

285
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

RECIBIDA EN LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
MEXICO D.F. 10 DE JUNIO DE 1960

TUMORES DE ORIGEN
EPITELIAL

SEMINARIO DE TITULACION.

Vo Bo
[Signature]

ALUMNA.
UGALDE OJEDA MARIA LUISA TRINIDAD

DIRECTOR DE TESINA.
DRA. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS

1 9 9 4

FALLA EN EL TITULO



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.

INDICE

TEMA	PAGINA
Introducción	1
Tumores benignos de origen epitelial.	
Papiloma	4
Queratoacantoma	5
Acantoma escamoso	6
Premalignas	
Leocoplasia	7
Leucoedema	9
Carcinoma intraepitelial	10
Eritriploquia	11
Fibrosis submucosa bucal	13
Tumores malignos de origen epitelial.	
Carcinoma de celulas basales	14
Carcinoma de celulas escamosas	16
Carcinomas del seno maxilar	18
Carcinoma verrucoso	19
Carcinoma de celulas fusiformes	20
Carcinoma adenoide de celulas escamosas	21
Linfocitelioma y carcinoma de celulas transicionales	22
Bibliografia	24

I. 1. **CANCER ORAL DE ORIGEN EPITELIAL.**

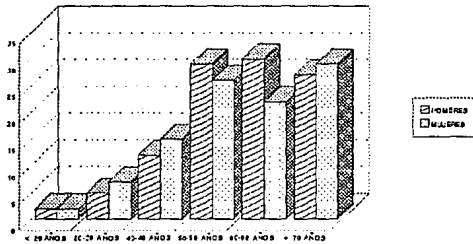
2. El cancer es resultado de una alteración para controlar el crecimiento de las celulas.
Los defectos principales son la pérdida de la adherencia y la inhibición por contacto.
3. La diseminación del cancer se realiza por vía linfatica, el torrente sanguineo, transclómicamente.
Este proceso se conoce como METASTASIS.
4. El cancer avanzado se caracteriza por debilitamiento del paciente (Anemia).
5. Para confirmar el diagnostico se debe efectuar BIOPSIA de la lesion antes de iniciar el Tx.
El metodo de Tx estara influido por el grado de extensión.
6. Se debe establecer la meta del Tx antes de que este inicie.
Las medidas paleativas pretenden aliviar los síntomas y no deben ser incómodas o peligrosas. Las medidas curativas pueden ser más drásticas.
7. La radioterapia y la cirugía son Tx para la enfermedad localizada.
La homonal y la quimioterapia son Tx sistemicos.
8. El apoyo psicologico es una parte esencial del Tx del cancer.
9. **Características de los tumores benignos:**
 - Crecimiento lento, expansivo, encapsulado.
 - Metastasis ausente.
 - Recurrencia ausente.
 - Histología relativamente normal.
 - Mitosis ausente.
10. **Características de los tumores malignos:**
 - Crecimiento rapido, invasor, no encapsulado.
 - Metastasis frecuente.
 - Recurrencia frecuente.
 - Histología anormal a un grado variable.
 - Mitosis frecuentes numerosas y anormales.

11.

Estimación de incidencia de Cáncer por sitio y sexo:

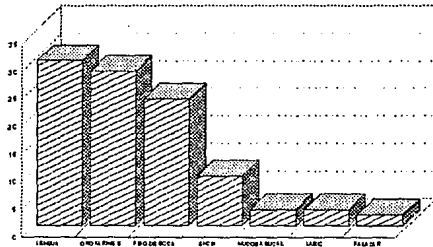
	Hombre	Mujer
Cráneo	3%	3%
Oral	4%	2%
Pulmon	19%	11%
Páncreas	3%	3%
Colon y recto	14%	14%
Próstata	22%	
Útero		8%

CARCINOMA BUCAL
POR DISTRIBUCIÓN DE EDAD Y SEXO



12.

CARCINOMA BUCAL
POR DISTRIBUCIÓN DE SITIOS



13.

- 14. Factores etiologicos :**
- 1- Luz ultravioleta y radiaciones .
 - 2- Tabaco , alcohol.
 - 3- Inmunosupresión.
 - 4- Higiene oral pobre.
 - 5- Alteraciones protesicas.
 - 6- Virus (Epstein-Barr ; HTLV I y II ; VIH ; VPH ; VHS : Hepatitis B)
- 15. Factores de Pronóstico :**
- 1- Tumor primario
 - a. Tamaño
 - b. Grado infiltración
 - c. Grado diferenciación histologica
 - d. Sitio por organos
- 16.**
- 2- Ganglios palpables
 - a. Ninguno
 - b. Clinicamente más moviles
 - c. Clinicamente más fijos
 - 3- Metastasis distantes.
 - 4- Edad del paciente.
 - 5- Margenes quirurgicos.
 - 6- Posición en la cavidad oral : Anterior Vs. Posterior.

II. 17. TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN PITELIAL.

18. Papiloma

19. Etiología :

* Papilomavirus

* Virus ADN

Origina en el epitelio superficial

20. Clínicamente :

Crecimiento exofítico de aspecto de coliflor

Tumor pedunculado o sesil

Bien circunscrito

Indolora

Textura suave.

Mide algunos milímetros de diámetro.

21. Hombre : Mujer 3:1

Localización :

lengua, piso de boca, paladar, uvula,

mucosa, labios, fauces, encía.

22. Histología :

Lesión papilar con revestimiento de epitelio
estratificado escamoso.

Puede estar queratinizado

Papilas epiteliales con delgados tallos de tejido
conectivo.

Actividad mitótica.

Disqueratosis

23. Tratamiento :

Excisión desde la base.

24. Pronóstico :

Excelente.

25. **Queratoacantoma (Hiperplasia pseudoepiteliomatosa).**
26. **Etiología :**
* Modo espontaneo
* Factores geneticos
* Virales
27. **Clinicamente :**
Hombre : Mujer 3:1
Edad media o adulta
Piel expuesta al sol
Localización :
Labio
Mejilla
Nariz
Dorso de la mano
28. Lesión elevada verrugosa aspera
Bien circunscrita
Consistencia firme
Presenta nódulo central de queratina
Dolor
Crecimiento rapido
1 cm (6 a 8 semanas)
Parece al Carcinoma epidermoide
29. **Histología :**
Epitelio escamoso hiperplastico
Crece dentro del tejido conectivo subyacente
Paraqueratina u ortoqueratina
Depresión central
30. **Tratamiento :**
Extirpación quirurgica
31. **Pronóstico :**
Excelente
Puede haber regresión espontanea
Cura sin dejar cicatriz

32. **Acantoma escamoso**
33. Lesión rara probablemente representa un fenómeno reactivo al epitelio.
34. **Clinicamente :**
Lesión plana o elevada
Blanca
Sésil o pedunculada
Adultos
Localización :
Piel , labios , mucosa bucal
35. **Histologicamente :**
Proliferación epitelial
Bien delimitada
Capa engrosada de ortoqueratina
Capa subyacente células espinosas
36. **Tratamiento :**
Extirpación
37. **Pronóstico :**
No hay recurrencia

III. 38. **PREMALIGNAS**

39. **Leucoplasia**

40. Clínicamente se observa una mancha blanca en la mucosa oral, que no puede borrarse ni identificarse con otros procesos anatómo-patológicos.

41. **Etiología :**

- * Tabaco , alcohol
- * Irritantes mecánicos
- * Deficit vitamínico
- * Alteraciones hormonales
- * Malnutrición
- * Radiaciones actínicas

42. **Clínicamente :**

4a a 7a década vida

Varones

Localización :

Labio

Mucosa vestibular

Lengua

Paladar

Piso de boca

43.

Lesión blanca

Plana o elevada

Fisurada, aspera o lisa

Asintomática

Aumenta de tamaño

Ulcerada

No desaparece mediante presión

44.

Histología :

Disqueratosis

Hiperorto o hiperparaqueratosis

Acantosis

Atipia celular

Displasia celular

45.

Tratamiento :

Corregir los factores irritantes
Administración de Vit A
Complejo Vit B
Estrogenos
Extirpación quirurgica
Radiación
Quimioterapia topica

46

Pronóstico :

Bueno en lesiones tratadas.

47. **Leucoedema**
48. **Etiología :**
* Mala higiene bucal
* Masticación anormal
49. **Clínicamente :**
Opalescencia membranosa de la mucosa
Color blanco grisáceo
Superficie gruesa y arrugada
Bilateralmente
50. A lo largo de la línea oclusal de molar
y premolar
Descamación
Superficie erosionada
Raza negra o caucásica
Hombre : Mujer 2:1
Asociación étnica
51. **Histología :**
Aumenta el grosor del epitelio
Edema intracelular de la capa espinosa
Capa paraqueratótica
Invaginaciones dermoepiteliales
Células adenomatosas demasiado
grandes y pálidas
Ausentes núcleos , claros o picnóticos
52. **Tratamiento :**
La alteración es inocua , no se maligniza
y no presenta predisposición al desarrollo
de leucolasia.
53. **Pronóstico :**
No requiere tratamiento

54. **Carcinoma intraepitelial. (In - Situ)**
55. **Etiología :**
* Agentes carcinogenos
56. **Clinicamente :**
Lesión aparece en piel o mucosa
Epitelio manifiesta una malignidad morfológica
No hay invasión al tejido conectivo subyacente
Elevada, plana o deprimida
57. **Superficie aspecto granuloso o aterciopelado**
Forma manchas brillantes atroficas
Eritroplasicas o leucoplasicas
Hombre : Mujer 2:1
Localización :
Piso de boca, labios , lengua
58. **Histología :**
Puede o no encontrar queratina
Queratinización individual de las celulas
Formación perlas de queratina
Celulas disqueratoticas casi todos los estratos
Membrana basal intacta
Aumento relación Nucleo - Citoplasma
Hiperchromatismo nuclear
Pérdida polaridad normal
59. **Tratamiento :**
Eliminar total la lesión
Cirugía
60. **Pronostico :**
Bucno

61. **Eritroplaquia**

62. Entidad clínica de la lesión , eritromatosa.

63. **Clínicamente :**

Fases :

1- Homogénea- lesión roja brillante
aterciopelada

Bastante extensa de tamaño

Localización :

Piso de boca

Mucosa bucal

Paladar blando

Lengua

64.

2- Eritroplasia con parches de leucoplasia-

Áreas eritematosas irregulares sin
color rojo brillante

Localización :

Piso de boca

Lengua

65

3- Lesiones rojas - suaves

Ligeramente elevadas , con un trazo
irregular

Superficie granular o finamente nodular

Moteadas con placas blancas muy
pequeñas

Localización :

Piso de boca

Paladar

Mucosa bucal

Área retromolar

66. **Histología :**
Falta importante de orto o paraqueratina superficial
Las invaginaciones del tejido conectivo se extienden
muy alto dentro del epitelio.
Capilares de las invaginaciones superficiales están
muy dilatados.
67. La mayoría de las eritroplaquias histológicamente
son Carcinomas In - Situ, Carcinomas epidermoides
o displasias epiteliales en el momento de la biopsia.
68. **Tratamiento :**
Eliminación total de la lesión.
69. **Pronóstico :**
Bueno

70. Fibrosis submucosa bucal

71. Etiología :

- * Hipersensibilidad a algunos alimentos, especias , y chiles
 - * Nuez de betel
 - * Tabaco masticable
 - * Deficiencia vitaminica
 - * Deficiencia proteínica

72. Clínicamente :

Quemazon de la boca al ingerir alimentos condimentados
Formación de vesículas
Ulceraciones
Estomatitis recurrente
Saliva excesiva
Xerostomia

73.

Sensación gustativa defectuosa
Lesión amarilla blanquesina crónica
Incapacidad de protruir la lengua, silbar
Trismos, disfagia
Dolor de oído, sordera
Hombre : Mujer 2:1 20 a 40 años

Localización :

Faringe, esófago, paladar blando
Mucosa vestibular, labio, lengua

74.

Histología :

Atrofia extrema del epitelio y adelgazamiento
Alteraciones displásicas
Disminución vascularidad
Hialinización de la lamina propia
Fibroblastos son escasos
Infiltración inflamatoria crónica

75.

Tratamiento :

Ejercicio de estiramiento
Inyecciones de corticosteroides intralesionales
Procedimiento quirúrgico
Disminuir o eliminar el consumo de tabaco, y de alimentos condimentados

76.

Pronóstico :

Alto índice de cáncer bucal

IV. 77. TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

- 78. Carcinoma de celulas basales**
- 79. Etiología :**
- * Luz ultravioleta
 - * Agentes carcinogenos
 - * Edad
- 80. Origen :**
- Surgen de las celulas basales de los anexos pilosebaceos.
- 81. Clínicamente :**
- Ulceras que no curan
Margenes enrollados
Piel expuesta al sol
Solo ocurre en piel
Lesión que empieza como minusculo nodule solido, elevado ,en superficie intacta
- 82.**
- Placa de 1 cm de diametro
Ulceración en el centro rodeado de un borde elevado nacarado
Crecimiento lento
Rara vez produce metastasis
La ulcera empieza a expandirse de modo lento
Erosiona estructuras vitales contiguas.
Al tocar la lesión mucosa se vuelve muy agresiva
- 83. Localización :**
- Parpados
Puente nasal
Dorso de la mano
Ante brazo
3/2 de la cara
Labios
Tez blanca
Mayores de 40 años
Hombres
Son unicentricos o multicentricos

- 84. Histología :**
Acumulaciones o hileras invasoras de células compactas oscuras y fusiformes
Nidos y cuerdas de células basaloides, se originan en la zona membrana basal del epitelio
Nidos pequeños
Estroma fibroblástico
Crecen como masas sólidas invadiendo epidermis o estructuras más profundas
Granulos de melanina
- 85. Tratamiento :**
Cirugía
Radioterapia
- 86. Pronóstico :**
Recurre 3 %
Excelente si el Tx en forma temprana

87. **Carcinoma de células escamosas (Epidermoide)**

88. **Etiología :**

- * Luz ultravioleta
- * Tabaco y alcohol
- * Irritación crónica
- * Virus (Epstein - Barr
T. pallidum
Citomegalovirus
Papilomavirus
VHS)

89. **Clinicamente :**

- Úlcera indurada
- No dolorosa
- Margenes enrollados
- Linfoadenopatía (Ganglios fijos a planos profundos)
- Leucoplasias o citroplásicas
- Úlceraciones o erosiones
- Fijación y cronicidad

90. Placas elevadas, planas o fisuradas

Hombre : Mujer 2:1

60 años

Localización :

- Labios
- Lengua
- Piso de boca
- Mucosa bucal
- Encía
- Paladar duro y blando

91. **Histología :**

- Lesión bien diferenciada
- Número de mitosis variable
- Plomofirmo celular
- Queratinización abundante
- Reacción inflamatoria
- Gran número de linfocitos, macrófagos y plasmocitos.

92. Partes basófilas con focos de diferenciación

escamosa

Zonas necróticas

Estroma hialinizada

Células disqueratóticas

Membrana basal violada invade tejidos subyacentes

93.

Tratamiento :

Cirugía

Radioterapia

- Excisión amplia

94.

Pronóstico :

Excelente si el Tx es en etapa temprana

Desfavorable si afecta ganglios linfáticos regionales

Tasa de supervivencia a 5 años 45 a 50 %.

95. **Carcinoma del Seno Maxilar**
96. **Enfermedades malignas de los senos paranasales**
97. **Clinicamente :**
Sinusitis
Dolor referido a los dientes
Produce maloclusión
Movilidad dental
Desplazamiento
Masa ulcerada en el paladar o en los alveolos
98. **Parestesia**
Odontalgia del nervio alveolar superior
Incapacidad de cicatrizar despues de una extracción dental
Úlceras en el paladar correspondientes a la invasión del hueso y tejidos del paladar
99. **40 años**
Hombres
Adenocarcinoma originado glandula mucosa del seno maxilar
Metaplasia escamosa del epitclio sinusal
Fistulas bucontrales
100. **Histologia :**
Tipo epidermoide
Celulas cilindricas
Linfocpitelioma
101. **Tratamiento :**
Cirugia
Radioterapia
102. **Pronóstico :**
Favorable
Metastasis poco frecuente

- 103. Carcinoma verrucoso.**
- 104. Etiología :**
* Mascar tabaco
* Aspirar rapé
- 105. Clínicamente :**
Crecimiento lento, exofítica
Base amplia
Forma de coliflor
Cubierta de película leucoplasia
Pliegues con hendiduras entre ellos
Prolongaciones laterales extensas y profundas
- 106. 60 a 70 años**
Hombre : Mujer 3:2
Ganglios linfáticos regionales sensibles al tacto
- Localización :**
Mucosa bucal
Encía
Reborde alveolar
Paladar
Piso de boca
- 107. Histología :**
Múltiples pliegues de epitelio escamoso
Bien diferenciado
Penetración de las crestas hacia tejido conectivo
Acantosis
Poca actividad mitótica
Pleomorfismo
Hiperchromatismo
Paraqueratina desde la superficie hasta el interior de la lesión
- 108. Tratamiento :**
Cirugía
Radiación
- 109. Pronóstico :**
Recidivas elevadas de origen multicéntricos
75 % a 5 años

110. **Carcinoma de células fusiformes (Seudosarcoma, Carcinosarcoma)**
111. Carcinoma de células escamosas concomitante a un proceso reactivo del tejido conectivo atípico benigno. Colocación sarcoma y de un carcinoma.
112. **Clinicamente :**
5a década de la vida
Hombres
Hay inflamación
Dolor
Tumor polipoide
1 a 4 cm de diámetro
Exofítica o endofítica
Pedículo estrecho o base amplia
113. **Localización :**
Labio inferior, Lengua
Reborde alveolar, Encía
Diseminado a otros sitios (Vías respiratorias superiores y aparato digestivo)
114. **Histología :**
Tumor bimórfico
Carcinoma epidermoide superficial o displasia epitelial de la mucosa superficial
Proliferación o goteo de las células basales a las células fusiformes
Patrón tisular del tumor son fascículos mixomatosos o flujo.
115. Nucleos elípticos
Células pleomorfas
Número de mitosis variable
Células gigantes parecen el tipo de cuerpo extraño
Células atípicas pleomorfas y raras
Infiltrado de células inflamatorias
Formación de osteoide
116. **Tratamiento :**
Extirpación quirúrgica con radiación
Con o sin disección radical del cuello
117. **Pronóstico :**
Malo

118. **Carcinoma Adenoide de células escamosas (Adenoacantoma)**
119. **Origen :**
A partir de las estructuras pilosebáceas
Áreas de queratosis senil con acantólisis
120. **Clinicamente :**
20 a 50 años
Nódulos elevados con ulceraciones
Costras o escamación
Borde elevado o enrollado de la lesión
Similar al carcinoma epidermoide
Hiperqueratósicas
Exofíticas
121. **Tumor muy agresivo**
Provoca metastasis ocasionalmente
Localización :
Piel (labios)
Mucosa (encía, lengua)
122. **Histología :**
Proliferación del epitelio displásico superficial dentro del tejido conectivo.
Las extensiones laterales profundas del epitelio
123. **Muestran estructuras ductiles sólidas y tubulares**
Revestidas por una capa de células cuboidales
células acantolíticas
Disqueratósicas
124. **Tratamiento :**
Extirpación quirúrgica
125. **Pronóstico :**
Recurrencia común

126. Linfopitelioma y Carcinoma de celulas transicionales

127. Origen :

A partir de las amígdalas, base de la lengua,
nasofaringe
Membranas de Schneider.

128. Clínicamente :

40 años
Lesión muy pequeña
Habitualmente escondida por completo
Ligeramente elevada
Ulcerada
Superficie granular erosionada
Tumor duro
Crecimiento exofítico o fungoso

129. Metástasis a ganglios linfáticos regionales

Protuberancia ganglios linfáticos
Dolor de garganta
Obstrucción nasal
Dolor de oídos
Problemas de audición
Dolor de cabeza
Disfagia, epistaxis
Síntomas oculares

130. Localización :

Nasofaringe
Orofaringe
Lengua
Amígdalas
Cámara nasal
Senos paranasales

131. Histología :

Células crecen en láminas sólidas en cordones o nidos
Células individuales son ligeramente grandes
redondas o poliedricas
Citoplasma basófilo
Líneas celulares irregulares

132. Nuclos grandes, redondos
 Actividad mitotica
 Falta puente intercelular
 Falta de formación de queratina
 Formación de perlas queratina
 Estroma poca o ninguna
 Infiltración linfocitica
133. **Tratamiento :**
 Radiación, las lesiones son inaccesibles
134. **Pronóstico :**
 Desfavorable
 30 % en 5 años

BIBLIOGRAFIA

1. **William Boyd, Huntington Sheldon.**
Introduccion al estudio de enfermedades.
Ed. Limusa Mexico 1990
pag. 263 - 294
2. **Bayley Leinster.**
Patologia Humana
Ed. Interamericana Mexico 1990
4a reimpression pag. 324 - 337
3. **Robbins Stanley L.**
Patologia Humana.
Ed. Interamericana Mexico 1985
3a edicion pag. 185 - 238
4. **Thoma Kurt H.**
Patologia Oral.
Ed. Salvat Barcelona 1983
pag. 879 - 931
5. **Shafer William G.**
Tratado de Patologia bucal.
Ed. Interamericana Mexico 1986
2a edicion pag. 87 - 133
6. **Pindborg Jens J.**
Cance y precancer bucal.
Ed. Panamericana Buenos Aires
1981
7. **Bhaskar S.N.**
Patologia Bucal.
Ed. Ateneo Mexico 1975
pag. 307 - 315
8. **J.J. Pindborg.**
Atlas de enfermedades de la mucosa oral.
Ed. Salvat Mexico 1981
3a edicion pag. 70 - 82 98 - 100
9. **Mundo Cientifico. No. 118 Vol. II**
pag. 1084 - 1093

**10. Department of Oral Pathology.
Armed Forces Institute of Pathology.
Washington DC 1992 pag. 1 - 22**