

340  
Z. E.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CANCER DE LA CAVIDAD ORAL

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

NOEMI VIVEROS ROA

Asesor C. D. Victor M. Barrios E.



MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# **CANCER DE LA CAVIDAD ORAL.**

## **INTRODUCCION..**

### **CAPITULO 1**

#### **1.1 OBJETIVO**

#### **1.2 DEFINICION DE LIMITES ANATOMICOS**

##### **1.2.1 MUCOSA BUCAL**

##### **1.2.2 BORDE ALVEOLAR INFERIOR**

##### **1.2.3 BORDE ALVEOLAR SUPERIOR**

##### **1.2.4 ENCIA RETROMOLAR (TRIGONO)**

##### **1.2.5 PISO DE LA BOCA**

##### **1.2.6 PALADAR DURO**

##### **1.2.7 DOS TERCIOS ANTERIORES DE LA LENGUA**

##### **1.2.8 LABIOS; SUPERIOR E INFERIOR**

### **CAPITULO 2**

**2.1 EPIDEMIOLOGIA: FRECUENCIA DE TUMORES DE LA CAVIDAD ORAL, DE LOS CASOS VALORADOS EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL CENTRO MEDICO SIGLO XXI, DURANTE LOS AÑOS 1990, 1991, 1992.**

## **CAPITULO 3**

### **3.1 CLASIFICACION POR ETAPAS CLINICAS**

### **3.2 FACTORES ETIOLOGICOS**

### **3.3 LESIONES PREMALIGNAS**

#### **3.3.1 LEUCOPLASIA**

#### **3.3.2 ERITROPLASIA**

## **CAPITULO 4**

### **4.1 SINTOMATOLOGIA**

### **4.2 HALLAZGOS EN EXAMEN FISICO**

### **4.3 ESTUDIOS DIAGNOSTICOS ESPECIALES**

### **4.4 ASPECTOS CLINICOPATOLOGICOS**

### **4.5 MANEJO PRETRATAMIENTO**

## **CAPITULO 5**

### **5.1 TRATAMIENTO: CONSIDERACIONES ESPECIALES.**

### **5.2 CIRUGIA**

#### **5.2.1 ABLACION**

#### **5.2.2 RECONSTRUCCION**

### **5.3 RADIOTERAPIA**

#### **5.3.1 BRAQUITERAPIA**

#### **5.3.2 TELETERAPIA**

**5.4 QUIMIOTERAPIA**

**5.5 INMUNOTERAPIA**

**5.6 TRATAMIENTO COMBINADO**

## **CAPITULO 6**

**6.1 CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS A SITIOS ORALES ESPECIFICOS  
RESPECTO A CIRUGIA Y/O RADIOTERAPIA.**

**6.1.1 CANCER DEL LABIO**

**6.1.2 MUCOSA ORAL**

**6.1.3 CANCER DE ENCIA**

**6.1.4 CANCER DEL PISO DE LA BOCA**

**6.1.5 CANCER DE LA LENGUA**

**6.1.6 CANCER DEL PALADAR DURO**

## **CAPITULO 7**

**7.1 REHABILITACION**

## **CAPITULO 8**

**8.1 ANALISIS DE LA FRECUENCIA TUMORAL DE LA CAVIDAD ORAL EN EL HOSPITAL  
DE ONCOLOGIA DEL CENTRO MEDICO SIGLO XXI I.M.S.S.**

## **CAPITULO 9**

**9.1 CONCLUSIONES**

## **CAPITULO 10**

### **10.1 BIBLIOGRAFIA**

## **CAPITULO 11**

### **CASO CLINICO**

## INTRODUCCION.

Una parte de la Odontología es el estudio de los tumores de la cavidad oral y de las estructuras adyacentes. Las neoplasias de la zona descrita se reconocen como enfermedades que requieren atención experta multidisciplinaria, en la cual el cirujano dentista tiene un papel de importancia en diagnóstico temprano.

La epidemiología se analiza de los textos clásicos en ausencia de cifras nacionales de confianza, la frecuencia de estos tumores se obtiene de revisión del Hospital de Oncología (HO) (1). La clasificación por estadio clínico del cáncer de la cavidad oral se hace de acuerdo a los criterios de la American Joint Committee (AJC)

(2).

Los factores causales mas frecuentes son: Tabaquismo, Alcoholismo, sepsis bucal, sífilis, irritación crónica por dentaduras mal ajustadas, deficiencias nutricionales, virus, radiación actínica en caso de los tumores de los labios (3).

Se tendrá conocimiento de las lesiones premalignas, como son la leucoplasia y la entroplasia.

En este estudio se reviso sintomatología, hallazgos en el exámen físico, estudios diagnósticos especiales y aspectos clinicopatológicos, manejos pretratamiento, orientación terapéutico para sitios específicos y rehabilitación.

### 1.1 OBJETIVO

Es presentar al estudiante de Odontología, un estudio actualizado de las manifestación clínicas, los métodos diagnósticos, las posibilidades terapéuticas y el pronóstico de los pacientes con cáncer de la cavidad oral.

Además como se trata de una enfermedad que requiere atención de más de un experto en medicina, definir la participación que tiene el cirujano dentista como cofactor para lograr

la salud del enfermo y evitar secuelas por los tratamientos que recibirá.

Otro de los objetivos, es describir los casos de tumores de la cavidad oral enviados a tratamiento al servicio de radioterapia de cabeza y cuello del HO del centro médico siglo XXI (CMS XXI), en los últimos tres años.

#### 1.2 Definición de los límites anatómicos.

La cavidad oral se extiende desde los labios hasta el paladar blando y la base de la lengua, estos puntos son márgenes posteriores no incluidos en el área, la cavidad oral esta subdividida en sitios específicos siguientes:

##### 1.2.1 Mucosa Bucal.

Toda la membrana que cubre la superficie interna de las mejillas y los labios, desde la línea de contacto de los labios, hasta la línea de unión de la mucosa del borde alveolar superior o inferior y el rafe pterigomandibular.

##### 1.2.2 Borde Alveolar Inferior.

El proceso de la mandíbula y su mucosa que la cubre ( encía inferior ), la cual se extiende desde la línea de unión de la mucosa en el surco bucal, a la línea de la mucosa libre en el piso de la boca. Posteriormente se extiende a la rama ascendente de la mandíbula.

##### 1.2.3 Borde Alveolar superior.

El proceso alveolar del maxilar y su cubierta de mucosa ( encía superior), la cual se extiende desde la línea de la unión de la mucosa en el surco gingivolabial superior, a la unión del paladar duro, su margen posterior es la terminación superior del arco pterigopalatino.



#### 1.2.4 Encía retromolar o trigono retromolar.

La mucosa que cubre la rama ascendente de la mandíbula, desde el nivel de la superficie posterior del último molar, a la punta superior adyacente a la tuberosidad del maxilar.

#### 1.2.5 Piso de la boca.

Un espacio de forma semilunar sobre los músculos milohioideo, hiogloso, extendiendo desde la superficie interna del borde alveolar inferior, a la superficie ventral de la lengua. Su límite posterior es la base del pilar anterior de la amígdala, el piso de la boca esta dividido en dos partes por el frenillo de la lengua y contiene los ostiums de las glándulas submaxilar y lingual.

#### 1.2.6 Paladar duro.

El área semilunar entre el borde alveolar superior y la membrana mucosa que cubre la apófisis palatina de los huesos maxilar y palatino. Se extiende desde la superficie interna del borde alveolar al borde posterior del hueso palatino.

#### 1.2.7 Dos tercios anteriores de la lengua.

La porción libre, móvil de la lengua, la cual se extiende desde la línea de las papilas circunvaladas conocida como V lingual, a la superficie ventral de la lengua en la unión del piso de la boca. Esta compuesta de cuatro áreas: 1) punta; 2) bordes laterales; 3) dorso; 4) cara ventral, conocida como superficie no vellosa de la lengua.

#### 1.2.8 Labios.

Los labios forman la pared anterosuperior de la cavidad oral, tienen una superficie expuesta de epidermis modificada, comúnmente referida como la superficie del bemellón, la cual se extiende de la comisura a comisura y de mucosa bucal a piel. El labio incluye la superficie del bemellón, es decir la porción del labio que esta en contacto con el otro labio.

## CAPITULO 2

### 2.1 EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA.

El carcinoma de la boca supone un porcentaje mínimo de la problemática cancerosa del organismo humano (4). Al analizar la frecuencia de cáncer de localización en la cabeza y el cuello se puede conocer que las neoplasias de la cavidad oral son el 6% de los casos (5). Los pacientes con estas neoplasias generalmente se encuentran entre la sexta y séptima década de la vida. Se tiene concluido en nuestro país que estos tumores son más frecuentes en hombres que en mujeres en una proporción de 4:1 (1).

Pindborg (6) comprobó una incidencia elevada en la India y en el sudeste asiático, hablando de cifras tan altas como el 47 % de todos los tumores.

En la tabla uno presentamos cifras de tumores de cabeza y cuello que se presentaron en los años 1990, 1991, 1992 y de ellos cuantos corresponden a cavidad oral.

Se puede apreciar en tabla 2 la frecuencia de los tumores de la cavidad oral concluyendo como en la literatura que el cáncer de lengua es el mas frecuente, 72 casos . En segundo sitio el piso de la boca con 28 casos, encía con 24 pacientes, paladar duro con 14, labio 6 pacientes.

## **CAPITULO 3**

### **3.1 CLASIFICACION**

**TUMOR PRIMARIO = T**

**TIS CARCINOMA INSITU**

**T1 TUMOR DE 2 Cm. O MENOS EN SU DIAMETRO**

**T2 TUMOR MAYOR DE 2 Cm. PERO MENOR DE 4 Cm. EN SU DIAMETRO MAYOR**

**T3 TUMOR MAYOR DE 4 Cm. EN SU DIAMETRO MAYOR**

**T4 TUMOR QUE INVADE HUESO, PIEL, ANTRO MAXILAR, CUELLO.**

**NODULOS O GANGLIOS LINFATICOS = N**

**N0: NO EXISTEN GANGLIOS CERVICALES CLINICAMENTE PALPABLES**

**N1: GANGLIOS LINFATICOS CERVICALES PRESENTES LIBRES HOMOLATERALES**

**N2: GANGLIOS LINFATICOS CERVICALES CONTRALATERALES O BILATERALES.**

**N3: GANGLIOS HOMOLATERALES BILATERALES FIJOS.**

**METASTASIS = M**

**M0: NO EXISTEN METASTASIS**

**M1: PRESENCIA DE METASTASIS CLINICO O RADIOLOGICO**

## **AGRUPACION POR ETAPA CLINICA DEL CARCINOMA DE LA CAVIDAD ORAL**

**ETAPA I: T1 N0 M0**

**ETAPA II: T2 N0 M0**

**ETAPA III: T3 N0 M0**

**T1 N1 M0**

**T2 N1 M0**

**T3 N1 M0**

**ETAPA IV: T1 N2 M0**

**T2 N2 M0**

**T3 N2 M0**

**T1 N3 M0**

**T2 N3 M0**

**T3 N3 M0**

**CUALQUIER T CON CUALQUIER N, CON M POSITIVA.**

### **3.2 FACTORES ETIOLOGICOS.**

La causa del carcinoma de la cavidad oral se responsabiliza primordialmente al tabaco para mascar y el hábito de mascar nuez de betel, lo cual es muy difundido en muchos países del lejano oriente.

Es una observación clínica bastante común que el carcinoma se desarrolle en el sitio habitual donde la persona masca el pedacito de tabaco durante años, mientras que el carrillo opuesto sea normal, en donde el paciente jamás ha tenido descansando el tabaco.

Estudios epidemiológicos en países occidentales indican que el tabaco fumado en sus varias formas juega un papel importante en la etiología del cáncer de la cavidad oral y hay franca evidencia que indica que en los asiduos bebedores de alcohol esto es un factor contribuyente, se han sugerido varias causas del cáncer de lengua sin llegar a ninguna conclusión. Sin embargo parece haber una relación definitiva entre esta enfermedad y este hábito. En estudios previos (7), han encontrado coexistencia de sífilis activa con tumor de lengua o bien casos reconocidos de padecer dicha entidad y desarrollar posteriormente cáncer de la cavidad oral. La relación se explica con base a la glositis crónica producida por la sífilis, una irritación que se ha reconocido durante mucho tiempo como carcinógena en ciertas circunstancias (2). Se debe señalar que algunos estudios no confirman la teoría de que haya una relación entre la sífilis y el cáncer de lengua. Wynder (3) la verificó pero puso en tela de juicio si la neoplasia podía estar relacionada con el tratamiento a base de arsénico, que era la terapéutica de elección antes del advenimiento de los antibióticos, mas que a la sífilis en sí.

Varios estados atróficos de la mucosa oral, como el síndrome de Plummer-Vinson, están asociados con el aumento en frecuencia del cáncer de la cavidad oral, en ciertas zonas geográficas principalmente en países escandinavos donde la incidencia en la mujer es elevada. La deficiente higiene oral, las dentaduras mal ajustadas y a los dientes cariados, han sido mencionados como factores contribuyentes, pero concluir categóricamente su participación es difícil de aseverar.

En ocasiones parece que el carcinoma de encía o gingival se origina después de la extracción de un diente, sin embargo, si se examina con cuidado dichos casos habitualmente se descubre que el diente fue extraído debido al tumor, el cual en el momento de la cirugía no había sido diagnosticado. Una situación poco usual que sucede después de la extracción de un diente, cuando un carcinoma al parecer se desarrolla con rapidez, prolifera fuera del alveolo. Estos casos que posiblemente representan dicho fenómeno quizá se deban a que el carcinoma de encía esta creciendo a lo largo del ligamento parodontal y prolifera repentinamente después de la extracción.

### 3.3 LESIONES PREMALIGNAS

#### 3.3.1 LEUCOPLASIA

Se entiende con este término clínico, sin connotación histológica que se tiene utilizado durante años para reconocer una zona, parche o placa blanquecina que se presenta en la superficie de la mucosa de la cavidad oral.

La etiología de la leucoplasia es variada, se debe a factores locales extrínsecos, y a factores intrínsecos predisponentes. Se tiene definido como los factores causales; El tabaco, alcohol, sepsis bucal, irritación local, sífilis, deficiencias vitamínicas, alteraciones endocrinas, galvanismo, radiación actínica en caso de la leucoplasia de los labios. En el examen clínico las placas de leucoplasia pueden variar desde área blanca, no palpable, bastante translúcida, hasta lesiones induradas, gruesas, fisuradas, papilomasas. Son comunes las áreas de afección, la diseminación puede variar desde parches irregulares, pequeños, bien localizados, hasta lesiones difusas que cubren una porción considerable de la mucosa oral.

Se deberá hacer un diagnóstico diferencial de otras enfermedades que se manifiestan como lesiones blancas en la cavidad oral. Tales como el líquen plano, parches mucosos sífilíticos, nevo esponjoso blanco, moniliasis, lupus eritematoso, quemaduras por agentes químicos y otras estomatitis. Todos los criterios acerca del diagnóstico microscópico de la leucoplasia, están de acuerdo en que esta lesión representa una displasia del epitelio superficial, que puede representar o no un cambio precánceroso, ya que los pacientes que evolucionan hacia cáncer es alrededor del 17% (5).

### 3.3.2 ERITROPLASIA

Es una entidad clínica, lesión de la membrana mucosa que da la impresión de zona despulida, enrojecida, con margen delimitado, sin pérdida de substancia, histológicamente, en alto porcentaje muestra cambios epiteliales que varían desde una displasia moderada hasta un carcinoma in situ e incluso un carcinoma invasor.

La eritroplasia bucal es una enfermedad poco usual en contraste con la leucoplasia, la eritroplasia bucal no presenta una predilección importante por el sexo y es más frecuente en la sexta y séptima década de la vida, aunque afecta área relativamente grande, por lo regular es una lesión bastante superficial.

Se presentan tres manifestaciones clínicas diferentes de eritroplasia en la cavidad oral: 1) La forma homogénea, la cual aparece como una lesión de color rojo brillante, aterciopelada, suave con bordes derechos festoneados, bien delimitados, que con frecuencia es bastante extensa en tamaño y a menudo se encuentra en la mucosa oral, algunas veces en el paladar blando y esporádicamente en la lengua y en el piso de la boca. 2) Eritroplasia mezclada con parches de leucoplasia en el cual las áreas eritematosas son irregulares y a menudo no tienen un color rojo brillante, como la forma homogénea, se observa con más frecuencia en la lengua y en el piso de la boca. 3) Las lesiones rojas, suaves que están ligeramente elevadas, con un trazo irregular y una superficie granular o finamente nodular moteada, con placas blancas muy pequeñas llamadas eritroplasia moteada. Se ha señalado que existen muchos otros tipos de lesiones bucales, las cuales no se distinguen clínicamente del tipo displásico, la cual subraya la importancia de tomar biopsia de dichas lesiones rojas, tales lesiones clínicamente similares incluyen candidiasis, tuberculosis, histoplasmosis, así como otras afecciones relativamente no específicas como la irritación por prótesis total.

Por lo que se concluye que una lesión eritroplásica asintomática será el signo visible más temprano de un carcinoma epidermoide de cavidad oral, in situ o invasor.

## **CAPITULO 4**

### **4.1 SINTOMATOLOGIA**

- a) Leucoplasia visible y/o eritroplasia sin ningún otro síntoma.**
- b) Areas pseudopapilomatosis visibles**
- c) Sensación de masa tumoral con 1) Dolor 2) Limitación del movimiento de la lengua 3) Deterioro del ajuste de la dentadura**
- 4) Sangrado**
- d) Masa en el cuello, que incluso puede ser el primer síntoma de la enfermedad.**
- e) Disfagia; con alimentos sólidos o líquidos**

### **4.2 HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO**

- a) Leucoplasia o eritroplasia**
- b) Areas de ulceración, zonas mamelonadas.**
- c) Masas tumorales en el cuello.**
- d) Signos neurológicos específicos; Parálisis del nervio hipogloso en el caso de lesiones posteriores de la lengua, atormecimiento del mentón, por compromiso de terminación nerviosa que pasa a través del agujero mentoniano.**



#### 4.3 ESTUDIOS DIAGNOSTICOS ESPECIALES

- a) Radiografía del área local cuando esta cerca del hueso, de manera de corroborar o descartar invasión neoplásica local.
- b) Radiografías oclusales y ortopantografía por sospecha de erosión de la mandíbula.
- c) Tinciones especiales in vivo, ejemplo con azul de toluidina para la evaluación de lesiones multicéntricas.
- d) Serie ósea metastásica, si se encuentra indicada para definir extensión tumoral.

#### 4.4 ASPECTOS CLINICOPATOLOGICOS.

La clasificación histopatológica básica para tumores malignos de la cavidad oral, es:

CARCINOMA IN SITU EPITELIAL

CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASOR: BIEN DIFERENCIADO

MODERADAMENTE DIFERENCIADO

POBREMENTE DIFERENCIADO

INDIFERENCIADO

VERRUCOSO

ADENOCARCINOMA DE CÁNDULAS.

CILINDROMA

ADENOIDEO QUÍSTICO

MUCOEPIDERMÓIDE

SARCOMAS DE ESTA LOCALIZACION

LINFOMAS

La gran mayoría de los tumores son carcinomas epidermoides (90%) y las lesiones invasoras en este grupo, generalmente tiende a ser bien o moderadamente diferenciadas, aproximadamente 5% de los tumores de la cavidad oral se originan en las glándulas salivales menores (8) aproximadamente la mitad de ellos se localizan en el paladar duro.

El carcinoma del labio tiende a ser relativamente poco agresivo, pero eventualmente afecta estructuras adyacentes. Una de particular importancia es la invasión del nervio del mentón, el cual presenta una vía de baja resistencia para su diseminación.

Las metástasis linfáticas son la mayoría de las veces a ganglios submentonianos y submandibulares, desarrollándose tardíamente en el curso de la enfermedad.

Los tumores infiltrantes, endofíticos de la lengua oral se diseminan rápidamente al intersticio muscular, así como a los linfáticos, generalmente a los ganglios yugulodigástricos (subdigástricos) y de ahí hacia abajo por la cadena yugular, la toma tumoral de la cadena ganglionar contralateral se presenta en el 5%.

Los carcinomas del piso de boca, además de su extensión directa a la lengua, encía, eventualmente a la mandíbula, también dan metástasis relativamente tardías a los ganglios submandibulares y subdigástricos.

Los sitios más comunes de metástasis linfáticas de los tumores de la mucosa oral son los ganglios submental, submandibular. Para los tumores de la encía y paladar duro, los ganglios submandibular y subdigástrico.

#### 4.5 MANEJO PRETRATAMIENTO

La evaluación del estado general del paciente debe ser efectuado rutinariamente antes de determinar la conducta terapéutica, debe incluir además de los exámenes de rutina; Biometría Hemática química sanguínea, examen general de orina, pruebas de coagulación,

**radiografía del tórax. Hay exámenes especiales que son menester de acuerdo a cada caso en particular, dependiente de la localización tumoral, los hallazgos de exploración. El estado pulmonar debe ser evaluado muy cuidadosamente y de ser necesario, solicitar las pruebas funcionales respiratorias, ya que la mayoría de los pacientes con cáncer de la cavidad oral son fumadores crónicos y se encuentran en la sexta o séptima década de la vida.**

Aquí es donde el cirujano dentista tiene un papel de vital importancia, ya que será el encargado de mantener al paciente en buena higiene dental, por lo que a todos los pacientes que serán sometidos a cirugía, radioterapia o quimioterapia, requieren la valoración experta del cirujano dentista, para que deje la cavidad oral en máximas condiciones de salud, para ello se requiere efectuar las terapéuticas siguientes: a) Detartraje b) Profilaxis y aplicación de flúor. c) Extracción de piezas dentarias en malas condiciones, o que estén deterioradas y comprometidas por la neoplasia, ya que dejarlas retrasaría el inicio del tratamiento curativo o paliativo. d) Atención detallada de cualquier diente que permanezca en la boca.

e) Impresiones preoperatorias cuando este indicado, para hacer los moldes indispensables para prever el tipo de reconstrucción que requiere el paciente. f) Por último el diseño de dispositivos de protección de tejido sano que no requiere estar comprometido en el tratamiento. g) Un cirujano dentista bien capacitado puede ayudar en la cirugía, anestesiando local o regionalmente el área a tratar.

## CAPITULO 5

### 5.1 TRATAMIENTO; CONSIDERACIONES GENERALES.

En los años recientes se ha reportado una mejoría significativa en los resultados del tratamiento del cáncer oral con cirugía y radioterapia. Para algunos sitios orales, existen diferentes opiniones con respecto al papel de los dos métodos mientras que para otros sitios esta emergiendo una estandarización de los conceptos de tratamiento. Los cánceres pequeños pueden ser curados por cualquier método, las lesiones avanzadas son incurables, por cualquier técnica terapéutica. Entre estas descripciones están las moderadamente avanzadas que pueden ser curadas por cirugía o radioterapia, dejando la terapéutica quirúrgica para el tratamiento de las metástasis ganglionares, que confieren mayor control con la disección radical de cuello. La mayoría de los cirujanos tienen la impresión que la extirpación quirúrgica, cuando es posible, tiene ventajas significativas sobre la radioterapia, sobre todo en lesiones tumorales de tamaño mediano, es decir estadios II y III. Otros autores prefieren usar radioterapia preoperatoria, cuya meta busca disminuir la posibilidad de implantes tumorales en área quirúrgica, incrementar cifras de control local, y que esto repercute en más años de sobrevida libre de neoplasia y por ende incremento en cifra de curación.

Muchos pacientes con cáncer oral son candidatos para intervenciones compuestas, procedimientos en los cuales el cáncer oral primario es resecado en continuidad con el drenaje linfático afectado, frecuentemente incluyendo la mandíbula, dependiendo de la localización del tumor primario, con métodos modernos de reconstrucción, la deformidad y disfunción de tales procedimientos se puede minimizar. Una moderada disfunción es mucho

mas aceptable que los estragos de un cáncer no controlado. En caso de cirugía con secuela estética con porcentaje igual de control con radioterapia, siempre se optará por este método de tratamiento.

La elección de una técnica específica de tratamiento o una combinación deberá tomar en consideración factores como morbilidad, complicaciones tempranas, tardías, rehabilitación funcional y cosmética, así como la aceptación del paciente. Los radioterapeutas consideran que las ventajas de este tratamiento son el inducir disminución de volumen tumoral siempre independientemente del tamaño del tumor, por tanto en múltiples ocasiones tumores voluminosos inoperables pueden ser resecaos. Lo mejor es el intento del manejo multidisciplinario orientado al caso en particular.

En varios centros se realizan estudios para determinar si la cifra de supervivencia de la cirugía puede ser incrementada utilizando tratamientos combinados; Sin embargo múltiples revisiones concluyen que un grupo grande de pacientes con lesiones extensas requieren de cirugía mas radioterapia y aún no se puede controlar localmente el tumor, con tasa alta de mortalidad aun. Por tanto dan pie a realización de estudios experimentales con tratamientos neoadyuvantes de citotóxicos, más radioterapia e inmunoterapia (9).

### 5.2.1 CIRUGIA ABLATIVA

Para cánceres orales debe orientarse en términos de área comprometida, profundidad, definición de extensión al hueso, obviamente de estar incluido debe researse junto con la completa extensión neoplásica, así mismo la presencia de ganglios metastásicos presentes deberan ser tratados en continuidad con la disección radical de cuello (10).

En años pasados, cirujanos estaban menos dispuestos a manejar cáncer oral de la región posterior, actualmente con abordajes modernos y mejor anestesiología, el cirujano puede resear tumores orales posteriores y orofaríngeos, existiendo técnicas reconstructivas modernas puede obtener buenos resultados funcionales y estéticos. El tamaño tumoral no es un factor crítico para el abordaje quirúrgico, pero normalmente no se tratan estadios IV con este método, al menos de primera intención (11).

## 5.2.2 RECONSTRUCCION

Algunos defectos pueden ser cerrados de primera intención, los defectos de la mucosa oral de tamaño pequeño o mediano dependiendo de la localización curaran satisfactoriamente sin necesidad de suturarlos . Por ejemplo: Un defecto de mucosa y perostio sobre el paladar duro curará solo, alcanzando buenos resultados.

Muchos defectos, sin embargo, requieren cierre con tejido de otro sitio, ya sea injertos libres o pediculados.

Los colgajos de lengua son útiles para el cierre de defectos de tamaño moderado. Estos procedimientos reconstructivos deben ser vistos como cirugía mayor por su propio derecho y no deben ser realizados por cirujanos que son inexpertos en estas técnicas.

## 5.3 RADIOTERAPIA

La radioterapia del cáncer de la cavidad oral puede ser implante intersticial, o bien utilizando la radiación externa y frecuentemente incluye el uso de las dos.

### 5.3.1 BRAQUITERAPIA

Los cánceres superficiales pequeños, pueden ser tratados con gran éxito con implantes, usando Iridio 192, Iodo 125, En nuestro país solo disponemos del primero, siendo su uso generalizado para aplicación de implantes en cáncer de lengua en Estadio I, es decir lesión menor de dos centímetros de diámetro mayor y sin ganglios en el cuello.

### 5.3.2 TELETERAPIA

Lesiones tumorales englobadas entre T2 y T4 se manejan generalmente con terapia externa que incluye el sitio del primario y su drenaje linfático regional, aun si no esta clínicamente afectado. Lesiones con grandes volúmenes tumorales ameritan dosis de 5000 a 6500 rads, suplementados por implante en el tumor de 2000 a 4000 rads. Ejemplo: Dosis de radiación externa de 5000 rads administrado en cinco semanas con tres a cinco fracciones por semana y un implante de 2000 a 4000 rads en tres a cuatro días. Lesiones en estadio IV son mas difíciles de implantar y tiene casi todas metástasis ganglionares para ellos se tiene el uso de teleterapia sola, para alcanzar dosis de 6500 a 8000 rads en 6 a 9 semanas.

Los campos deberan de incluir todos los ganglios regionales en por lo menos 75% de la dosis radical programada. Después se hace la reducción de tamaños de campos para evitar la médula espinal y administrar a la zona tumoral residual la dosis radical.

### 5.4 QUIMIOTERAPIA

Actualmente la quimioterapia del cáncer de la cavidad oral puede ser de tipo sistémico y de tipo regional. La posibilidad de que la quimioterapia ataque a la enfermedad diseminada, y por otra parte la capacidad de incrementar los resultados que generan la cirugía y/o la radioterapia, son los puntos por los cuales este tratamiento se utiliza ya en asistencia terapéutica de los pacientes en la neoplasia diseminada y se tiene en estudio, su uso como neoadyuvante con miras de disminuir volumen tumoral previo al inicio de cualquier terapéutica radical.

Por lo tanto la quimioterapia puede ser utilizada en forma paliativa en casos de neoplasia diseminada, con miras de control tumoral en el que la cirugía y/o la radioterapia no pueden ofrecer mejoría, desafortunadamente en cifras de eficiencia baja.

## 5.5 INMUNOTERAPIA

Debido a que las células neoplásicas tienen antígeno, aunque débil, el sistema inmune puede ser estimulado para reaccionar al cáncer.

La investigación clínica en esta área está progresando rápidamente y se ha reportado la utilización de la vacuna antituberculosa (BCG) asociada a los tratamientos habituales en lesiones neoplásicas de la cavidad oral, como capaz de mejorar los resultados obtenidos en respuestas objetivas con la suma de quimioterapia y la inmunoterapia.

Muchos pacientes con cáncer presentan deficiencias en su sistema inmune debido a factores desconocidos, actualmente se está utilizando los linfocitos o el factor de transferencia para tratar de corregir esas deficiencias. Los antígenos tumorales específicos de la membrana celular representan una posibilidad de poder aumentar la inmunidad específica del huésped contra el tumor. Este tratamiento se recomienda sólo como adyuvante en cáncer subclínico residual.

## 5.6 TRATAMIENTO COMBINADO

Este tratamiento se basa en las fallas, que se presentan cuando se utiliza una modalidad terapéutica, la cirugía; la radioterapia tienen altas posibilidades de control local de la enfermedad, que disminuyen proporcionalmente en el aumento en el volumen tumoral.

Con el objeto de incrementar el coeficiente de destrucción celular tumoral, se ha utilizado la asociación con quimioterapia, tanto regional como sistémica, sin que los resultados hayan mostrado un incremento en la supervivencia a cinco años.



Cuando la persistencia es locoregional, la cirugía y la radioterapia son los tratamientos de elección, si se utilizan combinados, debe tomarse en cuenta, los efectos de cada tratamiento.

Recientemente se ha renovado el uso de implante de isótopos radioactivos (Iridio 192) en un esfuerzo para aumentar la dosis a zona tumoral, sin afectar tejidos adyacentes.

La utilización de cirugía y radioterapia pre o postoperatoria se recomienda cuando es alta la probabilidad de dejar tumor residual microscópico utilizando solo cirugía.

## **CAPITULO 6**

### **6.1 CONSIDERACIONES PARA SITIOS ORALES ESPECIFICOS**

#### **6.1.1 CANCER DE LABIO**

Quando es pequeño, puede ser curado con radiación o excisión, pero en caso de una lesión grande, la extirpación con reconstrucción inmediata da buenos resultados cosméticos y funcionales.

#### **6.1.2 CANCER DE MUCOSA ORAL**

Es un sitio donde las lesiones circunscritas son curables por radiación o excisión adecuada. Los cánceres grandes requieren resección compuesta con reconstrucción del defecto con injertos pediculados.

#### **6.1.3 CANCER DE ENCIA**

Los exofíticos son susceptibles de una adecuada excisión local, incluyendo porciones de hueso, de acuerdo a la evidencia clínica y radiológica de infiltración. Las lesiones avanzadas requieren resección ósea segmental o hemimandibulectomía o maxilectomía parcial, dependiendo de la extensión de la lesión y localización.

#### **6.1.4 CANCER DEL PISO DE BOCA**

Es una lesión frecuente, puede ser manejada por cirugía o por radioterapia. Quirúrgicamente representa un problema especial cuando la lesión afecta la porción anterior de la mandíbula, ya que la resección de esta estructura produce considerable deformidad y disfunción. Los tumores del piso lateral de la boca, cuando son tratados adecuadamente con cirugía frecuentemente requieren de disección de cuello en continuidad. Cuando la extensión del tumor hace necesario la resección de una porción de mandíbula en bloque con el tumor. La radiación de los tumores del piso de boca puede hacerse por implante y ocasionalmente se usa teleterapia con conos intraorales.

#### **6.1.5 CANCER DE LENGUA**

Aparece frecuentemente en los bordes laterales y puede ser manejado por radiación o cirugía. La hemiglossectomía produce frecuentemente pocos trastornos en el habla. Algunos pacientes con tumores linguales avanzados requieren glossectomía total.

Este grupo de pacientes, generalmente tiene compromiso metastásico ganglionar a cuello, por lo que serán mejor atendidos con radioterapia radical y en caso de residual ganglionar se realizara la disección radical de cuello.

Se cuenta con mecanismos compensatorios que pueden lograr recuperación satisfactoria del habla.

## 6.1.6 CÁNCER DE PALADAR DURO

Generalmente requiere excisión del hueso subyacente, produciendo una abertura del antro maxilar. Este defecto puede ser obliterado con una prótesis dental, manobra que restaura satisfactoriamente la deglución y el habla. Estas lesiones con importante con importante secuela estética pueden ser tratadas con radiaciones, con semejantes resultados al procedimiento quirúrgico, o en menos secuelas.

## CAPITULO 7

### 7.1 REHABILITACION

Se debe tener mucha atención en la rehabilitación de los pacientes con cáncer de la cavidad oral, para minimizar los defectos cosméticos y funcionales derivados tanto de la destrucción condicionada por el tumor como de los producidos por efectos terapéuticos.

Es necesaria la participación de todas las disciplinas involucradas, como son: El cirujano dentista, quien tiene el papel de mantener al paciente con buena higiene dental. El foniatra, encargado de rehabilitar la voz de los pacientes. El cirujano reconstructivo, para efectuar los procedimientos quirúrgicos necesarios para corrección de defectos estéticos condicionados por la cirugía radical o la radioterapia, dicha cirugía solo debe realizarse si hay control locoregional de la neoplasia. El psiquiatra, ofrece terapia de apoyo, orientación para seguir su vida con las secuelas existentes, siempre encaminado a facilitar la adaptación del paciente a su vida habitual, familiar y social. El protesista maxilofacial es particularmente importante, para reducir las disfunciones, no resueltas quirúrgicamente durante la resección, de las neoplasias orales.

## CAPITULO 8

### 8.1 ANALISIS DE LA FRECUENCIA TUMORAL DE LA CAVIDAD ORAL, EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL CENTRO MEDICO SIGLO XXI IMSS

Las neoplasias de la cabeza y cuello ocupan el cuarto sitio en el servicio, previo a ellas están las ginecológicas, mama y el cáncer pulmonar.

Se analizó la población portadora de neoplasias de la cabeza y el cuello, los años 1990, 1991, 1992 determinándose 527 casos en 1990, 539 en 1991, 485 en 1992.

41 de 527 pacientes evaluados en 1990, es decir el 7.77% se determinó fueron casos de cavidad oral.

59 de 539 pacientes tratados en 1991, es decir el 10.94% se concluyó fueron neoplasias de cavidad oral.

63 de 485 tratados en 1992, que son el 12.98% se concluyó fueron neoplasias de localizadas a la cavidad oral y en este año se hace aparente la presencia de Sarcoma de Kaposi en esta zona asociado a SIDA.

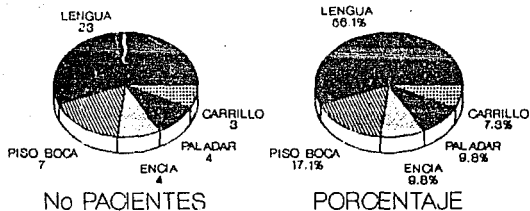
En las tablas 1,2,3 se describe la frecuencia del tipo de tumores presentes en la cavidad oral, definiéndose el porcentaje que ocupan.

Se presenta además el número de pacientes que han sido implantados con material radioactivo Iridio 192 desde 1931 a la actualidad en la tabla 4.

Se infiere que todo el resto del grupo de pacientes que se atendieron requirieron de teleterapia, bien preoperatoria, postoperatoria o paliativa. Siendo por tanto todo este grupo de pacientes campo para el cirujano dentista.

# NEOPLASIAS DE LA CAVIDAD ORAL

1990

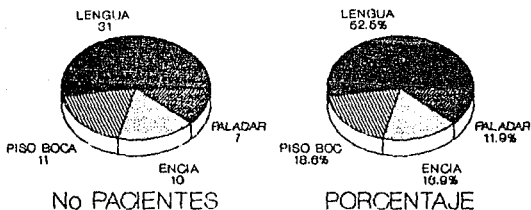


H. ONCOLOGIA CMN SIGLO XXI

TABLA 1

# NEOPLASIAS DE LA CAVIDAD ORAL

1991



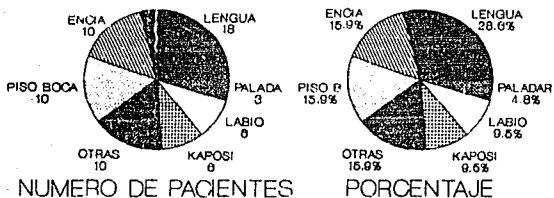
H. ONCOLOGIA CMN SIGLO XXI

TABLA 2



# NEOPLASIAS DE LA CAVIDAD ORAL

1992

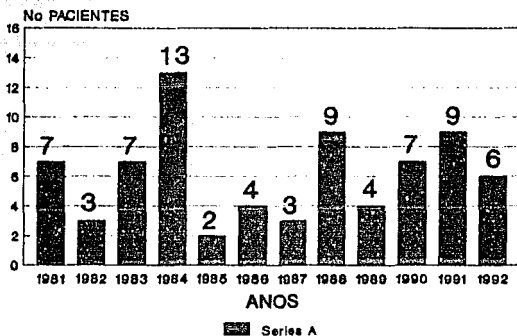


H. ONCOLOGIA OMN SIGLO XXI

TABLA 3

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

### BRAQUITERAPIA EN CABEZA Y CUELLO NUMERO DE IMPLANTES ANUALES



H. ONCOLOGIA CMN SIGLO XXI

## CAPITULO 9

### 9.1 CONCLUSIONES

Generar al grupo multidisciplinario la necesidad de compartir la terapéutica, ya que el cirujano dentista esta capacitado para mantener al paciente con buena higiene dental pre y posttratamiento.

Hacer las extracciones necesarias de los dientes que estén suficientemente en mal estado, aún los afectados por el tumor mismo, esto avalado por el cirujano oncólogo, que va a realizar la operación ya que de lo contrario retrasaría iniciar el tratamiento.

El cirujano dentista esta apto para colaborar en tratamientos y estudios especializados, biopsias, implantes de Iridio 192, cirugías menores, excisiones pequeñas, anestesiando local o regionalmente.

Atención detallada de cualquier diente que permanezca en la boca. Impresiones preoperatorias cuando esta indicado para hacer los moldes que puedan cubrir los defectos condicionados por la cirugía. Prever el tipo de reconstrucción que requiere el paciente. Por último el diseño de dispositivos de protección de tejido sano, que no requiere estar comprometido en el tratamiento.

## CAPITULO 10

### 10.1 BIBLIOGRAFIA

1) Ayala, JR: Anuarios del servicio de Radioterapia del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, años 1990, 1991, 1992.

2) Shafer, WG; et.al.: A text book of oral pathology ed. 4, Mexico DF 1987 W.B. Saunders Co., pp. 118-120

3) Wynder, EL; et.al.: A study of etiological factors in cancer of mouth. Cancer 10:1300-1323, 1957.

4) Darm, HF; Cutler, SJ: Morbidity from cancer in United States. Public Health Monograph. No. 56 Washington D.C., 1959. US Government printing Office, p. 188.

5) Rodríguez Cuevas S.: Guía Diagnóstica terapéutica del cáncer de cabeza y cuello. México D.F. pag 64, 1983.

6) Pindborg JJ: Oral cancer from an international point of view J. Canad. Dent. Ass. 31:219-26, 1965

7) Pernot, M.; Mallissard, L.: Iridium 192, brachytherapy in the management of 147, T2N0 oral tongue carcinomas treated with irradiation alone: Comparison of two techniques. Radiother. Oncol: 23(4)223-8, 1992.

8) Martin, HE: Tumors of the palate (benin and malignant) Arch.Surg.

Chicago Ill. 599-635. 1942.9

9) Nelson,AJ; Westbrook KC: Management of local and regional cancer of the oral cavity, oropharynx and nasopharinx, in principles of cancer treatment (CH:88) Mcgraw Hill Book Co., 1982.

10) Vanderbrovek,C; Sancho Gamler,H;Chasagne D.: Elective versus therapeutic radical neck dissection in epidermoid carcinoma of the oral cavity. Cancer 48:386-90. 1980

11) Silverman, S; Gorky, M; Lozada, F: Oral leukoplakia and malignant transformation. Cancer53: 563-567,1984.

12) Farr, HW; Goldfarb, PM; Farr, CHM: Epidermoid carcinoma of the mouth and pharynx at memorial Sloan Kettering Cancer Center, 1965 to 1969 Am. J.Surg.140:563-567,1980.

13) Guillamondegul, OM; Oliver, B; Hayden, R: Cancer of the anterior floor of the mouth. Am J Surg 140:560-561, 1980.

## CAPITULO 11

### 11.1 DESCRIPCION DE CASO CLINICO.

#### ISMAEL PLANCARTE TELLITUD

Paciente masculino de 53 a., al cual se le hace historia clínica preguntándole antecedentes patológicos como son:

Ha estado hospitalizado en el último año y porque?

Se a enfermado ultimamente?

Toma actualmente algún medicamento?

Es alérgico a la penicilina, a la codeína o algún otro medicamento?

Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Problemas cardiacos, hipertensión arterial, anemia, fiebre reumática, asma bronquial, diabetes mellitus, tuberculosis, ictericia, hepatitis, artritis, epilepsia, sinusitis, tratamiento psiquiátrico.

El paciente unicamente refiere cuadro de gastritis crónica, actualmente asintomático.

Se ordenan estudios de laboratorio como son:

Biometria hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación.

Se cita para alveoloplastia un día después.

Se revisa la cavidad oral y se llega al diagnóstico y los cuidados que se requieren para su terapéutica. Se harán extracciones múltiples y por lo tanto, requerirá que se haga regularización de proceso o alveoloplastia.

Estas son las piezas que requieren ser retiradas.

En admisión de pacientes, se checaron signos vitales:

Presión arterial 120/90 milímetros de mercurio, pulso 82 por minuto, 21 respiraciones por minuto. una vez ingresado a la clínica de exodoncia, se pide el material 1x8 y 1x4, que consiste en: 1 x 8,

- 1) Mango y hoja de bisturí, este último del número 15.
- 2) Tijeras para encía.
- 3) Legra.
- 4) Lima.
- 5) Alveolotomo
- 6) Cureta de Lucas
- 7) Porta Agujas
- 8) Sutura

1 x 4:

- 1) Jeringa de Anestesia.
- 2) Anestesia, cartucho o tóptica.
- 3) espejo
- 4) pinza de curación

Para iniciar el manejo, se procede a la colocación de campos quirúrgicos estériles, en secuencia se anestesia al paciente, localmente o regional, tanto con el fin primario de controlar el dolor como para hacer la hemostasia y el sangrado sea mínimo.

En el caso del maxilar se anestesia el nervio cigomático derecho, que inerva y da sensibilidad a la región del arco cigomático y se entrelaza con las líneas terminales del nervio alveolar superoposterior, dando inervación y sensibilidad a la zona de conducción de este nervio.

Técnica: Distalmente al segundo molar superior y a nivel de fondo de saco, la aguja se dirige hacia arriba, adentro y atrás. Se abre en ángulo de 45 grados, a la introducción de la aguja con relación a la inyección del nervio alveolar superoposterior derecho.

También se anestesia el nervio palatino mayor que sale del agujero palatino anterior e inerva y da sensibilidad a los dientes molares, premolares y anteriores en su porción palatina así como a los elementos humorales y celulares de la zona. De igual forma al paladar en toda su extensión, a las raíces de los dientes molares que se encuentran palatinizados ocupando un lugar óseo en el tejido palatino.

Técnica: Distalmente al segundo molar y trazando una línea imaginaria de la línea media al borde libre de la encía palatina, dirigiendonos un poco mas hacia vestibular, encontramos el trayecto del nervio palatino. Algunas veces se ve la depresión del agujero palatino anterior. La aguja se dirige desde el lado contrario al que se desea anestesiarse hacia adentro.

En el caso de la mandíbula, se anestesia el nervio mentoniano del lado derecho e izquierdo.

El nervio mentoniano inerva y da sensibilidad a los dientes central, lateral y canino, primer premolar, segundo premolar, así como a los tejidos que los soportan, a la región del mentón óseo y tejido que lo recubre.

Técnica: Entre los dos premolares y a nivel del fondo de saco encontramos el agujero mentoniano, clínicamente lo podemos observar, retrayendo el carrizo hacia afuera y viendo la depresión de tejido blando que se forma en el fondo de saco por la presencia del agujero mentoniano. La aguja se introduce a fondo de saco y en ángulo de 45 grados hacia adentro, depositando el líquido anestésico en el agujero mentoniano.



Una vez anestesiado se procede hacer las extracciones, primero hicimos las de la arcada superior, se inicio con limpieza de toda la cavidad, posteriormente cortamos las crestas interdientarias, despegamos con legra la encía marginal, limamos las crestas óseas interalveolares y una vez que quedaron lisas, se procedió a suturar con puntos en surjete anclado.

Después hicimos las extracciones de la mandíbula, cureteamos cada cavidad, cortamos las crestas interdientarias de tejido blando, separamos la encía marginal de labial como de lingual, limamos y una vez lisa sin dejar ninguna espícula o reborde se procedió a suturar con puntos de surjete anclado.

Se hace aseo de toda la cavidad oral con suero fisiológico .  
se retiran los campos quirúrgicos. Se le dan indicaciones al paciente: El cual se hará un aseo con una gasa después de cada alimento, en la región que fue operada.

Se le indica que tome ampicilina capsulas 250 miligramos, dos cada 6 horas, durante 10 días.

Ademas se le administran analgésico del tipo de la dipirone en tabletas de 500 miligramos, una cada 6 horas, durante dos días.

Se cita en cuatro días para revisión y control del resultado terapéutico. A los siete días se retiran los puntos.