

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

---



**DIAGNOSTICO EN CANCER ORAL**

**T E S I S**  
Que Para Obtener el Título de:  
**CIRUJANO DENTISTA**  
P r e s e n t a

**OSCAR RODOLFO DIAZ DE ITA**

**México, D. F.**

**13675**

**1978**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

A MIS QUERIDOS PADRES:

PORFIRIO DIAZ GALINDO  
MA. EUGENIA DE ITA DE DIAZ

Quienes han sabido guiarme  
con sus sabios consejos, -  
ayudándome a subir el pri-  
mer escalón de mi vida pro  
fesional.

A MIS HERMANOS:

MA. EUGENIA  
PERLA  
CESAR

Que me alentaron a  
terminar mis estu-  
dios.

A MIS ABUELITAS.

VICTORIA H. DE DE ITA.  
OTILIA GALINDO VDA. DE DIAZ.

Con cariño.

Al Dr. OTHON SANCHEZ CRUZ:

Amigo y Director de esta  
Tesis.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

Al Dr. MANUEL REY GARCIA.

Con agradecimiento por la  
gran ayuda que me ha brin-  
dado.

**AL HONRABLE JURADO.**

**A MIS PROFESORES**

**COMPAÑEROS Y**

**AMIGOS.**

## INDICE

	Pág.
Introducción.	
CAPITULO I.	
ETIOLOGIA Y PATOGENESIS DEL CANCER ORAL.....	1
CAPITULO II.	
ACTITUD PROFESIONAL EN DIAGNOSTICO Y DETECCION.....	15
CAPITULO III.	
EXAMEN DEL PACIENTE.....	18
CAPITULO IV.	
DIAGNOSTICO CLINICO DE TUMORES ORALES.....	27
Carcinoma de células escamosas.....	27
Tumores de las glándulas salivales menores.....	29
Carcinoma adenoquistico.....	30
Carcinoma mucoepidermoide.....	30
Adenocarcinoma de células pequeñas.....	31
Tumor mixto benigno.....	31
Tumores de la mandíbula.....	32
Tumores malignos de hueso.....	33
Tumores epiteliales de hueso.....	34
Tumores benignos y quistes de los maxilares.....	38
Displasia fibrosa de hueso.....	38
Displasia fibrosa juvenil.....	39
Fibroma osificante.....	41
Tumor de células gigantes.....	41
Hiperparatiroidismo.....	44
Granuloma eosinófilo.....	46

Quistes odontogénicos.....	49
Quiste radicular.....	49
Quiste dentífero.....	51
Quiste primordial.....	52
Quistes fisurales.....	53
Quiste palatino medio.....	53
Quiste de la papila palatina.....	54
Quiste globulomaxilar.....	54
Quiste mandibular de la línea media.....	
Cavidades quísticas no forradas de epitelio.....	55
Quiste traumático de hueso.....	55
Quiste aneurismal de hueso.....	56
Cavidades idiopáticas de hueso de la mandíbula	57
Diversos tumores malignos de la cavidad oral.....	57
Melanoma maligno.....	58
Plasmacitoma.....	58
Linfoma.....	59
Cáncer metastásico de la cavidad oral.....	59
Tumores variados benignos de la cavidad oral.....	60
Quiste mucoso.....	61
Fibroma.....	62
Fibrolipoma.....	62
Fibroma irritativo.....	63
Fibroma de las dentaduras.....	63
Encía fibromatosa.....	64
Neurofibroma.....	64
Neurinoma o tumor de Schwann.....	65
Mioblastoma o mioblastoma de células granulares.....	65
Epulis congénito.....	66
Papiloma.....	66
Angioma.....	67
Hemangioma.....	67
Linfangioma.....	68

Tumor del embarazo.....	68
Granuloma piógeno.....	69
Telangiectasia hereditaria.....	69
CAPITULO V.	
APARIENCIA CLINICA DE LOS TUMORES DE LA CARA Y CUELLO.....	71
CAPITULO VI.	
CANCER DE LA PIEL DE LA CARA.....	75
CAPITULO VII..	
BIOPSIA.....	79
Debe el dentista hacer biopsias?.....	79
Métodos para tomar una biopsia.....	81
CAPITULO VIII.	
TRATAMIENTO DEL CANCER ORAL.....	85
BIBLIOGRAFIA.....	90

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

El cáncer en la cavidad oral, comprende alrededor del 4 % de todos los tumores malignos, pero el problema es más grande de lo que sugiere el índice proporcional, porque el cáncer en la boca es más vicioso y mortal que muchos de los tumores malignos que aparecen en otras áreas anatómicas. Por ejemplo, el carcinoma de células escamosas del cervix del útero ocurre más frecuentemente que el mismo cáncer en la lengua, pero el porcentaje de cura del cáncer del cervix es mucho más alto.

Puesto que la cavidad oral es un área más accesible que la bóveda vaginal superior, el porcentaje más alto de cura de cánceres uterinos aparentaría ser una paradoja. Sin embargo, no lo es debido a que hay lugares como los Estados Unidos, en los que campañas educacionales dirigidas hacia la población femenina y la profesión médica, por la Sociedad Americana de Cáncer orientan a la gente a la prevención de éste, el cáncer uterino está siendo detectado en períodos más tempranos, y viene a ser más efectivamente tratado.

En contraste, el cáncer oral es una gran enfermedad de los hombres, quienes están, en general, mucho menos concientes del cáncer que las mujeres.

Además en el cáncer oral hay algunas veces signos de advertencia de descarga o hemorragia. Así el contraste con el

cáncer uterino es más comprensible.

En los Estados Unidos, en esas áreas en las cuales es posible la mejor atención médica, el porcentaje de curación del -- cáncer de la cavidad oral, no excede del 30%.

El papel del dentista en la detección temprana del cáncer oral es crucial por algunas razones. Primero, su tiempo e interés del trabajo está comprendido en la cavidad oral, y además, - tiene la oportunidad de reconocer lesiones asintomáticas que pue den significar la presencia de un cáncer temprano.

Con frecuencia, un individuo que se dá cuenta que algo an da mal en su boca usualmente consulta al dentista. Además el den tista frecuentemente tiene la primera oportunidad de reconocer o sospechar tempranamente de un cáncer en la boca, y hay pacientes en quienes puede ser totalmente inadvertida la lesión por la cual se queja.

## C A P I T U L O I

### ETIOLOGIA Y PATOGENESIS DEL CANCER ORAL

Fundamentalmente los tumores malignos de la boca pueden ser clasificados en tres categorías:

#### CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS.

El primero y el más común por mucho, es el carcinoma epidermoide o de células escamosas, que constituye del 90 al 95% de todos los cánceres orales el cual empieza como una pequeña úlcera superficial en las áreas de los carrillos.

#### ADENOCARCINOMA.

El segundo más común es el adenocarcinoma, que proviene de las glándulas submucosas. (Frecuentemente referido como pequeñas glándulas salivales). Su primera apariencia clínica es la de una protuberancia o bulto debajo de la mucosa normal.

#### TUMOR MALIGNO DE LA MANDIBULA.

La tercera categoría abarca tumores malignos que surgen en la mandíbula. Esto incluye sarcomas de hueso o invasiones de tumores epiteliales como los ameloblastomas.

Ninguno de éstos es doloroso en sus primeras etapas. El dolor aparece en los estados más avanzados cuando los nervios -- propioceptores se involucran en el padecimiento.

Se conocen muy pocas causas como factores causantes del -

carcinoma de células escamosas en la boca. (La irritación crónica) ha sido asociada con el cáncer oral pero su exacta relación etiológica no ha sido establecida. La relación entre los rayos-actinios de la luz del sol y el cáncer de labio ha sido bien descrita.

El cáncer oral es muy frecuentemente relacionado con una deficiente higiene oral y dientes en mal estado. Esto es particularmente específico en el cáncer del borde lateral de la lengua. El carcinoma oral aparece menos frecuentemente en el individuo con buena dentición y con adecuados cuidados orales. Las dentaduras totales pueden tener una influencia definitiva en la iniciación del cáncer en la membrana mucosa. Podría ser a causa de que la dentadura original fuese ajustada inadecuadamente, pero más frecuentemente la atrofia del hueso que aparece después de un determinado período de años provocada por la presión y --fricción de la misma dentadura al irse desajustando. El dentista general puede ayudar en la prevención del cáncer oral por medio de una revisión total por lo menos una vez al año de la dentadura de sus pacientes, corrigiendo todos aquellos padecimientos incipientes, recomendando al paciente y ayudándolo a tener una buena limpieza de su boca, y en el caso de que lo requiera, ajustando cuantas veces sea necesario las prótesis y placas totales, evitando así las irritaciones innecesarias de la mucosa oral.

La evidencia más obvia de irritación local como un agente etiológico que se conoce es a causa de las alta incidencia de cáncer oral en los masticadores de nuez Betel en el sureste de Asia y la alta incidencia de cáncer en la gingiva de los masticadores de tabaco en los E.U. Los fumadores están también dentro de la lista de candidatos a sufrir un cáncer oral, debido al alto índice de cáncer de labio y boca que presentan los fumadores en relación a los que no fuman, ésta teoría se refuerza con los recientes estudios en los cuales se ha comprobado la presencia de agentes carcinógenos dentro del humo del tabaco.

Recientes investigaciones clínicas han demostrado que los desórdenes sistemáticos y metabólicos tienen una importante actuación en las condiciones del epitelio oral y éstos pueden ser un primer paso al cambio celular, el cual es muy susceptible, para iniciar un proceso carcinógeno. De acuerdo con éste concepto, la irritación local actúa como un mecanismo de gatillo en el área del epitelio previamente condicionado a responder a los cambios neoplásicos de algo tan simple como una reacción inflamatoria. Es bien sabido que en la sífilis en el pasado tuvo un alto índice de cáncer de lengua, Grantley Taylor ha demostrado recientemente que casi un 50 % de pacientes con cáncer oral, en sus series tuvieron evidencia clínica de cirrosis hepática. Además ha postulado que la avitaminosis cambia el epitelio de una manera que puede establecer el período para la

transformación de células malignas.

Enfermedades sistémicas asociadas con glositis atrófica— tanto como la anemia perniciosa y el síndrome de Plummer Jinson, son ejemplos típicos de enfermedades en las cuales los cambios metabólicos son experiencia de factores causantes en cáncer de boca, faringe y esófago, FIG. 1 y 2.



FIG. 1. Leucoplasia y atrofia marginal de la lengua en un hombre de 26 años de edad.



FIG. 2. Carcinoma de la encía y cambio leucoplásico en el piso de la boca.

El cáncer oral, si siempre comienza de un nevo del epitelio normal y sano, será usualmente discernible un cambio patológico con características irreversibles de crecimiento neoplásico.

Nuestra experiencia en esta secuencia de cambios es incompleta, pero sabemos que hay un punto donde no hay regreso en cuanto la neoplasia se convierte en maligna.

El carcinoma de células escamosas no es originado por una célula simple que se convierte en maligna por medio de un proceso de cancerización en donde el área total del epitelio padece un cambio neoplásico en múltiples puntos, ahí es donde se producirá un tumor simple al cual nosotros observaremos clínicamente como una identidad. FIGS. 3A, 3B, 4, 5 y 6.



FIGS. 3A y 3B. Manchas blancas que histológicamente muestran una marcada queratosis. Múltiples manchas de esta clase indican que toda la mucosa está susceptible a cambios neoplásicos.



FIG. 3B

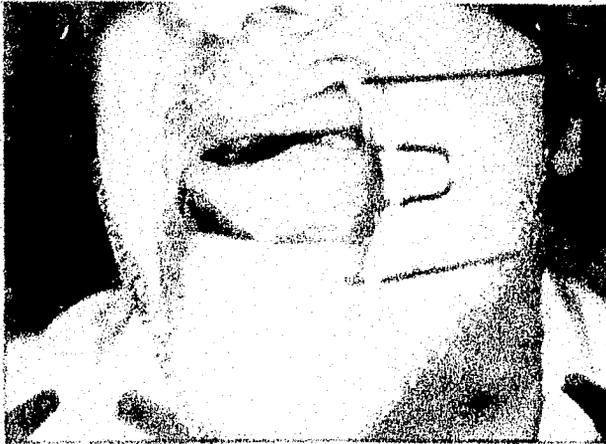


FIG. 4. Carcinoma de la lengua. Hay varias áreas focales de cáncer que surgen de un cuadro leucoplásico.

El 11% de los individuos con un cáncer oral presentarán - un segundo cáncer independiente del primero, los estudios lejos- de favorecer este primer caso, nos muestran que habrá más inci- dencia de un solo caso oral sin secuela en la generalidad de los

pacientes. De cualquier manera, estos segundos casos (sin secuela), podrían aumentar su porcentaje si la mortandad causada por el mismo no fuera tan alta.



FIG. 5. Carcinoma epidermoide del carrillo. El diente muestra un efecto traumático, la corona del diente ocupa el cráter de la lesión.



FIG. 6. Carcinoma del paladar surgido de una base leucoplásica.

## LEUCOPLASIA.

El término es concebido por Schwimmer en 1877 y significa una placa blanca en la membrana mucosa, es solamente descriptiva en la aparición clínica de la lesión, pero no es en sí un diagnóstico. Esta abarca un gran número de diferentes lesiones de variado origen. Queratosis friccional, nevus epitelial, liquen plano, hiperplasia funcional benigna, con o sin queratina, así como el más siniestro cambio en el epitelio caracterizado por una desorientación celular y disqueratosis, todos éstos presentan los signos clínicos de la leucoplasia.

Leucoplasia significa un cambio en el epitelio. Todo el epitelio de la boca puede estar afectado, y el área leucoplásica marca el punto de irritación. Frecuentemente el estímulo local, como una irritación constante por fumar, ocasiona que salga la lesión y sea detectada, pero se sabe poco acerca de los mecanismos internos que predisponen al epitelio a esos cambios. Deficiencias nutricionales, predisposición congénita, disturbios neurosensitivos, así como la totalidad conocida acerca de la entidad de los procesos en el campo de la cancerización, son probablemente los factores fundamentales para preparar el campo epitelial a futuras lesiones.

Si bien conocemos poco acerca del origen de la leucoplasia, esta lesión debe considerarse como sospechosa.

En algunos casos puede hacerse un diagnóstico clínico, --

por ejemplo, las líneas plateadas delgadas que se ven en el interior del carrillo, especialmente cuando se acompaña de una lesión bilateral o más características, puede ser diagnosticado como líquen plano. De cualquier manera en los dos últimos años hemos visto solamente dos casos de líquen plano oral diagnosticado por competentes patólogos, que eventualmente se convierte en carcinoma. Nos hemos convertido un poco más escépticos acerca del diagnóstico, especialmente si no encontramos lesiones concomitantes en la piel. Si no hay ninguna duda acerca del diagnóstico clínico del líquen plano, la biopsia está indicada.

Areas esponjosas y blancas, bilateralmente situadas en carrillos del paciente con una historia familiar de lesiones similares, y que son muy parecidos al nevus, en estos casos si no refiere el paciente padecimientos similares con fechas anteriores se deberá indicar una biopsia para determinar que es realmente lo que padece el paciente.

Sentimos una verdadera necesidad de llegar a un convencimiento definitivo respecto a un diagnóstico clínico efectuado -- sin técnicas de laboratorio. Ninguna lesión blanca, por evidente que sea su etiología debe ser estudiada a la ligera, aunque en muchos casos puede estar ocasionada por la fricción de una dentadura, y dientes en malposición, si aún en estos casos, una vez controlado el factor local persiste la coloración, debe efectuarse una biopsia, FIG. 7 y 8. Lo último que podemos hacer aún con-

vencidos de que el padecimiento es benigno, es tener al paciente bajo un control continuo eliminando la irritación lo más pronto posible. El tabaco en cualquiera de sus presentaciones debe ser eliminado de inmediato. FIGS. 9 y 10.

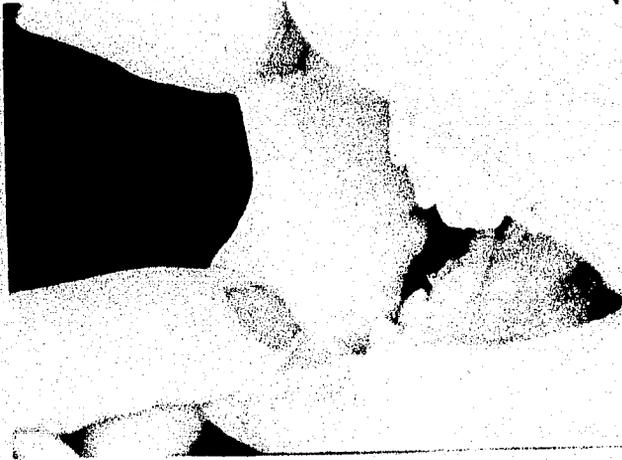


FIG. 7. Un nevus epitelial en una niña de 11 años, la lesión es bilateral y es llamada esponja blanca. Es una lesión congénita.



FIG. 8. Un nevus epitelial en la madre de la niña mostrada en la Fig. 7.

El patrón de crecimiento del carcinoma en la boca debe ser considerado como que evoluciona en tres fases: 1o. Un origen multicelular o multicéntrico (que es lo más característico); 2o. Crecimiento local e invasión periférica; 3o. Metástasis en los nódulos de los ganglios por medio del proceso simple de multiplicación de células cancerosas transmitido por los linfáticos.

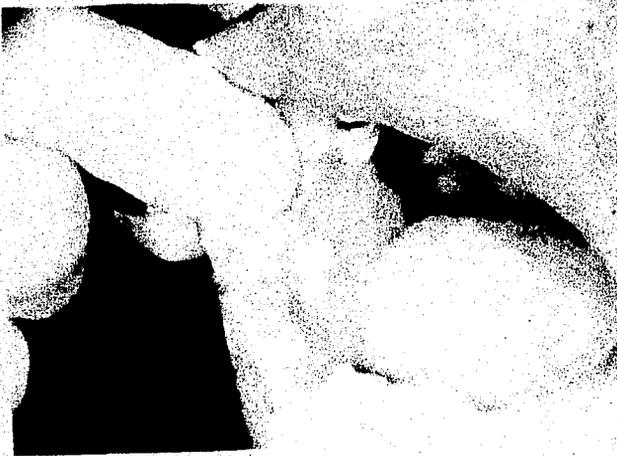


FIG. 9. Leucoplasia complicando la comisura, hay una lesión similar en el lado opuesto. Es te tipo de lesión es definitivamente precancerosa.

Estas células son depositadas en el nódulo ganglionar más cercano, y ahí se estabiliza en un período pequeño de tiempo. -- Conforme se multiplican las células del cáncer, el bloque del nódulo las filtra, permitiendo una infección linfática colateral, la cual es acarreada a los grupos de nódulos más distantes por -

medio de corriente linfática. La metástasis que se esparce hacia el lado opuesto del cuello ocurre cuando una de las dos condiciones siguientes se presenta: 1o. El fluido linfático es desviado hacia el lado opuesto a causa de una infección, como resultado de una extensiva metástasis, o una secuencia de radiación, o destrucción causada en los linfáticos por un anterior tratamiento quirúrgico; o 2o. El cáncer primario cruza la línea media, como en el labio, piso anterior de la boca o lengua, e invade el área de drenaje linfático de ambos lados del cuello.

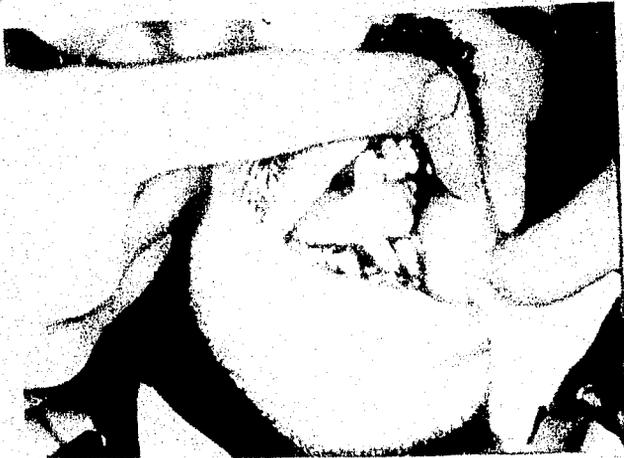


FIG. 10. Leucoplasia en el interior de la comisura.

Por ejemplo, un carcinoma del área de la lengua casi nunca causa metástasis en los nódulos del lado derecho del cuello o de la parte baja retroclavicular de los nódulos linfáticos izquierdos.

Las lesiones del labio suelen difundirse más directamente

en los nódulos interpuestos directamente en el área submandibular o submentoniana del mismo lado, y las lesiones de la lengua afectarán principalmente o primariamente a los nódulos yugulares superiores profundos del lado de la lesión.

La importancia de estos conceptos es que el cáncer oral ordinariamente aparece en las áreas locales, regionales y cervicales, sin el sistemático esparcimiento hacia el hígado, pulmones, cerebro y esqueleto, al contrario de lo que ocurre con el adenocarcinoma que produce metástasis en pecho, tiroides, riñón, y el tracto gastrointestinal.

El carcinoma escamoso de la cabeza y cuello mata por una complicación local, resultando una alteración en la deglución, hemorragias, neumonía, interferencias en la respiración o una combinación variada de las anteriores. La invasión de las venas con un resultado de difusión sistemática ocurre en la minoría de los casos. En la mayoría de los casos, las autopsias efectuadas en pacientes que han muerto por cáncer de células escamosas revelan que no ha habido difusión del mismo bajo las clavículas.

El adenocarcinoma de las glándulas menores y en los tumores primarios de hueso, difiere considerablemente en relación con los patrones de crecimiento y difusión en relación con el carcinoma epidermoide. El adenocarcinoma es considerablemente propenso a invadir las venas y da por resultado frecuentes metástasis pulmonares, además estos tumores invadirán los nódulos linfáti-

cos y cervicales. El ameloblastoma rara vez ocasiona metástasis, y los sarcomas la causan en solo un 20 % de los casos. Si no es totalmente removido o destruido por los tratamientos efectuados en él, matará al paciente por medio de un crecimiento inexorable y destrucción de los tejidos adyacentes.

## C A P I T U L O   I I

### ACTITUD PROFESIONAL EN DIAGNOSTICO Y DETECCION.

Probablemente no hay en el cuerpo un área anatómica de volumen comparable, en cuanto a anatomía y función tan variadas como en la cabeza y cuello. Así mismo hay más especialidades médicas en lo que concierne a enfermedades de cabeza y cuello que para cualquier otra área anatómica.

El dentista, el cirujano general, el cirujano plástico, el otorrinolaringólogo, el oftalmólogo, el radiólogo, ( ambos diagnóstico y terapéutico ), el dermatólogo, el pediatra, el interno y el practicante, todos ellos tienen algo concerniente a la región de la cabeza y cuello. Por lo tanto parecerá que las enfermedades del cuello y vías aéreas superiores y deglutivas serán bien conocidas y correctamente protegidas. Pues al contrario, las enfermedades de éste sitio son probablemente las menos definidas -- con precisión y las menos tratadas adecuadamente que en cualquier otra parte del cuerpo. Esto es natural que suceda, ya que las diversas disciplinas científicas tienden a examinar únicamente el área implicada en el interés específico de su especialidad y con frecuencia ignoran las lesiones patológicas de los tejidos contiguos.

Por ejemplo, el dentista con frecuencia observa únicamente los dientes del paciente; el otorrinolaringólogo, el pediatra y -

práctico general tienden a concentrarse en las amígdalas; el interno, en la lengua; y el cirujano general en la tiroides, parte lateral del cuello y labio inferior. El ángulo de la mandíbula es un área en la cual todas éstas especialidades convergen y ninguna todavía la ha reclamado en forma. Ninguna especialidad se declara incapaz para extracraneal de la cabeza y cuello que en un conjunto. Esto es en el aspecto del diagnóstico físico que el dentista puede hacer un importante papel en el caso de la detección de -- cáncer. Si el dentista pusiera en práctica el hacer una rápida - inspección visual de el cuello, parótida y áreas faciales de cada paciente antes de revisar la boca del paciente, un considerable incremento en el porcentaje de reconocimiento de las masas - laterales del cuello, tumores de glándulas salivales, paperas, - y cáncer de la piel resultaría indudablemente beneficioso.

Esto se dificulta por un dentista que pasa por inadvertida una úlcera cancerosa del labio, pero sin buscar rutinariamente es fácil para él errar y confundir un carcinoma de células ba sales del pliegue nosolabial. Una revisión completa requerirá -- aproximadamente de un minuto de nuestro tiempo. Uno o dos minutos más dedicados a la inspección de toda la mucosa de la cavi-- dad oral rinde grandes dividendos en la detección temprana y sal vación de casos de cáncer en la cavidad oral. A este respecto, - el dentista tiene la oportunidad no solamente de reconocer casos de cáncer oral, pero también triplicar o cuadruplicar su poten-- :

cial de detección de casos, considerando el alto índice de cáncer de la piel y otros tejidos en ésta área anatómica. Desde que el paciente se sienta en el sillón dental se transforma en un prisionero, es negligente, descuidado y se abstiene de reconocer las potenciales lesiones peligrosas que probablemente está totalmente relacionado con el problema dental inmediato. Nos gustaría ver -- que en las escuelas dentales se iniciara un curso en diagnóstico físico de tumores de cabeza y cuello para que las generaciones siguientes estén mejor orientadas para éste tipo de detección.

## C A P I T U L O III

### EXAMEN DEL PACIENTE

El examen comenzaría tan pronto como el paciente se acomode en el sillón dental. Asimetría de la cabeza, cara y cuello - también como manchas de la piel, salpullido o erupción, verrugas, lunares, úlceras y pigmentación pueden ser avisos. Antes de abrirle la boca al paciente, serán inspeccionados el borde de los labios y la unión mucocutánea o bermellón. Observar áreas blanquecinas, fisuras, úlceras, bultos y protuberancias localizadas. -- Fig. 11, 12 y 13.



FIG. 11. Carcinoma de células basales.

A no ser que haya una razón urgente para hacerlo de otro modo, en el proceso de inspección intraoral, los dientes deben ser examinados al último. Se debería hacer un hábito el examinar

primero la mucosa; si seguimos un método definido, la inspección nos tomará muy poco tiempo.

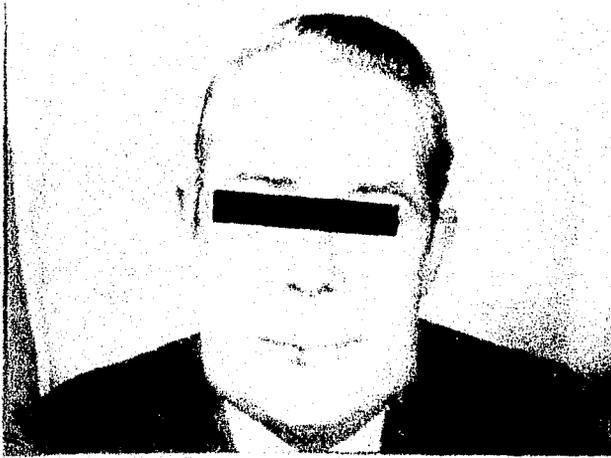


FIG. 12. Cáncer de células escamosas del labio, aparentemente descubierto en sus inicios, pero en realidad muy avanzado. el paciente murió a los seis meses.

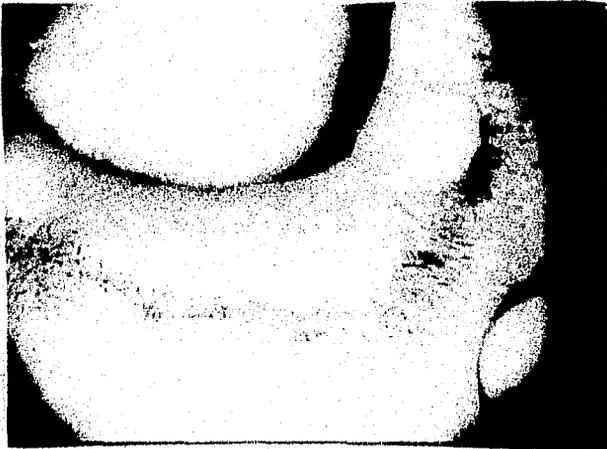


FIG. 13. Carcinoma del labio con poco tiempo de haberse iniciado.

Con la boca del paciente abierta ligeramente, los carrillos permanecen retenidos a ambos lados de la boca y pueden ser observados por comparación. Podemos usar retractores de carrillos, o bien espejos bucales o abatelenguas.

La obliteración de un fornix nos indica protuberancia o hinchazón, muchas veces no observable externamente, ésto es indoloro y el paciente lo ignora. La superficie bucal de la encía posterior es también visible. Fig. 14.

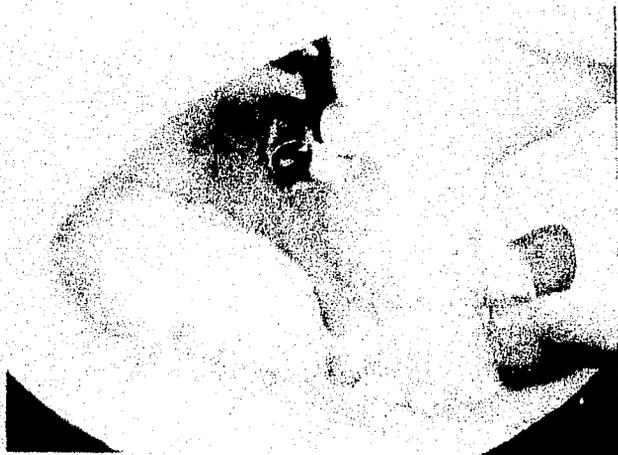


FIG. 14. Carcinoma muy temprano en el área retromolar, la lesión era indolora y el paciente la desconocía, la descubrió un dentista durante un examen rutinario.

Las lesiones blancas se establecen comunmente en el interior de los carrillos.

Cuando se presenta, se observará su configuración, patrón y posición. Se observará si es bilateral, se buscarán también - erosiones, úlceras y prominencias. Seguidamente se examinará el

interior de la superficie labial. Durante éste proceso la superficie bucal de la encía estará dentro del examen; de nuevo se -- buscará en la mucosa labial las mismas lesiones que pudieran presentarse en el interior de los carrillos.

En la inspección de las encías se observará el color, hiperplasias, y tendencia al sangrado, así como úlceras y lesiones blancas. Fig. 15.

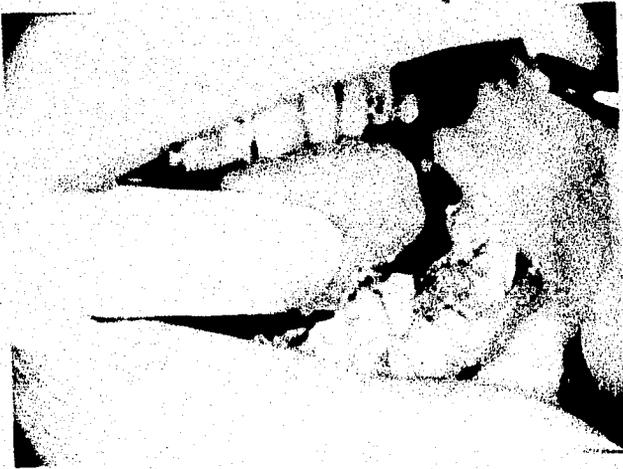


FIG. 15. Carcinoma de la encía.

Después se le pedirá al paciente que abra la boca ampliamente, ésto nos dará una buena vista del paladar y de la unión -- del paladar duro y el paladar blando. Fig. 16.

Un espejo bucal puede ser convenientemente usado, no solamente para reflejar la luz sino para observar la zona de las -- rugas en la parte anterior del paladar. Buscar cualquier protube--

rancia y anotar su localización.

Una protuberancia ósea en el centro del paladar duro es -- usualmente un inofensivo torus palatino. Una protuberancia blanda, muchas veces semifluctuante, se junta a un lado de la línea media y situado en la unión del paladar duro y el paladar blando, que desairamos, puede ser un tumor de glándulas salivales.

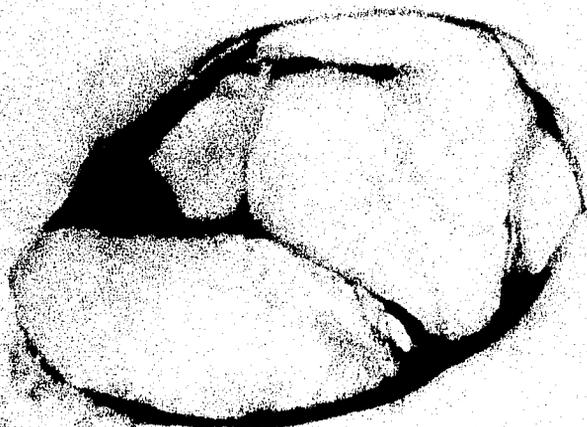


FIG. 16. Superficial e incipiente cáncer de células escamosas del paladar, comprobado -- por una biopsia y curado por irradiación.

Un bulto blando que parece frambuesa en el paladar duro -- de un paciente que usa una dentadura total, es característico -- llamarlo granuloma de la dentadura.

Con una suave depresión de la lengua podemos ver el resto del paladar y la úvula. Tanto en el paladar duro como en el blando se buscarán placas blancas. Surgen protuberancias miliares, -- una superficie blanquecina en el área mucoglandular, rojiza, y --

y de centros abatidos, nos indica estomatitis por nicotina o manchas del fumador. Fig. 17.

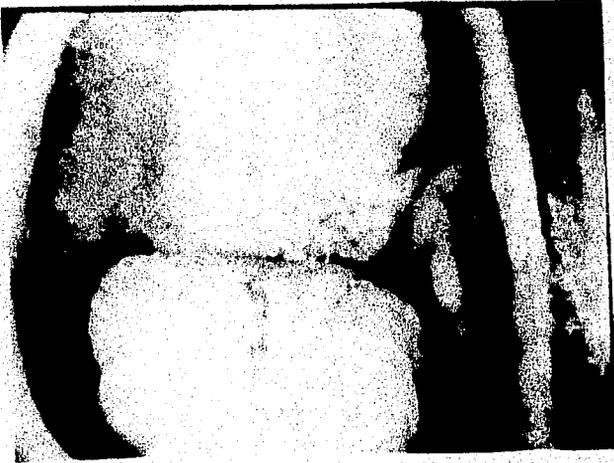


FIG. 17. Estomatitis por nicotina. Es una forma de leucoplasia establecida en el paladar de los grandes fumadores. Resultan pequeños nódulos de hiperplasia y dilatación quística de glándulas mucosas, rasgos distintivos para el diagnóstico.

Se anotará la presencia de úlceras. Una pequeña escoriación, el resultado de un trauma, puede ocasionalmente establecer en la mucosa ligeramente estirada un torus. El paladar blando en la región del arco palatofaríngeo y palatogloso, puede ser sitio para una úlcera neoplásica.

Después le pediremos al paciente que extienda la lengua: examinaremos primero el dorso de ésta, buscando manchas blancas especialmente. Si las presenta, anotar ya sea que su superficie sea lisa, rugosa, agrietada y fisurada; si las manchas son dis--

cretas o muy notorias, si presenta el cuadro la gráfica descrita por Butlin como si "la lengua estuviera cubierta con pintura -- blanca endurecida, seca y agrietada". Debemos tener cuidado con un cuadro como éste, porque puede disfrazar un cáncer de células-escamosas. La bipsia está indicada en circunstancias como ésta.

Protuberancias circunscritas en el dorso de la lengua son raras, ocasionalmente se puede encontrar un tumor de forma romboidal en la línea media en el frente de las papilas.

Esto es usualmente cubierto por una superficie enrojecida. Esta es una glositis romboidal media, una anomalía congénita.

Presenta indentaciones provocadas por la presión de los dientes a los lados de la lengua.

Se coge la punta de la lengua con una gasa y se tira suavemente a uno y otro lado. Fig. 18. Esto nos dá una buena exposición de los bordes laterales de la lengua, áreas en las cuales son más propensas de presentarse las úlceras. Anotar las papilas, particularmente la unión de la lengua en la columna tonsilar, -- porque en ésta área pueden establecerse los primeros síntomas de cáncer.

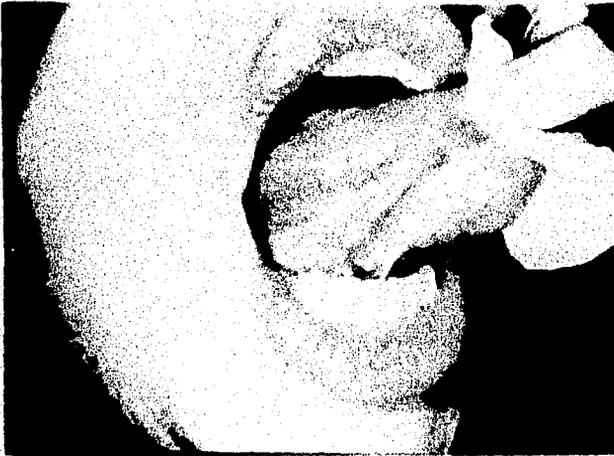


FIG. 18. Un pequeño nódulo blanco en la lengua, histológicamente muestra desorientación y disqueratosis. Nótese el método de asir la lengua para poder manipularla con facilidad.

Se le pedirá al paciente que se toque el techo de la boca con la punta de la lengua, ésto nos deja una buena visión del piso de la boca y de la superficie inferior de la lengua.

Los pliegues sublingual y pterigomandibular pueden verse claramente, así como el frenillo lingual y los forúnculos salivales. De nuevo buscaremos úlceras, protuberancias y manchas blancas.

La palpación es parte importante del examen físico; se recorrerá con el dedo índice la superficie de los tejidos. Pueden sentirse las irregularidades, y con suave presión podremos descubrir un tumor oculto; también se palpará a dos manos presionando con los dedos el piso de la boca. Se presionará sobre protuberan

cias visibles para poder obtener un diagnóstico por su consistencia. Con la presión alterna de dos dedos podremos notar el ondulado característico de la fluctuación.

## C A P I T U L O   I V

### DIAGNOSTICO CLINICO DE TUMORES ORALES

Como se expuso previamente, el carcinoma epidermoide del tipo de células escamosas es el más común e importante de los tu mores malignos de la cavidad oral. Las otras numerosas lesiones, tanto benignas como malignas, son individualmente poco comunes y en conjunto cuentan con solo una pequeña proporción del total de la mortalidad del cáncer oral.

#### CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS.

Este tipo de carcinoma usualmente empieza como una pequeña mancha gruesa en la superficie de la mucosa que puede ser más palpable que visible. Es un tumor de la cubierta epitelial y es necesariamente superficial en su fase inicial. Frecuentemente la mucosa adyacente al tumor está visiblemente cambiada, parece como una gran leucoplasia o como un área de resequeadad. Microscópi camente, este epitelio cercano siempre es anormal, aunque puede no ser visible clínicamente. Como el tumor crece, empieza a inva dir en profundidad, pero la gran difusión inicial se efectúa horizontalmente a lo largo de la superficie. Esta es una manifesta ción del proceso de la "zona de cancerización".

Después del crecimiento invasivo de la submucosa se estabiliza, la difusión linfática y metástasis de las células cancerosas como embolia puede ocurrir en cualquier momento.

En su período inicial los carcinomas epidermoides casi -- nunca son dolorosos o delicados, y esa falta de dolor puede asombrosamente persistir en etapas avanzadas.

Es increíble el observar en ocasiones la extensión en la cual se le ha dejado crecer a algún cáncer oral antes de que la persona busque atención médica. Esta falta de dolor en las primeras etapas es un punto de vital importancia para el diagnóstico diferencial entre cáncer y lesiones inflamatorias en la boca.

Cánceres del antro comprometen al nervio infraorbitario, -- o tumores que se levantan en la mandíbula pueden producir parestesia de los labios. Los cánceres de células escamosas de la boca ordinarios, son usualmente obvios y requieren de la biopsia únicamente para confirmar el diagnóstico. Hay por lo menos dos tipos de carcinomas epidermoides, lo que hace que se puedan presentar problemas para su diagnóstico. Una es la variante anaplásica llamada carcinoma de células transcicionales, o linfoepitelioma, que se profundiza en la cripta líneo-epitelial del tejido linfoide de las fauces.

No es una lesión superficial, y tal vez se establece solo con dificultad en el cuello, la metástasis es definida por biopsia.

Un segundo tumor y uno que origina más frecuentemente con fusión en el diagnóstico es el carcinoma de células escamosas -- que puede presentarse en el lecho del epitelio leucoplásico.

Cuando la leucoplasia es densa, palpable e irreversible, por medida ordinaria, debe ser removido o destruido en todo lo posible. Si es removido quirúrgicamente, el espécimen entero deberá enviarse al patólogo para su evaluación microscópica.

Si se elige su destrucción por medio del cauterio, entonces debe tomarse la biopsia de varias áreas antes de efectuarla.

Cualquier área hendida, fisurada, ulcerada o sangrante de leucoplasia debe ser estudiada adecuadamente por medio de una biopsia, ya que esos cambios generalmente indican malignización. La leucoplasia ulcerosa benigna puede presentarse, pero es en extremo rara.

#### TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES MENORES.

Los tumores que ocurren en estas glándulas son esencialmente iguales a los que ocurren en las glándulas salivales mayores.

Comparados con los tumores de la glándula parótida, aunque, el porcentaje de incidencia de benignidad de estos tumores es reservada.

Los tumores de la parótida son usualmente benignos, mientras que los tumores de las glándulas salivales menores de la mucosa oral y base de la lengua son con mayor frecuencia malignos. El tumor mixto benigno de las glándulas salivales menores es raro.

Los tumores de las glándulas salivales en la boca y faringe son esencialmente de cuatro tipos.

#### CARCINOMA ADENOQUISTICO.

Este tumor es algunas veces referido hasta como un cilindroma y es el más común de esta clase de tumores. Es fácilmente-identificable microscópicamente y es aparentemente un tumor de -lento crecimiento que sin embargo tiene una invasividad que se -extiende inexorable y tiene una desalentadora lenta curación.

Tiene una marcada tendencia de invasión venosa, y metástasis pulmonar y esqueléticas son frecuentes.

La remoción quirúrgica es el tratamiento preferido porque este tipo de cáncer es normalmente radioresistente, aunque vale la pena ganar un poco de alivio por medio de la irradiación.

#### CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

El segundo tumor más común de las glándulas salivales menores es el carcinoma mucóepidermoide, una neoplasia específica-bajo el microscopio, pero que tiene muchas variantes.

Sea el mucóide o el epidermoide elementos epiteliales, -- pueden ser predominantes y el grado de anaplasia varía ampliamente de casi benigno a altamente maligno. En la claridad de la experiencia clínica este tumor deberá siempre ser considerado como potencialmente maligno, y deberá ser tratado como tal. Su patrón

de metástasis es principalmente por los linfáticos a la región - de los nodos cervicales aunque la difusión venosa ocurre.

Algunos de estos tumores son algo radiosensitivos, pero - como el tratamiento paliativo es muy largo, el tratamiento defi- nitivo para curarlo es la remoción quirúrgica.

#### ADENOCARCINOMA DE CELULAS PEQUEÑAS

La tercera variedad de tumores de glándulas salivales es - el menos común afortunadamente, indiferenciado y altamente malig - no es el adenocarcinoma de células pequeñas. Su curación es diffi - cil de obtener y combinando la radioterapia con la cirugía es po - siblemente el mejor tratamiento.

#### TUMOR MIXTO BENIGNO

El cuarto tipo de los tumores orales de las glándulas sa - livales es el tumor mixto benigno, usualmente es idéntico en el microscopio al mismo tumor de las glándulas salivales mayores. - Es de lento crecimiento, neoplasia regularmente bien encapsulada, que se manifiesta rodeando al tejido pero sin invadirlo ni des-- truirlo. El tratamiento recomendado es la remoción quirúrgica -- completa del tumor, incluyendo su cápsula. El curetaje de éste - tipo de lesión nunca la terminará.

Todos éstos tumores tienen un rasgo común en el diagnósti - co: con sus períodos iniciales, y parejo en etapas relativamente avanzadas y abultadas, no son superficiales ni ulcerados (en con

traste con el carcinoma epidermoide).

Se presenta como una masa tumoral redondeada, lisa, abultada, firme y cubierta por una mucosa aparentemente normal. Las lesiones malignas serán, desde luego, eventualmente ulceradas a través de la cubierta epitelial y porosas en la boca pero antes de que ésto pase, las incisiones de la boca se sanarán rápidamente, lo cual es otro punto de diferenciación entre esos tumores y otros cánceres subepiteliales en otra parte del cuerpo. Como en todos los tumores orales, estas lesiones pueden ser diagnosticadas con certeza solo por medio de una biopsia e identificación microscópica, maniobra que está obligada a efectuarse antes de la terapia definitiva.

#### TUMORES DE LA MANDIBULA

Tumores tanto epiteliales como mesenquimatosos pueden originarse como tumores de la mandíbula. Estos tumores pueden ser tanto benignos como malignos y, acompañado de varios tipos de quistes que se presentan, constituye un complejo pero bien organizado tipo de lesiones, de diagnóstico preciso, el cual puede establecerse bastante pronto. El estudio microscópico de la biopsia nos da, desde luego, la última palabra, pero la historia del caso, edad del paciente, situación del tumor en la mandíbula, historia dental y estudios de química sanguínea, pueden todos ellos añadirse y darnos un diagnóstico clínico exacto. Algunas de esas lesiones presentan datos patognomónicos en un estudio ra

diográfico.

Tal examen requiere de numerosas inspecciones y pueden hacerse láminas intraorales, extraorales y oclusales, y se comparan ambos lados. Esto es solamente lo esencial que debemos tener de material radiográfico para el diagnóstico, como es tener suficiente tejido para el diagnóstico histológico.

#### TUMORES MALIGNOS DE HUESO

Osteosarcomas, fibrosarcomas, y condrosarcomas de la mandíbula son raros y asociados con alto índice de mortandad.

El paciente que ocasionalmente sana quirúrgicamente, - - usualmente resulta de una fortuita combinación de un muy temprano diagnóstico y una pronta resección quirúrgica radical.

Estos tumores, los cuales pueden presentarse en cualquier parte de la mandíbula, aparecen como un tumor de más o menos rápida deformación en su crecimiento del maxilar o mandíbula que presenta dolor con los primeros síntomas.

La apariencia radiográfica de éste tumor es indicativa de una lesión maligna, pero no siempre es específica revelando como una destructiva, invasiva y expansiva lesión osteolítica con márgenes rotos.

En la experiencia de unos cirujanos norteamericanos, el sarcoma angioendotelial de los niños puede ser algo más responsable para el tratamiento quirúrgico adecuado, dos de tres pacientes sobrevivieron sin recidivas, (uno durante seis años y el - -

otro durante cuatro años) después fracasó la reacción a las radiaciones.

Los mielomas de células plasmáticas y sarcomas de Ewing - que ocasionalmente se establecen en la mandíbula, tienen por lo regular manifestaciones locales de una enfermedad sistémica del sistema retículo endotelial, complicando principalmente el esqueleto y tiene solo problemas paliativos desde el punto de vista de terapéutica local. Fig. 19.



FIG. 19. Radiografía mostrando destrucción ósea alrededor de los molares, y un área circunscrita en la región de los ápices del canino y premolar.

#### TUMORES EPITELIALES DE HUESO

El ameloblastoma, o adamantinoma, es un tumor invasivo de los maxilares, particularmente de la mandíbula. Este tumor surge del epitelio odontogénico. Si bien su clasificación como benigno o maligno es esencialmente materia de semántica, es registrado-

aquí como maligno porque, si no es tratado adecuadamente en su benignidad, producirá una gran destrucción y distorsión grotesca durante un período de muchos años de ininterrumpido crecimiento. No obstante, más ameloblastomas crecen lentamente, y gradualmente van envolviendo o destruyendo tejidos contiguos.

La radiografía del ameloblastoma es claramente característica, mostrando un área quística multilobulada y osteolítica de destrucción ósea con márgenes poco bien definidos. El diagnóstico final desde luego se logra con la biopsia, pero varias combinaciones de patrones microscópicos pueden existir como variaciones de clásicas islas de unidades celulares con células columnares en la periferia, encerrando un retículo de células esteladas.

Las variaciones son caracterizadas por epitelio escamoso o glandular. El tratamiento de estas lesiones es la remoción quirúrgica total del bloque que complica hueso con un márgen adecuado del tejido normal.

El curetaje no es conveniente, ya que el tumor casi invariablemente reincide después de un procedimiento inadecuado.

FIGS. 20, 21, 22 A, 22 B y 22 C.



FIG. 20. Un pequeño ameloblastoma en una jovencita de 19 años de edad. La lesión era -- asintomática. Fué descubierto en un exámen - radiográfico rutinario.



FIG. 21. Ameloblastoma de tipo folicular que fué erróneamente diagnosticado como quiste - folicular. Una operación incompleta fué se-- guida, a los tres años, por una recidiva que complicó el cuerpo y rama ascendente de la - mandíbula, siendo necesaria la remoción de - la misma.



FIG. 22 A. Ameloblastoma extenso con una marcada destrucción y distorción. Fué requerida una cirugía radical en una cura que si se hubiera efectuado oportunamente, se hubiera hecho una escisión mucho menos extensa.



FIG. 22 B. Ameloblastoma del maxilar que es visible, palpable y fué removido con cierta-facilidad.



FIG. 22 C. Espécimen quirúrgico del caso -  
mostrado en la FIG. 22 B.

#### TUMORES BENIGNOS Y QUISTES DE LOS MAXILARES.

##### DISPLASIA FIBROSA DE HUESO

Esta es una anomalía celular en el desarrollo del hueso que produce una protuberancia marcada, distorsión y lento crecimiento durante un período de muchos años. Cuando envuelve los maxilares es enteramente benigno.

El hueso cambia como se ve en las radiografías, es regularmente característico, y la evolución microscópica de los tejidos removidos en la biopsia son diagnosticados.

El tratamiento consiste en el curetaje, o en raros casos, en la remoción de toda el área afectada. Las indicaciones para el tratamiento se gradúan de acuerdo a la deformidad cosmética o al grado de disfunción que presente el paciente. Fig. 23.



FIG. 23. Area radiolúcida lobulada en la -- mandíbula de una mujer de 35 años. No provocó deformidades externas, pero en el exámen intraoral, el repliegue mucogingival se -- obliteró por expansión de la mandíbula. -- Diagnóstico: displasia fibrosa.

#### DISPLASIA FIBROSA JUVENIL

Este tipo de displasia fibrosa surge en los niños, es con toda probabilidad de origen congénito, aunque puede no ser notada hasta que el niño es algunos años mayor. Más frecuentemente la asimetría y deformidad de la cara nos lleva al descubrimiento de la lesión. Muchas veces el foco displásico puede persistir en la vida adulta antes de ser descubierto en un exámen rutinario. Hay posiblemente una tendencia familiar, y tal vez un padre similarmente afectado.

La displasia fibrosa de los maxilares es una lesión gra--

dualmente expansiva que ocurre dentro de la substancia del hueso, corteza delgada, pero no produce reacción perióstica.

Las estructuras normales son reemplazadas por un tejido conectivo fibroso de densidad variable, en la cual se encuentra envuelto el foco de hueso inmaduro. En la lesión joven predominan los tejidos suaves.

Hasta ahora la imagen radiográfica depende sobre el carácter de la reposición de tejidos; si hay una osificación considerable semejante como se ven en una lesión vieja, habrá una marcada radiopacidad. En cambio si el tejido suave predomina tal como en la lesión de tipo juvenil, la radiolucidez puede sugerirnos un quiste.

La corteza estaría erosionada o distendida, terminando en arista con la superficie interna del hueso, la lesión puede parecer ser multiquística o asemejarse a un tumor de células gigantes, o bien, a un ameloblastoma.

El tratamiento de la lesión juvenil difiere considerablemente del de la forma adulta. Tardado en el adulto, recortando o rasurando el crecimiento con propósitos cosméticos usualmente --terminará dando resultados satisfactorios; el curetaje en la variedad juvenil puede terminar desastrosamente.

Se debe recordar que el crecimiento, normal o patológico, es más exuberante en la infancia, niñez y juventud, porque en este período de vida las células de los tejidos tienen una inheren

te fuerza vital que se pierde con edades avanzadas.

Hay razón para pensar que en ser humano esta energía celular empieza a disminuir en el inicio de la pubertad. La lesión - displásica juvenil del hueso de los maxilares puede, bien regresar a la normalidad, o, si no por entero normal, a un estado no-deforme.

Sin embargo, si se traumatizó por una cirugía poco juicio sa, puede crecer en proporciones alarmantes. Después de la puber tad, cuando el crecimiento no es factor de consideración, una -- operación plástica puede ser efectuada con seguridad si se juzga necesario.

#### FIBROMA OSIFICANTE

Este es un <sup>o</sup> tumor discreto, benigno, de lento crecimiento y encapsulado que puede requerir ser removido por la eventual y-grotesca distorsión que puede producir. La radiografía normalmen te es suficiente para el diagnóstico, mostrando una "tormenta de nieve", apariencia creada por las numerosas pequeñas áreas de -- calcificación, dispersas por todo el hueso radiolúcido.

Este tumor puede surgir en cualquier parte de la estructu ra ósea de los maxilares. FIG. 24.

#### TUMOR DE CELULAS GIGANTES

El llamado tumor de células gigantes de los maxilares ha- ocasionado una cantidad considerable de discusiones académicas,-

entre que si la lesión sea una verdadera neoplasia, o bien, sea una lesión reparativa de una lesión física o química.

El raro tumor maligno de células gigantes de los huesos - largos que hace metástasis hacia los pulmones, nunca ha sido encontrado en la mandíbula (por los médicos de la Sociedad Americana del Cáncer).

Médicos con una amplia experiencia con tumores de hueso, han visto solamente un caso de esta variedad de neoplasias.

Hasta se han forjado términos como el de "granuloma reparativo de células gigantes" por lo común encontrado en lesiones - de células gigantes de los maxilares.

El granuloma reparativo de células gigantes se establece usualmente en individuos menores de 20 años. Puede presentarse - como un crecimiento periférico o como un tumor intraóseo.

Ha tenido algunas dudas como si la lesión periférica tiene su origen en el hueso: es nuestra opinión que así es.

Si una lesión de células gigantes se desarrollara superficialmente cerca de la cresta alveolar, puede formar un globo en la superficie de la encía como un éulis. La radiografía puede - mostrar una concavidad en la superficie del centro de origen del tumor; si la lesión ocurre en lo más profundo del hueso, restos- infraóseos. La apariencia radiográfica de la lesión de células - gigantes varía. Puede presentarse como particular, circunscrito- con la radiolucidez de un quiste pero sin la línea radiopaca que

se forma alrededor de los quistes.

Si el hueso es erosionado irregularmente, el área puede - aparecer lobulada con un septum óseo entre los lóbulos. Una radiografía debe mostrarnos la diferencia entre un amoloblastoma y una displasia fibrosa juvenil, y aún el hemangioma de hueso.

Histológicamente hay dos componentes principales: las células estroma las cuales son fibroblastos, y las células gigantes.

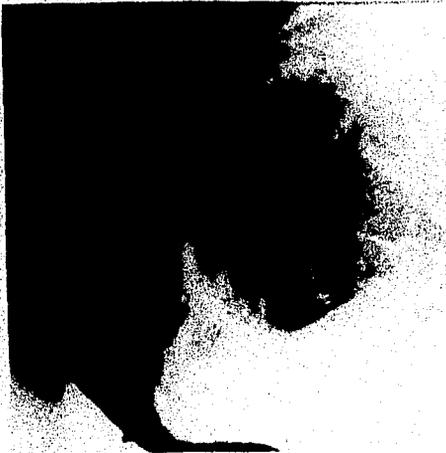


FIG. 24. Área radiolúcida circunscrita en la mandíbula, mostrando una "tormenta de nieve" apariencia característica de un fibro-osteoma benigno.

El origen de las células gigantes ha ocasionado mucha especulación. Muchos creen que éstas son osteoclastos; otros dicen que son simples cuerpos de células gigantes.

Esta última opinión es la más frecuentemente usada por -- los patólogos. Una clase de lesión de células gigantes encontra-

da casi exclusivamente en el maxilar superior de niños y adolescentes y más frecuentemente en niños entre los 8 y 18 años.

El crecimiento es realmente extensivo, involucrando la pared nasal, el antro, y el piso de las órbitas. La cara se inflama notablemente y el ala de la nariz se va a elevar. En un caso, hay una historia clínica de una lesión previa al área afectada - con dos años de anticipación a la aparición de esta nueva lesión.

Remover conservadoramente el área lesionada por medios quirúrgicos es lo más indicado.

#### HIPERPARATIROIDISMO

El hiperparatiroidismo es el resultado del funcionamiento de un adenoma en una o más de las glándulas paratiroides de diferentes pacientes. En el 80 a 85% de los casos se ha encontrado - un solo tumor en la paratiroides. Se incrementa la secreción de la paratiroides, paratirohormona, ocasionando una desmineralización en todo el esqueleto, en este caso el hiperparatiroidismo - difiere de otras condiciones osteopáticas, las cuales clínicamente se asemejan. El exceso en la cantidad de la hormona paratiroídica nos trae como consecuencia la desmineralización del esqueleto en dos formas. Estimulando la producción y la función de los osteoclastos, incrementando la excreción de las fosfatasas, por los riñones. Además hay mucha pérdida de calcio por la orina. Como resultado del desprendimiento del calcio de los huesos, tendremos un incremento en el nivel del calcio en el serum, con el-

crecimiento concomitante en el contenido de fósforos.

Con la resorción osteoclástica, sigue una tentativa de reparación ósea. Los osteoblastos empezarán a ser más activos tratando de recuperar la matriz del hueso, la placa histológica se rá tomada de una osteítis fibrosa.

Con el incremento de la actividad osteoblástica, hay un incremento en la fosfatasa alcalina. Hasta ahora el exceso de - la paratohormona, trae un síndrome bioquímico que se diagnostica como hiperparatiroidismo. Este síndrome se caracteriza por - un incremento en el nivel del suero cálcico, una disminución en el suero de fósforo, un incremento en la excreción urinaria cál cia, y un incremento en el suero de fosfatasas alcalinas.

Las manifestaciones de hiperparatiroidismo en los maxila res son: 1.- tumores de células gigantes; 2.- Pérdida de la den tadura; 3.- El ensanchamiento de los espacios.

El tumor de células gigantes puede ser el resultado de - agregados de osteoclastos o cuerpos extraños de células gigan-- tes, inducida por la hemorragia que forma los rasgos mas promi nentes de esta lesión, dándole una apariencia macroscópica. Cli nicamente el tumor puede aparecer como una masa teñida de azul. Después de quitarlo, puede tomar el color de mahogany o parecer se a un corte de hígado. A causa de éste matiz tan distinto, -- éste tipo de crecimiento ha sido llamado "tumores cafés".

Las lesiones de células gigantes pueden aparecer en las encías como un éupolis, o pueden ser completamente intraóseas. - Un lugar raro para encontrar éstas lesiones es el ápice del - - diente, en donde puede ser confundida con una ligera lesión periapical. Un diente vital con este tipo de lesión debe despertar sospechas.

Las lesiones de células gigantes dentro o sobre los maxilares son menos comunes, y aquellos que son de origen puramente local son indistinguibles en ambas formas clínica e histológicamente de aquellas ocasionadas por hiperparatiroidismo. Por consiguiente es importante que todos los pacientes que se presenten con tumores de células gigantes de la mandíbula, se les efectúe un análisis de sangre y orina, para excluir la presencia de hiperparatiroidismo. El tumor puede recurrir si la causa que lo provocó no es removida. Además esto es imperativo para - descubrir tempranamente el hiperparatiroidismo, antes cálculos renales y calcificación metastásica de los riñones (el resultado del incremento de la excreción de calcio y fósforo) tiene -- así la función renal un daño irreversible que terminará con la muerte.

#### GRANULOMA EOSINOFILO.

Esta condición de la mandíbula se estableció ya sea como una lesión intraósea, o bien como un proceso parodontal destructivo.

No hay edad que le sea inmune a esta enfermedad, si bien niños y jóvenes adultos son los mas frecuentemente afectados.

La incidencia es mayor en los varones.

La variedad intraósea de este tumor puede ocurrir en cualquier parte de la mandíbula. En distinción con el mas benigno de los tumores, el granuloma eosinófilo puede ser doloroso. Radiográficamente esta es una lesión radiolúcida, que no evoca reacción periférica. Puede tener algunos centímetros de diámetro; -- por la edad del paciente, la presencia de dolor, y la falta de una periferia defensiva, la lesión podría ser confundida con un sarcoma.

El diagnóstico se obtendrá por medio de la biopsia, la lesión es benigna y responderá facilmente a un tratamiento conservador correcto, si es solitario y no una expresión de una reticuloendoteliosis generalizada.

La variedad parodontal puede simular una ordinaria forma aguda de parodontoclasia. El estudio cuidadoso de la radiografía y el progreso clínico de la enfermedad, así como el estudio microscópico de los tejidos blandos adheridos al diente extraído, -- permitirá fácilmente la diferenciación de las dos condiciones. -- El tipo mas comunmente visto de parodontoclasia empieza en la -- grieta gingival. El tejido inflamatorio que desplaza las estructuras de soporte del diente, gradualmente progresa alrededor del ápice. En la condición eosinófila granulomatosa, la lesión empie

za profunda en el hueso alrededor del diente y rápidamente envuelve a la raíz entera. La radiografía es característica; es una enfermedad agresiva que ataca a un diente, después a otro y el progreso de la enfermedad, hasta que todos los dientes se pierden, es eliminada por cualquier terapia.

Histológicamente el granuloma eosinófilo presenta un cuadro diagnóstico de corte claro. Está compuesto por una mancha clara o pálida de histiocitos y numerosos leucocitos eosinófilos. El último puede aparecer en grupos, al que se le ha dado el nombre de "absceso eosinófilo".

El granuloma eosinófilo de los maxilares puede ser una lesión solitaria, también puede ser una manifestación localizada de la condición sistémica conocida como enfermedad de Hand-Schuller-Cristian.

Justo como es necesario en el caso del tumor de células gigantes de la mandíbula a excluir la presencia de hiperparatiroidismo, así en el caso del granuloma eosinófilo de los maxilares es conveniente eliminar la posibilidad de una complicación sistémica por medio de estudios clínicos y radiografías adicionales.

Los quistes de los maxilares pueden dividirse en dos categorías: "quistes forrados de epitelio, y quistes no forrados de epitelio".

El tipo mas común de quistes forrados de epitelio derivan del epitelio remanente odontogénico que está establecido en la membrana parodontal y hueso (restos epiteliales de Malassez), éstos son conocidos como quistes odontogénicos.

Con menor frecuencia se ve la variedad de quistes forrados de epitelio de inclusiones epiteliales en las líneas de --- unión entre el proceso embrional de fusión de la mandíbula.

A éstos se los ha llamado quistes fisurales.

#### QUISTES ODONTOGENICOS.

Los quistes odontogénicos, en el orden de frecuencia de aparición, son el quiste radicular, quiste dentífero, y el quiste primordial.

#### QUISTE RADICULAR.

En todas las membranas parodontales, hay grupos de células epiteliales. Estas son los restos de la vaina de Hertwig del diente en desarrollo. Si ocurren cerca del forámen apical o de un forámen accesorio, en tales áreas ellos pueden ser expuestos a una infección en el conducto del diente, ellos proliferan. Como las células periféricas incrementan su número, las centrales se degradan y convierten en necróticas.

Así el lumen es rebordeado por una pared epitelial y el quiste radicular se forma de esta manera.

Otro, pero menos frecuente camino, en el cual el quiste radicular puede formarse es por epitelización de un absceso dental crónico, cavidad de proliferación o fosa de epitelio en la pared de la cavidad.

Los quistes radiculares varían en tamaño que va desde un pequeño frijol, hasta una lesión que envuelve una buena parte de la mandíbula. Quistes grandes de desarrollo expansivo, se hacen tumores benignos. Estos no se infiltran, pero en virtud del incremento de la presión intraquistica, empujan lentamente rodeando estructuras, complicando dientes, lejos de su línea de desarrollo. Un quiste grande puede invadir la pared nasal o el piso del antro, pero no invadirá ni el antro ni la cavidad nasal. -- Además, dientes que se encuentren en su vía pueden permanecer vitales. Este es un punto importante en el tratamiento. También muchos dientes han sido innecesariamente removidos, y las cavidades nasal y antral innecesariamente registradas, resultando lamentables alteraciones, porque la verdad de la naturaleza patológica de esta variedad de quistes no ha sido entendida.

Grandes quistes pueden ser tratados sin sacrificios de bordes estructurales por el simple método de reducción o, en algunos casos abriendo un corte de ventana en la pared del quiste. A diferencia de los tumores, los quistes no tienen su crecimiento potencial.

Los pequeños quistes radiculares frecuentemente pueden ser tratados por el conducto radicular, seguido por la amputación del ápice y curetaje de los tejidos periapicales.

#### QUISTE DENTIGERO.

Esta es una lesión displásica que se desarrolla después que ha terminado el crecimiento del diente. Está asociado siempre parcial o totalmente con un diente no erupcionado.

El tercer molar inferior es de los más frecuentemente complicados, el siguiente en orden de ocurrencia son los caninos superiores.

El desarrollo completo, y más frecuentemente el diente entero, se forma antes de que se presente el cambio quístico.

Ocasionalmente puede descubrirse solo parcialmente la raíz en desarrollo. Las condiciones que lo originan no son conocidas.

Se acumulan fluidos entre el desarrollo del diente y el epitelio de esmalte después que el crecimiento ha terminado.

El quiste dentífero, puede permanecer pequeño por completo, pero puede ser el más agresivo de todos los quistes odontogénicos. Esto es particularmente cierto en la región de los terceros molares inferiores. El quiste puede extenderse por la rama ascendente a el cóndilo y escotadura sigmoidea, produciendo una marcada expansión de la lámina cortical. El diente puede por sí solo ser removido hacia la base de la mandíbula o aún en la rama ascendente.

De nuevo, como en el caso de los grandes quistes radiculares puede ser sensato reducir la presión intraquistica por un corte de ventana en la pared del quiste, y esperando hasta que el quiste reduzca de tamaño, con regeneración ósea alrededor de éste, tal vez pruebe que la remoción del quiste y diente implicado arriesgándose a la fractura de la mandíbula que ha sufrido la excavación y está muy débil.

El quiste dentígero como se mencionó anteriormente, es una anomalía de desarrollo. El paciente puede tener algunos quistes esparcidos a lo largo de la mandíbula. Otro defecto de desarrollo puede ser fundado tal como una vértebra cervical perdida. La condición puede también ser familiar.

#### QUISTE PRIMORDIAL.

Este tipo es pariente del quiste dentígero, se desarrolla en el órgano del esmalte, aunque se desarrolla antes de que tenga lugar la formación del esmalte y, por lo tanto, no hay diente establecido en éste. El quiste primordial puede ocasionalmente establecerse en el área del tercer molar inferior en lugar de un tercer molar al que le falte desarrollo.

Dientes supernumerarios no son comunes. Su crecimiento puede detenerse en el desarrollo del germen dentario, y degeneración quística, puede seguir a la formación de un quiste pri--

mordial. Esto podría explicar la presencia de quistes en la mandíbula cuando todos los dientes han erupcionado.

#### QUISTES FISURALES.

Estos quistes no odontogénicos forrados de epitelio, incluyen a los siguientes: el quiste palatino medio, el quiste de la papila palatina, el quiste globulomaxilar y el quiste mandibular de la línea media.

Muchos de estos quistes no presentan signos o síntomas - subjetivos, y son descubiertos por un exámen radiográfico rutinario.

Ocasionalmente uno puede crecer y producir una protuberancia en el paladar.

Los quistes no tienen conexión con el diente y el hecho de que el diente esté establecido en su área, sea vital, podría hacer el diagnóstico comparativamente sencillo.

#### QUISTE PALATINO MEDIO.

Esta variedad de quiste fisural, se forma de epitelio remanente en los canales incisivos. Este tipo de canales, consta de dos canales centrales menores y dos mayores laterales.

Los canales pueden terminar por separado en el forámen - palatino anterior o pueden fusionarse en un solo canal antes de alcanzar el forámen.

Más frecuentemente el quiste se eleva en el canal común-fusionado formando un área radiolúcida redondeada en la parte anterior de la mandíbula.

En raras ocasiones, un quiste puede surgir en uno de los canales laterales, formando una lámina radiolúcida a un lado -- del incisivo central. Los quistes pueden desarrollarse también en ambos canales laterales simultáneamente y, se propaga hacia la línea media; aparece en la radiografía como un área con forma de corazón.

Estos quistes pueden estar forrados con epitelio escamoso o bien, con epitelio columnar ciliado, de ambas variedades - se establece en el ducto nasopalatino.

#### QUISTE DE LA PAPILA PALATINA.

Este tipo de quiste está confinado a los tejidos blandos en el área de la papila palatina. Nace de los restos epiteliales, en el canal incisivo donde emerge del forámen palatino anterior.

El hueso no está complicado, así que no hay evidencia de que estos quistes hayan sido observados en la radiografía.

#### QUISTE GLOBULOMAXILAR.

Surge de un epitelio enclavado en la línea de fusión entre el proceso globular y el proceso maxilar. Ocurre enteramente entre el incisivo lateral y el canino. La presión de crecimiento forza las raíces de los dientes separándolas, dando a la

lesión una forma de pera en la radiografía.

#### QUISTE MANDIBULAR DE LA LINEA MEDIA.

Este es el más raro de todos los quistes fisurales o incluidos. Se establece directamente en el centro de la mandíbula. El saco de uno de estos quistes que fue examinado, contenía glándulas mucosas.

#### CAVIDADES QUISTICAS NO FORRADAS DE EPITELIO.

##### QUISTE TRAUMATICO DE HUESO.

La cavidad ósea no forrada de epitelio más frecuentemente vista en la mandíbula y no menos común es el quiste traumático de hueso. Se establece más frecuentemente en la mandíbula y ocurre con mayor frecuencia en gente joven. En la radiografía varía en tamaño y no tiene un borde bien definido de forro epitelial. Se ve intercalado entre las raíces de los dientes, pero la lámina dura alrededor del diente permanece casi invariablemente intacta y el diente permanece vital. Algunas veces el quiste se enclava en la mandíbula, sin ninguna apariencia de concepción con los dientes.

El quiste puede contener líquido sanguinolento o puede estar desprovisto de contenido. No hay línea distintiva, en la mayor parte, el hueso aparece descubierto. Ocasionalmente el hueso se ve cubierto con una estructura amorfa tenue.

Esta lesión se piensa que resulta de una hemorragia intramedular siguiente a un trauma que no muy severo causa una fractura.

La sangría en esa área estimula un proceso de absorción - circundando al hueso, produciendo una cavidad. Una vez que la -- sangría ha cesado y la transpiración ha parado, la sangre coagula, se organiza, se rompe y forma un espacio quístico.

El hueso circundante mostrará intentos de reparación en forma de actividad osteoblástica.

El diagnóstico se hace al aparecer en la radiografía la -- asociación del quiste con los dientes vitales y la edad del paciente. Algunos de estos quistes óseos, se ha sabido que regresan sin tratamiento. Sin embargo el tratamiento es bastante simple; si la cavidad se pone de manifiesto, curetaje si hay una -- membrana, y empacado por un corto tiempo, sana rápidamente. Se -- debe estar muy seguro de no sacrificar dientes útiles.

#### QUISTE ANEURISMAL DE HUESO

Este ha sido solo recientemente visto en la mandíbula. Como una condición, se presenta en huesos largos, vértebras y huesos planos, fué descrito por Jaffe y Linchtenstein.

El primer caso en la mandíbula que se conoció no se parece a otra variedad de área radiolúcida. Lo anotó Jaffe y su razón para ser la palabra descriptiva "aneurisma".

El término aneurisma, en nombre, se refiere a la clase de distensión reventada de parte del área de hueso afectada creando un "golpe" en la radiografía que con frecuencia presenta la lesión.

#### CAVIDADES IDIOPATICAS DE HUESO DE LA MANDIBULA

Estas son pequeñas áreas radiolúcidas circunscritas por una periferia radiopaca distinta y que ocurre cerca del borde inferior y de la parte posterior de la mandíbula. La condición es comúnmente asintomática y se establece en un exámen radiográfico rutinario.

Stafne ha visto 113 casos iguales, y en la Sociedad Americana del Cáncer se han visto 3 lesiones iguales. Una de ellas se estableció por estar vacía cuando se abrió. Las otras dos llenaron con tejido de las glándulas salivales. Estas lesiones se comunicaron con el piso de la boca por un rompimiento en la lámina ligual.

#### DIVERSOS TUMORES MALIGNOS DE LA CAVIDAD ORAL.

Cualquier tipo de célula que existe en la cavidad oral -- puede desde luego, producir una lesión neoplásica, benigna o maligna, pero algunos de estos tumores son tan raros que son conocidos como "curiosidad patológica". Aún el carcinoma de la tiroides puede establecerse en la base de la lengua, elevandose de tiroides lingual, los leimiosarcomas de pared arterial han tenido -

su origen manifiesto, pero esas situaciones exóticas fueron mejor consideradas como caso manifiesto. La siguiente discusión sobre cánceres diversos, no cubierto previamente, será restringido a esos tumores que son raros pero que causan problemas importantes en la cavidad oral.

#### MELANOMA MALIGNO

Este tumor ocurre en la mucosa bucal y encía, y usualmente es un cáncer poroso de rápido crecimiento que puede o no ser pigmentado. Los tumores se clasifican en colores que van del negro hasta tintes de café y gris coloreando las masas de carne.

El diagnóstico se confirma solo con la biopsia. El tratamiento es enteramente quirúrgico y debe ser más cruento de lo -- que el tumor es, normalmente causa dificultad su remoción.

#### PLASMOCITOMA

Este tumor está en controversia en el sentido de que está revolucionando al tamaño de células plasmáticas del sistema esquelético, este tipo no está establecido. Aparentemente el plasmocitoma surge usualmente en los tejidos blandos de la cavidad oral, ya sea en el piso anterior de la boca o en la nasofaringe. Estos tumores son radiosensitivos, pero períodos largos revelan que se multiplica el foco de crecimiento del tumor en el esqueleto, aún cuando el tumor oral primario ha sido eliminado por irradiación.

En la boca, estas lesiones tumorales parecen más porosas-

y lobuladas. El plasmacitoma que se descubrió en los huesos de la mandíbula son casi invariablemente acompañadas en lesiones similares envolviendo otros huesos. Por eso, el exámen radiográfico del esqueleto está indicado.

#### LINFOMA

Las diversas variedades de linfosarcoma pueden aparecer en cualquier sitio de la boca como infiltración submucosa asociada con la enfermedad sistémica usual. El tratamiento es solo paliativo por irradiación.

Hay una forma relativamente curable de enfermedad, sin embargo, que aparecen como un tumor primario del tejido linfoidal del anillo tonsilar de Waldeyer que, aparentemente, se localiza al principio y puede ser eliminado con irradiaciones adecuadas. Esos linfosarcomas de las amígdalas, base de la lengua, o nasofaringe son explosivos, cánceres de rápido crecimiento que producen una gran masa tumoral porosa y que cede rápidamente cuando se irradia.

#### CANCER METASTASICO DE LA CAVIDAD ORAL.

Hay una rara condición en que la lesión usualmente compromete el hueso del maxilar superior o inferior por (tolerancia de sangre) embolia adenocarcinomatosa metastásica de tumores primarios en órganos semejantes al seno, tiroides, próstata y riñón.

El entumecimiento o parestesia de los labios puede ser el primer indicio de un tumor metastásico de los maxilares. El diagnóstico se hace por medio de una biopsia y es principalmente académico, el tratamiento solo puede ser paliativo. Esta condición no sería confusa con una lesión potencialmente curable de carcinoma de la cavidad nasal o del seno maxilar, la cual puede destruir la lámina ósea o el borde alveolar y el cual aparece en la cavidad oral como un tumor primario.

Tales cánceres pueden ser curados mediante una remoción adecuada del maxilar complicado.

#### TUMORES VARIADOS BENIGNOS DE LA CAVIDAD ORAL

Hay muchas lesiones benignas que ocurren en la boca, éstas pueden causar confusiones en un diagnóstico diferencial; algunas de ellas, tales como los así llamados mioblastoma de células granulares y glositis romboidal media, pueden parecer tumores malignos. FIGS. 25 y 26.



FIG. 25. Mioblastoma de células granulares justo a la derecha de la línea media en el dorso de la lengua en una niña.



FIG. 26. Glositis romboidal media. Una anomalía anatómica que puede ser confundida con un neoplasma y ser removida innecesariamente

#### QUISTE MUCOSO

El quiste mucoso es un quiste de retención. La mucosa oral junto con grupos de glándulas salivales accesorias y el bloqueo de un grupo de esas glándulas ocasiona un estancamiento de su secreción, resultando una dilatación quística del conducto. Los labios, particularmente el inferior y el piso de la boca son los lugares más comunes en los que se forman estos quistes. Varían en tamaños que van desde tan solo unos cuantos milímetros hasta quince o veinte milímetros.

Un quiste de retención en el piso de la boca es llamado ránula, puede seguir a la oclusión del conducto de Wharton o conductos accesorios de Rivinus. Puede alcanzar un tamaño mas o me-

nos grande, y con la mucosa excesivamente distendida, con frecuencia presenta un tinte azulado. La causa del bloqueo puede ser por cálculos en la vía del conducto, o condensación de las secreciones.

La degeneración quística en un grupo de glándulas salivales puede resultar en el mismo cuadro clínico. El tratamiento consiste en la escisión de los quistes. La ránula puede ser marsupializada, este último método es el comunmente usado por los cirujanos bucales.

#### FIBROMA

El tumor más benigno de los tejidos blandos de la cavidad oral es el fibroma. Su desarrollo es más frecuentemente establecido en el interior de la mejilla, cerca de la comisura.

Puede también surgir del margen gingival como formando un épolis o, con menor frecuencia en la lengua.

El fibroma usualmente tiene una base amplia y está cubierto con una mucosa de apariencia normal. Estos fibromas que aparecen en el interior de los carrillos pueden tener una superficie queratinizada como resultado de haber sido mordido ocasionalmente por el paciente.

#### FIBROLIPOMA

Este es un fibroma de los carrillos que contiene una mezcla de grasa.

## FIBROMA IRRITATIVO

Este término es usado para describir un sobrecrecimiento de tejido fibroso que es el resultado de una irritación que permaneció mucho tiempo llenos de brechas.

## FIBROMA DE LAS DENTADURAS

Lo tocante del estímulo de una dentadura sobre la mucosa puede producir una hipertrofia fibrosa a la que se le ha dado el nombre de fibroma de las dentaduras. La lesión puede tener un centímetro de longitud, o puede ser más extensa cuando ocurre en las áreas anteriores superiores, en el que simula un labio doble. Si la lesión es pequeña, la corrección adecuada de la dentadura puede resultar para frenar el desarrollo de la lesión, que regresa a su estado normal. En cambio si el crecimiento es extenso, deberá ser eliminado quirúrgicamente.

El alivio que se pone en el centro de la superficie palatina de una dentadura puede actuar como un estimulante para la proliferación de tejido dentro de esa pequeña cámara. El crecimiento resultante tiene una apariencia pedregosa y, si se inflama, puede parecerse a la superficie de una frambuesa.

Eliminando esa cámara de alivio frecuentemente sanará la lesión. De nuevo, si no desaparece la lesión, la escisión será recomendada.

La pérdida del primero o segundo molar superiores crea una brecha dentro de la cual los tejidos de los carrillos tienen

tendencia a invadir a tiempo, esta "chupada" de tejidos viene a ser hipertrofiada y simulan un fibroma.

#### ENCIA FIBROMATOSA

Este es un tipo de sobrecrecimiento fibroso congénito de encía que es visto en gente joven y puede ser tan amplio que cubra a todos los dientes. Se acompaña en ocasiones de otras displasias, tales como engrosamiento de la piel, por ser propensos.

La escisión del sobrecrecimiento fibroso comunmente presenta recidiva, y la cura puede no ser alcanzada hasta que todos los dientes sean extraídos. Podemos encontrarnos crecimientos fi brosos en las tuberosidades de los maxilares unilateral o bilaterales. Esta puede ser una condición familiar.

Estos crecimientos se mencionan porque pueden ser confundidos con tumores. No necesitan ser tratados quirúrgicamente a menos que venga a ser traumatizado por los dientes inferiores o interfiera con la deglución, masticación o alguna prótesis.

#### NEUROFIBROMA

Algunos fibromas nacen de la envoltura del tejido conecti vo de nervios, y son llamados neurofibromas. Aparecen ya sea como una lesión simple, o como una parte generalizada de neurofi--bromatosis (o enfermedad de Von Reckling Hausen). Algunos casos de esta condición, asociados con tumores orales han sido reporta dos de diversas dependencias de salud.

## NEURINOMA O TUMOR DE SCHWANN

Este tumor se origina en el ectodermo, y como su nombre lo indica deriva de la vaina de Schwann.

Los tumores de Schwann se establecen principalmente en los labios, lengua y paladar. Dentro de su inocuidad, es mejor eliminar los fibromas eliminando la irritación.

## MIOBLASTOMA O MIOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES

Es un tumor benigno que se establece principalmente en la lengua. Se han visto dos casos en la Sociedad Americana del Cáncer, de este tumor en el labio. El tumor es normalmente asintomático, pero ocasionalmente el paciente debe presentar una sensación de engrosamiento en la lengua. Cuando ocurre en la lengua, frecuentemente encontramos que no es visible y se descubre mediante la palpación.

Su crecimiento se compone por varias células poliédricas, teniendo un citoplasma granular y un pequeño núcleo en el centro.

El epitelio excesivo es muy interesante, puede mostrar un marcado crecimiento irregular y pseudoinvasivo, frecuentemente con formación de perlas. Este epitelio es un ejemplo excelente de hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Algo que puede ocurrir con este tumor es que debido a su crecimiento atípico, podría ser confundido en el diagnóstico con un cáncer, y un error de esto podría ocasionar que se extirpara la lengua.

El tratamiento consiste en la escisión simple del tumor.

## EPULIS CONGENITO

Un pequeño abultamiento puede aparecer en la maxila, en la región de los incisivos en un niño. Su tamaño es de no más de medio centímetro de ancho, y cubierto de mucosa de apariencia normal. Este crecimiento histológicamente, se asemeja al mioblastoma de células granulares. Es benigno y no hay recidiva después de su remoción.

## PAPILOMA

El papiloma es un pequeño crecimiento epitelial con apariencia de dedo, se origina en la superficie de la mucosa oral. Se han visto en la úvula, paladar y piso de la boca. El papiloma comunmente tiene una base despuntada, pero puede estar sujeta a la superficie por un tallo delgado de tejido conectivo. Histológicamente, por prolongaciones de tejido conectivo con apariencia de dedo, cubiertas por un epitelio hiperplásico que usualmente tiene una superficie queratinizada. Aunque es benigno deberá ser removido FIG. 27.

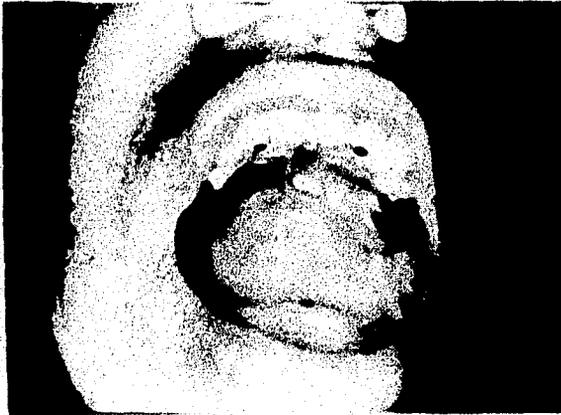


FIG. 27. Papiloma epitelial benigno. El paciente era un gran fumador de pipa.

## ANGIOMA

El angioma se compone de vasos y espacios es llamado - - hemangioma, esos falsos vasos linfáticos y espacios es conocido como linfangioma.

## HEMANGIOMA

Este tipo de tumor se ve muy frecuentemente en los tejidos blandos, pero ocasionalmente puede aparecer en el hueso.

Hay dos variedades de hemangioma. Están compuestos de nuevos vasos y resultan de la proliferación de las células endoteliales de las paredes de los vasos (hemangioma endotelioma).

Muchos hemangiomas desarrollan anomalías. Aparecen como -- una masa lobulada, azulada, variando considerablemente en tamaño.

Algunos pueden complicar la punta o medialengua, otros pueden ser de solo un centímetro de diámetro.

Histológicamente, la variedad de capilares de este tumor se compone de muchas paredes delgadas, en un estroma fibroso edematoso. Los vasos pueden mostrar expansión y, si esta característica es marcada y resulta en amplios espacios rallados de sangre con una capa sencilla de endotelio, la lesión nos habla de un hemangioma cavernoso. El epitelio excesivo es usualmente delgado -- como resultado de la presión del desarrollo fundamental.

En el hemangio-endotelioma, la proliferación de células endoteliales obscurece la presencia de vasos, y solo unos cuantos pequeños pueden ser vistos. Sin embargo, esas células pueden

ser indicios de las paredes de los vasos. Grupos de células están forradas y separadas por un septum fibroso.

El epitelio excesivo es un poco espeso y se ve en el tipo de tumor capilar.

#### LINFANGIOMA

Este tumor es más del tipo capilar de lo que es el hemangioma, es indudablemente una lesión congénita, y se establece comúnmente en el labio o en la lengua. Los tumores contienen ambos elementos, hemangiomatosos y linfangiomatosos.

Tales lesiones complican la lengua y el piso de la boca, están frecuentemente confluentes con higromas quísticos del cuello; una forma de linfangioma congénito cavernoso.

El tratamiento de los angiomas orales depende de su tamaño y accesibilidad y del grado de desfiguración cosmética e interferencia con la funcionalidad. La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección. Inyecciones de soluciones esclerosantes tan buenas como la irradiación externa o intersticial pueden también ser usadas. Combinaciones de estos métodos pueden ser necesarias. La irradiación podría ser usada como último recurso y raramente, si acaso en niños en desarrollo.

#### TUMOR DEL EMBARAZO

Esta lesión es discutida porque, histológicamente se asemeja en mucho al hemangioma capilar simple. El incremento de va-

sos se cree que sea el resultado de un estímulo endócrino.

El exceso de epitelio está intacto pero comprimido ligeramente. El tumor no llega a alcanzar grandes proporciones y salta de la papila interdientaria como un épu<sup>lis</sup>.

Es mejor dejarlo intacto durante el embarazo, y como es normalmente, desaparecerá después del parto. Si es removido durante el embarazo, es muy probable que tenga recidiva. Si no desaparece después del parto, puede ser eliminado quirúrgicamente con gran facilidad.

#### GRANULOMA PÍOGENO

Este es un pequeño crecimiento hiperplásico inflamatorio de la mucosa que puede seguir a una lesión, o posiblemente, a una infección. Es rojo y tiene tendencia a sangrar.

Histológicamente, este tipo de tumor es falso de muchas nuevas y delgadas paredes de vasos envueltos en un estroma inflamatorio.

Con la excepción de la inflamación, se parece mucho al tumor del embarazo. Si un tumor de la preñez fuera traumatizado e infectado, no sería posible distinguirlo histológicamente del granuloma piógeno. Otro nombre con que es conocida esta última lesión es angiogranuloma.

#### TELANGIECTASIA HEREDITARIA

Esta es una condición en la cual pequeñas manchas vascula

res, nevus arácnido y angiomas desarrollan en los labios, lengua y paladar, aunque cualquier área de la boca puede ser complicada.

Lesiones similares pueden establecerse en la mucosa nasal y piel. La condición viene a presentarse aparentemente después de la pubertad y particularmente en adultos jóvenes.

Esta anomalía vascular es conocida como telangiectasia hereditaria o enfermedad de Osler - Rendu - Weber.

No hay tratamiento conocido para esta enfermedad pero si se presenta puede ser reconocida y las áreas complicadas serian mantenidas libres de todo tipo de irritación e instrumento protésico.

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

### APARIENCIA CLINICA DE LOS TUMORES DE LA CARA Y CUELLO.

Como se mencionó previamente, la inspección del cuello será un procedimiento rutinario para cada paciente que vea el dentista. La palpación del cuello no es necesaria, excepto como la forma confirmativa cuando se observe una protuberancia sospechosa.

Masas en el cuello siempre indican un desorden orgánico y debe ser identificado a través de una investigación completa.

Pueden ser divididos a groso modo en dos categorías: los de la línea media y los del área lateral.

Los crecimientos de la línea media son usualmente relacionados con la glándula tiroides y consiste de cualquiera de varias formas de quistes tiroglosos o de la parte anterior del cuello.

Sin embargo, abultamientos más persistentes en los triángulos laterales del cuello del adulto son tumores malignos.

Se deberá hacer una investigación clínica e identificación de las masas laterales del cuello. La mayoría de esos cánceres no son primarios, pero son secundarios a los tumores primarios del área de la cabeza y cuello, especialmente esos de la boca.

El examen físico simple es usualmente todo lo que se requiere para delinear la situación, y el carcinoma de la boca hace metástasis hacia el cuello, el dentista tiene su mejor oportunidad para practicar como reconocer estos padecimientos.

Con mucho, el tipo más común de cáncer metastásico en el cuello es el carcinoma de células escamosas.

Esto sigue naturalmente porque predomina la incidencia de este tipo de cáncer en la cavidad oral y esas otras áreas anatómicas también cubiertas por epitelio escamoso estratificado tales como la piel de la cabeza y el cuello, la faringe, la laringe y el esófago, y el potencial de metaplasia escamosa del epitelio respiratorio (incluyendo los senos paranasales). FIGS. 28A,B,C.



FIG. 28A. Carcinoma de la Tiroides.

Las lesiones inflamatorias constituyen solo una pequeña minoría de masas visibles del cuello, particularmente en el adulto.

Los crecimientos inflamatorios que ocurren son vistos como lesiones agudas dolorosas, usualmente con una historia de unos cuantos días o algunas horas de duración. La linfadenitis tuberculosa es una excepción.



FIG. 28B. Masa superior del cuello que, después de la operación, se comprobó ser un tumor mixto de la glándula parótida.



FIG. 28C. Cáncer de células escamosas metastásico en el triángulo submaxilar, secundario a un carcinoma superficial del piso de la boca.

Los otros tumores benignos o malignos del cuello representan un diverso grupo tanto de desarrollo de anomalías y tumores primarios de las estructuras del cuello. El punto es que los abultamientos del cuello, tanto en adultos como en niños, deben -

ser tomados seriamente e identificados a través de una buena investigación clínica y patológica.

## C A P I T U L O   V I .

### CANCER DE LA PIEL DE LA CARA.

El cáncer de la piel es el tumor más común y, afortunadamente el más fácilmente curable. El porcentaje de curación es mayor que el de cualquier otro tipo, y la lesión se reconoce tempranamente y se trata, y deja una cicatriz mínima. Los rayos ultravioleta de la luz solar son sencillamente la gran causa del cáncer del labio o piel de la cara, y esas áreas son frecuentemente las más complicadas en el cáncer de la piel. La pigmentación o la capacidad de tal cambio protector, disminuye el riesgo.

Los rubios naturales son más susceptibles al efecto carcinogénico de la luz solar. Este efecto carcinogénico es directamente proporcional al grado de exposición.

El cáncer de la piel ocurre esencialmente en una de tres formas: cáncer de células escamosas, cáncer de células basales, y melanoma maligno. El último es el menos frecuente pero más peligroso del grupo. FIG. 29.

El melanoma se menciona como un lunar común, y no se desarrolla frecuentemente en los lunares café velloso que están presentes desde el nacimiento. Este es nuevo, plano, la lesión tiene la piel pigmentada con bordes distintos que deben ser considerados como sospechosos. Individuos viejos con la piel atrófica, con frecuencia desarrollan nueva piel pigmentada, lesiones -

que son inofensivas y son llamadas seborrea queratosa. La experiencia clínica puede diferenciar a esta última del cáncer con una simple inspección, pero la biopsia puede ser ocasionalmente requerida.

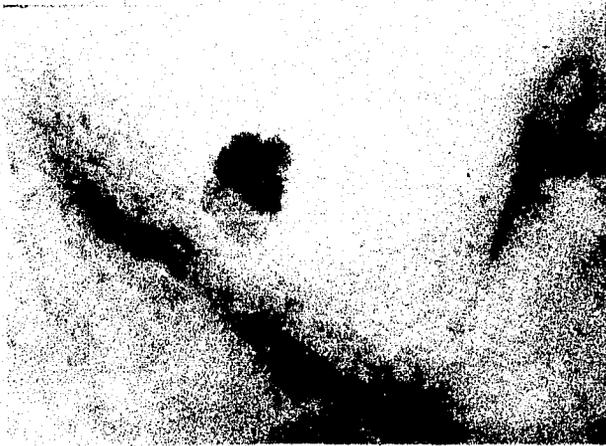


FIG. 29. Melanoma maligno de la piel de la mejilla. El paciente tuvo cáncer metastásico microscópico en los nódulos cervicales.

El cáncer de células basales y el de células escamosas son las lesiones más comunes. FIGS. 30A, B, C.



FIG. 30A. Cáncer de células basales primarios del párpado inferior derecho.



FIG. 30B. Cáncer de células escamosas debajo del rabillo del ojo izquierdo.



FIG. 30C. Cáncer de células basales debajo del lagrimal del ojo derecho.

El tumor de células basales es típicamente la " lesión ul  
cerosa ", relativamente superficial, con ulceración en el centro,  
 y con un borde levantado perlino. Su desarrollo es lento y casi-  
 nunca hace metástasis. Los restos son un problema local pero pue

de causar gran destrucción si no es tratado.

El carcinoma de células escamosas puede ser similar al carcinoma de células basales, pero usualmente éste se ulcera temprana y ampliamente, desarrollando en un rápido porcentaje biológico, y puede hacer metástasis con los nódulos linfáticos regionales. El tratamiento de los cánceres de células escamosas y de células basales es por medio de la cirugía adecuada o irradiación. La queratosis senil es una lesión precancerosa de piel y es una lesión algo análoga a la leucoplasia en la boca. Estas son producto de la exposición de la piel al sol, viento, y tiempo, y son reversibles hasta cierto punto.

## C A P I T U L O   V I I .

### BIOPSIA.

Todo lo precedente ha sido una presentación de los aspectos visibles y palpables del cáncer de la cara y cuello, como el dentista puede encontrarlos, especialmente si tiene el cuidado de buscarlos.

La confirmación del diagnóstico solo puede ser completa por un exámen microscópico de los tejidos tumorales. La interpretación del patólogo es practicamente, y en un sentido real, una opinión legal de la enfermedad en cuestión. Aunque, como un descubrimiento de un caso de cáncer al dentista debería concenirle el procedimiento de la biopsia de la parte externa del cráneo y cuello, como solo a él le concierne esto en el caso del cáncer oral.

#### DEBE EL DENTISTA HACER BIOPSIAS ?.

Si bien esta parece ser una pregunta de controversia en algunas áreas, personas con sentido común pueden resolver esas diferencias de opiniones. Cuando un dentista encuentre una lesión que el sospeche o considere que sea un cáncer está de cara con una de las más fundamentales responsabilidades de su trabajo profesional. En tal caso un diagnóstico de cáncer debe ser establecido tempranamente o excluído sin ninguna duda.

Si bien el procedimiento de la biopsia es simple por si -

solo, es de importancia crítica para el paciente, puesto que un error en el diagnóstico de cáncer, puede costarle la vida al paciente.

La biopsia debe ser precisa, en el sentido que lo requiera la muestra de tejido patológico obtenida. El patólogo solo -- puede interpretar el tejido que se le manda.

En el caso del común carcinoma epidermoide ulceroso de la boca, el tejido tumoral de su superficie es accesible, y es dificilmente errado. El dentista está acostumbrado a trabajar en la boca con instrumentos delicados y ocasionalmente en lugares incomodos, por eso, puede ser diestro en la obtención del tejido adecuado para la biopsia. Se ha dicho que solo él, quien tiene la responsabilidad del tratamiento definitivo de un paciente con cáncér, debe hacer la biopsia. Esto generalmente es verdad, pero el dentista puede frecuentemente obtener una muestra de tejido tumoral que es lo adecuado para el diagnóstico, y si está calificado, y es capaz, debe hacerlo.

A menos que tenga un entrenamiento especial, sin embargo, el dentista en su práctica general, debería probablemente limitar su biopsia a las superficies lesionadas que constituyen la variedad ordinaria del carcinoma epidermoide.

En orden para tomar un espécimen de biopsia de un tumor de hueso submucoso vascular o angioma, debe estar conciente de la posibilidad de una súbita hemorragia que puede presentarse, -

por lo que mejor debe tomarse en un hospital y no en un consultorio dental.

#### MÉTODOS PARA TOMAR UNA BIOPSIA.

La biopsia de cánceres orales bien establecidos, tales como los que usualmente se ven en la clínica, es un procedimiento simple. Frecuentemente no es necesario ningún tipo de anestesia, puesto que no hay nervios en el tejido canceroso.

Un pequeño alveolotomo de bocados cortantes y un pequeño escalpelo es todo lo que se necesita para lograr una pieza adecuada del tejido tumoral. Un bloque de tres a cinco milímetros ordinariamente es suficiente para el estudio. Una de las fallas más comunes en la técnica de biopsia es el aplastar el tejido, lo cual distorsiona la estructura celular, que puede ser imposible para el patólogo interpretar adecuadamente el espécimen remitido.

Otra, es el solo remover los restos de la superficie celular en lugar del tumor vivo. En la primera instancia, debemos recordar que las células vivas están compuestas de la mayor parte de agua y, por eso, es necesaria la delicadeza manual. En la segunda situación uno debe estar seguro que el sangrado es evidente en el tejido tumoral, y no meramente tejido necrótico superficial el obtenido. Cualquier anestésico tópico o superficial puede ser usado si es necesario. El sangrado puede ser controlado por presión con una gasa por unos cuantos minutos, o por un pequeño tro-

cito de gel foam u oxixel pueden ser puestos en el sitio de donde se tomó la biopsia (a presión).

En cánceres jóvenes y superficiales, en los cuales el dentista tiene la primera oportunidad de detectar, se aplica anestesia tópica con un agente tal como hidrocloide de pontocaína al 2%.

La anestesia por infiltración con uno o dos centímetros cúbicos al 1% de hidrocloide de procaína o algún otro agente anestésico local puede algunas veces ser requerido, pero el anestésico debe ser inyectado abajo y alrededor del tumor y nunca dentro del mismo. De nuevo, la hemorragia después de la biopsia puede ser controlada por presión con gel foam. Raramente es requerida una sutura. Sin embargo, cuando ésta es necesaria, la sutura de catgut de tres o cuatro ceros con aguja no cortante de tipo intestinal es apropiada.

El bloque de tejido removido para el examen microscópico - deberá ser puesto inmediatamente en una substancia de formol al 10%.

Si esto no es posible, el espécimen puede ser mantenido en una gasa húmeda por una hora o así preferiblemente refrigerada, - sin embargo éste no es el procedimiento ideal. El espécimen deberá ser enviado al patólogo lo antes posible con una información - detallada del origen y características del tejido.

El error más serio por parte de quien ejecuta la toma de biopsia, es aceptar un reporte negativo del patólogo como evidencia válida de ausencia de cáncer en la lesión en cuestión. Repito, el patólogo solo puede juzgar el tejido que se le envía, y un reporte negativo

falso puede ser de significado. Si en el juicio clínico, la lesión en cuestión es bastante sospechosa la garantía de la biopsia en primer lugar, un reporte negativo significa que podría ser necesaria una nueva biopsia.

El papel de la citología exfoliativa de la boca viene a ser investigada en numerosas instituciones, pero esto no es un sustituto definitivo de una buena biopsia.

Sin embargo, con una experiencia adicional, puede demostrarse ser muy usado como un recurso extra. Las bases para la prueba del papanicolau es que las células escamosas, ya sean de la mucosa normal o de la superficie de un tumor canceroso, es esparcido constantemente. Las células de cualquier superficie pueden ser transferidas deslizando hacia un cristal después raspar en la superficie con un abatelenguas. La anestesia no es necesaria, y el procedimiento puede ser actualmente ejecutado sin que el paciente esté conciente de esto e innecesariamente preocupado. El raspado y restos en el abatelenguas son untados en un cristal limpio que inmediatamente debe ser sumergido en un contenido por partes iguales de éter y alcohol al 95%. El deslizamiento no deberá permitir que se seque, pueden mantenerse en una solución de éter-alcohol hasta teñirlos en el laboratorio para la vista microscópica.

Si el contenido se preparó especialmente con esta solución no es aprovechable, el alcohol solo sería satisfactorio co-

mo un agente reparador. Puede no ser también que sea fuertemente enfatizado que el reporte negativo no excluye que haya cáncer. - Un reporte sospechoso o positivo de cáncer, sin embargo, indica que la biopsia debe ser hecha nuevamente.

## C A P I T U L O VIII

### TRATAMIENTO DEL CANCER ORAL.

Ni el dentista ni el médico sin entrenamiento especial en el manejo de cáncer en la cabeza y cuello asumiría la responsabilidad del tratamiento definitivo de un paciente con cáncer oral.

El tratamiento para curar el cáncer oral es la destrucción del tumor, ya sea por escisión quirúrgica o por irradiación. En suma hay un área sobrecruzada de escenario clínico en el cual puede ser usado cada suplemento en situaciones certeras. Las decisiones de esa materia requieren de un juicio basado en la experiencia. Cuando se sospeche o establezca el cáncer oral, el paciente debe ser referido al médico o médicos quienes evaluarán y tratarán mejor el cáncer.

Los técnicos en el uso de irradiación y los tipos de irradiación varían considerablemente. También, la extensión de la escisión requerirá obviamente grandes variantes, dependiendo del tamaño y ubicación del cáncer.

La decisión de la extensión en la remoción quirúrgica se basa en el principio del "tejido condenado" el cual simplemente significa que si el cirujano no lo remueve, el cáncer más adelante destrozará al paciente. Tal empeño puede ocasionar una diseción del cuello, hemi-resección de la mandíbula, y, tal vez la mitad de la lengua, todo es una resección continua.

Esto puede ser visto en procedimientos en extremo radical, pero cuando está indicado es realmente conservador comparado con lo que el cáncer hace al paciente. FIGS. 31 a la 34.



FIG. 31. Cáncer de células escamosas de la encía posterior inferior, con invasión de mandíbula que requirió la escisión de la rama horizontal.



FIG. 32. Cáncer de células escamosas avanzado de la mucosa bucal.

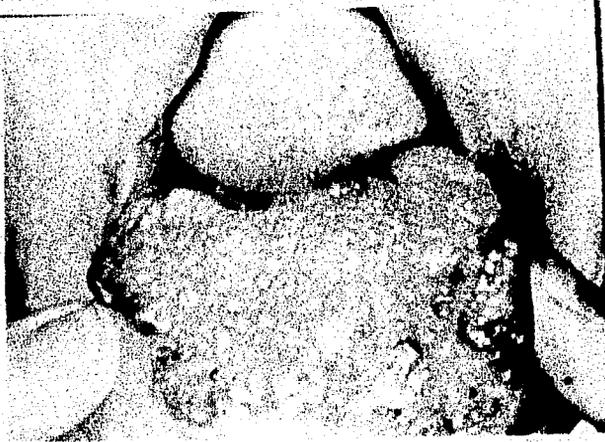


FIG. 33. Extenso pero solo ligeramente infiltrativo cáncer de células escamosas del labio sin metástasis.



FIG. 34. Cáncer de células escamosas metastásico incurable, secundario a un cáncer del labio que fué eliminado mediante irradiación dos años antes.

Las técnicas en el uso de irradiación, si se aplican adecuadamente, deben ser equitativas radicalmente y en muchas situau

ciones pueden dañar tejidos normales que no están complicados -- por el cáncer, y no se dañarían si fuera usado el procedimiento quirúrgico.

Los efectos de la irradiación son permanentes y progresivos; especialmente en pacientes curados. Tales efectos son disminuidos o eliminados cuando se lleva a cabo una irradiación adecuada por un experto radioterapeuta y solo como individuo confía con la responsabilidad de administrar radioterapia al paciente con cáncer oral.

En tales manos, la irradiación es capaz de eliminar el -- cáncer preservando la estructura de origen y no modificando las funciones orgánicas o apariencia cosmética del paciente.

Hay tal vez un considerable porcentaje morbozo y un índice de mortalidad leve, como resultado de irradiación efectiva. - El porcentaje de mortalidad es menor que el que resulta de la cirugía, el cual por si solo es mínimo y ocurre principalmente como resultado de un procedimiento quirúrgico mayor que se requiere frecuentemente para salvar pacientes que no responden satisfactoriamente a la irradiación.

Los efectos adversos de la cirugía no son progresivos y - pueden ser remediados en muchos casos a través de procedimientos reconstructivos, los cuales pueden también ser aplicados, aunque menos fácilmente después de la irradiación radical. Actualmente, la quimioterapia, con la perfusión arterial regional, es solo pa

liativa y no curativa.

Regulere un juicio y experiencia considerables para decidir cuándo se requiere un procedimiento quirúrgico más o menos extenso en el cáncer oral, cuando la irradiación debería usarse en forma de implantes intersticiales de radio, radón o isótopos-tales como el iridium radioactivo, o cuando el origen externo de la radiación deberá usarse sola o en combinación con cirugía o radiación intersticial. Sin embargo, el último objetivo, (cura), nunca es perdido de vista, sin hacer caso del tratamiento escogido. La combinación de opiniones del cirujano, radiólogo y patólogo puede ser muy útil.

También mucho compromiso de buenos principios terapéuticos porque la falta de equipo o entrenamiento del personal puede ser fatal para el paciente.

El tratamiento del cáncer oral, es complicado y frecuentemente no satisfactorio, pero si la lesión es tempranamente identificada y responsablemente tratada, mejora el porcentaje de curación.

El gran potencial para mejorar en el tratamiento del cáncer oral consiste en reconocer tempranamente el caso y viendo -- que el paciente sea puesto en el lugar y en las manos adecuadas.

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

- 1.- Ries Centeno G.A. Cirugía bucal. Edit. El Ateneo. Séptima edición. B.A. 1973.
- 2.- Archer W, Harry. Cirugía Bucal. Tomos I y II. Editorial - Mundi. Segunda Edición. 1968.
- 3.- Costich-White. Cirugía Bucal. Editorial Interamericana. - Primera Edición. 1974
- 4.- Grinspan David. Enfermedades de la boca. Tomo I. Primera-Edición.
5. Burket Lester W. Medicina Bucal. Editorial Interamericana. 1973.
- 6.- Ham Artur W. Tratado de Histología. Editorial Interamericana. 1975.
- 7.- Ginestet G. Frezieres H. Pons J. M. Palfer - Solliers. Cirugía Estomatológica y Maxilo-Facial. Editorial Mundi. -- 1967.
- 8.- Portmann Georges. Surgical Technique of Otorhinolaryngology. William Wood Company, Medical División. 1939.
- 9.- Federation Dentaire Internationale. Early Detection of -- Oral Cancer. (Folleto).
- 10.- American Cancer Society Inc. Oral Cancer. 1962. (Folleto).
- 11.- Gustav O. Kruger. Tratado de cirugía Bucal. Editorial Interamericana. la. Edición, 1960.
- 12.- Brown, J.B., and Byars, L.T. Malignant Melanomas, Surg.-Gynec & Obst. 1940.