

870122

41

24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERISTICAS DEL RABDOMIOSARCOMA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

EDNA ROSA ERNESTINA NUÑEZ URBALEJO

ASESOR: DR. MARIO ALBERTO SERNA SALINAS

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.



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.

" CARACTERISTICAS DEL RABDOMIOSARCOMA " .

I N D I C E

	Pags.
	Introducción..... 1
CAPITULO I	Definición y características generales.. 3
	Definición..... 3
	Tumor benigno..... 6
	Tumor maligno..... 7
	Características generales..... 11
CAPITULO II	Clasificación y aspectos histológicos.. 14
	Clasificación..... 14
	Aspectos histológicos..... 16
	Manifestaciones radiográficas..... 18
CAPITULO III	Tratamiento..... 23
	Pronóstico..... 20
	Tratamiento..... 28
	Tumores malignos metastásicos..... 34
	Conclusiones..... 40
	Bibliografía.

INTRODUCCION.

INTRODUCCION.

De acuerdo al título de ésta tesis, quiero recordar y explicar la importancia que considero, implica el factor de encontrar cualquier tipo de anomalía en la boca y estructuras adyacentes.

Durante el transcurso de ésta tesis quiero exponer las diferentes características de las neoplasias malignas y en especial de un tumor que es casi desconocido, para así entre ellos saber diferenciar y dar el tratamiento adecuado.

Aunque los tumores constituyen una sola pequeña minoría de los estados patológicos, observados por el odontólogo, son de gran importancia, porque tienen la capacidad de amenazar la salud del paciente y aún la vida.

Es de enorme importancia que esté familiarizado con ellos para que cuando se presente uno, pueda realizar el tratamiento adecuado o derivado al terapeuta.

La neoplasia es un fenómeno biológico, mal comprendido que, en algunos casos no puede ser diferenciado de otros procesos o reacciones tisulares. Si bien no existe una definición precisa de neoplasia, particularmente una sin excepción, se le puede considerar una neoformación independiente e incoordinada de tejidos que es potencialmente ca-

paz de proliferar ilimitadamente y que no cede una vez eliminado el estímulo que produjo la lesión.

El descubrimiento de cualquier lesión bucal, requiere la elaboración de una historia clínica, bien detallada, se debe hacer una descripción escrita completa de la lesión, que incluyen datos referentes a ulceración, tamaño, localización, duración, consistencia, induración, extensión a las zonas adyacentes, y un estudio radiográfico.

La finalidad de ésta tesis, es que se llegue a conocer los tumores malignos y en especial el rabdomiosarcoma, para así poderlo distinguir de otras neoplasias.

C A P I T U L O I

DEFINICION Y CARACTERISTICAS GENERALES.

C A P I T U L O 1

DEFINICION Y CARACTERISTICAS GENERALES.

DEFINICION:

Sarcoma, nombre genérico dado a todas las neoplasias malignas de origen mesenquimatoso o conjuntivo.

Los sarcomas se dividen según el tipo de células que lo forman dependiendo del tejido que lo origina. Las células pueden ser redondas, fusiformes o mixtas. El tejido original puede ser adiposo, fibroso, muscular, etc.

El Rabdiosarcoma es una neoplasia muy rara y sumamente maligna de tejido muscular estriado. A este tipo de lesión se le ha conocido por diferentes nombres como Rabdomiosarcoma, Rhabdiosarcoma, Rabdioma maligno, Miosarcoma y Rabdomioblastoma.

Esta neoplasia es derivada del tejido muscular estriado inmaduro o del tejido mesenquimatoso indiferenciado con potencial para una diferenciación aberrante de fibras musculares.

La neoplasia maligna frecuente en la cavidad orbitaria que suele aparecer en la primera década de la vida, este nos explica la frecuencia de localización de cabeza y cue-

110.

El Rabdomiosarcoma de cabeza y cuello constituye un tipo explicando que se observa más a menudo en los niños.

Entre todos los Rabdomiosarcomas, se calcula un 10% para la cavidad oral y se menciona como el lugar más frecuente de asiento en la lengua, carrillos y labios, siendo el labio inferior menos frecuente.

Se han reportado aproximadamente 70 casos de Rabdomiosarcoma intraorales, por lo que vemos que es un bajo reporte intraorales y por lo general es muy raro encontrarlos.

El Rabdomioma, o tumor benigno originado en el músculo estriado es una lesión sumamente rara, el término "Rabdomioma" fue usado para referirse a una lesión del miocardio que suele estar asociado con un complejo Hamartómico, incluidos los adenomas sebáceos, esclerosis tuberosas, y Hamartomas de Riñón y de otros órganos. Sin embargo, algunos investigadores ven el Rabdomioma de esta localización como una anomalía del desarrollo y no como una neoplasia. En otros sitios el Rabdomioma es extremadamente raro, las zonas más comunes son la lengua y piso de la boca.

También se presentan en la axila, pared torácica, cue-

llo, laringe y faringe.

Tumor y neoplasia son términos sinónimos, la palabra - cáncer se refiere a un tumor maligno, y en sentido estricto, de origen epitelial, es decir se debería usar como sinónimo de carcinoma en contraste a sarcoma, que se refiere a un tumor maligno de origen mesenquimatoso.

El término cáncer derivado del latín *cancrum*, que significa cangrejo, expresa el modo pertinaz de adherirse e - invadir el tumor maligno.

El término blastoma se emplea para componer nombres de tumores malignos cuyo origen es discutido a diferencia de la terminación citoma, utilizada para designar tumores benignos, las costumbres han hecho que las terminaciones enoma se apliquen a tumores y la raíz indica el tipo celular de origen como fibroma y epitelioma, o el patrón estructural como papiloma adenoma o cilindroma. Cabe mencionar al - Rabdomioma en estos grupos.

Un tumor se puede describir como un tejido normal en - crecimiento activo compuesto por células derivadas de - - otros, que han sufrido un tipo anormal de diferenciación - irreversible; su crecimiento es progresivo, sobrepasa al -

de los tejidos normales y no está coordinado con éstos, no se conoce la naturaleza íntima de la diferenciación irreversible.

Es preciso definir claramente los principales términos que son: tumor, neoplasia, benigno, maligno, cáncer, carcinoma, sarcoma, lesión primaria, lesión secundaria.

TUMOR.-

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

NEOPLASIA.-

Es sinónimo de tumor por lo tanto, las neoplasias pueden ser benignas o malignas, un carcinoma es una neoplasia maligna, pero una neoplasia maligna puede ser un carcinoma o un sarcoma.

TUMOR BENIGNO.-

Los tumores benignos no son malignos, éstos tumores so

lo crecen por continuidad. Suelen estar encapsulados por lo que no invaden los tejidos vecinos, su desarrollo es lento, y no se extiende a partir de su foco de origen salvo por un crecimiento propio. No producen metastasis solo matan si ocupan zonas vitales, por ejemplo ciertas regiones del cerebro.

TUMOR MALIGNO.-

Hay dos tipos principales que son carcinoma y sarcoma. Los tumores malignos son peligrosos, crecen rápidamente y son muy traicioneros, a diferencia de los tumores benignos son leves y de crecimiento lento.

Los tumores malignos no identificados o mal tratados siempre resultan mortales donde quiera que se encuentren.

Los tumores malignos carecen de cápsula, son de desarrollo rápido, invaden tejidos vecinos, producen metástasis por vía linfática o sanguínea, se localizan fácilmente y esto sirve para su tratamiento.

CANCER.-

La palabra cáncer es un término general que abarca a todos los tumores malignos. Existen dos grupos generales -

de tumores malignos. La clasificación se basa en que el te jido de origen sea epitelial o mesodérmico.

CARCINOMA.-

Un carcinoma es un tumor maligno de origen epitelial - por ejemplo, hay carcinomas de piel, lengua, estómago, tiroides, recto, útero. De hecho en cualquier organo donde se encuentre tejido epitelial.

SARCOMA.-

Se llama sarcoma a un tumor maligno de origen mesodérmico: por ejemplo los tumores malignos originados en tejidos conectivos como hueso, cartilago, tejido fibroso, músculo, grasa, etc., se pueden llamar osteosarcoma, condrosarcoma, fibrosarcoma, etc.

LESION O TUMOR PRIMARIO.-

Por lesión primaria se entiende el tumor inicial, por ejemplo: un tumor puede nacer en la lengua e invadir un ganglio linfático del cuello. La lesión lingual es la lesión primaria; la lesión ganglionar es un foco secundario de la enfermedad, originado por la lesión primaria.

LESION O TUMOR SECUNDARIO.-

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

METASTASIS.-

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

Cuando las células malignas pasan a vasos linfáticos o sanguíneos, pueden alcanzar focos diversos, próximos o alejados, dondequiera que lleguen éstas células pueden morir o seguir proliferando.

Si proliferan, el pequeño grupo de nuevas células constituye un tumor independiente, éste nuevo crecimiento secundario es una metástasis. Las metástasis pueden ser aisladas o múltiples.

Existen varios tumores malignos que casi nunca dan metástasis, o sea, no producen focos secundarios.

Los principales ejemplos de estos tumores malignos que no dan metástasis son: el carcinoma de células basales de la piel, y el ameloblastoma. Es característico de ellos la falta de metástasis. Todas las lesiones bucales producen metástasis, y hay que desconfiar de ellas.

Resumiendo podremos decir que cerca del 98% de los cánceres que se ven en odontología se desarrollan a partir de los tejidos blandos (solo un 25% crece a partir de la mandíbula y de la maxila) debería decirse que el cáncer maligno es relativamente raro.

Sin embargo, ello no es cierto, ya que los maxilares se afectan muchas veces secundariamente por las lesiones cancerosas cuya localización primitiva estaba en los tejidos blandos, por ejemplo: la mandíbula y la maxila se afectan a menudo por invasión directa de los cánceres que se desarrollan en los tejidos blandos de la encía y paladar de forma parecida, a una lesión en el suelo de la boca, si sigue su evolución puede extenderse hasta la totalidad de la cortical mandibular.

Incluso los cánceres primitivos de los labios evolucionando el tiempo suficiente pueden penetrar en la cortical de la mandíbula.

Las neoplasias malignas de los senos maxilares invaden

a menudo la maxila que hay por debajo.

Por tanto el rabdomiosarcoma es un tumor maligno del músculo estriado, es relativamente raro en la cavidad bucal.

Sobre la base del aspecto histológico hay cuatro tipos de rabdomiosarcoma y muchas de las características clínicas son bastante típicas de algunos, los cuales se verán en los capítulos siguientes.

CARACTERISTICAS GENERALES.-

Esta lesión es de crecimiento rápido y se presenta como masa indolora ya sea en niños o en adultos jóvenes.

Estudios certificados de niños que murieron de Rabdomiosarcoma, revelaron que la distribución de las edades tenían dos puntos máximos inmediatamente después del nacimiento y otro la edad de los quince a diecinueve años, con una preponderancia de 1.5 a 1.0 en el sexo masculino, en duración de los síntomas antes del diagnóstico, ha oscilado entre 1 a 6 meses sin observarse ninguna característica macroscópica, que permita llegar al diagnóstico clínico de la lesión.

El diagnóstico tardío, representa, la pérdida de un

tercio de lo que queda de vida al paciente. La distribución de frecuencia por edades es por consiguiente totalmente distinta de la conocida para los tumores malignos de la mucosa bucal, en lo que predominan los carcinomas.

En los casos de Rbdomiosarcoma localizado en la boca, se producen metástasis linfáticas y hemáticas, hacia cerebro, pulmones, pelvis y huesos largos y sobreviene la muerte en un plazo aproximado de dos años. Ésta neoplasia crece con rapidez, y cuando el paciente acude al médico, éstas han alcanzado un volumen considerable (20-25 cms.), se encuentran formado por tejido gris rojizo, blando, que invade invidentemente y destruye los tejidos subyacentes.

Aunque cada tipo de tumor tiene sus características propias, existe un grupo de síntomas y signos clínicos, y radiográficos cuya composición sugiere aquella sospecha, mucho antes de que sea posible establecer la individualidad del tumor.

Tanto en los tumores primitivos como en los metastásicos, suelen estar ausentes las manifestaciones clínicas durante el primer tiempo de su desarrollo.

Cuando los maxilares son invadidos por tumores malignos de los tejidos blandos vecinos, aunque existen las manifestaciones propias del tumor primitivo, los signos clínicos de invasión ósea suelen ser tardías.

Nunca será exagerada la importancia de obtener una his toria médica basada en todos los pacientes en los cuales se sospecha la posibilidad de un tumor metastásico.

Además de estos casos es preciso realizar un minucioso examen clínico y radiográfico, y si se descubre una lesión sospechosa el diagnóstico final ha de ser establecido mediante la biopsia.

C A P I T U L O I I

CLASIFICACION Y ASPECTOS HISTOLOGICOS.

C A P I T U L O I I

CLASIFICACION Y ASPECTOS HISTOLOGICOS.

CLASIFICACION.

El Rbdomiosarcoma puede dividirse para su estudio en cuatro patrones histológicos, cada uno de ellos presenta características clínicas e histológicas diferentes.

Esas cuatro formas son:

- 1.- Pleomórfico
- 2.- Alveolar
- 3.- Embrionario
- 4.- Botroideo

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1.- El rbdomiosarcoma pleomórfico; es una forma tumoral, aparece con mayor frecuencia en las extremidades que en cualquier otro sitio y suele verse en individuos mayores, también se ve en adultos jóvenes y la mayor parte se desarrolla en las extremidades inferiores.

En boca tiene un aspecto de tumor sólido, voluminoso, no doloroso y muy infiltrativo.

2.- El rhabdomyosarcoma alveolar; se dice que se presenta a muy temprana edad, generalmente entre los 10 y los 20 años de edad, con un promedio de 15 años, y se ha descrito en la cavidad orbitaria y el maxilar, no habiéndose publicado casos de lesiones bucales.

Sin embargo, los límites del grupo alveolar fueron de 5 meses a 58 años, mientras que la mayor parte de casos de éste tipo se presentaba en las extremidades, aproximadamente 18 de 100 se encontraron en la cabeza y cuello.

3.- Rhabdomyosarcoma embrionario; se presenta en niños y representa la mayor parte de las rhabdomyosarcomas originadas en la cabeza, cuello y boca. Es más común en la zona de la cabeza y cuello, se señala, que ésta neoplasia se origina principalmente en la musculatura de la órbita facial y cervical.

Este tipo es más frecuente intraoralmente en el paladar blando donde la neoplasia se desarrolla como una masa blanca no dolorosa, sésil y polipoide. La mucosa que lo cubre puede ser hiperémica y rara vez se observan ulceraciones, en sus primeras fases, la lesión se parece a una hiperplasia papilar.

4.- Rhabdomyosarcoma Botrioideo; fue reconocido hace tiempo, como tumor maligno de vagina, próstata y base de

la vejiga en niños pequeños. Hoy en día, es generalmente - aceptado como una variante del Rbdomiosarcoma embrionario y se comunicó que ataca al seno maxilar, nasofaringe, conducto biliar común, y oído medio. Antes era separado como una entidad, debido a su pauta clínica desusada de crecimiento. La molestia principal para el paciente con Rabdo - miosarcoma, por lo general independientemente del grupo - histológico, suele ser hinchazón, pero si están afectados - los nervios hay dolor.

Según la localización de la lesión se observan los siguientes fenómenos: divergencia ocular, disfagia auricular y desviación de la mandíbula, y a veces las lesiones se ulceran.

ASPECTOS HISTOLOGICOS. -

El aspecto microscópico de ésta lesión presenta para - su identificación de células semejantes a las normales del músculo estriado.

La masa principal de la neoplasia puede consistir, en células indiferenciadas, pequeñas, grandes o gigantes re - dondas, ovaladas, triangulares o de forma que semejan rena cuajos, correas o raquetas.

El citoplasma es miomatoso y a menudo finalmente granuloso y eosinófilo.

En lo que respecta a los núcleos éstos son grandes, múltiples y de diversas formas curiosas, en ocasiones están dispuestas en fila; y el número, varía de acuerdo al tamaño de la célula. En sus manifestaciones clínicas se divide en tres estadios:

- 1.- Estadio inicial sintomático
- 2.- Estadio intermedio
- 3.- Estadio avanzado

1.- El estadio sintomático: se caracteriza por ciertas quejas, como una vaga " neuralgia ósea ", la hipersensibilidad ósea, un dolor como si estuviera " royendo el hueso " se trata de un dolor no intenso, sino más bien moderado, además el paciente no puede designar el lugar específico, sino que señala una zona extensa.

2.- El estadio intermedio: se encuentran los síntomas descritos antes, pero también se puede manifestar por otros signos como un vago dolor dental, aflojamiento de uno o varios dientes y a menudo parestesia, entumecimiento de los labios, un ligero agrandamiento o deformación de la mandíbula dolorosa a la palpación y otros signos.

3.- En el estadio avanzado: se ven masas muy prominentes de consistencia dura, que generalmente contiene una o varias ulceraciones de aspecto crateriforme, que se descubren con facilidad y hay una hipertrofia y deformidad marcada, junto a la destrucción del hueso.

Si un examen clínico, realizado o no a solicitud especial del paciente, se descubren síntomas de este tipo que no pueden ser seriamente atribuidos a otra causa individualizable no neoplásica, el estudio radiográfico completo debe seguir inmediatamente al clínico.

MANIFESTACIONES RADIOGRAFICAS.

Por tratarse de patología ósea el estudio radiográfico es imprescindible siempre, puede ser con frecuencia el único medio de descubrir la presencia de un tumor maligno del maxilar o de la mandíbula en sus inicios.

En primer lugar mostrará, si el tumor es de naturaleza osteoblástica u osteolítica, la reacción osteoblástica causa nueva formación de hueso.

Esto puede ocurrir dentro o fuera del maxilar, en algunos casos ocurre dentro y fuera del hueso lo que generalmente es un signo de malignidad.

La reacción osteolítica causa reabsorción y sustitución de hueso, la evaluación de los efectos causados por estos procesos es con frecuencia difícil.

Cuando la lesión formó una área con margen osteolítica, esto quiere decir que hay un cambio gradual del hueso enfermo al normal sin límite definido. Esto es característico de los tumores infiltrantes, una área quística tiene un margen bien definido radiopaco porque la lesión está limitada por una capa de hueso cortical.

Esta condición se ve en los quistes odontogénicos y en las fisuras; pero también puede encontrarse en tumores centrales encapsulados, como el ameloblastoma y el fibroma.

Los fibromas llamados poliúísticos suelen invadir progresivamente el hueso, más tarde se forman muescas en el margen o perforaciones y extensiones en el tejido vecino, lo cual significa malignidad local, quedan por considerarlas áreas oscuras de perforación llamadas también punzón-de socavados, estas son las sombras de margen bien definido, sin hueso cortical a su alrededor, son debidas a la perforación de la tabla cortical gruesa densa y por lo tanto radiopaca del maxilar, se ven en el mieloma múltiple que forma defectos semejantes en otros huesos, especialmente las costillas y el cráneo.

En general, las imágenes correspondientes a blastomas malignos presentan las siguientes características:

- a) Imágenes centrales y periféricas de dimensión variable, que cuando se cuenta con dos placas radiográficas similares, tomadas con un cierto intervalo de tiempo, revela un crecimiento rápido.
- b) La radiolucidez o radiopacidad no son uniformes y puede hallarse una combinación de ambas.

Al principio los límites pueden parecer los correspondientes a una imagen de "hueso soplado inflado o en pompa de jabón", hecho transitorio por el freno que temporariamente puede provocar corticales densas y periostios, pero en índice de rápido crecimiento la falta de condensación ósea periférica.

Características radiográficas de las lesiones metastásicas no producen imágenes radiográficas patonómicas aunque la mayoría de éstas metástasis producen lesiones osteolíticas y por lo tanto aparecen radiolúcidas en las radiografías, ciertos tumores producen lesiones osteoplásticas o lesiones que se caracterizan por la formación de hueso.

Tales lesiones se caracterizan como zonas radiopacas o

escleróticas y con mucha frecuencia están vinculadas al carcinoma de próstata y, ocasionalmente, de mama y pulmón, la metástasis puede estar relativamente bien delimitada y confinada o puede presentar una alteración mal definida de una porción considerable de hueso.

Debido a la destrucción ósea que puede producirse, a veces se observan fracturas patológicas.

Nunca será exagerada la importancia de obtener una historia médica basada de todos los pacientes en los cuales se sospecha la posibilidad de un tumor metastásico.

Además de estos casos es preciso realizar un minucioso examen clínico y radiográfico, y si se descubre una lesión sospechosa, el diagnóstico final ha de ser establecido mediante la biopsia.



CAPITULO III

TRATAMIENTO.

C A P I T U L O I I I

T R A T A M I E N T O

La mayoría de los autores coinciden en que debe realizarse la extirpación quirúrgica. La disección cervical está indicada solamente en casos de metástasis cervical confirmada.

La radioterapia es útil para las lesiones no reseca- bles así como no hay pacientes que solo aunque el Rbdomio sarcoma no sea radiosensible que solo hayan sobrevivido más de 5 años el tratamiento. La radioterapia insuficiente puede ser la causa de fracaso en el tratamiento, con cierta frecuencia se puede presentar los efectos colaterales de la radioterapia como son: náuseas, vómitos, anorexia y pérdida de peso que desaparecen al cesar la terapia.

La quimioterapia se realiza a base de períodos de aplicación de ciclofosfamida, actiomicina D, Vincristina en ciclos intravenosos de 14 semanas y períodos finales de Fami da Oral lo cual potencializa la Radioterapia.

Es probable que solo el 25% o menos de los pacientes con Rbdomiosarcoma sobreviven a los 5 años después del

tratamiento. La supervivencia global de 5 años es el 3% y en más el 50% de los casos y hay recidiva local.

En caso de tratamiento quirúrgico:

Cuando se requieren maniobras quirúrgicas radicales, para combatir una neoplasia maligna, y es necesario extirpar el maxilar superior o inferior, o segmentos de ellos, es evidente que los dientes en el foco canceroso y en los límites de la resección deben formar parte de la muestra quirúrgica.

Son importantes un estudio y tratamiento preoperatorio, de los dientes, para dejar al paciente en las mejores condiciones antes de la intervención.

El tratamiento prequirúrgico de los dientes comprende normalmente:

- 1.- Tratamiento de las inflamaciones periodontales y gingivales con un máximo de cuidado.
- 2.- Supresión de las infecciones más importantes, extirpando los dientes hoy lesionados.
- 3.- Debe diferirse la extirpación de las raíces re - -

siduales expuestas.

- 4.- Se extirpan los dientes con lesiones periapicales que no pueden ser restaurados.
- 5.- Se restauran en forma provisional las caries muy avanzadas.
- 6.- Se debe aplicar terapéutica endodóntica para conservar dientes que puedan requerirse para fines específicos, muchas veces éste paso puede realizarse algún tiempo después de la intervención.
- 7.- En condiciones especiales, se preservarán ciertos dientes, que normalmente deberían extirparse para facilitar las maniobras de rehabilitación.

En casos de tratamiento radiológico:

Atención odontológica antes de la radiación; no siempre está indicada en la actualidad la extirpación de todos los dientes antes de la irradiación. En ciertos casos, incluso los dientes sanos pueden crear dificultades para una técnica de irradiación específica, por ejemplo por vía bucal, en cuyo caso deben quitarse los dientes sospechosos -

de tener caries, enfermedades de la pulpa, o lesiones periodontales, o malposición, deben extirparse de 10 a 14 días para una cicatrización completa.

Durante la extirpación de los dientes, antes de la irradiación, se suprimirán y corregirán todos los bordes irregulares y agudos, hasta lograr una coaptación tan completa como se pueda de tejidos blandos.

Cualquier prominencia ósea aguda debe regularizarse, pues esto ya no podrá hacerse después de la irradiación. Los dientes muy impactados, completamente cubiertos de hueso y tejido blando, no pueden extirparse pues se prolongaría muchísimo el tiempo de cicatrización. Es raro encontrar terceros molares parcialmente salidos en los enfermos de cáncer bucal, pues en las series atendidas por el autor la edad promedio fue de 63 años.

Debe analizarse la posibilidad de extraerlos, pues pueden significar infección y una grave osteonecrosis. La decisión final que se tome puede depender del grado de traumatismo necesario.

De cualquier manera en ciertos casos difíciles ésta extracción requiere mucha habilidad. La extirpación y regularización de la placa lingual puede acelerar la cicatrización.

Atención odontológica después de la irradiación:

La caries constituye un problema importante después de las irradiaciones; se deben a los efectos combinados de la propia irradiación, la xerostomía, y otros factores, como: sensibilidad inherente, recesión gingival, como exposición de cemento, y mala higiene bucal.

Una vez llevada a cabo la terapéutica por irradiación, debe mantenerse un cuidadoso programa de tratamientos bucales para evitar las caries y la gingivitis; esto tiene todavía mayor importancia si existe xerostomía.

Para lograr resultados óptimos, las medidas como cepillado, remoción de placas, lavado bucal y aplicación diaria de fluoruro deben continuarse mientras existen dientes que valga la pena conservar.

Es preciso continuar un tratamiento periódico en el consultorio del dentista, debe comprenderse que si se dejan dientes sanos en bocas irradiadas para eliminar un cáncer, todos los interesados -el radioterapeuta, el dentista y el paciente- están obligados a llevar a cabo un programa intensivo de atención dental, hemorragia, obstrucción nasal, y una variedad de otras manifestaciones.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.-

El pronóstico es malo aunque mejor en los maxilares que en otro hueso, la agresividad histológica en los maxilares es menor, apreciándose en general un crecimiento de tipo nodular.

El tratamiento esencialmente quirúrgico radical, con amplio margen, una radiación de elevada intensidad previa al acto quirúrgico como procedimiento adecuado para reducir las recidivas y metástasis, el tratamiento en lesiones de huesos largos, la amputación es el requisito primordial.

CONDROSARCOMA.-

Igual que el sarcoma osteogénico, el condrosarcoma es un tumor raro de los maxilares, es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar, aparece entre los 25 y los 50 años de edad. El tumor crece con rapidez y puede presentar los mismos síntomas clínicos y radiográficos del sarcoma.

El tumor no produce metástasis con la misma facilidad que el sarcoma osteogénico, sin embargo los tumores de la mandíbula pueden extenderse a lo largo de las estructuras del cuello al interior de el mediatino, y los del maxilar,

al interior de la base del encéfalo, matando así por extensión local.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.-

El pronóstico es grave y solo alrededor de un tercio de los pacientes sobrevive más de 5 años.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico, ya que tanto las radiaciones como la quimioterapia son ineficaces, la operación debe ser radical con amplio margen para evitar las recidivas.

FIBROSARCOMA OSEO.-

En los maxilares son raros, especialmente los centrales, (fibrosarcoma central) ya que la mayoría tiene origen periosteal, la edad preferida es entre los 20 y 50 años de edad, también se pueden encontrar en personas de edad avanzada, ambos sexos son afectados.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.-

Depende del grado de diferenciación y su estadio evolutivo; las recidivas, el tratamiento radiante es ineficaz - por la radiorresistencia del tumor, en caso necesario se empleará como complemento de la cirugía.

SARCOMA O TUMOR DE EDWING.-

Se trata de una lesión muy rara de los maxilares, - - habiéndose publicado menos de cincuenta casos, se dice que es más común en el lejano Oriente que en los Estados Unidos, el tumor es más frecuente en el hombre que en mujer, más en la mandíbula que en el maxilar y suele presentarse en personas menores de 20 años.

Las lesiones crecen rápidamente y se acompañan de dolor, fiebre y tumefacción, los dientes de la zona se aflojan y migran, y la tabla cortical del hueso por lo común - se destruye.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.-

El pronóstico es malo. Es frecuente la aparición de - nuevos focos de otros huesos del esqueleto.

El tratamiento es combinado: quirúrgico, radiante y quimioterápico.

RETICULOSARCOMA OSEO.-

Las lesiones de los maxilares se asocian con odontalgias, aflojamiento de los dientes, y radiolucencia mal definida en la zona, los tumores del maxilar afectan al seno maxilar, se extienden al interior del piso de la nariz y producen síntomas de obstrucción nasal. Los pacientes suelen tener menos de 40 años, más frecuente en el hombre que en la mujer y la mandíbula es el lugar preferido.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.-

El pronóstico es grave, aunque menor que el correspondiente al reticulosarcoma de los tejidos blandos.

La respuesta al tratamiento radiante es muy buena, por lo que su combinación con una cirugía no mutilante parece el mejor medio terapéutico.

MIELOMA MULTIPLE.-

Las manifestaciones clínicas comprenden al dolor, deformaciones esqueléticas, tumores y fracturas.

Las edades más comunes están entre los 50 y 70 años con predominio en el sexo masculino, resulta también difícil la frecuencia de lesiones primarias en el maxilar.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

El pronóstico es fatal en el curso de meses o algunos años, la muerte se produce por infecciones interrecurrentes o alteraciones renales, es frecuente el depósito amiloide en órganos y tejidos, incluidos los bucales.

El tratamiento ha mejorado con el empleo adecuado de radiaciones y drogas antineoplásicas.

LINFOMA O TUMOR DE BURKITT.-

LINFOMA AFRICANO DE LOS MAXILARES.

Burkitt describió un tipo de linfoma maligno observado con suma frecuencia, que afectaba particularmente a los maxilares, en niños nativos de Kampala Uganda en Africa Oriental Central.

Una vez reconocida, se comprobó que constituía alrededor del 50 al 100 de los tumores malignos de los niños africanos, en otra época se creía que era propia de Africa, sin embargo se encontró en muchos países incluidos los Estados Unidos según los estudios de OConor, y colaboradores.

Se trata de un linfoma maligno indiferenciado, que en las zonas geográficas donde se le ha descrito, comprende aproximadamente la mitad de las neoplasias malignas de la infancia.

También allí los maxilares constituyen el 50% de la localización y las edades de mayor prevalencia de los 3 y 8-años y excepcionalmente después de los 15 años.

Las características clínicas consisten en aflojamiento

y caída de los dientes, tumefacción, crecimiento rápido y destrucción de la tabla cortical.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.-

Pese al curso rápido y mortal de la enfermedad, el elevado grupo de indiferenciación de las células del tumor lo hace muy radiosensible y especialmente controlable por las drogas antineoplásicas.

ANGIOBLASTOMA MALIGNO.-

Pindborg describió la localización en la mandíbula de un tumor maligno vascular, muy raro en los maxilares, considerado como de origen epitelial y reconocido bajo la denominación de " adamantinoma de los huesos largos ".

El tratamiento es la intervención quirúrgica radical.

TUMORES MALIGNOS METASTASICOS.-

Las neoplasias malignas de los maxilares por metástasis desde localizaciones primarias de otros sectores del organismo no constituye un grupo grande de lesiones, sin -

embargo, estos tumores son de gran importancia clínica, -
pues su aparición puede ser la primera indicación de un -
proceso maligno en un sitio alejado, además un tumor de -
los maxilares puede ser la primera manifestación de disemi-
nación de un tumor conocido en su localización primaria.

Se ha dicho que las lesiones metastásicas de los maxi-
lares, son raras puesto que son pocas las veces que se les
cita en estudios analíticos críticos sobre la distribución
de tales lesiones en el organismo. Señalemos sin embargo, -
que la técnica corriente para determinar la distribución -
de los tumores metastásicos es mediante un examen radiogrã
fico del esqueleto de un determinado paciente, este examen
abarca las radiografías de los miembros, pelvis, caja torã
tica, columna vertebral y crãneo.

Es raro que incluya radiografías separadas de la mandí-
bula o el maxilar, y resulta imposible establecer la pre-
sencia de lesiones de estos dos huesos en la mayoría de -
las radiografías de rutina de crãneo, hay pues buenas razo-
nes para creer, y la siempre creciente cantidad de comuni-
caciones en la literatura sobre los tumores metastásicos -
de los maxilares lo confirman, que estas lesiones son mu-
cho mäs comunes de lo que antes se creía.

Clínicamente, la lesión metastásica puede producir, tu-
mefacción, dolor, presión, aflojamiento de los dientes y -

parestesia, los pacientes suelen tener entre los 40 y 60 años y casi el 60% son mujeres.

Las radiografías suelen revelar zonas radiolúcidas, excepto en algunos pacientes con tumores de próstata y mama, en quienes podrán observarse radiopacidad, el diagnóstico definitivo se logra mediante una biopsia, resulta evidente que cualquiera de los síntomas descritos, que no pueden explicarse con facilidad, deben ser cuidadosamente investigados.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.-

El pronóstico es grave y en la mayoría de los casos solo susceptible de tratamiento paliativo radiante, sin embargo cada caso debe ser cuidadosamente evaluado por el comité de tumores de acuerdo a las características del tumor primitivo, estado del enfermo, existencia de otras metástasis y otros.

En el tratamiento se consiguió el alivio considerable de síntomas y la paleación prolongada mediante una serie de procedimientos que influyen por separado o combinados, la irradiación con rayos X, administración de hormonas sexuales, adrenalectomía, administración de antagonistas del ácido fólico o mostaza nitrogenada y más recientemente la hipofisectomía.

Por lo general, la enfermedad es mortal.

METASTASIS POR VIA LINFATICA.-

Se emplea este término cuando hay invasión a los ganglios linfáticos que drenan el sitio del tumor primario, cuando macroscópicamente se observan los vasos linfáticos ocupados por el tumor, cuando la invasión se hace difusa en su forma en un órgano aunque no se vean macroscópicamente los vasos linfáticos invadidos y cuando microscópicamente se observan en el interior de los vasos linfáticos.

Aparentemente el tejido linfático es muy favorable para el crecimiento tumoral, porque no sirve sino como una barrera temporal, excepto en los tumores de crecimiento extraordinariamente lento o cuando la resistencia del hueso es muy grande, la diseminación subsecuente, a partir de los ganglios linfáticos se puede hacer por los vasos sanguíneos o linfáticos, esta invasión puede ser directa o mediante aluente linfáticos. Cuando hay obstrucción linfática normal, se pueden producir embolias linfáticas retrogenadas por la desviación de la corriente.

METASTASIS HEMATOGENAS.-

Se llama metástasis hematogena cuando entre el tumor primario y el depósito secundario no hay comunicación linfática directa, ni posibilidad de implantación. Las células tumorales pueden llegar a la circulación sanguínea directamente, a partir de una metástasis ganglionar cuando en este se invade un vaso.

INVASION DE LOS MAXILARES POR TUMORES MALIGNOS VECINOS.-

En el 75% de los casos en que los maxilares están afectados por tumores malignos, el origen no es primitivo ni metastásico, sino la invasión por contigüidad de tumores malignos de las partes blandas vecinas.

Se trata en la inmensa mayoría de carcinomas espino-celulares de la mucosa bucal o sinusal. En todo carcinoma de reborde o gíngiva, paladar o piso de la boca, debe investigarse radiográficamente una posible invasión ósea está casi constantemente en los carcinomas espino-celulares de reborde y seno maxilar y en el carcinoma adenoquístico (cilindroma), que con gran frecuencia se localiza en paladar duro.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.-

La invasión agrava considerablemente el pronóstico, tanto en lo que se hace a los resultados cosméticos y funcionales del tratamiento como la sobrevida del enfermo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

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

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

Los maxilares son unas de las partes del organismo en donde se presentan con más frecuencia los tumores malignos existiendo una gran variedad de ellos.

Los tumores malignos tienen dos cualidades funcionales que los diferencian de los tumores benignos y uno morfológico.

Las dos cualidades funcionales de un tumor maligno son la invasión (la capacidad para infiltrar y destruir activamente los tejidos próximos) y la formación de metástasis (el desarrollo de centros secundarios de crecimiento tumoral a distancia del foco primario); la cualidad morfológica de un tumor maligno, conocida como anaplasia, constituyen ciertas alteraciones estructurales de los componentes celulares, y sirve como un medio histológico para detectar la malignidad incluso cuando las manifestaciones clínicas no están aún suficientemente establecida.

El tumor benigno está con frecuencia rodeado de una cápsula de tejido fibroso, esta no impide el tumor benigno como algunos creen, que cause trastornos en el huésped ni tampoco su ausencia capacita de un tumor maligno para invadir los tejidos próximos y finalmente matar al huésped.

Para comprender el origen de una cápsula y su limitada unión debemos recordar que todo tejido expande, desplaza - generalmente, al tejido normal que estaba allí antes, y - que éste último, con el tiempo experimentará una presión - que le conducirá a la atrofia, dejando atrás su estroma de tejido conectivo en forma condensada.

Este constituye el origen esencial de una cápsula no - solamente alrededor de un tumor benigno, sino potencial - mente también alrededor de un crecimiento maligno, e inclu - so alrededor de un quiste no neoplásico o de otra masa en - expansión progresiva.

La ausencia de una cápsula visible alrededor de un tu - mor maligno es indudablemente, debido al hecho de que es - destruida tan pronto como se forma, por la acción invasora de células malignas.

El hecho de que un tumor benigno que crece hacia el ex - terior en la superficie del cuerpo, o dentro de la luz de - un órgano hueco, carezca de cápsula no es por lo tanto sor - prendente, puesto que, en casos, no está aplicada la pre - sión que conduce a la atrofia de los tejidos anormales pre - existentes.

Sin embargo, la encapsulación de un tumor benigno tie - ne significado clínico, en el sentido de que la lesión pue -

de ser eliminado quirúrgicamente, con la razonablemente seguridad que no reproducirá, mientras que en el caso de un tumor maligno que no tiene cápsula y en el que células tumorales creciendo activamente sobrepasan el borde aparente de la masa, es preciso extirpar una amplia zona de tejido normal vecino, si se quiere evitar la recidiva.

El conocimiento de las probables vías de invasión es una consideración importante para el cirujano cuando planea la extensión necesaria de la escisión de cada órgano particular afectado.

La importancia de saber si un tumor es benigno o maligno influye así el grado de tratamiento quirúrgico, y cuando existe un tratamiento radical todavía puede producirse la recidiva en un tumor maligno de estado muy avanzado, si existe duda si el tumor es benigno o maligno, generalmente la lesión es tratada como maligna.

Después de haber elaborado esta tesis he llegado a la conclusión de que es importante saber cómo diagnosticar un tumor maligno de los maxilares, además de cómo tratarlos y diferenciarlos de otras neoplasias.

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

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

- 1.- BHASKAR, S. N.
Patología Bucal
Editorial Ateneo
Buenos Aires, Argentina
1974
p.p. 358, 359.

- 2.- BORGHELLI, RICARDO FRANCISCO
Patología Bucal Clínica
1a. Edición., Tomo II
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina
1979
p.p. 523, 539.

- 3.- BURKETT, LESTERN
Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento
6a. Edición
Editorial Interamericana
México, D. F.
1976
p.p. 568, 574

- 4.- GORLING, ROBERT T., HENRY M.
Patología Oral Thoma
Editorial Salvat
Barcelona, España
1973
p.p. 928, 985.

- 5.- QUIROZ GUTIERREZ, FERNANDO
Patología Bucal
2a. Edición
Editorial Porrúa
México, D. F.
1969.
p.p. 359, 366
- 6.- REVISTA DE LA A. D. M.
México, D. F.
1983
p.p. 3, 5
- 7.- SHAFER, WILLIAM G.
Tratado de Patología Bucal
Editorial Interamericana
México, D. F.
p.p. 200, 82
- 8.- S.S.A. MANUAL DE CANCEROLOGIA BASICA
México, D. F.
1963
p.p. 92
- 9.- VELAZQUEZ, THOMAS
Anatomía Patológica, Dental y Bucal.
1a. Reimpresión, 1977
Editorial La Prensa Médica Mexicana
México, D. F.
p.p. 191, 197

10.- ZEGARELLI, EDWARD V.
Diagnóstico en Patología Oral.
Editorial Salvat
1974
p.p. 307.