



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRATAMIENTO QUIRURGICO

TESINA

SEMINARIO DE TITULACION

NEOPLASIAS ORALES

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

ENRIQUE MANRIQUEZ GARCIA

MEXICO, D.F.

DE 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
TRATAMIENTO QUIRURGICO.....	2
CONOCIMIENTO DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD....	4
CONOCIMIENTO PROFUNDO DE LAS AREAS ANATOMICAS ESPECIFICAS.	5
ESTABLECIMIENTO DE UNA ADECUADA ETAPA CLINICA	8
CLASIFICACION DE CANCER	8
CONOCIMIENTO DE LAS MULTIPLES OPCIONES TERAPEUTICAS	10
MANIPULACION DEL SISTEMA INMUNITARIO	10
RADIOTERAPIA	10
RADIOSENSIBILIDAD	11
APLICACION DE LA RADIACION	11
EFFECTOS SECUNDARIOS	12
VENTAJAS E INCONVENIENTES	12
QUIMIOTERAPIA	13
CONOCIMIENTO EXTENSO DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS	14
MANEJO ADECUADO DEL POSTOPERATORIO.....	16
CONCIENCIA DE UNA BUENA REHABILITACION	17
IMPORTANCIA DE UN SEGUIMIENTO ESTRICTO	18
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFIA	20

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

La cirugia en sus principios se caracterizaba por ser principalmente mutiladora, pero dia a dia ha ido tomando un aspecto conservador y reconstructivo, pues de lo contrario, el cirujano solo seria un individuo amputador de organos y nunca un medico destinado a curar por medios manuales.

Actualmente los cirujanos oncologicos de cabeza y cuello requieren del conocimiento de las zonas anatomicas, asi como del tipo de neoplasia, utilizando el tratamiento quirurgico adecuado en combinacion con la quimioterapia y radioterapia.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El cirujano quien trata la enfermedad maligna se enfrenta a una variedad de factores: primero, donde es -- correspondiente una cirugía en cancer de cabeza y cuello, por las pasadas 5 ó 6 decadas el manejo del cáncer fue cá-si totalmente relegado al cirujano, solo cerca de los pa-sa-dos 20 años, con el advenimiento en quimioterapia el desa-rrollo de la terapéutica radiológica y el potencial de la in-munoterapia como una forma del manejo de la enfermedad - maligna, hubo un tremendo desarrollo en esta disciplina.

Con todas estas disciplinas hubo un mayor roll de acti-vidades en el desarrollo de nuevos enfoques de cirugias con-venientes en aceptar.

Una nueva apariencia recientemente aqui ha sido un re-querimiento de interés de los cirujanos quienes se especia-lizaron en cancer, llamado así los oncologistas quirúrgicos al desarrollar esta campaña de especial experiencia.

No necesita ir dentro de politicas de cirugía y medici-na, pero deberia de estar entendido que la cancerologia -- quirúrgica esta desarrollandose en muchos caminos; desde -- luego, es logico pensar que para poder instituir un trata-miento qururgico, antes se debe tener el diagnostico del pa-decimiento asi como de las zonas afectadas.

La cavidad oral es la parte de entrada al tracto~~o~~aereo-digestivo superior, de tal forma que tiene una importancia-

vital para morder, masticar y deglutir los alimentos, tam --
bien participa en la formación de sonidos para la comunica -
ción verbal.

Si bien es cierto, el cáncer de la cavidad oral no es -
un padecimiento frecuente, y cuando se presenta es todo un -
reto para el cirujano de cabeza y cuello en cuanto a su tra -
tamiento.

En la actualidad se aceptan que el tratamiento quirúrgi -
co juega un papel preponderante en el manejo de los pacien --
tes con este problema.

Por lo anterior es importante tener en cuenta los si -
guientes ocho principios básicos para el tratamiento de can -
cer:

- 1.- Historia natural de la enfermedad
- 2.- Conocimiento profundo de las areas anatomopatologi -
cas especificas
- 3.- Establecer una adecuada etapa clinica
- 4.- Conocimiento de las multiples opciones terapeuticas
- 5.- Conocimiento extenso de las tecnicas quirurgicas
- 6.- Manejo adecuado del postoperatorio
- 7.- Conciencia de una adecuada rehabilitacion
- 8.- La importancia de un seguimiento extricto

En lo obvio de lo trascendente de cadauno de los princi -
pios los analizaremos por separado.

CONOCIMIENTO DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El entendimiento de la historia de la enfermedad maligna son los factores responsables para el desarrollo de malignidad quienes son responsables en el tratamiento de cáncer de una persona quien ayuda en el tratamiento de cáncer es el -- Jefe de Salud;

Es fundamental conocer la frecuencia del cáncer de la cavidad oral en nuestro medio, ya que como se sabe, ésta va-ría dependiendo de las formas de vida de los individuos y es-tá en íntima relación al hábito del tabaquismo, alcoholismo, y exposición a los rayos solares, así como asociadas a defi-ciencias de las vitaminas A y D.

A partir de la 4ta. década de la vida se incrementa el riesgo, por lo que es una patología de gente adulta y de pre dominio en el sexo masculino.

En ás del 85% de los casos son tumores de tipo epider--moide, los cuales tienden a diseminarse por vía ganglionar - cervical. Sin embargo, no hay que olvidar que también se -- puede presentar el adenocarcinoma, melanoma, linfoma y sarcoma, mismos que adquieren un patron específico en su designa-ción, también es importante conocer los patrones de recurrencia y las probabilidades de supervivencia.

CONOCIMIENTO PROFUNDO DE LAS AREAS ANATOMICAS ESPECIFICAS

Es vital conocer cuales son los sitios usuales de pre -
sentacion de las neoplasias como son: mucosa bucal, encía, -
piso de boca, paladar duro, lengua y region trigonomolar, --
que son afectados por el tumor primario.

Asi como conocer la irrigación tanto arterial y linfati
ca de las areas, para estar familiarizado con el drenaje lin
fatico de cada una de las estructuras, ya que esto sera de -
considerable ayuda , puesto que se podran conocer las funcio
nes normales de cada área especifica y asi poder valorar los
deficit potenciales que se presentaran al realizar una ciru
gía.

La cavidad oral se extiende desde el epitelio hasta los
labios que estan unidos por el paladar duro y el paladar --
blando superior y donde se incluye la papila inferior.

El margen lateral en ambos lados esta formado por el --
musculo palatogloso. Esta área corresponde a sitios deli --
neados por el ectodermo y que contribuye a formar el primero
y segundo arcos branquiales. La mucosa bucal esta compues
ta por la linea epitelial que une la superficie de los la -
bios y se extiende hasta la parte superior e inferior de la
conjunción gingivobucal.

La linea posterior esta limitada por el trigonoretromo
lar. Los arcos alveolodentales subdividen la cavidad oral -

en una porción alterolateral, el vestibulo y la porción inte
rior paladar duro, palatinos y paladar blando.

La maxila alveolar esta compuesta de un alveolo dental-
que soporta la denticion por medio de una mucosa o gingiva.

Esta se estiende a traves de toda la encia, el surco la
teral y la union de piso de boca y el palatogloso y el pa
lar duro.

El limite posterior del alveolo bajo es la region retro
molar y el alveolo superior termina en el tuberculo maxilar.

El area retromolar corresponde en el area posterior de
la mandibula y de la region molar y se extiende a la parte -
superior del tuberculo maxilar.

El piso de boca es un area en forma de media luna que -
se extiende del margen interior del alveolo lingual hasta la
superficie de la lengua, se incerta por el milohioideo, el-
geniohioideo y el geniogloso. El espacio intermuscular esta-
unido con la glandula sublingual. El conducto de Wharton es
una porcion de la glandula submandibular y que permanece en-
plano submucoso.

El paladar duro es de forma semilunar y se extiende en-
el alveolo superior y esta unido al paladar blando posterior
La lengua es anterior y dos terceras partes demovible. Su -
epitelio esta compuesto por papilas fungiformes y el musculo
del que esta compuesto la lengua es unico y esta compuesto -
por tres planos, estos estan separados por una linea media,-

escepto en la parte posterior. Los musculos de la lengua incluyen el geniogloso, el hiogloso, estilogloso y palatogloso.

La habilidad para la masticacion depende de la integridad dental. La lengua es el elemento importante en la deglucion de modo que permite el avance del bolo alimenticio al orofaringeo donde los musculos faringeos asumen el control.

Si la movilidad de la lengua disminuye sustancialmente, el paciente puede encontrar una mayor dificultad para tragar

Las mejillas son importantes porque sostienen la comida y no permiten que salga de los labios, ayuda a retener la saliva en la cavidad oral. La lengua es la principal articulacion del sistema oratorio superior, si la movilidad de la lengua se va perdiendo, se afecta la claridad de la articulacion fonetica.

No hay limites para la reseccion de la cavidad oral, sin embargo, la reseccion para sanar no debe de llevarse a cabo si se presenta un tumor masico que incluya la base del craneo, la espina cervical, musculo y piel.

Los tumores de la mucosa bucal comunmente se dispersan sobre el plano superficial, pero puede penetrar a traves de la piel, las lesiones de la encia se extenderan frecuentemente al periostio y puede involucrar hasta el hueso. Los tumores en piso se pueden extender hasta la parte inferior e incluir el diafragma muscular y los tejidos suaves.

ESTABLECIMIENTO DE UNA ADECUADA
ETAPA CLINICA

Es trascendental tener un conocimiento exacto y actual de los sistemas de etapificacion clinica; mismos que son establecidos por la Union Internacional contra el Cancer (UICC), o el Comite Americano contra el Cancer (AJCC), estos sistemas se basan en el TNM.

El T significa el tamano del tumor primario, el N significa la presencia o ausencia de metastasis ganglionares regionales, asi como su numero y diametro de los mismos y lado en que se presenta. La M significa presencia o ausencia de enfermedad metastasica a distancia.

CLASIFICACION DE CANCER EN BOCA

TUMOR PRIMARIO	OBSERVACIONES CLINICAS
TX	No hay informacion sobre tumor primario
TO	Sin evidencia de tumor primario
T1S	Carcinoma en sitio
T1	El mayor diametro del tumor primario es de 2cms o menos
T2	El mayor diametro del tumor primario entre 2 y 4 cms.
T3	El mayor diametro del tumor primario de mas de 4 cms.
T4	Tumor masivo mayor de 4 cms. y con invasion profunda.

La etapa tumoral no solo depende de la examinación física general sistematizada, así como una detallada exploración de la cabeza y cuello, una evaluación dental haciendo hincapié en la higiene oral, en la presencia y estado de los dientes y en la estructura mandibular.

Debe considerarse radiografías mandibulares, vistas panorámicas y oblicuas. Aunque la evidencia radiográfica del hueso es importante para determinar la extensión de la lesión temprana no puede ser detectada radiográficamente. En tales casos, la palpación del hueso puede ser útil para demostrar la zona involucrada.

La ortopantografía, ultrasonografía y endoscopia, son usadas en definidas etapas de la enfermedad, con estos estudios nos ayudaremos para valorar la etapa clínica y las opciones para el tratamiento del tumor.

CONOCIMIENTO DE LAS MÚLTIPLES OPCIONES TERAPEUTICAS

Es de gran importancia para llevar a cabo una buena te
rapia conocer la magnitud del problema, ya que de esto depen
deran las opciones terapeuticas que se nos presentan, como -
son: la inmunoterapia, la cirugia, la radioterapia y la qui-
mioterapia, y la relacion que tienen entre si para un trata-
miento adecuado.

MANIPULACION DEL SISTEMA INMUNITARIO

Otro metodo de inmunoterapia radica en la teoria de ---
que el cancer surge y avanza por deficit en el sistema de vi
gilancia inmunitaria.

La manipulacion del sistema inmunitario en el tratamien
to de cancer de cabeza y cuello es un metodo prometedor; aun
que en la actualidad es de tipo experimental.

El principal objetivo de la cirugia es la erradicacion
efectiva de neoplasias asi como el mantenimiento y la res --
tauracion de la integridad y la funcionabilidad, asi como la
apariencia aceptable del paciente.

RADIOTERAPIA

La administracion de radiacion ionizante en el area de
carcinoma de celulas escamosas es una de las dos principales
formas de tratamiento para la enfermedad.

La radioterapia puede usarse sola o en combinacion con intervencion quirurgica.

La radiacion ionizante es toxica o mortal para las celulas benignas y malignas y cuando se aplica a una region toca todas las celulas y organelos celulares dentro su campo.

RADIOSENSIBILIDAD

El efecto letal de la radiacion depende de la presencia de oxigeno intracelular, por lo tanto, el tamano del tumor primario es un factor importante en la seleccion del tratamiento. Para los carcinomas T1 y T2 de celulas escamosas, por lo general es posible erradicar el cancer solo con radiacion, haciendolo equivalente en la intervencion quirurgica en cuanto a eficacia terapeutica. En tumores T3 y T4 es mucho menor la probabilidad de curacion, y el tratamiento combinado con la intervencion quirurgica tiene mas posibilidades de buen exito.

APLICACION DE LA RADIACION

Se aplica la radioterapia a intervalos especificos. La dosis total de radiacion aplicada depende en cierta proporcion del tamano y el sitio del tumor, pero en la region de cabeza y cuello va por lo regular de 5,500 a 7,500 R las dosis en fracciones de 200R 5 veces por semana durante 6 u 8 semanas.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Estas alteraciones dependen de las dosis y son agudas e irreversibles, asi como cronicas y progresivas.

Entre las complicaciones agudas de la radioterapia esta la descamacion de la piel y la mucositis, quelitis, estomatitis y esofagitis pueden hacer dificil la alimentacion durante el tratamiento.

El edema de laringe o lengua secundario puede ocasionar obstruccion de la via respiratoria superior. Las dosis curativas de radiacion pueden dificultar la cicatricacion postoperatoria. Las dosis muy elevadas de radiacion rara vez -- causan necrosis aguda de piel, hueso y cartilago.

Con las dosis curativas de radiacion ocurre perdida de secrecion de las glandulas salivales mayores y menores, la basculitis y la endarteritis del efecto radiactivo cronico puede causar isquemia relativa del hueso, incrementando el riesgo de osteomielitis y osteorradionecrosis con enfermedad dental.

VENTAJAS E INCONVENIENTES

Son muchas las ventajas de la radioterapia sobre la intervencion quirurgica en el tratamiento del carcinoma de celulas escamosas. La perdida de la funcion y estructuras salivales causan incapacitacion.

El inconveniente es que se requiere una cooperacion mas prolongada del enfermo. El regimen terapeutico dura por lo regular de 5 a 8 semanas, con dosis diarias. La interrupcion pone en grave peligro un desenlace satisfactorio. La extension submucosa del padecimiento en la cabeza y el cuello es un problema ordinario.

Hay pruebas de que la radiacion en dosis altas o reducidas es carcinogena a traves de periodos prolongados.

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia es auxiliar deseable para la cirugia y la radioterapia, la administracion parenteral de quimioterapia por la introyenosa, el paciente con cancer de cabeza y cuello puede recibir atencion a base de inyecciones regionales del agente a traves del arteria carotida externa.

El metrotrexate es el farmaco individual mas activo, -- tiene indices de reaccion del más del 50% en muchos estudios

Otros compuestos individuales particularmente activos son cis-platino y bleomicina, ambos con tasas de reaccion -- algo menores que el metrotrexate.

CONOCIMIENTO EXTENSO DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS

Para llevar a cabo y poder realizar una buena cirugía-- se requiere de la experiencia y el buen entrenamiento del -- cirujano, y el conocimiento de las partes específicas y anatómicas de la zona en que se realizará la cirugía, teniendo en cuenta las técnicas especiales para poder determinar el tipo de cirugía que se realizará.

Existen cuatro diferentes tipos de cirugías orales.

1.- Incisión peroral: Este tratamiento es para lesiones pequeñas y que son accesibles, las lesiones más grandes requieren de una exposición más amplia para una resección satisfactoria.

2.- Colgajo de mejilla: El corte en la parte baja de la mejilla se realiza generalmente para lesiones que tienen relación con la lengua, el piso de la boca, la encía, región retromolar. El corte superior de la mejilla es necesaria para lesiones mayores que se relacionan con el paladar duro, el alveolo superior, la región retromolar y la mucosa de la mejilla (especialmente en las lesiones que están sobre el nivel del conducto de Stensen's)

3.- Colgajo de ventana: Es adecuado para lesiones más pequeñas que tienen relación con la cavidad oral anterior, particularmente con el piso de la boca y con el arco anterior del istmo de las fauces, y la parte anterior de la lengua que se extiende hasta el músculo diafragmático. La ventaja del corte de ventana es mejor que hacer una incisión de la

parte baja della mejilla y labio. Sin embargo, ambos ner
vios craneales tienen que ser sacrificados para elevar el --
colgajo y a los pacientes se les debe administrar una anes-
tesia cutánea.

4.- Mandibuloctomía: Esta es más recomendable para los-
tumores de cavidad oral posterior y que no están muy cerca -
nos a la mandíbula. La ventaja de este tratamiento es la --
máxima exposición y el mismo tiempo la preservación de ambos
nervios craneales, una de las ventajas es el nervio poten--
cial de lastimar un nervio lingual y las complicaciones sub
secuentes de una mandibuloctomía.

MANEJO ADECUADO DEL POSTOPERATORIO

Se debe tener en cuenta que después del tratamiento de cáncer se debe realizar un buen manejo del paciente, ya que este se encuentra en condiciones delicadas, porque puede sufrir un cierre inadecuado y puede separar y romper la piel provocando así una infección, si esto ocurre, la herida debe ser limpiada y la infección detenida, una segunda sutura debe de ser efectuada pero se debe tener cuidado con el músculo porque puede ocasionar el efecto del silbido que ocasiona problemas en la pérdida de la saliva en la boca.

Para la completa curación el paciente debe continuar -- con una dieta semi-blanda y la dilatación manual de proceso hasta que acepte una dieta rígida.

El tratamiento oncológico requiere de apoyo en otras -- especialidades, como son: la medicina interna, endocrinología, cardiología para el manejo de problemas cardiológicos y diabéticos.

CONCIENCIA DE UNA BUENA REHABILITACION

El cáncer es un problema que involucra al paciente y a la familia, si el paciente presenta problemas que persisten o evolucionan, deberá de ser asistido por un terapeuta en -- la rehabilitación del habla, conjuntamente con el prostodon--
cista maxilofacial, deberá de ser construída una prótesis -- que ayude a la articularción del habla y que pueda tragar.

IMPORTANCIA DE UN SEGUIMIENTO ESTRICTO

Siempre es recomendable indicar al paciente que debe -- de llevar un control frecuente y periodicamente, ya que es -- posible que desarrollen un segundo tumor primario, especial-- mente en la línea aerodigestiva superior, en ocasiones el -- nuevo cáncer puede resultar del tratamiento particularmente de radioterapia.

Los pacientes deben ser advertidos que de continuar la-- exposición ambiental puede provocar con mayor facilidad el -- cáncer labial. Los factores principales son: Exposición -- solar, fumar y beber.

Se recomienda el uso de protectores faciales dermatoló-- gicos.

CONCLUSIONES

La cirugía es el mejor tratamiento para la erradica ---
ción de las neoplasias en combinación con la radioterapia y
la quimioterapia, ya que éstas nos ofrecen un mayor porcenta
je de curación, así como el mantenimiento y la restauración
de la integridad y la funcionabilidad y una apariencia acep
table de la cavidad oral.

Por otro lado, es recomendable indicar al paciente que
debe de llevar un control médico y revisiones periódicas -
conelfin de ayudarlo a una mayor rehabilitación física y--
emocional, para que se reintegre nuevamente a su vida coti
diana; ayudándolo también por medio de pláticas y terapias -
psicológicas en grupos.

Es obligación del cirujano dentista conocer las áreas--
anatomopatológicas para poder llevar a cabo un diagnóstico -
temprano de cáncer en cavidad oral y poder determinar el --
tipo de tratamiento a seguir.

BIBLIOGRAFÍAS

- 1).- E. Lloyd DuBrul
Anatomía Oral
Ediciones Doyma
Octava Edición
Pags. 172, 173 y 174.

- 2).- Galea Manuel B
Fundamentos y técnicas de las
Curaciones en cirugía

- 3).- John M. Lore
Cirugía de Cabeza y Cuello
Editorial Médica Panamericana
3ra. Edición. 1990

- 4).- Diamond moses
Anatomía Dental
Unión Tipográfica Editorial
Hispano Americana
2da. edición en español
pags. 291, 293, 297 y 303

- 5).- Sabiston, Jr David C.
Principios de Cirugía
Editorial Interamericana
Edición 1987

- 6).- Wise Robert Alexander
Cirugía de cabeza y cuello
Editorial Interamericana

7).-

Pindborg, Jens J.
Cáncer y precáncer bucal
Editorial Médica Panamericana
Pags. 159 y 160