biopsia y Citología ( )

Hallazgos Operatorios: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Probable: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

CIRUJANO DENTISTA : \_\_\_\_\_

## CAPITULO II

### 5.- CLASIFICACION CLINICA DE TNM

Es esencial desarrollar una clasificación basada en consideraciones anatómicas e histológicas. Tal clasificación es la clave para tomar cualquier decisión desde el punto de vista multidisciplinario.

Las dos entidades de mayor prestigio que se ocupen de la clasificación de las enfermedades malignas con: la -- Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), y el Comité -- Unido Americano para la Clasificación de Cáncer en Estadios y la información de los resultados (AJCCS).

Los objetivos de la clasificación son los siguientes:

- . Ayudar a los clínicos en el planteamiento del -- tratamiento.
- . Dar alguna indicación del pronóstico.
- . Ayudar en la evaluación de los resultados del -- tratamiento.
- . Facilitar el intercambio de información.
- . Ayudar en la continua investigación del cáncer.

La esencia de una clasificación significativa depende de cuantificar la "Extensión de la enfermedad", lo --

que se hace en tres compartimientos:

- . T para tumor primario.
- . N para ganglios linfáticos regionales.
- . M para metástasis.

CLASIFICACION TNM.- La mayoría de las nuevas clasificaciones intentan definir al tumor primario como T1, - T2, T3 y T4 de acuerdo a su mayor extensión; NO, N1, N2 y N3 de acuerdo al crecimiento ganglionar; M0 y M1 para aquellos casos con o sin metástasis a distancia respectivamente.

Es importante establecer la diferencia entre estado y clasificación del cáncer. El estado intenta definir la verdadera extensión del cáncer en sus tres compartimientos (TNM) en un tiempo determinado, generalmente en el momento de detección. Una clasificación, es un marco multidimensional y multitemporal, que incluye todas las posibilidades en que el cáncer puede presentarse y extenderse a un órgano.

De acuerdo a la AJCCS, tres diferentes tipos de evaluación son utilizados para determinar la extensión de la enfermedad en los diferentes sitios anatómicos.

1.- Estado Clínico (TNM). Es no invasivo y consiste en efectuar un cuidadoso examen físico con pruebas de -

laboratorio y estudios radiográficos.

2.- Estadío Quirúrgico (TNM): Se basa en la información obtenida en el acto quirúrgico siendo generalmente útil en sitios inaccesibles. Biopsias y estudios anatómopatológicos son la parte esencial de esta categoría de estadío.

3.- Estado Post-Quirúrgico o Patológico (TNM): Incluye completa resección del órgano con los ganglios linfáticos regionales y se aplica en sitios inaccesibles. La correlación entre los hallazgos patológicos y el diagnóstico clínico, es importante para evaluar la precisión de los procedimientos que determinaron el estadío.

#### CLASIFICACION TNM

##### T TUMOR PRIMARIO

TX Tumor que no puede fijarse por regla.

TO No hay evidencia de tumor primario.

TIS Carcina In Situ.

T1 Tumor cuyo diámetro mayor es de 2 cm.

T2 Tumor cuyo diámetro mayor es de 2 cm., pero no mayor de 4 cm., de diámetro.

T3 Tumor cuyo diámetro es mayor de 4 cm.

T4 Tumor masivo cuyo diámetro es de más de 4 -- cms., con invasión profunda, envolviendo el antrum, el músculo pterigoideo, la raíz de la lengua o piel del cuello.

#### N GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES

NX Nódulo que no puede estar fijado.

NO Clínicamente no hay nódulos positivos.

NI Clínicamente solo hay nódulos positivos homolaterales menor de 3 cm., de diámetro.

N2 Clínicamente solo hay nódulos positivos homolaterales de 3 a 6 cm., de diámetro o clínicamente nódulos positivos homolaterales múltiples, ninguno superior a 6 cm., de diámetro.

N2a Clínicamente positivos nódulos homolaterales, de 3 a 6 cm., de diámetro.

N2b Clínicamente nódulos positivos homolaterales, múltiples, ninguno superior a 6 cm., de diámetro.

N3 Nódulo (s) masivo (s) homolateral (s), nódulos bilaterales o nódulos contralaterales.

N3a Clínicamente positivo nódulo (s) homolateral

(es), ninguno superior a 6 cm., de diámetro.

N3b Clínicamente positivo nódulo bilaterales (en - esta situación, a cada lado del cuello o puede estar situada separadamente.

N3c. Clínicamente positivos solo nódulos contralaterales.

M METASTASIS A DISTANCIA

MX No hay fijación.

MO No (se sabe) metástasis a distancia.

M1 Presenta Metástasis a Distancia.

Específicamente \_\_\_\_\_.

Sitios específicos de acuerdo a la siguiente notación:

Pulmonar (PUL)	Médula del Hueso (MED)
Oseo (OSS)	Pleura (PLE)
Hepático (OSS)	Piel (SKI)
Cerebro (BRA)	Ojo (ojo)
Nódulos Linfáticos (LYM)	Otros (otros)

AGRUPACION DE ESTADIOS

ESTADIO	I	TI	NO	MO
ESTADIO	II	T2	NO	MO
ESTADIO	III	T3	NO	MO
		T1	6	T2 6 T3, N1, MO
ESTADIO	IV	T4	NO	6 N1 MO
		Todos T,	N2 6 N3	MO
		Todos T.	todos los N,	M1.

## CAPITULO II

### 6.- TRATAMIENTO

#### PRINCIPIOS DE TRATAMIENTOS GENERALES:

1.- En las neoplasias de lengua es esencial enfocar el tratamiento en forma multidisciplinaria con la participación de los cirujanos (plástico, oncólogo y maxilo-facial), del radioterapeuta y del médico oncólogo).

Una acción quirúrgica-radioterapéutica integrada requiere un verdadero equipo conjunto. El oncólogo responsable deberá tener la posibilidad de evaluar al tumor antes de realizar cualquier tipo de tratamiento. Se debe informar al paciente sobre las alternativas terapéuticas y posibilidades futuras.

2.- Las reconstrucciones cosméticas y funcionales se consideran tan esenciales como la erradicación inicial y resección tumoral. Es indispensable obtener un seguimiento en intervalos regulares para detectar precozmente las recidivas, la extensión y complicaciones (por ejemplo necrosis). Los pacientes pueden ser salvados y sus problemas corregidos cuando se logra un diagnóstico temprano.

CIRUGIA.- Para controlar la lesión primaria, es necesario efectuar resecciones con amplios márgenes. Cuando se realizan resecciones con márgenes inadecuados, se requiere

re un tratamiento radioterapéutico postoperatorio, ya que las recidivas son frecuentes. Las fulguraciones son inadecuadas y peligrosas. La reconstrucción es esencial.

RADIOTERAPIA.- Existen varias técnicas de irradiación:

1.- Lesiones Pequeñas ( T1, 2 cm.): radioterapia externa más irradiación intersticial con radium peroral o irradiación externa con un par de cuñas.

2.- Lesiones Moderadas ( T2, 2-4 cm.): irradiación externa más irradiación intersticial con radium, Ir. 192 o semillas de Au 198.

3.- Lesiones Avanzadas ( T3, 4 cm.): irradiación externa (fundamentalmente con electrones) y dosis de refuerzo con irradiación intersticial.

4.- Las Adenopatías Cervicales: pueden recibir altas dosis mediante implantes intersticiales.

5.- La Selección de la Dosis: estará basada en el tamaño y localización tumoral. La dosis estándar normal - (NSD) es la expresión unificada, cuya unidad es el rad. Para obtenerse se debe considerar los factores de tiempo y de fraccionamiento.

QUIMIOTERAPIA.- No se cuenta con un tipo estándar

de quimioterapia aceptada para todas las localizaciones; sin embargo, está bajo investigación.

Su efectividad ha sido generalmente limitada por administrarse en pacientes con estadios avanzados y por la mala nutrición de los mismos. Su utilización en estadios tempranos como coadyuvante del tratamiento radiante y/o quirúrgico, puede ofrecer una mejoría en los resultados.

Es difícil comparar a los agentes únicos, debido a la existencia de pocos estudios al azar y a la falta de estratificación de los pacientes en estudio de acuerdo al tumor primario.

En general, las lesiones de la cavidad oral tiene - mejor respuesta a la quimioterapia, que aquellas de la faringe, las que a su vez, responden mejor que a las hipofaríngeas.

Estos comentarios se refieren generalmente, a las lesiones epidermoides.

#### TRATAMIENTOS COMBINADOS

Actualmente, la combinación más frecuente empleada, es la que utiliza altas dosis de radioterapia preoperatoria o postoperatoria asociada con la cirugía radical.

Se exploran nuevos conceptos, tales como modificaciones en las dosis de radiación generalmente, no exceden --

los 5.000 - 6.000 rads, sean administradas pre o postoperatoriamente. Sólo en forma ocasional, dosis mayores son justificadas. La resección quirúrgica, de ser posible, debe ser planeada sobre la línea de la isodosis de los 5.000 --- rads.

El valor de la quimioterapia, antes o después de radioterapia o cirugía, no ha sido aún determinado; tampoco se ha definido el valor de la quimioterapia coadyuvante -- precedida por el tratamiento estándar.

Se ha utilizado quimioterapia intraarterial y sistémica. La inmunoestimulación con BCG y C. Parvum ha sido utilizada en algunos ensayos clínicos y protocolos.

#### FORMAS DE FRACASO

Los tumores (como los T3 y T4) tienen gran tendencia a persistir o recurrir independientemente a la intensidad del tratamiento requiriendo habitualmente, la integración de la cirugía y la radioterapia, o el complemento de otra modalidad terapéutica.

Las adenopatías metastásicas son comunes después del control del tumor primario apareciendo en numerosos casos, y se originan en: la lengua, la laringe supraglótica, el anillo de Waldeyer y amígdalas, la base de la lengua, la nasofaringe y el seno piriforme.

Las adenopatías metastásicas o distancia, constituyen una forma definida del fracaso terapéutico.

Las recidivas en los ganglios cervicales después de la cirugía son un problema importante, particularmente, si se afectan a los ganglios cervicales algunos cercanos a la base del cráneo.

El compromiso visceral metastásico a pulmones es frecuente; los huesos, el hígado y el cerebro se encuentran comprometidos con menor frecuencia.

Cuando los tumores extensos (T3, T4, N2, N3) son controlados, es común la aparición de metástasis a distancia en el tórax.

Se debe resaltar especialmente el alto grado de elementos autodestructivos presentes en los pacientes portadores de tumores de cabeza y cuello.

En su mayoría son inadaptados sociales, candidatos a accidentes, suicidas u otros traumas. Además se encuentran poco dispuestos a abandonar sus hábitos sociales de beber y fumar, los cuales son factores críticos en la etiología y el control del tumor.

#### PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

TUMOR PRIMARIO.- Las lesiones primarias pequeñas pueden tratarse mediante radioterapia y/o cirugía.

Si la mandíbula se encuentra invadida, se indica - la resección combinada que incluye una hemiglosectomía, una mandibulectomía parcial y una disección ganglionar de cuello. En estas circunstancias puede ser de utilidad una --- irradiación preoperatoria o postoperatoria.

ADENOPATIAS CERVICALES.- Las adenopatías metastáticas deben ser tratadas quirúrgicamente. Los campos quirúrgicos y de irradiación deben superponerse para preservar -- los principios de tratamiento en bloque. Se debe conside-- rar la disección electiva de cuello cuando el tumor prima-- rio es extenso, aún cuando no existan ganglios palpables.

El 50 % de los pacientes con ganglios clínicamente negativos, presentan enfermedad microscópica ganglionar. La confianza que despierte el paciente para cumplir con el seguimiento, será un factor clave en la decisión terapéutica.

CARCINOMA METASTATICO O RECURRENTE.- Después de haberse utilizado las modalidades terapéuticas convenciona--- les, las recidivas deben ser tratadas con quimioterapia sis-- temática o intraarterial. La poliquimioterapia ha dado fue--- nos resultados con metotrexate, bleomicina, 5-FU y adriamici--- na.

CAPITULO II

7.- PRONOSTICO

1.- Resultados de la sobrevida a 5 años logrados - en cada sitio por tratamientos convencionales de cirugía o radioterapia; aparecen en la siguiente tabla:

LOCALIZACION	CIRUGIA %	RADIACION	%
2/3 anteriores de la - Lengua.	60 ( 72 )	45	( 52 )
Piso de la Boca	48,5 ( 62 )	56	(67.5)
Mucosa Bucal	53 ( 66 )	53	( 65 )
Proceso Alveolar	46 ( 54.5 )	45	( 53 )
Base de la Lengua		?	( 37 )

Primer número en la columna = Sobrevida Absoluta

Número en ( ) = Sobrevida Determinada

2.- La sobrevida a los 5 años es una buena guía pa  
ra evaluar la efectividad terapéutica, ya que la mayoría de  
las recidivas, aparecen dentro de los 2 primeros años poste  
riores al tratamiento, y rara vez ocurren después de los 4-  
años.

3.- Es común la presencia de un segundo tumor o --  
múltiples tumores primarios.

4.- Es esencial establecer una buena higiene oral-  
e informar a los pacientes de los factores incitantes como-  
el tabaco y la bebida (que deberán ser inmediatamente inte-  
rrumpidos).

## CAPITULO II

### BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman, L.V. and Regato, J.A.: Cáncer, Diagnósis, Treatment y Pronostic; 5o. ed., The C.V. -- Mosby, ST. Louis 1977, Cap. I: pp. 1-13.
- 2.- Ackerman, L.V. and Regato, J.A.: Cáncer, Diagnósis, Treatment y Pronostic; 5o. ed., The C.V. -- Mosby, ST. Louis 1977, Cap. 10: pp. 254-272.
- 3.- Ackerman, L.V. y Rosai, J.: Patología Quirúrgica; 6o. ed. Panamericana 1983, pp. 164-187.
- 4.- Alcántara, A. Alfonso de R., P., Cruz, H.: Condiloma del Cérvix Uterino y su asociación con Carcinoma. Estudio de 40 casos Patología, 1982; -- 20:257-270.
- 5.- Ambrosius Diener, K.: Enfermedades y alteraciones más frecuentes consideradas como factores importantes de la causa de muerte. (revisión de 4,412 necropsias); Gaceta de Mexico, Vol. 102: 15-18, 1975.
- 6.- Botstein, CH., Silvia, C. and Aviatnam, J.: ---- Treatment of Carcinoma of the oral tongue by Radium Needle Implantation: The Amercian Journal - Surgery, 122:523-524, oct. 1976.
- 7.- Clinical Oncology for Medical Sudent and Physicians: A multidisciplinary Approach American Cancer Society, 1971.
- 8.- X Censo General de Población y Vivienda: Secretaría de Programación y Presupuesto. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática; México 1980, pp. 29.

- 9.- Einhorn, J. and Wersall, J.: Incidencia Of. oral carcinoma in patients with leukoplakia of the mu cosa, Cancer; 20:2189-2193, 1967. (Citado 41).
- 10.- Gibbel, M.I. Cross, J.H. and Ariel, I.M.: Cancer of the Tongue; a review of. 330 cases, cancer -- 2:411-423. (Citado por 38).
- 11.- Gómez, B.O.: "Neoplasias Malignas de la Boca". - En Villalobos-Pérez: Gastroenterología, 1o. ed., Cap. 32-b:319-331.
- 12.- Gorraez de la Mora, M.T.: Neoplasias Malignas -- frecuencia en el material de necropsias del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", ISSSTE; Rev. Med. ISSSTE, año 7, México 7: No. 2, 1972.
- 13.- Guerrero Sánchez, M. y Col.: Condiloma del cuello uterino; su asociación con displasia y carcinoma. Estudio de 390 casos, experiencia del Hospital de Oncología durante 1976; Rev. Med. IMSS-México, 23:97-101, 1985.
- 14.- Krolls S.O. and Hoffman S.: Squamous cell carcinoma of the oral soft tissues: a statistical analysis of 14,253 cases by age, sex, and race of patients; JADA 92:571-574, march. 1976.
- 15.- Lever, W.F.: Histopathology; 5o. ed., J.B. Lipincott Company, 1975, Cap. 25:450-490.
- 16.- Meisels Alexander and Fortin, Roger: Condylomatous Lesions of the cervix and vagina; I Cytologic Patterns, Acta Cytologica 20:505-509, 1976.
- 17.- Morris, A.L. y Bohamhan, H.M.: Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General; 4o. ed. Labor 1980, pp. 124-160.

- 18.- Patología Quirúrgica, Citología Exfoliativa: -  
 Organo Oficial de la Fundación para el Diagnós-  
 tico Temprano del Cáncer; Odontólogo Moderno, -  
 4:2, Abril-jun. 1978.
- 19.- Philip R.: Oncología Clínica; Publicada por la  
 Sociedad Americana del Cáncer, Universidad de-  
 Rochester, New York, EE.UU.; 5o. ed., pp. 166-  
 172, 1978.
- 20.- Pindborg, J.J., et. al.: Studies in oral Leuko-  
 plakias, V. Clinical and Histologic signs of -  
 malignancy. Acta Odont. Scand. 21:407-414, ---  
 1963. (Citado por 1).
- 21.- Registro del Cáncer: Secretaría de Salubridad-  
 y Asistencia Pública, México, 1982.
- 22.- Resumen General Abreviado de México 1984: Se-  
 cretaría de Programación y Presupuesto. Insti-  
 tuto Nacional de Estadística Geográfica e In-  
 formática, pp. 12, 1984.
- 23.- Robinns, S.L. y Contran, R.S.: Patología Es-  
 tructural y Funcional 2o. ed., Interamericana,  
 1984, Cap. 19:822-850.
- 24.- Scharamm, V.L., Myers, E.N. and Singler, B.A.: -  
 Epidermoid Carcinoma: The Laryngoscope, 90;207  
 -215, feb. 1980.
- 25.- Santana Garay, J.C.: Cáncer de la Base de la -  
 Lengua (Presentación de la Nueva Técnica Qui-  
 rúrgica); Revista Cubana 12:1-11, enero-agos.-  
 1975.

- 26.- Shafer, W.G. and Hino, L.: Tratado de Patología Bucal; 3o. ed., Interamericana, 1979, pp. 115--117.
- 27.- Shimkim, M.B.: Ackerman, L.V. y Del Regato, J.-A.: Cancer; Diagnosis, Treatment and Prognostic; 4o. ed., The C.V. Mosby, St. Louis, 1970, -Cap. 2:14-32.
- 28.- Takahashi, M.: Citología del Cáncer, Panamericana, 1982.
- 29.- Thomas, K.H.: Patología Bucal; Tomo II, 4o. ed. U.T.E.H.A., 1970, Cap. 44:1550-1562.
- 30.- Urbizo-Vélez, J. y Moreira-Díaz, E.: Patología Neoplásica de la Cavidad Bucal; Odontólogo Moderno, pp. 26-31, feb-march. 1981.
- 31.- Yarrington, C.T. Jr.: Reconstruction of the tongue lateral pharyngeal wall; The Laryngoscope - 90:202-206, feb. 1980.
- 32.- Yarrington, C.T. Jr.: A Protocol for combined -- treatment of cancer of the cavity and tongue; - The Laryngoscope, 90:2004-2008, dic. 1980.

## CAPITULO III

### 1.- RESULTADOS DEL ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 156 CASOS DE CARCINOMA DE LENGUA

Se revisaron los expedientes clínicos de 156 casos de cáncer lingual, del archivo del Hospital General de México dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia ( S.S.A. ) en el período comprendido entre los años 1971 a 1981 ( 10 años ).

De las historias clínicas se extrajeron los datos epidemiológicos más destacados, entre ellos la edad, el sexo, la localización de las neoplasias, las metástasis, los síntomas y signos, los factores predisponentes, los tipos histológicos y los diversos grados de diferenciación, la evolución, el tratamiento y el pronóstico.

En la mayor parte de los datos obtenidos se tabularon o registraron de acuerdo a la distribución de frecuencias y se realizaron medidas de tendencia central; los datos se representan en tablas, barras o la gráfica del pastel.

1) EDAD : El paciente más joven que presentó una neoplasia de lengua, tenía 27 años el mayor tenía 90 años y la edad promedio fue de 62 años.

No se halló ningún caso en las dos primeras décadas de la vida y de los 21 a los 40 años se encontraron so-

lo 8 casos (5.13%).

CUADRO I . E D A D

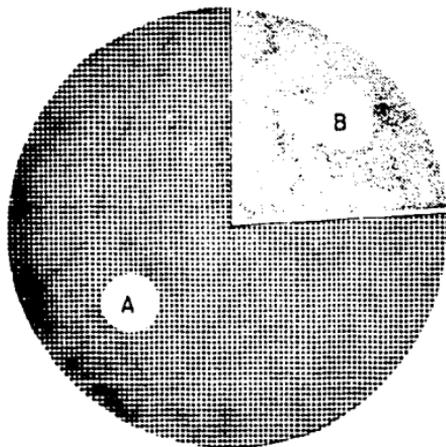
EDAD	No. DE CASOS	%
21 - 30	3	1.92 %
31 - 40	5	3.21 %
41 - 50	22	14.10 %
51 - 60	39	25.00 %
61 - 70	44	28.21 %
71 - 80	40	25.64 %
81 - 90	3	1.92 %
TOTAL:	156	100.00 %

El 92.95 % ( 145 casos ) se distribuyeron entre la quinta y octava década de la vida y disminuye abruptamente en la década de los 90 ( 3 casos ) 1.92 %.

(Cuadro I )

2) SEXO : De los 156 casos, 119 ( 72.28 % ) fueron del sexo masculino y 37 casos ( 23.72 % ), correspondieron al sexo femenino; lo que representa una relación aproximada de 4 hombres por una mujer ( Gráfica II ).

Gráfica II . SEXO



A) Masculino	119	76.28%
B) Femenino	37	23.72%
TOTAL	156	100.00%

La separación por sexo y edad de los pacientes, encontramos que en las mujeres el rango fue de 29 años a 88 -- años y el promedio de la neoplasia fue de 62.78 años.  
 ( Cuadro III )

Cuadro III . EDAD / FEMENINO

EDAD	No. DE CASOS FEMENINOS	%
21 - 30	1	2.70 %
31 - 40	1	2.70 %
41 - 50	6	16.22 %
51 - 60	7	18.92 %
61 - 70	11	29.73 %
71 - 80	9	24.32 %
81 - 90	2	5.41 %
TOTAL	37	100.00 %

En los hombres el rango varió entre los 27 años y -  
los 90 años, y el promedio fue de 61.95 años.

( Cuadro IV )

Cuadro IV . EDAD / MASCULINO

EDAD	No. DE CASOS MASCULINOS	%
21 - 30	2	1.68 %
31 - 40	4	3.36 %
41 - 50	16	13.45 %
51 - 60	32	26.89 %
61 - 70	33	27.73 %
71 - 80	31	26.05 %
81 - 90	1	0.84 %
TOTAL:	119	100.00 %

3) LOCALIZACION: La localización de las neoplasias varió en las diferentes regiones anatómicas de la lengua; - la localización más frecuente fue en los bordes laterales - de la lengua 39.10 % ( 61 casos ); la segunda localización - en orden de importancia fue en la base de la lengua con un 26.92 % ( 42 casos ) y ambas localizaciones suman dos tercios ( 66.02 % ) del total de los casos.

El resto se distribuyó, en orden de frecuencia, en la cara ventral 11.54 % (18 casos), en el dorso 5.77 % ( 9-casos ) y en la punta 5.13 % ( 8 casos ).

En 13 casos ( 8.33 % ) se desconoce el sitio preciso de la localización inicial, ya que en el momento del Ingreso al Hospital, la neoplasia involucrada practicamente - toda la lengua; solo en 5 casos no se relata la localización ( Gráfica V ).

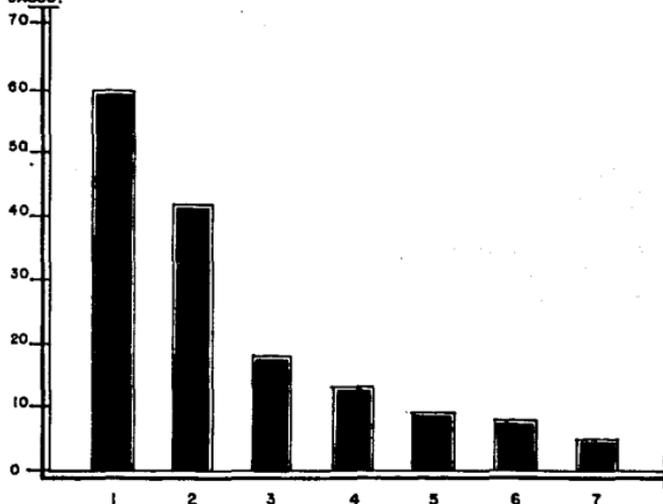
4) FORMAS MACROSCOPICAS: Las formas de crecimiento macroscópicas de las neoplasias se clasificaron en tres tipos: a) ulceradas, cuando hay una pérdida de tejido y forma un cráter o úlcera, b) infiltrante, cuando el crecimiento principal fue hacia la profundidad y c) exofíticas cuando - el crecimiento predominó hacia la luz de la cavidad bucal - y con una base de implantación ancha.

La mayoría de las neoplasias 56 casos ( 35.90 % ) - se manifestó por una úlcera indurada, en segundo lugar se - encontraron las formas infiltrantes 39 casos ( 25.00 % ) y - en una sola ocasión ( 064 % ) la neoplasia fue de crecimiento vegetante o exofítico.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

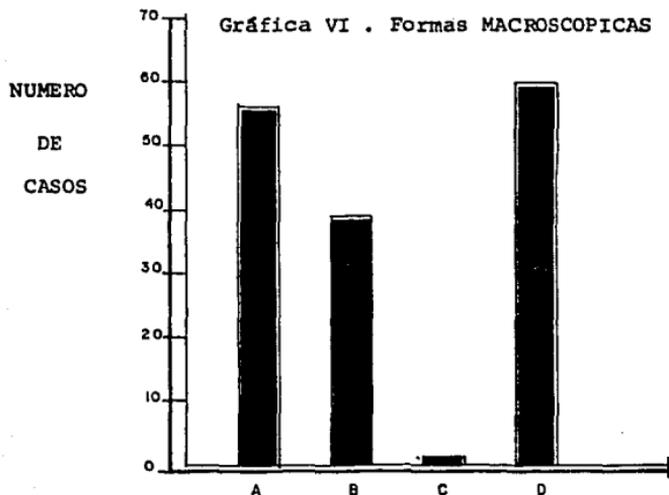
Gráfica V. LOCALIZACION DE LAS NEOPLASIAS.

NUMERO DE CASOS.



1) Bordes Laterales	61	39.10 %
2) Base de la Lengua	42	26.92 %
3) Cara Ventral	18	11.54 %
4) Toda la Lengua	13	8.33 %
5) Dorso	9	5.77 %
6) Punta	8	5.13 %
7) Se Desconoce	5	3.21 %
T O T A L :	156	100.00 %

Es importante remarcar, que en un gran número de casos ( 38.46 % ), se desconoce la forma macroscópica y que no se encontraron relacionadas las formas macroscópicas mixtas --- ( Gráfica VI ).



A) Ulceradas	56	35.90 %
B) Infiltrantes	39	25.00 %
C) Exofíticas	1	0.64 %
D) Se Desconoce	60	38.46 %
T O T A L :	156	100.00 %

5) TIPOS HISTOLOGICOS: Al igual que en las grandes series de Neoplasias de la Cavidad Bucal y de la Lengua, el carcinoma epidermoide ocupó el primer sitio superando siempre al 90% sobre el resto de los diferentes tipos histológicos de neoplasias malignas.

En nuestra serie de 147 casos en los que se describe el tipo histológico, el 100 % fueron carcinomas epidermoides con diversos grados de diferenciación ( Gráfica -- VII ).

6) GRADOS DE DIFERENCIACION DEL CARCINOMA EPIDERM--  
MOIDE:

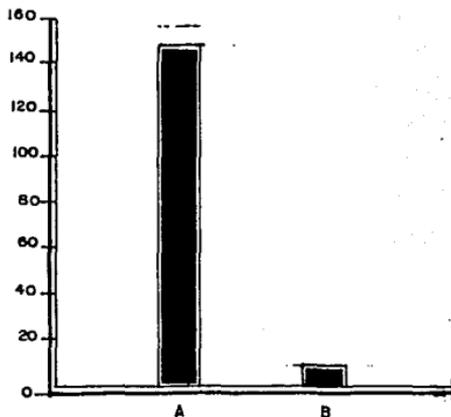
Los grados de diferenciación del carcinoma epidermoide invasor se distribuyeron de la siguiente manera: a) El carcinoma epidermoide. Bien Diferenciado en el 41.66 % ( 65 casos), b) El carcinoma epidermoide Moderadamente Diferenciado en el 36.54 % ( 57 casos ) y el carcinoma epidermoide Poco Diferenciado solo en un 12.82 % ( 20 casos ), de los pacientes.

El carcinoma epidermoide " In Situ " se halló en dos ocasiones, pero como parte integrante del cuadro histológico de un carcinoma epidermoide invasor.

Se ignora el grado de diferenciación en 14 casos - ( 8.98 % ). ( Gráfica VIII ).

Gráfica VII . TIPOS HISTOLOGICOS

NUMERO DE CASOS.



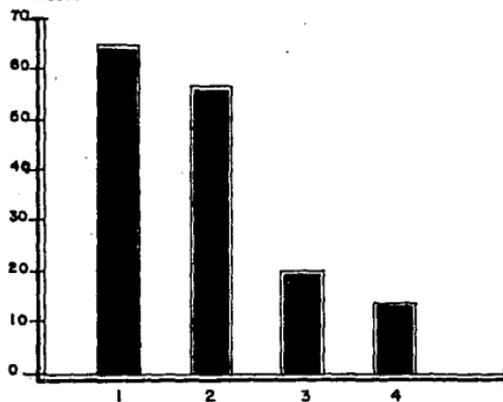
A) Ca. Epidermoide 147 94.23 %

B) Se Desconoce 9 5.77 %

T O T A L : 156 100.00 %

Gráfica VIII . GRADOS DE DIFERENCIACION  
DEL CARCINOMA EPIDERMIO  
DE.

NUMERO DE CASOS.



1) Bien Diferenciado	65	41.66 %
2) Moderadamente Dif.	57	36.54 %
3) Poco Diferenciado	20	12.82 %
4) Se Desconoce	14	8.98 %

T O T A L : 156 100.00 %

7) LOCALIZACION Y GRADOS DE DIFERENCIACION: De los 156 pacientes, en 123 casos ( 78.85 % ) se pudo relacionar la localización y los grados de diferenciación del carcinoma epidermoide.

Las formas predominantes fueron las Bien Diferenciadas y Moderadamente Diferenciadas ( 83.74 % ) y se presentaron en todos los sitios de la lengua, en proporciones semejantes.

Las formas Poco Diferenciadas del carcinoma epidermoide se presentan principalmente en la base de la lengua ( 8.13 % ) y en los bordes laterales ( 7.32 % ), y en solo un caso ( 0.81 % ) afectaba toda la lengua (Cuadro -- IX ).

8) LOCALIZACION Y FORMAS MACROSCOPIAS: La relación entre la localización y la forma macroscópica, se pudo establecer en solo 34 casos ( 21.79 % ).

La ulceración de la neoplasia se presentó en casi todas las regiones anatómicas de la lengua; y en el 100 % de los casos que se localizaron en los bordes laterales.

La forma infiltrante se presentó con igual proporción en la base y la cara ventral de la lengua, y el único caso de crecimiento vegetante, se localizó en la base de la lengua.

No se pudo relacionar la localización y la forma macroscópica de la neoplasia en ningún caso de carcinoma -

epidermoide de la punta de lengua ( Cuadro X ).

9) SINTOMAS Y SIGNOS: Los signos más destacados fueron la ulceración 28.85 % ( 45 casos ) y el aumento de volumen de la lengua en el 22.43 % ( 35 casos ), el sangrado se presentó solo en el 7.70 % ( 12 casos ).

El dolor fue el síntoma más relevante 13.46 % (21 casos ) y el 2.56 % ( 4 casos ) de los pacientes refirieron disfagia, en el 25 % de los casos se desconocen los síntomas y los signos ( Gráfica XI ).

Cuadro IX . LOCALIZACION Y GRADOS DE DIFERENCIACION DE LOS C.A. EPIDERMOIDES.

LOCALIZACION	BD		MD		PD	
	No. C	%	No. C	%	No. C	%
Punta	6	4.88	2	1.63		
Dorso	2	1.63	4	3.25		
Cara Ventral	4	3.25	9	7.32		
Bordes Laterales	20	16.26	28	22.76	9	7.32
Base de la Lengua	7	5.69	12	9.75	10	8.13
Toda la Lengua	6	4.88	3	2.44	1	0.81
T O T A L :	45	36.59	58	47.15	20	16.26

BD = Bien Diferenciado

MD = Moderadamente Diferenciado

PD = Poco Diferenciado

Cuadro X . LOCALIZACION Y FORMA MACROSCOPICA  
DEL CA. EPIDERMOIDE

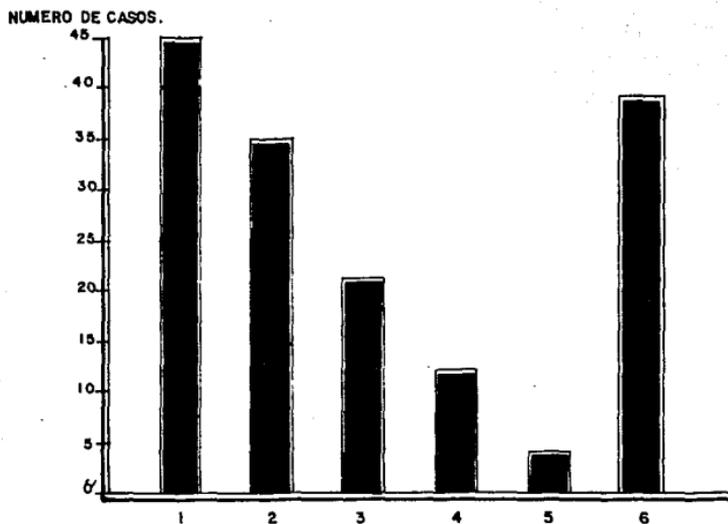
LOCALIZACION	U		I		V	
	No.C	%	No.C	%	No.C	%
Punta	3	8.82	1	2.94		
Cara Ventral	5	14.71	3	8.82		
Bordes Laterales	9	26.47				
Base de la Lengua	5	14.71	3	8.82	1	2.94
Toda la Lengua	3	8.82	1	2.94		
T O T A L :	25	73.53	8	23.53	1	2.94

U = Ulcerada

I = Infiltrante

V = Vegetante

Gráfica XI . SINTOMAS Y SIGNOS



1)	Ulceración	45	28.85 %
2)	Aum. de Vol.	35	22.43 %
3)	Dolor	21	13.46 %
4)	Hemorragia	12	7.70 %
5)	Disfagia	4	2.56 %
6)	Se Desconoce	39	25.00 %

T O T A L : 156 100.00 %

10) METASTASIS: Desafortunadamente no se pudo desglosar con detalle, la localización de los diferentes tipos de diseminación de la neoplasia regional y a distancia.

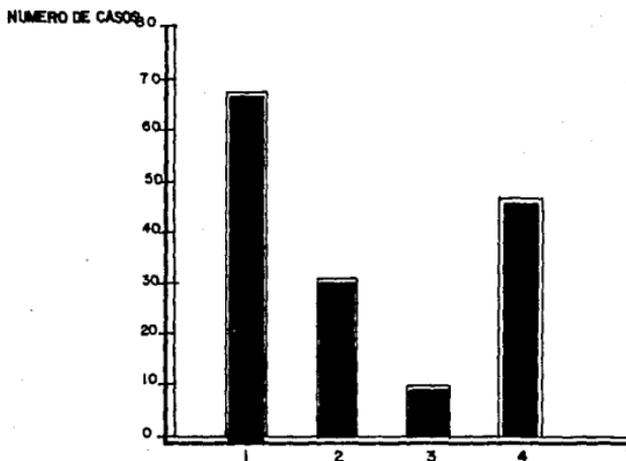
La mayoría de los casos fueron tipificados de acuerdo con la clasificación internacional T.N.M., y por ello sabemos, que la mayoría de los casos presentaban metástasis regionales, y se relatan en solo dos pacientes, metástasis a distancia pero no su localización precisa.

En el momento del ingreso al Hospital se encontraron con metástasis el 43.59 % ( 68 casos ), y no presentaron metástasis en el 19.87 ( 31 casos ).

En el 30.13 % ( 47 casos ) de los pacientes este signo no se relata en los expedientes clínicos.

En algún momento de la evolución de la enfermedad, después del ingreso, se encontraron metástasis clínicas en el 6.41 % de los casos ( Gráfica XII ).

Gráfica XII . METASTASIS DEL CARCINOMA  
EPIDERMOIDE



1) Con Met. Cli. al Ingr.	68	43.59	%
2) Sin Met. Cli. al Ingr.	31	19.87	%
3) Con Met. Ulterior	10	6.41	%
4) Se Desconoce	47	30.13	%
T O T A L	156	100.00	%

FACTORES PREDISPONENTES.- De la extensa lista de hábito tóxicos considerados predisponentes del cáncer de la cavidad oral, hemos podido extraer datos solamente del tabaquismo, alcoholismo y la mala higiene bucal.

11) TABAQUISMO: Para la mayoría de los autores, es el factor predisponente más importante en la génesis del -- carcinoma epidermoide, no solo de la lengua, sino de la cavidad orofaríngea y del aparato respiratorio.

El tabaquismo se encontró en el 79.49 % ( 124 casos ) en sus diferentes formas y en solo el 1.28 % ( 2 casos ), el hábito fue negativo ( Cuadro XIII ).

CUADRO XIII . TABAQUISMO

TABAQUISMO:	No. Casos	%
Positivo	124	79.49 %
Negativo	2	1.28 %
Se Desconoce	30	19.23 %
T O T A L :	156	100.00 %

De las diferentes formas de tabaquismo, la gran mayoría fumaba cigarrillos ( 114 casos ) 73.07 %; 5 pacientes ( 3.21 % ) fumaban puros y en ( 2 casos ) ( 3.21 % ) tenían el hábito de masticar tabaco ( Cuadro XIV ).

CUADRO XIV . FORMAS DE TABAQUISMO

FORMAS DE TABAQUISMO	No. CASOS	%
Fuman Cigarrillos	114	73.07 %
Fumar Puros	5	3.21 %
Mastican Tabaco	2	3.21 %
Negativos	2	1.28 %
Se Desconoce	30	19.23 %
T O T A L :	156	100.00 %

De los pacientes que tenían el hábito de fumar cigarrillos el 25 % ( 39 casos ) fumaban menos de 10 cigarrillos diarios, el 30.13 % ( 47 casos ) fumaban entre 10 y 20 cigarrillos diarios y el 10.90 % ( 17 casos ) fumaban más de 20 cigarrillos diarios.

En 11 casos ( 7.05 % ) se relata el tabaquismo, pero se desconoce el número de cigarrillos que fumaban por día, el promedio fue de 14.14 cigarrillos por día ( Cuadro XV ).

CUADRO XV . NUM. DE CIGARROS POR DIA

No. de Cigarros	No. de Casos	%
1 - 10	39	25.00 %
11 - 20	47	30.13 %
21 - 30	9	5.77 %
31 - 40	8	5.12 %
Se Desconoce el No. de C.	11	7.05 %
<b>T O T A L :</b>	<b>114</b>	<b>73.07 %</b>

PROMEDIO = 14.14 cigarros por día.

En el 51.28 % ( 80 casos ) se desconoce el tiempo de tabaquismo.

El mayor porcentaje de los casos el 43.59 % ( 68 ca sos ) fumó durante un período comprendido entre los 11 y 60 años, el 1.92 % ( 3 casos ) entre los 0 y 10 años, y en 5 -- ocasiones ( 3.21 % ) el hábito de fumar fue superior a los 60 años.

El promedio fue de 37.21 años ( Cuadro XVI ).

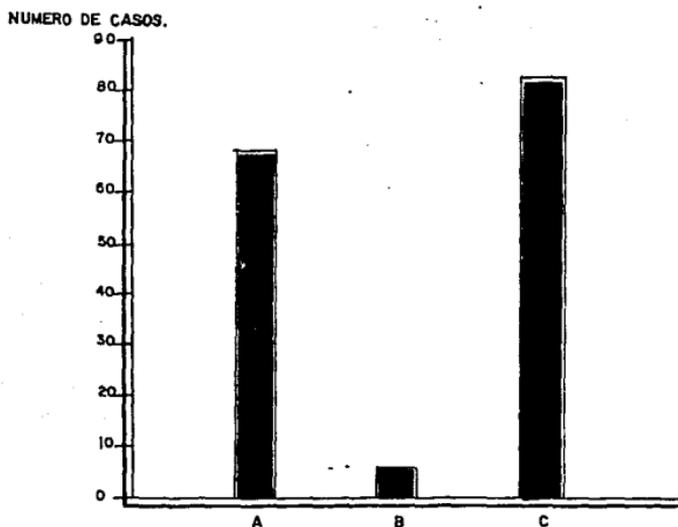
CUADRO XVI . TIEMPO DE TABAQUISMO

TIEMPO DE TABAQUISMO	No. DE CASOS	%
1 - 10 años	3	1.92 %
11 - 20	11	7.05 %
21 - 30	14	8.98 %
31 - 40	11	7.05 %
41 - 50	21	13.46 %
51 - 60	11	7.05 %
61 - 70	5	3.21 %
<b>T O T A L :</b>	<b>76</b>	<b>48.72 %</b>

PROMEDIO = 37.21 años.

12) ALCOHOLISMO: El alcoholismo se presentó - en el 66.03 % de ( 103 casos ), fue negado en el 16.67 % -- ( 26 casos ) y se desconoce el antecedente en 27 pacientes- ( 17.30 % ) ( Gráfica XVII ).

Gráfica XVII . ALCOHOLISMO



B) Negativo 26 16.67 %

C) Se Desconoce 27 17.30 %

T O T A L : 156 100.00 %

PROMEDIO = 26.02 años

Se desconoce el tiempo de ingerir bebidas alcoholicas en la mayor parte de los casos 75.64 % ( 118 casos ), en la mayoría de los pacientes no se pudo determinar el tipo y la cantidad de bebidas alcoholicas ingeridas por día.

De los diversos tipos de bebidas alcoholicas que consumían los pacientes se relata; el pulque, el tequila, la cerveza y combinación de los mismos. ( Cuadro XVIII ).

CUADRO XVIII . TIEMPO DE ALCOHOLISMO

TIEMPO DE ALCOHOLISMO	No. DE CASOS	%
1 - 10 años	10	6.41 %
11 - 20	5	3.21 %
21 - 30	9	5.77 %
31 - 40	6	3.85 %
41 - 50	4	2.56 %
51 - 60	3	1.92 %
61 - 70	1	0.64 %
T O T A L :	38	24.36 %

PROMEDIO = de 26.02 años

13) TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO: La relación de ambos hábitos tóxicos tabaquismo y alcoholismo, en los pacientes con carcinoma de lengua fue del 62.82 %.

El tabaquismo como único hábito tóxico se presentó en el 16.67 % ( 26 casos ) y los alcohólicos que negaron el hábito de fumar, fueron en el 1.28 % ( 2 casos ) y en solo dos ocasiones los pacientes afirmaron no beber, ni fumar.

No se pudo establecer ésta relación en 17.95 % -- ( 28 casos ) (Cuadro XIX ).

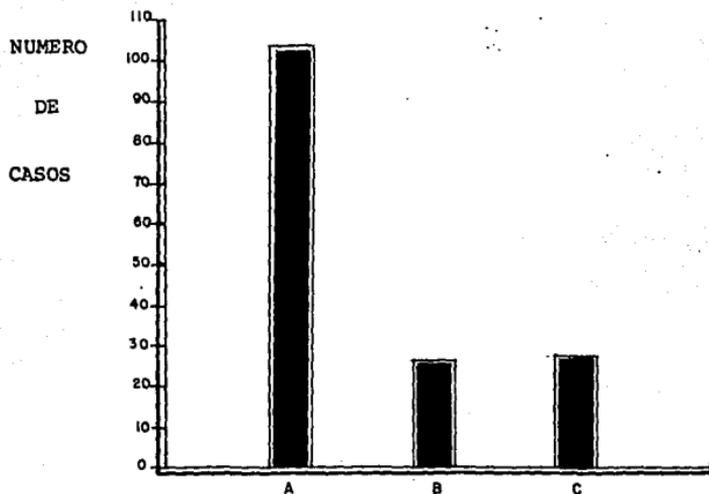
14) HIGIENE BUCAL: En los expedientes clínicos no se definieron los términos empleados en relación a la Higiene Deficiente o Mala.

En ningún caso se relata la Buena o la Adecuada - higiene bucal, en más del 50 % de los casos se desconoce - el antecedente ( Gráfica XX ).

Cuadro XIX . TABAQUISMO - ALCOHOLISMO

TAB./ALCOH.	No. DE CASOS	%
Tabaquismo +	98	62.82 %
Alcoholismo +	98	62.82 %
Tabaquismo +		
Alcoholismo -	26	16.67 %
Tabaquismo -		
Alcoholismo +	2	1.28 %
Tabaquismo -	2	1.28 %
Alcoholismo -	28	17.95 %
Se Desconoce	28	17.95 %
<b>T O T A L :</b>	<b>156</b>	<b>100.00 %</b>

Gráfica XX . HIGIENE BUCAL



A) Higiene Deficiente	68	43.59	%
B) Higiene Mala	6	3.85	%
C) Se Desconoce	82	52.56	%
T O T A L :	156	100.00	%

15) TIEMPO DE EVOLUCION: Tiempo de evolución se consideró desde el comienzo de la enfermedad, hasta el momento del ingreso al Hospital.

La mayor parte de los pacientes ( 32 casos ), acudieron a la consulta, antes de los 3 meses de iniciada la - sintomatología, 28 casos se presentaron entre los 4 y 6 meses, y 12 casos entre los 7 y 12 meses.

Ocho pacientes se presentaron en un período que va rió desde los 13 meses a más de 2 años.

El rango fue de 1 mes a 60 meses y el promedio fue de 5.82 meses ( Cuadro XXI ).

CUADRO XXI . TIEMPO DE EVOLUCION

Tiemp.de Evol.	No. C.	%
1 - 6 meses	60	38.46 %
7 - 12	12	7.70 %
13 - 18	3	1.92 %
19 - 24	2	1.28 %
25 - 30	3	1.92 %
T O T A L :	80	51.28 %

PROMEDIO = de 5.82 meses

16) TRATAMIENTO: El tratamiento Oncológico se consideró en forma genérica en sus grandes grupos, como son la RADIOTERAPIA, la CIRUGIA y la QUIMIOTERAPIA.

El análisis detallado de los distintos tratamientos ( Radioterapia Intersticial, Radioterapia Interna, Incisión Local, Glosectomía Parcial o Total y Comando ) escapa de los objetivos generales del estudio de los casos que se presentan.

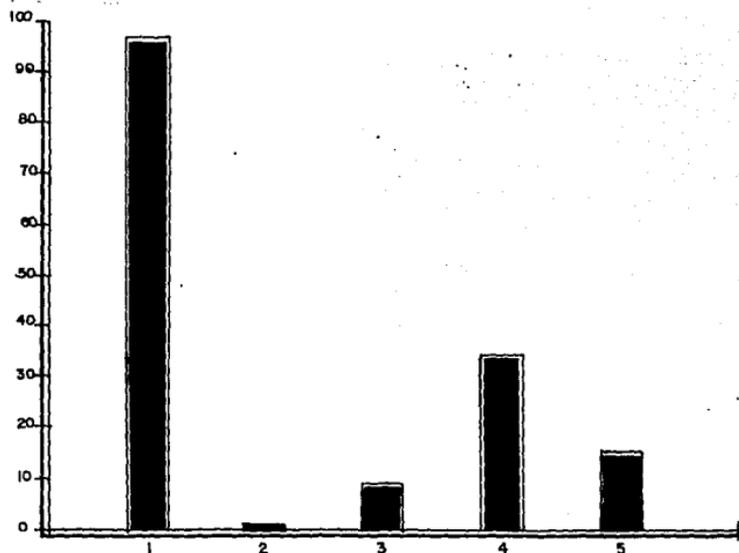
Consideramos que no se perjudica al Odontólogo en el conocimiento de la conducta biológica de la neoplasia, - y somos justos con los Oncólogos, ya que para extraer conclusiones exquisitas no los podemos realizar con los datos disponibles.

La Radioterapia como único tratamiento se aplicó - en el 62.18 % ( 97 casos ), la Quimioterapia en solo una -- ocasión ( 0.64 % ) y la Cirugía en el 5.77 % ( 9 casos ).

En 34 casos ( 21.79 % ) el tratamiento fue combinado de muy diversas maneras y se desconoce el tratamiento en 15 pacientes ( 9.62 % ) ( Gráfica XXII ).

Gráfica XXII . TRATAMIENTO

NUMERO DE CASOS.



1) Radioterapia	97	62.18 %
2) Quimioterapia	1	0.64 %
3) Cirugía	9	5.77 %
4) Combinados	34	21.79 %
5) Se Desconoce	15	9.62 %
T O T A L :	156	100.00 %

17) PRONOSTICO: El pronóstico se desglosó de acuerdo a la etapa clínica que presentaba la enfermedad, al ingreso al Hospital y de acuerdo a la clasificación Internacional de la " Unión Internacionales Contra el Cáncer " --- ( U.I.C.C. ).

Los pacientes clasificados en el estadio T1, tuvieron una sobrevida a los 5 años del 69.2 %, en el estadio T2 del 52.7 %, en el estadio T3 del 36.6 % y en el estadio T4 solo el 20 % ( Cuadro XXIII ).

Cuadro XXIII . SOBREVIDA A 5 AÑOS

T1 -	69.2 %
T2 -	52.7 %
T3 -	36.6 %
T4 -	20.0 %

## D I S C U S I O N

En el año de 1982; el sistema de Registro Nacional del Cáncer de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, recopiló 16,366 casos de neoplasias malignas, atendidas en los hospitales estatales y privados en el Distrito Federal.

En este estudio, las neoplasias se clasificaron de acuerdo a la frecuencia y al origen en los órganos en particular, o en determinadas regiones anatómicas.

Las neoplasias de la cavidad oral representaron sólo el 1.9% del total de neoplasias malignas ( 307 casos ), - cifra similar a la obtenida por el Registro Nacional de --- E.E.U.U. ( 2 % ); de lo precedente se deduce que las neoplasias malignas de la cavidad oral, son relativamente raras - con respecto al número de neoplasias malignas en general.

La población del Distrito Federal en 1980, era de ( 8 831 079 ) millones de habitantes y representaba el 12 % de la población total de México; con éstos datos nosotros - consideramos que esta muestra de población es estadística-- mente representativa de la población total de nuestro país, y si hubiese censado toda la población, esperaríamos encontrar aproximadamente 1 400 casos de carcinoma oral.

Un caso aproximadamente por cada 47,000 habitantes.

Esta proporción es menor comparada con las de otros países, como los Estados Unidos cuyo registro nacional del - cáncer en 1971, con una población de 226 millones de habitan res, se hallaron 14 200 casos de carcinoma oral y lo que da una proporción aproximada, de un caso cada 16,000 habitan--- tes.

A nuestro juicio, ésta diferencia se debe a que el promedio de vida de la población en los Estados Unidos es -- más " alto " y tiene mayor riesgo de padecer cáncer específicamente oral y del resto de neoplasias malignas propias de - la edad adulta; ya que la población mayor de 45 años en Esta dos Unidos en 1980 fue del 45 % y México registró sólo una - población del 17 % mayor de 45 años en el mismo año.

Estas diferencias se acentúan relacionando ambas po blaciones, en edades superiores a los 65 años, ( E.E.U.U. -- 20 % más de 65 años y México sólo 3.6 % ) y es preciso recor dar que el promedio de edad para el carcinoma oral se encuen tra en la década de los sesentas.

No hemos encontrado en la búsqueda bibliográfica, - estudios epidemiológicos sobre neoplasias malignas, de len-- gua en la población mexicana.

Los datos que hemos obtenido de los carcinomas ora les, fueron recabados de estudios en donde se analizan las -

causas de muerte a través de los estudios postmortem.

Uno de ellos realizado por el Dr. Albores-Saavedra, Hospital General de México, en 9 412 autopsias, el carcinoma orofaríngeo ocupó el 14o. lugar, ( 2.08 % ) en 2 498 neoplasias malignas.

En el estudio de Ambrosius-Diener y Gallegos Cazares (ISSSTE 20 de Noviembre) en 3 296 necropsias, encontraron 589 neoplasias malignas ( 17.8 % ) y de ellas sólo 7 - carcinomas de lengua en hombres y 2 en mujeres que suman un total de 9 que representan el 0.27 %.

Gorraz de Mora (ISSSTE 20 de Noviembre) encontró en 4 410 autopsias, 774 neoplasias malignas ( 17,54 % ) y sólo halló 9 casos ( 0.20 % ) en la cavidad oral. El serio inconveniente que hallamos en los estudios precedentes, es que el enfoque de los mismos a llevado a los autores a condensar y resumir los diagnósticos de múltiples lesiones en órganos o regiones anatómicas donde incluyen varias localizaciones específicas donde se originan las neoplasias.

El ejemplo más característico lo constituye la cavidad oral donde se citan el número total de neoplasias, - pero en ninguno de éstos estudios se desglosa la localización en los diversos órganos de la cavidad oral.

Por lo tanto desconocemos la frecuencia que le corresponde al carcinoma de Lengua, Labio inferior, piso de la boca, etc.

Sin embargo, contamos en la bibliografía, con un excelente estudio realizado por Kroll y Hoffman en 14 253 casos de carcinoma epidermoide, de la cavidad oral donde se describe detalladamente la epidemiología.

Estos autores encontraron que la localización más frecuente del carcinoma epidermoide, fue en el labio inferior ( 38 % ) y el 2o. lugar lo ocupó la lengua con un 21 % de los casos.

En los países desarrollados donde se cuenta con estudios epidemiológicos sistemáticos, que abarcan casi toda la población, se ha podido determinar que hay un incremento continuo del número de carcinomas orales.

El Instituto Nacional de Cáncer de los E.E.U.U. registró 14 200 casos de carcinoma oral en 1971 y 23 700 casos en 1974, lo que significa un incremento de 9 500 casos en un período de 3 años.

Nuestro estudio analiza 156 casos de Carcinoma de Lengua, que se han detectado en un centro especializado de Diagnóstico y tratamiento del Cáncer; por lo tanto corresponde a una muestra seleccionada de pacientes.

Además, hay otra variable que contemplar; que es la población atendida por la S.S.A. que tiene la particularidad de provenir, en su mayoría de un medio socio-económico y un promedio de edad, más bajo que otras instituciones como el IMSS y Hospitales privados, cuyos pacientes son de un nivel socio-económico más alto y el promedio de edad más elevado.

SEXO: El carcinoma epidermoide de lengua es una enfermedad que predomina en el sexo masculino. La relación varón/mujer en los E.E.U.U. es de 4:1; cifra similar a la que nosotros hemos encontrado. El porcentaje de varones en nuestro estudio fue de 76,28 % ( 119 casos ) y 23.72 % ( 37 casos ) en la mujer, lo que representa una relación varón/hembra de 3.05 : 1 discretamente inferior a las cifras anteriormente citadas.

En otras estadísticas el carcinoma epidermoide de lengua tiene un franco predominio en los hombres, alcanza un porcentaje del 92.5 % y en las mujeres solo el 7.5 %, lo que representa una proporción aproximada de 12:1.

Podemos afirmar que el carcinoma en la mujer es relativamente infrecuente con excepción de ciertas zonas geográficas como en los países Escandinavos, donde la frecuencia de carcinomas orales tienen una proporción similar en hombres y mujeres.

Frazell y Lucas han observado un incremento del 10 % en el sexo femenino de un período de 25 años y opinan, que la posible razón, sería el aumento en el consumo de alcohol y ta

baco.

A pesar de que hay un predominio en el sexo masculino, encontramos que el promedio de edad del carcinoma epidermoide en ambos sexos fue semejante; en la mujer fue de 62.78 años y en el hombre de 61.95 años.

Es importante remarcar que en ambos sexos, la media corresponde a las edades comprendidas entre los 62 a 63 años.

EDAD: Hemos confirmado con nuestro estudio la opinión de la mayoría de los autores que el carcinoma epidermoide de lengua es una enfermedad que se manifiesta sobre todo en la edad adulta y en personas de edad avanzada. El 92.95 % de los casos se distribuyeron entre la quinta y octava década de la vida.

El rango fue de 17 a 90 años. El carcinoma epidermoide en sujetos jóvenes fue raro, de los 21 años a los 40 años, encontramos solo 8 casos ( 5.13 % ) y ninguna neoplasia en los niños.

La rareza de las neoplasias malignas primarias de lengua, en las primeras etapas de la vida se manifiesta por los pocos casos informados en la literatura.

LOCALIZACION.- El carcinoma lingual se localizó en

las mayorías de los casos en los bordes laterales de la lengua ( 39.10 % ) cifra discretamente inferior a las encontradas en otras estadísticas. La Base de la Lengua fue el segundo lugar en importancia ( 26.92 % ) y ambas localizaciones suman aproximadamente 2/3 ( 66.2 % ) del total de los carcinomas epidermoides de la lengua, sin embargo, en una frecuencia muy inferior, podemos hallar carcinomas epidermoides en cualquier región anatómica de la lengua ( Ver gráfica 5 ). Estas diferencias en la localización de las neoplasias en la lengua, se han considerado " áreas de Alto -- Riesgo " en la cavidad oral, a las regiones anatómicas; piso de la boca ( especialmente a la papila en la salida del conducto de Wharton paladar blando, pilar anterior, complejo molar y la cara ventrolateral de la porción móvil de la lengua.

Estas zonas tienen en común un revestimiento escamoso delgado con crestas interpapilares cortas o ausentes y una lámina propia estrecha.

En el 8.33 % de los casos no se pudo determinar el origen de la neoplasia, porque al momento de la consulta, toda la lengua se encontraba involucrada. Esta cifra adquiere mayor importancia porque implica que 13 pacientes de nuestra serie llegaron en un estado muy avanzado de la enfermedad donde cualquier esfuerzo terapéutico resultó un poco menos que inútil.

FORMAS MACROSCOPIAS.- Se describen como formas ma-

macroscópicas iniciales en los 2/3 anteriores de la lengua - como zonas de engrosamiento o una rugosidad localizada o - como una zona indolora de ulceración o de escamación superficial.

En su evolución posterior, la neoplasia puede --- adoptar un crecimiento a la profundidad ( tipo infiltrativo ), hacia la luz de la cavidad oral ( tipo exofítica );- en ambos casos la neoplasia puede ulcerarse, porque en la mayoría de los casos estudiados por nosotros se descubrieron a raíz de una úlcera lingual.

Desafortunadamente en nuestra serie no se describen las formas macroscópicas iniciales, leucoplasias, formas macroscópicas mixtas y en el 38 % de los casos no se - relatan las formas macroscópicas.

De los datos obtenidos las formas ulceradas - - - ( 35.90 % ) e infiltrantes ( 25 % ) fueron las más importantes y la forma exofítica se encontró en un solo caso.

LOCALIZACION Y FORMAS MACROSCOPICAS.- La forma ulcerada se encontró en todas las regiones anatómicas de la lengua, salvo en la punta. En el 100 % de los casos de -- carcinoma epidermoide, localizados en los bordes de la lengua se manifestaron por una úlcera.

La forma infiltrante predominó en la cara ventral y en la base de la lengua y el único caso exofítico o vegetante se localizó en la base de la lengua. No creemos ex-

traer conclusiones que generalicen; ya que lo observado en la relación entre la localización de la neoplasia y su forma macroscópica se pudo establecer en sólo 34 casos que representan el 21.79 % de nuestra serie. Pero creemos que el intento de correlación, tiene valor, ya que no se ha -- realizado con anterioridad y puede ser un punto de investigación futura.

TIPOS HISTOLOGICOS.- En el exámen histológico de 147 casos ( 94.23 % ) reveló que las neoplasias estaban -- constituidas por un carcinoma epidermoide con diversos grados de diferenciación, se desconoce el resultado histológico en el 5.77 % restante, por lo tanto el 100 % de los casos estudiados histologicamente fueron, carcinomas epidermoides. La elevada frecuencia del carcinoma epidermoide en la cavidad oral y en la lengua se debe a que toda la superficie está recubierta por un epitelio plano estratificado.

En la mayor parte de las grandes series de carcinoma de lengua, se describen un pequeño porcentaje que no excede del 10 %, de otros tipos histológicos de neoplasias malignas.

De ellas los adenocarcinomas originados en las -- glándulas salivales menores; ocupan el primer lugar y en raras ocasiones se describen, melanomas, sarcomas primarios de la lengua, Sarcoma Kaposi, tumor de células granulares.

En el 100 % de los casos, los carcinomas epidermoides fueron de tipo invasor. El carcinoma epidermoide " In-Situ " se encontró sólo en dos ocasiones, como integrante - del cuadro histológico de dos carcinomas epidermoides invasores. No se halló ningún caso de carcinoma verrugoso.

En la piel el carcinoma intraepitelial se denomina enfermedad de "Bowen", y en las mucosas del glande, vulva - y orofarínge, se denomina Eritroplasia de Queyrat. En ambas localizaciones se ha demostrado que el carcinoma epidermoide "In Situ", es una lesión premaligna y que en alto porcentaje progresa al carcinoma invasor; más aún, en el cuello uterino se ha determinado con certeza, que hay una progresión directa de la DISPLASIA SEVERA al CARCINOMA "IN SITU" y al CARCINOMA INVASOR.

La frecuencia de los grados de diferenciación de - los carcinomas epidermoides, fue decreciendo de los bien diferenciados, a los menos diferenciados. El 41.66 % fueron bien diferenciado, el 36.54 % moderadamente diferenciados y por último los carcinomas poco diferenciados se presentaron en el 12.82 % de los pacientes.

LOCALIZACION Y GRADOS DE DIFERENCIACION.- Los grados bien y moderadamente diferenciados del carcinoma epidermoide, se distribuyeron en todos los sitios anatómicos de - la lengua en proporciones semejantes, y los carcinomas poco diferenciados se distribuyeron principalmente en la base y en los bordes laterales de la lengua. La mayoría de los -- autores han encontrado un alto porcentaje de carcinomas poco diferenciados en la base de la lengua y consideran que - esta localización y el grado de diferenciación son factores importantes en la conducta agresiva demostrada por estas -- neoplasias.

**METASTASIS.**- La mayoría de los pacientes ingresó en etapas avanzadas de la enfermedad; el 43.59 % tenía metástasis clínicas regionales a su ingreso. En sólo el -- 19.87% de los casos no se detectaron metástasis clínicas-- después de su ingreso en algún momento de la evolución de la enfermedad. De los 156 pacientes, sólo en dos ocasiones se consignan metástasis a distancia sin señalar el órgano afectado.

Estos datos son insuficientes para realizar cualquier análisis de las metástasis a distancia. Hay que hacer notar que la correlación entre el estudio histológico y la metástasis clínicas, tienen un porcentaje de error - de un 16 % en la comprobación histológica.

**SIGNOS Y SINTOMAS.**- Los signos y síntomas del -- carcinoma epidermoide de lengua van a depender en gran medida, del estadio clínico de la enfermedad. Ya conocemos que los carcinomas epidermoides tienen una distribución - particular en la lengua en nuestra población, de donde -- los bordes laterales y la base de la lengua son los más - afectados.

Los signos más importantes que encontramos fueron: la úlcera ( 28.85 % ) y el aumento del volúmen de la lengua ( 22.43 % ), la mayoría de ellos detectado por el mismo paciente. La hemorragia se presentó en 7.70 % de - los casos y en general en pacientes con neoplasias avanzadas. El dolor no fue un síntoma prominente, sólo se detectó en el 13.46 % de los casos y la disfagia sólo en 4

casos ( 2.56 % ). La mayoría de los síntomas y signos clínicos precedentes se describen en las lesiones avanzadas.

Desconocemos cuáles fueron los signos y síntomas - iniciales en la mayoría de los pacientes al consultar al médico, pero los más frecuentes a su ingreso, fueron la induración de lengua y la úlceras. Un dato de sumo interés epidemiológico es que los pacientes independientemente de los signos o síntomas iniciales, ingresaban al hospital con un promedio de 5.82 meses de comienzo de la enfermedad, el --- tiempo promedio del inicio de la enfermedad para un diagnóstico temprano, se considera en semanas, cifra mayor a la encontrada por otros autores.

ETIOLOGIA.- La etiología del carcinoma epidermoide de la lengua al igual que las demás formas de cáncer, es -- desconocida.

Se han invocado múltiples factores predisponentes- intrínsecos y extrínsecos del carcinoma oral. Nosotros sólo pudimos recopilar los datos concernientes de algunos factores altamente sospechoso como el tabaquismo, alcoholismo- y la mala higiene bucal.

No se relatan en los expedientes clínicos, otros - factores repetidamente relacionados con el carcinoma de la lengua, como los traumatismos mecánicos por dientes agudos- o rugosos, restauraciones o dentaduras mal adaptadas, el -- Síndrome de Plummer-Vinson, Sífilis y Glositis Media Atrófica, por lo que pierden importancia en nuestro estudio. La leucoplasia aunque no se describe en los expedientes clínicos, si está constituida por un epitelio displásico ( irre-

versible ) se considera como la lesión premaligna más importante; ya que la progresión al carcinoma epidermoide - ocurre según Ackerman-Rosai hasta en el 6 % de los casos.

Según W.F. Lever, el término de leucoplasia se - debe restringir exclusivamente a las lesiones anaplásicas tempranas de la mucosa oral y la vulva, y define a la Ley coqueratosis como una lesión benigna hiperqueratósica que se presenta en las mismas localizaciones que la leucoplasia.

La confusión de los Patólogos Orales, de señalar estas dos entidades como leucoplasia, estriba en que clínicamente son indistinguibles, y que la separación se basa exclusivamente en el análisis histológico.

Después de las diferencias esenciales es que al -- ser eliminado el estímulo que provoca la leucoqueratosis, ésta lesión regresa, pero en la leucoplasia la lesión es irreversible y puede progresar al carcinoma epidermoide - invasor.

Nos detuvimos un instante en analizar algunos aspectos fisiopatológicos de la leucoplasia, porque ésta lesión es muy fácil de detectar en el examen de rutina de - la cavidad oral.

El tabaquismo ha sido ampliamente investigado como un factor que juega un papel importante en la génesis, no sólo del carcinoma oral, sino de las vías respiratorias y otros órganos.

El consumo excesivo de alcohol ha sido implicado - como otro factor etiológico del carcinoma oral, probablemente no por una acción tóxica directa, sino por la consecuente mal nutrición y avitaminosis que padecen éstos enfermos.

Se investigó la mala higiene bucal ya que hay un axioma clínico que dice que " El carcinoma oral asienta en una boca sucia ".

Este parámetro se describió en forma cualitativa - como higiene deficiente o mala higiene, ya que fue imposible cuantificar el tipo y las veces de aseo bucal por día.

El 79.49 % de los pacientes tenían antecedentes de tabaquismo en sus diversas formas. La mayoría fumaba cigarrillos ( 73.49 % ) con un promedio de 14.14 cigarrillos -- diarios y con una elevada duración en tiempo cuyo promedio fue de 37.21 años.

El tiempo promedio de la ingestión crónica de alcohol fue de 26.02 años. Aunque no se pudo cuantificar la -- cantidad de alcohol ingerida por día, el alcoholismo crónico fue positivo en el 66.03 % de los pacientes.

La relación de los pacientes con carcinoma epidermoide que tenía ambos hábitos tóxicos ( alcoholismo y tabaquismo ) alcanzó el 62.82 %. A pesar de que la higiene bucal fue uno de los datos más incompletos no se relató en -- los expedientes ningún caso de higienes bucal adecuada.

En el 100 % de los casos que se pudo extraer información, todos tenían una higiene bucal inapropiada.

Como otros autores, nosotros encontramos que varios factores considerados predisponentes del carcinoma oral, estaba presente en un mismo paciente, basta recordar que el 66.02 % de los pacientes tenían el hábito de fumar y beber durante un tiempo prolongado y que la mala higiene bucal fue la regla en los pacientes estudiados.

Estamos seguros que todas las cifras de asociación de factores predisponentes, podrían aumentar considerablemente si éste estudio fuese prospectivo donde la investigación de los datos se realiza en una forma más dirigida.

Queremos remarcar que la superposición de los factores predisponentes apoyan el concepto del causalismo múltiple y de la carcinogénesis.

Por otra parte, en otra posición, "la mala higiene bucal, el consumo de alcohol y tabaco, son tan prevalentes que casi impiden la posibilidad de sacar conclusiones sobre una relación causa efecto". ( Shaffer ).

Dentro de los factores que predisponen al cáncer oral, merece un párrafo aparte, la descripción de un caso de una mujer de 44 años en cuyos antecedentes heredo-familiares encontramos que dos hermanas, habían fallecido previamente por un carcinoma de lengua. Se desconoce el número de hermanos y las generaciones anteriores y posteriores de ésta familia para poder realizar un árbol genealógico.

La historia familiar de carcinoma de lengua en tres hermanas de una misma familia no tiene antecedentes en la bibliografía. Esta presentación familiar de la enfermedad nos obliga a pensar que había un factor genético implicado en la génesis del cáncer que pudo predisponer la enfermedad. Ya que descartamos la hipótesis de que sólo fueron factores carcinogénicos extrínsecos comunes a las tres hermanas; por lo que en ese caso, la situación debería reiterarse con mayor frecuencia.

Podremos por último, fusionar ambas hipótesis aparentemente antagónicas, y especular que en ésta familia había un factor predisponente genético y un medio ambiente común, que condicionó la aparición repetida de la neoplasia de ésta familia.

La predisposición genética de contraer determinadas neoplasias se ha demostrado en múltiples ocasiones y basta recordar los amplios estudios realizados en neoplasias como retinoblastomas, tumor de Willms y neurofibromatosis de Von-Reckhinghausen.

TRATAMIENTO.- El tratamiento oncológico fundamental, fue el uso de la radioterapia ( 62.18 % ) y la utilización combinada de varios métodos ( Radioterapia, Cirugía y Quimioterapia ) en 21.97 % de los pacientes. En raras ocasiones se utilizó la quimioterapia y la cirugía como únicos métodos de tratamiento.

**EVOLUCION Y PRONOSTICO.-** El 90 % de los pacientes ingresó con una neoplasia que media 4 cm. o más ( estadios-T3 y T4 ) y sólo el 10 % en una etapa clínica de menor de 2 cm. ( T1 ). Esto evidencia que los pacientes ingresaban en etapas clínicas avanzadas de la enfermedad.

Como era de esperarse el pronóstico, varió considerablemente de acuerdo a la etapa clínica que presentaba el enfermo en el momento de su ingreso al hospital. En etapas clínicas tempranas como T1 la sobre vida a 5 años fue del - 69.2 % y en etapas tardías como T3 y T4 fueron del 36.6 % - y del 20.0 % respectivamente.

## DISCUSION

### BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Ackerman, L.V., and Regato, J.A.: Cancer; Diagnosis, Treatment y Prognostic; 5o. ed. The C.V. Mosby, St. Louis 1977; Cap. 1: pp. 1-13.
- 2.- Ackerman, L.V. and Regato, J.A.: Cancer Diagnosis, Treatment y Prognostic; 5o. ed., The C.V. Mosby, St. Louis 1977, Cap. 10: pp. 254-272.
- 3.- Ackerman, L.V. y Rosai, J.: Patología Quirúrgica; 6o. ed., Panamericana 1983, pp. 164-187.
- 4.- Albores Saavedra J. y Altamirano Dimas M.: Algunas consideraciones sobre 9,412 autopsias realizadas en el Hospital General de México; Gaceta de México, Vol. 102:5-14, 1975.
- 5.- Alcántara, A., Alfonso de R., P., Cruz, H.: Con diloma del Cervix Uterino y su asociación con Carcinoma. Estudio de 40 casos; Patología. 1982; 20:257-270.
- 6.- Ambrosius Diener, K.: Enfermedades y alteraciones más frecuentes consideradas como factores importantes de la causa de muerte. (Revisión de 4,412 necropsias); Gaceta de México, Vol. 102: 15-18, 1975.
- 7.- Abrosius Diener, K. y Gallegos Cázarez, A.: Neoplasias malignas observadas en 3,296 necropsias del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", ISSSTE; Rev. Fac. Med., México, Vol. 13:7-15, enero-febrero 1970.

- 8.- X Censo General de Población y Vivienda: Secretaría de Programación y Presupuesto. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática; - México 1980, pp. 29.
- 9.- Fisher, J. and Osteeld, E.: Kaposi Sarcoma of the base of the Tongue; The Journal of Laryngology - and Otology, 94: 663-668, junio de 1980.
- 10.- Flores Barroeta, F. y Velasco Aviléz, F.: Hallazgos en el Hospital General, Centro Médico Nacional; Gaceta de México, Vol. 102: 19-26, 1975.
- 11.- Frazell, E. L. and Lucas, J. C., Jr.: Cancer of - the Tongue, Report of the management of 1,554 patients. Cancer; k5:k085-1099, 1962, (Citado por - 38).
- 12.- Gorraez de la Mora, M. T.: Neoplasias Malignas -- frecuencia en el material de necropsias del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" ISSSTE; Rev. - Med. ISSSTE año 7, México, 7: Nov. 2, 1972.
- 13.- Guerrero Sánchez, M. y Col.: Condiloma del cuello uterino; su asociación con displasias y carcinoma. Estudio de 390 casos, experiencia del Hospital de Oncología durante 1976; Rev. Med. IMSS, México, 23:97-101, 1985.
- 14.- Kim., R. and Stephen, P. P. and Levy, D. S.: Metastatic Carcinoma to the tongue (A report of two cases a review of the literature); Cancer, 43: -- 386-389, jan. 1979.
- 15.- Krolls, S.O. and Hoffman, S.: Squamous cell carcinoma of the oral soft tissues; a statistical analysis of 14,253 cases by age, sex, and race of patients; JADA 92:571-574, march 1976.

- 16.- Lever, W.F.: Histopathology; 5o. ed., J.B. Lippincott Company, 1975, Cap. 25:450-490.
- 17.- Meisels A., and Roy, M. and. Cò.: Human Papillomavirus Infection of the cervix. The atypical condyloma. Acta Cytologica, jan-feb 1981, 1981 25:7-15.
- 18.- Registro Nacional del Cáncer: Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, México, 1982.
- 19.- Resumen General Abreviado de México 1984: Secretaría de Programación y Presupuesto. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, pp. 12, 1984.
- 20.- Robbins, S.L. y Cotran, R.S.: Patología Estructural y Funcional 2o. ed., Interamericana 1984, Cap. 19:822-850.
- 21.- Shafer, W. G. and Hino, L.: Tratado de Patología Bucal; 3o. ed., Interamericana 1979, pp. 115-117.
- 22.- Willis, R.A.: The Spread of tumors in the Human Body; 3o. ed., London, Butterworth and col. 1952.

## CONCLUSIONES

- 1.- Las neoplasias de la cavidad oral, representan el 1.9 % de todos los portadores de neoplasias malignas en la población del Distrito Federal.
- 2.- En la población mexicana se presentó un carcinoma oral por cada 47 000 habitantes.
- 3.- La baja frecuencia de presentación del carcinoma oral se debe a que la población mexicana es " jo-  
ven " en su gran mayoría; y no alcanza al promedio de edad de presentación del carcinoma oral a la fecha.
- 4.- El porcentaje de carcinomas orales encontrados -- en los estudios Post-mortem son inferiores, y oscilan entre el 0.20 % y 0.27 %.
- 5.- De los carcinomas epidermoides orales, la lengua ocupa el segundo lugar en frecuencia, después del labio inferior.
- 6.- El carcinoma de lengua predomina en el sexo masculino en una proporción de 3.05 : 1, con respecto al sexo femenino.
- 7.- El promedio de edad para ambos sexos, corresponde entre los 62 y 63 años respectivamente.

- 8.- El 92.95 % de los carcinomas epidermoides de lengua se presentan entre la quinta y octava década de la vida.
- 9.- La localización más frecuente del carcinoma epidermoide, es en los bordes laterales ( 39.10 % ) - y en la base ( 26.92 % ) de la lengua; ambas localizaciones representan dos tercios de las localizaciones.
- 10.- Las formas macroscópicas más importantes, son las ulceradas e infiltrantes.
- 11.- El 100 % de las neoplasias de la lengua son carcinomas epidermoides con diferentes grados de diferenciación.
- 12.- El 100 % de los carcinomas son de tipo invasor.
- 13.- Los pacientes ingresan en etapas clínicas tardías por las siguientes razones:
  - El 90 % de los casos ingresan en un estadio de T3 ó T4.
  - El 43.59 % tienen metástasis clínicas entre los ganglios regionales al momento del ingreso.
  - El promedio de tiempo transcurrido entre los -- síntomas iniciales y el ingreso al hospital es de 5.82 meses.

- 14.- El tabiquismo se presentó en el 79.07 % de los ca sos, con un promedio de 14.14 cigarrillos diarios y el tiempo promedio es de 37.21 años.
- 15.- El alcoholismo es positivo en el 66.03 % de los - pacientes y el promedio de tiempo de ingestión de alcohol es de 26.02 años.
- 16.- La higiene bucal es inadecuada en todos los ca--- sos.
- 17.- La asociación de alcoholismo y tabaquismo es en - el 62.82 % de los casos.
- 18.- El tratamiento esencial es en base a la Radiotera pia o Tratamientos Combinados ( con Cirugía o Qui mioterapia ).
- 19.- El pronóstico depende, fundamentalmente de la eta pa clínica que presente el paciente al ingreso.

## P R O P U E S T A S

Desde el punto de vista clínico y de la detección precoz del cáncer, es evidente y lamentable, que los pacientes que hemos estudiado llegaran en etapas avanzadas de la enfermedad; en donde cualquier esfuerzo terapéuticos sólo paliativo.

Esta situación, creemos que en gran medida, es -- producto del análisis de una población de bajo nivel socio-económico y cultural. Somos conscientes de que para afirmar tal concepto sería necesario realizar un estudio comparativo con una población de nivel socio-económico más alto.

Independientemente de la razón, el hecho que los pacientes ingresen en estadios avanzados de la enfermedad, nos obliga a insistir en el rol fundamental que juega el -- Odontólogo en la detección precoz del cáncer oral.

Dejamos a un lado, exprofeso, las medidas que se deberían tomar en un Programa Nacional de Cáncer, y nos dirigimos especialmente a los Odontólogos y Médicos quienes deberían ser los ejecutores o el Personal Especializado en cualquier campaña de Detección Precoz del Cáncer.

Del 35% al 45% de los pacientes con cáncer lin--- gual acuden como primera instancia al Odontólogo y ésta es la razón fundamental por la cual el Odontólogo tiene la --

obligación de conocer la Patología Neoplásica Bucal y además porque es integrante del equipo encargado de vigilar - la Salud Pública. Si a esto agregamos que como es mayor - la población, posteriormente se incrementará en la 4o. y - 7o. década, por lo que el Odontólogo deberá estar más pre-  
parado.

Es importante de que no sólo la función se limite a la detección del Cáncer de Lengua, sino también de las - neoplasias de la cavidad oral y de Cabeza y cuello además - de la atención Odontológica.

Para que realice el diagnóstico precoz del cáncer el estudiante y el profesionista en Odontología debe ser - entrenado en esta función.

Proponemos, principalmente que en los pacientes - de alto riesgo, los que se encuentran entre las 4o. y 8o.- década de la vida, que tengan hábitos tóxicos cuyos ries-  
gos son conocidos, o enfermedades consideradas preneoplási-  
cas, etc., la utilización de una Historia Clínica orienta-  
da a la Detección del Cáncer (Ver Cap. II, pág.).

En caso de encontrar una lesión "sospechosa" des-  
de el punto de vista clínico, ejecutar procedimientos sen-

cillos como (citología exfoliativa y/o biopsia) que nos pue de definir el tipo de la lesión. En el caso de confirmar las sospechas clinicas de una neoplasia maligna, canalizar el paciente a una atención especializada.

De esta manera el Odontólogo cumpliría con labor social de la detección precoz del cáncer y le brindaría al paciente la oportunidad de un tratamiento oportuno y eficaz para prolongarse la vida, en condiciones biológicas, psíquicas y sociales.

## BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1.- Ackerman, L.V. and Regato, J.A.: Cancer; Diagnosis, Treatment and Prognostic; 5o. ed., The C.V. Mosby, St. Louis, 1977, Cap. I: pp. 1-13.
- 2.- Ackerman, L.V. and Regato, J.A.: Cancer: Diagnosis, Treatment and Prognostic; 5o. ed., The C.V. Mosby, St. Louis, 1977, Cap. 10: pp. 254-272.
- 3.- Ackerman, L.V. y Rosai, J.: Patología Quirúrgica; 6o. ed., Panamericana, 1983, pp. 164-187.
- 4.- Albores Saavedra J. y Altamirano Dimas M.; Algunas consideraciones sobre 9,142 autopsias realizadas en el Hospital General de México; Gaceta de México; Vol. 102:5-14, 1975.
- 5.- Alcantara A., Alonso de R., P., Cruz, H.: Condoloma del Cérvix Uterino y su asociación con Carcinoma. Estudio de 40 casos; Patología, 1982; - 20:257-270.
- 6.- Ambrosius Diener, K.: Enfermedades y alteraciones más frecuentes consideradas como factores importantes de la causa de muerte. (Revisión de 4,412 necropsias); Gaceta de México, Vol. 102: - 15-18, 1975.
- 7.- Ambrosius Diener, K. y Gallegos Cázarez, A.: Neoplasias Malignas observadas en 3,269 necropsias del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", ----- ISSSTE; Rev. Fac. Med., México, Vol. 13:7-15, -- enero-feb. 1970.
- 8.- Botstein, Ch., Silva, C. and Aviatnam, J.: Treatment of Carcinoma of the oral tongue by Radium-Needle Implantation: The American Journal Surgery, 122:523-524, oct. 1976.

- 9.- Clinical Oncology for medical Student and Physicians; A multidisciplinary approach American Cancer Society, 1971
- 10.- X Censo General de Población y Vivienda; Secretaría de Programación y Presupuesto. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, México, 1980, pp. 29.
- 11.- Fisher, J. and Ostfeld, E.: Kaposi Sarcoma of -- the base of the Tongue; The Journal of Laryngology and Otology, 94:663-668, jun. 1980.
- 12.- Einhorn, J. and Wersall, J.: Incidencia of oral-carcinoma in patients with leukoplakia of the - mucosa, Cancer; 20:2189-2193, 1967. (Citado por-41).
- 13.- Flores Barroeta, F. y Velasco Aviléz, F.: Hallazgos en el Hospital General, Centro Médico Nacional; Gaceta de México, 102:19-26, 1975.
- 14.- Frazell, E.L. and Lucas, J.C., Jr.: Cancer of -- the Tongue, Report of the management of 1,554 patients. Cancer; 15:1085-1099, 1962. (Citado por 38).
- 15.- Gardner, E., Gray, D. y O'Rahilly, R.: Anatomía Humana; 2o. ed. Salvat, 1976, Cap. 61: 880-884.
- 16.- Gibbel, M.I., Cross, J.H. and Ariel, I.M.: Cancer of the Tongue a review of 330 cases, cancer-2:411-423, 1949, (Citado por 38).
- 17.- Gómez, B.O.: "Neoplasias Malignas de la Boca". - En Villalobos Pérez: Gastroenterología, 1o. ed., Cap. 32-b:319-331.

- 18.- Gorraes de la MORA, M. T.: Neoplasias Malignas - frecuencia en el material de necropsias del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" ISSSTE; Rev.- Med. ISSSTE, año 7, México, 7: No. 2, 1972.
- 19.- Greep, R.O. and Weiss, L.: Histología; 3o. ed., - El Ateneo, 1985, pp. 460-473.
- 20.- Guerrero Sánchez, M. y Col.: Condiloma del cuello uterino; su asociación con displasia y carcinoma. Estudio de 390 casos, experiencia del Hospital de Oncología durante 1976; Rev. Med. IMSS, México, 23:97-101, 1985.
- 21.- Ham, A.W.: Tratado de Histología; 7o. ed., Interamericana, 1976, Cap. 21:586-589.
- 22.- Kim, R. and Stephen, P.P. an Levy D.S.: Metastatic Carcinomato the Tongue (A report of two cases a review of the literature); Cancer, 43:386-389, jan. 1979.
- 23.- Krolls R. S.O. and Hoffman, S.: Squamons cell -- carcinoma of the oral soft tissues; a statistical analysis of 14,253 cases by age, sex, and race - of. patients; JADA 92:571-574, march. 1976.
- 24.- Legman J.: Embriología Médica; 3o. ed., Interamericana, 1976, Cap. 13:245-246.
- 25.- Lever, W.F.: Histopathology; 5o. ed., J.B. Lipincott Company 1975, Cap. 25:450-490.
- 26.- Lochkart, R.D., Hamilton, G.J. and J.: Anatomía-Humana; 2o. ed. Interamericana, 1978, pp. 494- - 496.

- 27.- Meisels A., and Roy, M. and Col.: Human Papillomavirus Infection of the cervix. The atypical condyloma.; Acta Cytologica Jan-Feb. 1981, 25:7-15.
- 28.- Morris, A.L. y Bohamhan, H.M.: Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General; 4o. - ed., Labor 1980, pp. 124-160.
- 29.- Patología Quirúrgica, Citología Exfoliativa: Organó Oficial de la Fundación para el Diagnóstico Temprano del Cáncer; Odontólogo Moderno, 4:2 abril-jun. 1978.
- 30.- Philip, R.: Oncología Clínica; Publicada por la Sociedad Americana del Cáncer, Universidad de Rochester, New York, EE. UU.; 5o. ed., pp. 166-172, 1978.
- 31.- Pindborg, J.J., et al.: Studies in oral leukoplakias, V. Clinical and histologic signs of malignancy. Acta Odont. Scand. 21:407-414, 1963. (Citado por 1).
- 32.- Registro Nacional del Cáncer: Secretaría de Salud y Asistencia Pública, México 1982.
- 33.- Resumen General Abreviado de México, 1984: Secretaría de Programación y Presupuesto. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informá tica, pp. 12, 1984.
- 34.- Robbins, S.L. y Cotran, R.S.: Patología Estructural y Funcional; 2o. ed., Interamericana, 1984, Cap. 19:822-850.

- 35.- Salas Martínez, M.: Procesos Patológicos más frecuentes considerados como factores importantes en la causa de muerte en los niños, juzgados a través de la revisión de 2,900 estudios post-mortem realizados en el Departamento de Patología del Hospital Infantil de México, 1943-1968; Gaceta de México, Vol. 102:27-35, 1975.
- 36.- Schramm, V.L., Myers, E.N. and Singler, B.A.: -- Epidermoid Carcinoma The Laryngoscope 90: 207-215, feb. 1980.
- 37.- Santana Garay, J.C.: Cáncer de la Base de la Lengua (Presentación de la Nueva Técnica Quirúrgica); Revista Cubana, 12:1-11, enero-agosto 1975.
- 38.- Shafer, W.G. and Hino, L.: Tratado de Patología Bucal; 3o. ed., Interamericana, 1979, pp. 115-117.
- 39.- Shimkim, M.B. Ackerman, L.V. y Del Regato, J.A., Cancer; Diagnosis Treatment and Pronostic; 4o. ed., The C.V. Mosby, St. Louis 1970, Cap. 2:14-32.
- 40.- Takahashi, M.: Citología del Cáncer, Panamericana, 1982.
- 41.- Thoma, K.H.: Patología Bucal; Tomo II, 4o. Ed., - U.T.E.H.A., 1970, Cap. 44:1550-1562.
- 42.- Urbizo-Vélez, J. y Moreira-Díaz, E.: Patología - Neoplásica de la Cavidad Bucal; Odontologo Moderno, pp. 26-31, feb-march. 1981.
- 43.- Yarrington, C.T. Jr.: Reconstrucción of. the tongue lateral pharyngeal wall; The Laryngoscope -- 90:202-206, feb. 1980.

44.- Yarrington, C.T. Jr.: A Protocol for combined --  
treatment of cancer of. the oral cavity and ton-  
gue; The Laryngoscope 90:2004-2008, dec. 1980.

45.- Willis, R.A.: The Spread of tumors in the Human  
Body; 3o. ed., London, Butterworth an Co. 1952.