



137
2EJ
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Vo bo
TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA CARCINOMA
EPIDERMIOIDE DE ENCIA

T E S I N A

QUE PRESENTA:

CARLOS RAFAEL GAYTAN RAMOS

Para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA

Dirigió y Supervisó:
C.D.M.O. BEATRIZ ALDAPE BARRIOS

MEXICO, D.F.
1995

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 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.

AGRADECIMIENTOS.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología:

Por permitir mi formación académica.

A la Dra. Beatriz C. Aldape Barrios:

Por la orientación y dirección de esta tesina.

A los doctores que contribuyeron desinteresadamente en mi superación profesional.

A mis padres, Ofelia Ramos de Gaytán y Carlos Gaytán Acevedo:

Por su apoyo y ejemplo que me han servido para completar cada etapa de mi vida.

A mi hermano Memo:

Quién ha rebasado todos los límites de la amistad y siempre me ha ayudado incondicionalmente.

A mis abuelos:

Dr. Guillermo Ramos E. †

Sra. Ma. O. Rueda Vda de Ramos.

Sr. José Ma. Gaytán

Sra. Natividad Acevedo G. †

A mis tíos y primos.

A mis amigos.

Por el apoyo que me brindaron.

INDICE

INTRODUCCION	1
I. LINFATICOS DE CABEZA Y CUELLO	3
II. FACTORES PREDISPONENTES	6
2.1. El sistema inmune.....	6
2.2. Tabaco.....	6
2.3. Alcohol	8
2.4. Deficiencias nutricionales.....	9
2.5. Leucoplasia.....	9
2.6. Eritroplasia.....	11
III. DIAGNOSTICO Y PREVENCION DEL CANCER	12
IV. PRINCIPIOS PARA EL ESTUDIO CLINICO DE LAS NEOPLASIAS	
BUCALES	14

V. CARCINOMA EPIDERMOIDE	17
5.1. Cáncer de encía.....	18
VI. TRATAMIENTO DEL CANCER	21
6.1. Determinación del riesgo quirúrgico	22
6.2. Cirugía para cáncer primario	23
6.3. Cirugía para enfermedad residual	24
6.4. Cirugía para la enfermedad metastásica	24
6.5. Cirugía para emergencias oncológicas	25
6.6. Cirugía como tratamiento paliativo	25
6.7. Cirugía para reconstrucción y rehabilitación	25
VII. DISECCION RADICAL DE CUELLO Y MANDIBULECTOMIA	27
VIII. RADIOTERAPIA DEL CANCER BUCAL.....	31
8.1. Efectos de la radiación sobre los tejidos sanos de la cavidad bucal	31
8.2. Radioterapia de los tumores de la cavidad bucal	33
IX. QUIMIOTERAPIA.....	34

X. PRONOSTICO..... 36

XI. DISCUSION 37

BIBLIOGRAFIA 38

INTRODUCCION

La cirugía es el tratamiento más viejo para el cáncer. El cirujano oncólogo debe estar familiarizado con la historia natural del cáncer y con los principios y potencialidades de cirugía, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, y otras modalidades de tratamientos, así como con la prevención diagnóstico, tratamiento definitivo, paliación, y rehabilitación del paciente con cáncer.

La primer discusión de tratamientos quirúrgicos para tumores fue encontrada en el papiro de Edwin Smith del Reino Egipcio (aproximadamente 1600 A.C.). La era moderna de la cirugía para tumores comenzó en América en 1809 con Ephraim MacDowel quien removió 22 tumores ováricos de una paciente (Sra. Jane Todd Crawford) quien sobrevivió 30 años después de la operación, este procedimiento, el primero de 13 resecciones hechas por MacDowel, fue la primer cirugía abdominal electiva y creó un gran estímulo para el desarrollo de la cirugía electiva.

Otro gran avance fue la introducción de la anestesia por dos Dentistas: el Dr. William Morton y el Dr. Crawford Long. La primer cirugía mayor hecha bajo anestesia de éter fue hecha por el Dr. John Collins Warren el 16 de octubre de 1846 en el Hospital General de Massachusetts y consistió en una excisión de la glándula submaxilar y parte de la lengua.

Otro estímulo para el desarrollo fueron los principios de antisepsia por Joseph Lister en 1867 quien introdujo el ácido carbónico.

Una década antes de la introducción del éter sólo fueron hechas 385 operaciones en el Hospital General de Massachusetts, y en la última década del siglo XIX se hicieron alrededor de 20,000 operaciones al año en ese Hospital.

Las técnicas modernas de anestesia han incrementado la seguridad para la cirugía oncológica. La anestesia puede ser regional ó local. La anestesia regional es un bloqueo reversible de la recepción de estímulos de cualquier índole por la aplicación de drogas anestésicas locales y trabaja previniendo la activación de los receptores dolorosos ó bloqueando la conducción nerviosa. La anestesia tópica se refiere a la aplicación de anestésicos en la piel ó membranas mucosas. La cirugía mayor en la porción baja del cuerpo puede ser auxiliada utilizando anestesia espinal ó epidural. La anestesia epidural resulta del uso de agentes anestésicos en el espacio extradural dentro del canal vertebral. La anestesia espinal consiste en una inyección directa de anestésico local en el fluido cerebro espinal. La punción es hecha generalmente entre las vértebras L2 y L4 y causa excelente anestesia para operaciones intraabdominales operaciones de pelvis ó procedimientos de extremidades inferiores.

La anestesia general se refiere a un estado reversible de pérdida de la conciencia producida por agentes químicos que actúan directamente en el cerebro. Los procedimientos oncológicos mayores regularmente se hacen bajo anestesia general que puede ser inducida utilizando agentes intravenosos ó agentes de inhalación. La ventaja de la anestesia intravenosa es que causa inconsciencia rápidamente y de manera más cómoda para el paciente. Los agentes más utilizados son los barbitúricos como el tiopental sódico, tranquilizantes como las benzodiazepinas ó droperidol.

El anestésico inhalado más popular el óxido nitroso, utilizado regularmente en combinación con narcóticos y relajantes musculares, esta técnica nos da seguridad de anestesia general con el uso de agentes no explosivos.

I. LINFATICOS DE CABEZA Y CUELLO.

Los linfáticos son como las venas, conductos ramificados convergentes, encargados de recoger y llevar al sistema venoso dos importantes líquidos del organismo: la linfa y el quilo. Fundándose en la diferencia de su contenido, la mayor parte de los fisiólogos dividen estos conductos en dos grupos: los vasos linfáticos propiamente dichos, en los cuales circula la linfa, y los vasos quilíferos, que contienen el quilo.

Durante su trayecto los linfáticos atraviesan masas globulosas llamados ganglios linfáticos. Este es uno de los rasgos más característicos de su naturaleza; todo vaso linfático antes de desembocar en el sistema venoso, debe necesariamente atravesar uno ó varios ganglios.

El sistema linfático, considerado en conjunto, comprende, pues, dos órdenes de órganos: 1) vasos 2) ganglios

Los linfáticos se encuentran en todos los tejidos y órganos irrigados por vasos sanguíneos, excepto en la placenta. Nacen en el tejido conjuntivo, por los capilares endoteliales terminados en fondo de saco. El conjunto forma una red más ó menos tupida según los órganos, red generalmente en relación con la abundancia de la circulación sanguínea. Su calibre es algo mayor que el de los capilares sanguíneos. De esta red parten troncos colectores ó linfáticos.

Recogida por vasos linfáticos, la linfa va a los ganglios linfáticos. De éstos es tomada por nuevos colectores y se vierten finalmente en dos gruesos troncos: el conducto torácico y la gran vena linfática, que van a abrirse a su vez en las gruesas venas de la base del cuello.

La linfa es casi semejante a la sangre, exceptuando por los glóbulos rojos. El plasma, cuya composición es menos fija que la sangre, varía según los órganos de que procede la linfa. Contiene sustancias residuales, ácido carbónico y muy poco oxígeno.

Estructura de los vasos linfáticos:

Distinguiremos: los capilares, los vasos y los troncos.

Los capilares son simples tubos endoteliales.

La estructura de los vasos y de los troncos linfáticos se parece mucho a la de las venas.

La pared ofrece, en efecto, tres túnicas concéntricas: interna, media y externa.

La túnica está formada por un endotelio en forma de hoja de encina, semejante al de los capilares.

La túnica media está constituida por fascículos de fibras musculares lisas de importancia variable según los vasos. Se han distinguido vasos linfáticos de tipo propulsor, con musculatura desarrollada y vasos de tipo receptor, de musculatura reducida.

La túnica externa ó adventicia está formada por fascículos conjuntivos y fibrillas elásticas anastomosadas en redes.

Las válvulas están constituidas por un pliegue de la túnica interna: entre las dos hojillas de este pliegue se desliza una hoja de sostén, conjuntiva, generalmente reducida.

Los ganglios linfáticos se dividen en superficiales y profundos. Al grupo de los ganglios superficiales pertenecen ciertos ganglios de la ingle y los supraepitrócleos, pero son casi los únicos; los demás forman parte del segundo grupo.

Los ganglios linfáticos son a veces solitarios como el ganglio prearicular y el ganglio tibial anterior, pero esta disposición es relativamente rara. Comúnmente se reúnen en grupos circunscritos, ó bien forman largas hileras irregulares, pero continuas, que se designan a veces con el nombre de rosarios ganglionares ó cadenas ganglionares.

Los linfáticos, muy desarrollados en el niño, disminuyen en el anciano.

Los ganglios de cabeza y cuello comprenden:

1. Seis grupos ganglionares: Los occipitales, mastoideos, parotídeos, submaxilares (a los cuales se pueden agregar los genianos y submentonianos). Constituyen una especie de collar que enlaza la parte superior del cuello en su unión con la cabeza. es el círculo ganglionar precervical.
2. Dos grupos. los sublinguales y retrofaríngeos. Están situados por dentro del grupo pericervical.
3. Dos grupos: Los cervicales anteriores y los laterales del cuello. Constituyen dos cadenas verticales descendentes situadas en la parte anterior y lateral del cuello.

II. FACTORES PREDISPONENTES.

La causa exacta del cáncer es desconocida. El factor determinante a la susceptibilidad al cáncer es la edad, exposición a factores carcinogénicos tales como el sol, tabaco (en todas sus formas), alcohol etc. ⁽¹⁰⁾

Es un hecho conocido que una célula ó grupo de ellas puede tener un crecimiento descontrolado; Esta capacidad de dividirse sin control continua en las células hijas, produciendo malignidad a través del subsecuente desarrollo y destrucción de otros tejidos y órganos los cuales son fundamentales para la vida.

2.1 El sistema inmune.

Diversos estudios han mostrado incremento en le riesgo de desarrollar cáncer en individuos con problemas en el sistema inmune por problemas congénitos, ó que han sido inmunosuprimidos por tratamientos como la quimioterapia, radioterapia, etc.

2.2 Tabaco.

Han sido identificadas más de 1000 sustancias en el tabaco, entre los que se encuentran en un 85%: Dióxido de carbono, Oxígeno y Nitrógeno.

El porcentaje de monóxido de carbono es bajo aunque este afecta de manera significativa la sangre.

La nicotina contribuye a la adicción y ha sido asociada con enfermedad cardiovascular aunque los filtros pueden reducir estas sustancias.

Numerosos estudios de laboratorio han demostrado que las sustancias provenientes del tabaco inducen al desarrollo de carcinomas de la cavidad bucal.⁽¹⁰⁾

El riesgo para desarrollar cáncer bucal para los fumadores de cigarrillo es aproximadamente 5 veces mayor que para las personas que no lo son.

Nitrosornicotina ha sido identificada como un producto no combustible en el tabaco masticado que posee actividad carcinogenética. Está bien determinado que el tabaco induce a cambios clínicos benignos en la mucosa bucal.

El uso del tabaco en todas sus formas (cigarrillo, pipas, masticado, etc.), incrementa el riesgo de desarrollar carcinoma de la cavidad bucal y esta basado en los siguientes hechos:

1. Agentes carcinogénicos han sido aislados del tabaco.
2. El tabaco puede inducir a cambios celulares y atipia.
3. Hay un mayor porcentaje de personas con cáncer que utilizan de manera constante el tabaco que las personas que no lo utilizan.
4. El tabaco en varias formas ha sido asociado con una alta prevalencia de carcinoma en lugares específicos de la cavidad bucal.
5. La práctica del tabaquismo es un factor en el desarrollo de múltiples carcinomas bucales.
6. Se ha incrementado la mortalidad en personas fumadoras en comparación con las no fumadoras.

Parte de los estudios de que el tabaco juega un papel importante en el desarrollo de cáncer bucal provienen de la India, donde algunas personas fuman de manera invertida ,

otras personas mastican betel y adicionan tabaco a la mezcla y por resultado tienen una alta incidencia de cáncer bucal. ⁽¹⁰⁾

Las lesiones blancas y rojas de la mucosa bucal se consideran premalignas desde que han tenido transformación maligna inexplicable, aunque no todas las lesiones malignas son precedidas por cambios premalignos. Frecuentemente los cambios en la mucosa nos previenen de un riesgo y presentan la oportunidad de tomar medidas preventivas.

2.3 Alcohol.

En un estudio de Wynder el alcohol fue también un factor importante para el desarrollo de cáncer bucal, en particular en quienes bebían más de siete onzas de whisky al día. Sólo el 12% de los pacientes de control bebían esa cantidad, en tanto que el 33% de los varones con cáncer bucal bebían esa cantidad. ⁽⁹⁾

En una investigación acerca de la epidemiología del cáncer bucal, Graham y colaboradores establecieron que, basados en los datos provenientes de 584 pacientes masculinos con cáncer bucal y 1,222 pacientes de control con enfermedades no neoplásicas, el riesgo de contraer cáncer bucal por varones que ingerían mucho alcohol, que fumaban mucho y que tenían mala dentición combinada fue 7.7 veces más que para aquellos que no tenían ninguno de estos rasgos.

2.4 Deficiencias nutricionales.

Estas fueron difíciles de evaluar, pero al parecer no hay una relación importante entre el cáncer bucal y los problemas nutricionales ó de otro tipo. Sin embargo, se debe recordar la relación del cáncer bucal y el síndrome de Plummer-Vinson. Además, Trieger y colaboradores informaron que la disfunción hepática podía tener alguna importancia, debido a que en un estudio de 152 pacientes de cáncer bucal, los cirróticos tuvieron un índice de supervivencia del 19% por cinco años, en tanto que los no cirróticos tuvieron un 40% de ese mismo índice. Esta relación fue confirmada en una serie de 408 pacientes estudiada por Keller. ⁽⁹⁾.

2.5 Leucoplasia.

La palabra leucoplasia debe considerarse como un término clínico inespecífico

Es una lesión blanca que puede presentarse en cualquier parte de la mucosa bucal y no puede ser removida al raspado, no puede ser atribuida a otra enfermedad como liquen plano, nevo esponjoso blanco, leucoedema, quemaduras químicas, etc.

La leucoplasia varía desde una lesión que no se siente a la palpación hasta una lesión papilomatosa, fisurada, ó indurada. Los rangos de color varían desde blanco, gris, blanco-amarillento.

Algunas autoridades dividen la lesión en dos tipos según su aspecto clínico:

- 1.- homogénea
- 2.- nodular

Las características microscópicas pertenecen a tres categorías:

La primera es una queratosis simple, que se presenta como un estímulo irritante de mediana intensidad. El grosor del estrato corneo está incrementado y existe una acentuación del estrato granuloso con acantosis. Los clavos epiteliales pueden estar alargados, principalmente en la mucosa alveolar y lingual. La inflamación es mínima ó ausente. La segunda categoría muestra una combinación de hiperqueratosis y acantosis con una reacción inflamatoria en la lámina propia subyacente. La última categoría manifiesta hiperqueratosis y displasia epitelial, esta última caracterizada por una orientación anormal y proliferación de los estratos epiteliales, en tanto que el estrato corneo puede ser grande ó pequeño. Si la atipia es acentuada, la diferenciación con un carcinoma in situ puede ser imposible.

Las características de la atipia celular son :

- 1.-Una estratificación irregular del epitelio.
- 2.-Figuras mitóticas anormales.
- 3.-Número acentuado de figuras mitóticas.
- 4.-Pérdida de la relación núcleo-citoplasma.
- 5.-Pérdida de la polaridad de las células basales.
- 6.-Pleomorfismo celular.
- 7.-Hiperchromatismo nuclear.
- 8.-Nucleólos prominentes.
- 9.-Queratinización intracelular ó perlas de queratina.
- 10.-Pérdida de cohesión celular.

Cuándo todos estos cambios se presentan en el epitelio y en la totalidad de éste, se utiliza el término carcinoma in situ, es decir un carcinoma en el epitelio que aún no invade el tejido conectivo.

La importancia de la displasia epitelial en la mucosa bucal no es todavía bien entendida; hay mucha evidencia circunstancial que indica que éstos cambios displásicos son

los primeros signos microscópicos en el desarrollo de un carcinoma subsecuente. Sin embargo, también se sabe de gran cantidad de lesiones en las cuales se puede encontrar displasia y atipia celular en condiciones no neoplásicas, sobre todo en la proximidad de las lesiones inflamatorias ulcerativas ó quemaduras.⁽⁹⁾

2.6 Eritroplasia.

Es una lesión bien delimitada de color rojo, aterciopelada pero su superficie no representa alguna lesión inflamatoria.

Clínicamente, algunas veces la lesión tiene bordes de mucosa normal y no eritematosos.

La eritroplasia es una lesión menos común que la leucoplasia, pero, sin embargo, más peligrosa.⁽⁹⁾

III. DIAGNOSTICO Y PREVENCION DEL CANCER.

Desde el punto de vista de la semiología toda lesión tumoral debe ser analizada con criterio oncológico, considerando que, mientras no se demuestre lo contrario, existe un potencial de malignidad que debe ser demostrado ó descartado agotando todos los medio de diagnóstico.⁽¹⁾

En tal sentido, en el estudio de los tumores nunca debe aceptarse al clínico como diagnóstico final sin que esté refrendado y ratificado por un seguro estudio histológico, por más evidentes que parezcan aquellos signos clínicos.

Es muy importante el diagnostico del cáncer, este puede ser llevado a cabo por una biopsia de lesiones malignas, dependiendo de la historia natural y del tumor en consideración.

La biopsia por aspiración consiste en le extracción de fragmentos de tejido a través de una aguja delgada. El estudio citológico del material puede dar un diagnostico precoz de la presencia de tejido maligno. Las intervenciones quirúrgicas mayores no debe basarse solamente en un diagnóstico de una biopsia por aspiración.

La biopsia incisional se refiere a la remoción de un tejido a lo largo de una masa tumoral.

La biopsia incisional es el método preferido para el diagnóstico en tejidos blandos y sarcomas óseos por la magnitud del procedimiento quirúrgico necesario para la extirpación definitiva de estas lesiones. El tratamiento de muchos tumores abdominales no pueden ser llevados a cabo sin una biopsia incisional.

La biopsia excisional consiste en la toma de todo el tejido afectado y preferentemente con los márgenes sanos que rodean la lesión . Este es un procedimiento de elección para muchos tumores si pueden ser llevadas a cabo sin contaminación de los tejidos adyacentes ó sin comprometer el procedimiento quirúrgico final.

Los cirujanos son los primeros en proveer atención médica a los pacientes, por lo tanto son responsables de la educación de los pacientes acerca de la prevención de agentes carcinogénicos.

Todos los cirujanos oncológicos deben estar conscientes del alto riesgo de una intervención quirúrgica para prevenir una enfermedad maligna subsecuente.

Bajo los factores predisponentes genéticos ó congénitos asociados con una alta incidencia de cáncer subsecuente. Un ejemplo son los pacientes que presentan múltiples pólipos en el colon. Si no se realiza la colectomía en estos pacientes, la mitad de ellos desarrollarán cáncer de colon, y para los 70 prácticamente todos habrán desarrollado cáncer del colon.⁽¹¹⁾

Por eso el cirujano debe alertar a la familia de un desorden hereditario y posibles ocurrencia de la enfermedad en otro miembro de la familia. Otra enfermedad asociada a cáncer es la colitis ulcerativa.

Criptoquidismo está asociado con una alta incidencia en el cáncer testicular y tal vez pudiera prevenirse con una cirugía profiláctica temprana.⁽¹¹⁾

IV. PRINCIPIOS PARA EL ESTUDIO CLINICO DE LAS NEOPLASIAS BUCALES.

La actitud profesional ante el paciente que padece una lesión tumoral debe corresponder a una metodología perfectamente establecida.

El criterio preventivo exige que cada examen bucal, cualquiera que sea la causa que lo motive, sirva como la oportunidad de búsqueda de lesiones tumorales.

La etapa clínica comprende:

1. Establecimiento de la existencia de la lesión a través de su búsqueda y localización por procedimientos habituales de examen, inspección y palpación y con frecuencia examen radiográfico.
2. Identificación morfológica de la lesión como un tumor por sus características semiológicas, clínicas y/o radiográficas.
3. Búsqueda y análisis de síntomas y signos clínicos y/o radiográficos que indiquen la posible malignidad ó benignidad del presunto tumor.
4. Constituyen ya procedimientos de rutina, por lo demás necesarios para el diagnóstico de tumores, las tomas citológicas en un gran número de casos, y la toma de biopsias.

La complejidad y responsabilidad de los problemas oncológicos exige el trabajo en equipo como condición indispensable para obtener el mayor éxito posible.

La cantidad de enfermos con cáncer constituye una población numerosa, pero esta cifra pudiera disminuir si los médicos y odontólogos estuvieran lo suficientemente entrenados para reconocer precozmente las lesiones neoplásicas.

Debemos estar conscientes de que el éxito en la lucha contra el cáncer son: el diagnóstico precoz y el tratamiento correcto, por ejemplo: para un carcinoma epidermoide la radioterapia y la quimioterapia no van a lograr resultados brillantes, pues la masa tumoral se reducirá en muy pequeña proporción, por lo tanto nunca se dará el caso de la posibilidad de curación con quimioterapia de uno de estos tumores.

Por ello la idea que la cirugía elimina toda la población celular tumoral constituyendo el medio curativo por excelencia, ya que las poblaciones son extraídas en su totalidad. Sin embargo la cirugía es un tratamiento agresivo y sería conveniente tener un método que no sea como la terapéutica actual que consiste en destruir, quemar, ó eliminar mediante radiaciones ó quimioterapia.⁽¹⁾ Muy probablemente el porvenir de la oncología consista más en diferenciar estas células tumorales, antes de destruirlas, y de esa manera eliminarlas por un mecanismo fisiológico.

El tratamiento con cirugía es el más efectivo, seguido de la radioterapia, que actúa fundamentalmente sobre las células en proliferación pero como permite dosis bajas y continuas, puede actuar sobre esas células que pasaban después de la destrucción de las proliferativas, y de esa manera se consigue por ese doble mecanismo éxitos terapéuticos brillantes.⁽¹⁾

La célula cancerosa posee en primer término, propiedades de ameboidismo, de movilidad propia, que sólo poseen escasas células normales (los linfocitos entre otras), que le permite movilizarse en los espacios intercelulares. También existe la posibilidad de que esta célula se desprenda de esa masa tumoral debido a la menor adhesividad de la célula

tumoral con respecto a la masa del tumor, lo que se atribuye a una ausencia ó disminución en la cantidad de Calcio de la uniones intercelulares.

Esa menor adhesividad hace que se desprendan y por su movilidad propia se alejen de la masa tumoral, luego circulan por los espacios intercelulares, posteriormente gracias a las enzimas del tipo de la hialuronidasa, perforan los capilares sanguíneos y linfáticos cayendo en la circulación. La citemia neoplásica (circulación de células tumorales por los vasos sanguíneos) es positiva aproximadamente en el 10% de los tumores en los humanos.

Según Anderson los principales signos para identificación de un tumor pueden resumirse:

SIGNOS	TUMOR	
	MALIGNO	BENIGNO
Ritmo de crecimiento	Rápido	Lento
Crecimiento local	Invasor (infiltrante)	Expansivo
Encapsulación	No	Sí
Destrucción de tejidos	Mucha	Escasa
Invasión de vasos	Frecuente	No
Metástasis regionales (adenopatías)	Sí	No
A distancia	Sí	No
Efectos sobre el huésped	Significativos	En general insignificantes
Diferenciación	Pobre	Buena
Mitosis	Muchas	Pocas
Cromatina nuclear	Intercementada	Normal

V. CARCINOMA EPIDERMÓIDE.

Los tumores malignos de la mucosa bucal constituyen algo más del 90% de los tumores bucales. En promedio 9 de cada 10 neoplasias malignas de la mucosa bucal son carcinomas espinocelulares.⁽¹⁾

El 90% es evidente clínicamente desde su comienzo y casi el 100% puede ser diagnosticado en sus etapas iniciales.

Este tumor tiene diferentes aspectos: puede parecer una lesión sin importancia ó francamente maligna.

Es un tumor maligno que constituye la variante de mayor incidencia en la cavidad bucal. Puede ó no estar precedido por lesiones preneoplásicas como leucoplasia ó liquen plano, ó por presencia de carcinoma "in situ".⁽²⁾

A veces es llamada eritroplasia (de Queriat) por el color rojo aterciopelado que se observa microscópicamente.⁽²⁾ Consiste en una proliferación celular con todas las características celulares de un carcinoma propiamente dicho, pero que en este caso se encuentra restringido dentro de los límites normales del epitelio, es decir, no ha pasado la barrera constituida por la membrana basal. También se denomina carcinoma intraepitelial invasor.

Desde el punto de vista macroscópico la lesiones del carcinoma infiltrante son generalmente ulcerativas, con induración a los bordes cercanos a la úlcera (a veces la úlcera falta y sólo se observa la induración submucosa). Otra variante es la forma exofítica con crecimiento hacia la cavidad bucal y con una menor infiltración que la variante ulcerativa.

Histológicamente según la OMS ha sido clasificado en tres categorías:

1. Representa la forma más diferenciada, maduración celular completa, con formación de perlas córneas y gránulos de queratohialina. Infiltra superficialmente y rara vez de metástasis y constituye un porcentaje pequeño de todos los carcinomas.
2. Tiene algunas características de maduración completa, con la formación de perlas córneas, pero presenta masas celulares con marcada anaplasia. Las células presentan atipias e hiperchromatismo.
3. En el grado tres los elementos celulares son marcadamente hiperchromáticos y discarióticos, con formación de células fusiformes y gran variedad de tamaño y forma. Está conformado generalmente por masas celulares muy anaplásicas.

Es frecuente denominar al grado uno como carcinoma diferenciado, al grado dos como semidiferenciado y al grado tres como indiferenciado.⁽²⁾

Cuando se utilizó microscopía electrónica se encontraron:

Inclusiones nucleares filamentosas y granulares (asociadas a un activo metabolismo celular), numerosas microvellosidades y proyección celular tipo pseudoepitelial, gran cantidad de microfilamentos citoplasmáticos, asociados a la presencia en esa área de antígenos de tipo muscular. Estas características estructurales están relacionadas con la capacidad locomotora de las células neoplásicas. No es raro observar desmosomas ó hemidesmosomas intracelulares.

5.1 Cáncer de encía.

Representa un 10% de los carcinomas orales, los hombres son afectados mas frecuentemente que las mujeres en relación de 4 a 1.

Es difícil de detectar porque el tejido está firmemente adherido al hueso subyacente. La destrucción del hueso ocurre en un 58% de los casos.

La encía mandibular es afectada más frecuentemente que el área superior; las áreas posteriores son más susceptibles que las áreas anteriores.⁽⁴⁾ El diagnóstico precoz es muy importante por su proximidad al hueso y los problemas asociados con la extensión directa del tumor.

La presencia de síntomas primarios es una sensación de ardor o irritación en la cavidad bucal, en estadios primarios es asintomático y el dolor ocurre cuando la lesión se ulcera y se ve exacerbado por la masticación. Otros signos son el sangrado intermitente y la pérdida de órganos dentarios.

Es importante no confundirse con condiciones inflamatorias como la gingivitis o la periodontitis.

El cáncer de encía es una lesión exofítica y es susceptible a la excisión local adecuada, incluyendo la porción del hueso de acuerdo a los datos clínicos y radiológicos. Las lesiones más avanzadas requieren resección segmental de hueso, hemimandibulectomía, mandibulectomía o maxilectomía parcial dependiendo de la lesión y localización de la lesión.⁽⁵⁾

Las metástasis suelen ocurrir en los ganglios submandibulares y cervicales. El carcinoma gingival mandibular da metástasis más frecuentemente que el carcinoma gingival del maxilar superior.⁽⁷⁾

Las lesiones tienen una gran probabilidad de provocar linfadenopatía cervical. El aumento de esta probabilidad es directamente proporcional al tamaño de la lesión.

Se ha observado en ciertas regiones de EUA la prevalencia en las mujeres era mayor coincidiendo con el habito de colocar rapé en el surco, aumentando la frecuencia de cáncer en la mucosa yugal.

Rara vez puede hallarse en personas antes de la quinta década de la vida, aunque se registran casos excepcionales en jóvenes y aún en niños.

Aproximadamente dos tercios de los carcinomas se localizan en la mandíbula y aún no está claro si la presencia ó ausencia de dientes ejerce alguna influencia.

Los signos comunes del carcinoma oral son:

- ulceración ó erosión
- induración (tardía)
- Fijación (tardía)
- cronicidad
- linfadenopatía (tardía)
- leucoplasia
- eritroplasia

VI. TRATAMIENTO DEL CANCER

La cirugía puede ser un método simple y seguro para curar pacientes con tumores sólidos cuando la neoplasia está confinada a su sitio de origen. Desafortunadamente, cuando los pacientes con tumores sólidos se presentan por primera vez con el médico, cerca del 70% tienen micrometástasis alrededor de los tejidos afectados. ⁽¹¹⁾ Las lesiones T1 y T2 pueden tratarse exitosamente con cirugía.

La emergencia de terapias no quirúrgicas efectivas ha tenido gran impacto en los tratamientos de pacientes con cáncer y en la responsabilidad del cirujano tratante de estos pacientes.

En cada área, la interacción con otras modalidades de tratamiento puede ser esencial para el éxito, y los podemos dividir en seis áreas:

1. El tratamiento quirúrgico definitivo para el cáncer primario, selección apropiada de terapia local, e integración de la cirugía con otras modalidades adyuvantes.
2. Cirugía para reducir el volumen de la enfermedad residual.
3. Resección quirúrgica para la enfermedad metastásica con intento curativo.
4. Cirugía para el tratamiento de emergencias oncológicas.
5. Cirugía como tratamiento paliativo.
6. Cirugía para la reconstrucción y rehabilitación.

6.1 Determinación del riesgo quirúrgico.

Como en cualquier tratamiento, los beneficios potenciales de la intervención quirúrgica en pacientes con cáncer deben evaluarse para conocer los riesgos quirúrgicos. La incidencia de mortalidad es de gran importancia en la formulación de la decisión terapéutica y es variable en cada paciente. La incidencia de mortalidad es influida por la cirugía, técnica anestésica, complicaciones y, lo más importante: el estado de salud general del paciente y su capacidad para superar el trauma quirúrgico.

Según la Sociedad Americana de Anestesiólogos los pacientes han sido clasificados en 5 grupos según su estado de salud:

Clase 1. Paciente que no tiene problemas orgánicos, psiquiátricos, bioquímicos ó psicológicos. Si hay procesos patológicos, estos no afectan el estado de salud del paciente.

Clase 2 . En esta clase se incluyen los pacientes que tienen problemas sistémicos leves ó moderados causados por el proceso fisiopatológico, ó hay diversos factores que puedan causar alguna complicación.

Los extremos de la edad son incluidos aquí, como los octogenarios y los neonatos, aunque no este presente algún trastorno sistémico. La obesidad extrema y bronquitis crónica son incluidas también en esta categoría.

Clase 3. Severos trastornos sistémicos ó enfermedad de cualquier índole.

Clase 4. Pacientes con severos trastornos sistémicos que ponen en peligro la vida del paciente y no siempre pueden ser corregidos por una operación.

Clase 5. El paciente moribundo que tiene pocas oportunidades de sobrevivir, pero fueron sometidos a una operación desesperada. Muchos de esos pacientes requieren medidas resusitativas con poca ó ninguna anestesia.

Operación de emergencia. Pacientes de clase uno a clase cinco que se operan como una emergencia son considerados con baja condición física.

6.2 Cirugía para cáncer primario.

Hay tres grandes retos para emplear la cirugía oncológica como tratamiento definitivo de tumores sólidos:

1. Identificación precisa de pacientes quienes pueden ser curados solamente con tratamiento local.
2. Desarrollar y seleccionar tratamientos locales que tengan el mejor balance entre la cura local y el impacto de la morbilidad del tratamiento en la calidad de vida.
3. Desarrollo y aplicación de tratamientos coadyuvantes que puedan incrementar el control local y evitar metástasis a distancia.

La selección de la terapia apropiada varia según el tipo de cáncer y el sitio involucrado. Muchas ocasiones la resección quirúrgica con márgenes sanos puede ser el tratamiento definitivo. En otros ejemplos, la cirugía es usada para obtener confirmación del diagnóstico histológico, pero la terapia local es llevada a cabo a través del uso de modalidades no quirúrgicas como la radioterapia.

La magnitud de la resección quirúrgica es modificada en el tratamiento de algunos tipos de cáncer por algunos tratamientos coadyuvantes. La integración de la cirugía con otros tratamientos requiere consideración cuidadosa de todas las opciones de los tratamientos.⁽⁵⁾

6.3 Cirugía para enfermedad residual.

El concepto de cirugía citoreductiva ha recibido mucha atención en los últimos años. Por ejemplo: El desarrollo local del cáncer excluye en algunos casos la remoción de toda la masa tumoral por medio de la cirugía. La resección quirúrgica debe inducir al control del crecimiento residual en el tejido que no ha sido resecado.⁽¹¹⁾

El entusiasmo por la cirugía citoreductiva ha inducido el uso inapropiado de la cirugía para reducción de la masa tumoral en algunos casos. Claramente, la cirugía citoreductiva es un beneficio solamente cuándo disponemos de otro tratamiento para controlar la enfermedad residual en áreas que no pueden ser resecaadas.

6.4 Cirugía para la enfermedad metastásica.

Como principio general, en los pacientes con un sólo sitio de metástasis, los cuales puedan ser resecaados sin gran morbilidad, debe intentarse la resección de esa área metastásica. Por ejemplo, si hay metástasis solamente en pulmón en pacientes que sufren de carcinoma de colon ó cualquier otro adenocarcinoma, la resección quirúrgica está indicada.

6.5 Cirugía para emergencias oncológicas.

Esta generalmente involucra el tratamiento de hemorragia, perforación, drenaje de abscesos ó impedimento de la destrucción de órganos vitales.

El paciente oncológico regularmente padece neutropenia, trombocitopenia y tiene un gran riesgo de padecer hemorragia ó sépsis.

La cirugía para causar descompresión en el sistema nervioso central representa una emergencia quirúrgica, que permite la preservación de la función.⁽³⁾

6.6 Cirugía como tratamiento paliativo.

Algunas veces se necesita resección quirúrgica para aliviar dolor ó anomalías funcionales. El apropiado uso de la cirugía en ésta área incrementa la calidad de vida del paciente con cáncer. La cirugía paliativa puede incluir la solución de problemas mecánicos ó la remoción de masas que causan severo dolor ó desfiguración.⁽¹¹⁾

6.7 Cirugía para reconstrucción y rehabilitación.

Las técnicas quirúrgicas han sido refinadas para proveer reconstrucción y rehabilitación al paciente después de la terapia definitiva. La habilidad para reconstruir defectos anatómicos puede aumentar substancialmente la función y estética.

El desarrollo de colgajos utilizando técnicas de anastomosis microvascular han tenido un gran impacto para obtener tejidos frescos para areas muy irradiadas ó resecaas.

El rápido desarrollo de información en cirugía, radioterapia, quimioterapia, y medicina oncológica, en adición con algunas disciplinas como inmunoterapia, hipertermia y fototerapia requiere de educación continua por parte de la comunidad médica.

VII. DISECCION RADICAL DE CUELLO Y MANDIBULECTOMIA.

La operación conocida como disección radical de cuello es una linfadenectomía cervical unilateral, con remoción de un bloque de tejido desde la porción posterior del trapecio, hasta cerca de la línea media anterior y la mandíbula, hasta la clavícula.⁽²⁾

El músculo esternocleidomastoideo y el omohioideo se incluyen de igual manera que la vena yugular interna.

Si en un paciente aparece una masa tumoral de otro lado de la intervención puede hacerse otra disección.

Los pacientes que son candidatos a disección radical de cuello bilateral son los que presentan una enfermedad avanzada.

El riesgo mayor de la cirugía extensa de cabeza y cuello es la ruptura de la arteria carótida interna.

Esta cirugía se realiza para carcinomas de piso de la boca y de la lengua que involucran la mandíbula ó para carcinomas de encía, ó de la cresta alveolar de la mandíbula. Depende de la ubicación y extensión de la lesión que se reseque solamente la porción horizontal ó se incluya la rama ascendente. Si es necesario, puede incluirse una porción del paladar.

Consideraciones:

1. Necesidad de traqueostomía.
2. Resecar todos los tejidos en continuidad (en bloque).
3. Resecar una generosa porción de lengua.
4. Cuándo sea necesario, resecar una porción del maxilar superior.
5. Retirar todos los fragmentos dentarios con raíces expuestas. La transección de la mandíbula debe pasar por un alvéolo vacío mejor que entre dos órganos dentarios.
6. Evitar producir discapacidad bucal, utilizando juiciosamente los colgajos por transposición y los injertos.
 - a) La incisión estándar para la radical de cuellos se extiende hacia arriba atravesando el labio inferior. Una incisión alternativa es a lo largo de la línea de trazos interrumpidos, un poco por dentro de la comisura (Robson). Puede hacerse la traqueostomía al principio ó al terminar la operación. En todos los casos se taponan la hipofaringe con gasa.
 - b) La disección estándar de cuello se lleva a cabo lateralmente hasta nivel del hueso hioides. El área submentoniana se disecciona y el labio inferior es dividido por la línea media.
 - c) Puede utilizarse una incisión en visera para el labio inferior cuando la neoplasia está ubicada anteriormente y no posteriormente. La exposición con este tipo de incisión es inadecuada para una neoplasia que se localiza posteriormente. Si la lesión está situada en el tercio posterior ó base de la lengua sin compromiso de la mandíbula se utiliza la llamada liberación mandibular.
 - d) Después de la disección cuidadosa de los tejidos y habiendo expuesto el periostio mandibular se inserta la sierra de Gigli a través del piso de la boca y se secciona la mandíbula.
 - e) El colgajo yugal se repliega por lo menos hasta el músculo masetero. Según el sitio de transección e la mandíbula, se corta el músculo milohioideo. En resecciones más

lateralizadas el vientre anterior del digástrico y la mitad interna del milohioideo son preservados. Usualmente se elimina la glándula submaxilar y los ganglios linfáticos asociados, junto con la porción mandibular resecada.

- f) La lengua se secciona en la línea media si la posición del tumor justifica la hemiglosectomía. En caso de carcinoma de encía se reseca menos la lengua.⁽²⁾ La incisión se lleva a través del piso de la boca y se conecta con la incisión que se origina en el músculo milohioideo. La glándula sublingual se incluye usualmente en el espacio resecado.
- g) Hacia la parte posterior, la incisión lingual abarca ampliamente la lesión y se encuentra con la cara interna de la mandíbula, por detrás de la zona afectada. Si la incisión alcanza la región molar, se secciona la rama ascendente detrás del último molar, con una sierra de Gigli ó Stryker.
- h) Si la incisión lingual posterior llega a la región del ángulo de la mandíbula, se reseca totalmente ó en gran parte la rama ascendente. El colgajo yugal incluye virtualmente todos los tejidos blandos del carrillo. En consecuencia el nervio facial ubicado dentro de la parótida no resulta lesionado. El compromiso de la mandíbula requiere una extensión anterior de la resección.
- i) Si toda la rama ascendente requiere resección, ello implica la desarticulación, con sección de las inserciones del músculo temporal en la apófisis coronoides y el borde anterior de la rama ascendente, del músculo pterigoideo externo en el cóndilo y la cápsula articular, y del músculo pterigoideo interno en la cara interna del gonion. Si la rama ascendente se corta por debajo de la escotadura mandibular, se dejan intactos los músculos temporal y pterigoideo externo. Para reconstrucción se puede utilizar un colgajo miocutáneo del pectoral mayor.
- j) La lesión primitiva se reseca ahora en continuidad con el contenido de la resección radical de cuello. En las resecciones más extensas incluirán la glándula sublingual, y los músculos adyacentes. Por ejemplo: el hiogloso, geniogloso, geniohioideo y milohioideo. Se incluyen los vientres anterior y posterior del digástrico y una

porción del músculo estilohioideo, con la glándula submaxilar y los ganglios linfáticos adyacentes. Estos músculos se separan de su inserción a lo largo del hueso hioides que se deja intacto. Los nervios lingual e hipogloso mayor se incluyen también en el espécimen resecado cuando se elimina una porción significativa ó la mitad de la lengua. De lo contrario estos nervios pueden ser preservados.

- k) La herida se cierra de uno a tres planos, con dependencia del defecto quirúrgico. La musculatura lingual se aproxima al colgajo yugal inferior haciendo cierre en dos planos siempre que sea posible.
- l). El tercer plano consiste en la mucosa lingual suturada a la mucosa oral. Se utilizan colgajos por transposición con dependencia de la extensión de la resección y del defecto invalidante estimado en caso de utilizar tejidos locales para el cierre.
- m) Antes de aproximar el labio inferior se reseca de 1 a 2 centímetros del labio inferior a lo largo de la línea del colgajo yugal. Con esto se tiende a estrechar la reconstrucción del labio inferior y se ayuda a evitar el babeo.
- n) Los bordes cortados del labio inferior se aproximan haciendo cierre en tres planos: mucosa, músculo y piel.
- o) Las incisiones del cuello se cierran en dos planos con suturas continuas de catgut cromado 4-0 para el músculo cutáneo del cuello y sutura continua de nylon 5-0 para piel. Se utilizan drenes ó catéteres para aspiración. Se hace citología exfoliativa inmediata de los muñones mandibulares cortados y de los márgenes, para descartar compromiso de la médula ósea por el tumor. Si el resultado fuese positivo, se reseca más mandíbula ó se hace la desarticulación.

VIII. RADIOTERAPIA DEL CANCER BUCAL.

La curación de una neoplasia tratada con radiaciones ionizantes depende básicamente de la relación que existe entre la radioterapia del mismo y la de los tejidos vecinos, lo que implica una relación íntima con su radiosensibilidad y oxigenación, con el tipo de energía utilizada y con distintas características de la masa tumoral como son: tamaño, tipo de población celular, etc., es decir; el éxito se logra cuándo la dosis necesaria para destruirlo es menor que la que daña en forma irreparable los tejidos circundantes. Esta relación de dosis se conoce como coeficiente terapéutico.⁽¹⁾

8.1 Efectos de la radiación sobre los tejidos sanos de la cavidad bucal.

El epitelio escamoso estratificado de la cavidad bucal presenta una moderada sensibilidad a las radiaciones ionizantes.

Las extracciones dentarias postradiación deben reservarse para aquellos casos en que fracasan los métodos de tratamiento convencionales y deben hacerse con una correcta cobertura de antibióticos y el menor trauma posible.⁽¹⁾

La radioepitelitis (observada por Coutard en 1922) se manifiesta por una descamación del paladar blando y de la mucosa de la hipofaringe como primera manifestación, posteriormente piso de la boca y lengua. Tiene una duración de dos a tres semanas y se repara mediante un epitelio delgado y frágil, a menudo pálido y telangiectásico.⁽¹⁾ Las

alteraciones de la submucosa son de aspecto inflamatorio con edema e infiltración linfocitaria y a veces con presencia de grandes fibroblastos multinucleados.

Las glándulas salivales se lesionan con frecuencia y aún con dosis bajas puede aparecer una reducción del parénquima y del tamaño de la glándula con disminución del flujo y aumento de la viscosidad salival que acarrea las consiguientes molestias deglutorias para el paciente durante meses. Obviamente al disminuir la cantidad del flujo salival aumenta la incidencia a las lesiones cariosas.

La osteorradionecrosis del maxilar es una complicación terapéutica grave que obliga muchas veces a tratamientos más agresivos de los que requería la enfermedad misma, y que se presenta con dolor intenso mandibular ó maxilar. Además juegan un papel muy importante, la higiene bucal deficiente, los traumatismos y la presencia de infecciones cuándo se utilizan bajas energías de radiación (ortovoltaje) que son absorbidas en proporción mucho mayor por los tejidos densos.⁽¹⁾

Sobre el diente en desarrollo la irradiación produce una interrupción de la actividad odontoblástica, déficit en la formación de dentina y ausencia de la de esmalte, reabsorción del hueso alveolar, con movilidad y pérdida del órgano dentario.

La pérdida del sentido del gusto que se origina en la lesión de las terminaciones sensoriales y en las alteraciones de la secreción salival suele ser el signo más angustiante para el enfermo irradiado y puede prolongarse por muchos meses y aún hacerse irreversible.

8.2 Radioterapia de los tumores de la cavidad bucal.

Las mejores radorrespuestas se obtienen en los tumores exofíticos, bien vascularizados, donde predominan las células oxigenadas.⁽¹⁾

Las lesiones ulceradas, frecuentemente infectadas, y más aún las nodulares infiltrativas responden en menor grado a la terapia con radiación.

En el carcinoma de encía las lesiones tempranas deben ser tratadas quirúrgicamente con radioterapia intraoral.

En los casos raros de localización anterior se hace necesaria la utilización de filtros de cuña con el fin de obtener una homogénea distribución de la dosis y que serían de la orden de los 6000 rads en 4 semanas.

La invasión ósea obliga a un tratamiento que consiste en la administración de 5000 rads en 4 ó 5 semanas, seguida de resección quirúrgica. Con estas técnicas los resultados obtenidos son de 70% para T1 y T2 y 30% para T3.

Los tumores de encía superior, así como los del paladar duro son de rara incidencia y deben incluirse y tratarse junto con los de seno maxilar.

El tratamiento es quirúrgico con criterio exclusivo de tumores iniciales, y en los más avanzados con el fin de determinar la real extensión tumoral y así poder efectuar un tratamiento radiante sobre las bases más racionales. Para los ganglios irresecables como tratamiento adicional a la terapia externa pueden emplearse implantes intersiticiales para llevar la dosis a 8000 ó 9000 rads.

IX. QUIMIOTERAPIA.

La quimioterapia puede ser administrada antes ó después de la cirugía ó radioterapia.

Las ventajas inducidas por la quimioterapia son, mejor control y preservación de la función de algún órgano, elimina algunos problemas farmacológicos después de la cirugía ó radioterapia.⁽³⁾

Con este tratamiento se consigue un buen control locorregional y la eliminación de metástasis a distancia

La supervivencia para pacientes con enfermedad recurrente de carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello es usualmente de 6 a 10 meses.

Las drogas más activas incluyen el metotrexate, bleomicina, ciplastino, 5 fluoracilo (5 FU) y carboplatino.

Metotrexate.- Es la terapia paliativa estándar para pacientes con metástasis recurrente de carcinoma de células escamosas. La dosis estándar inicial es de 40 mg/m²/semana, para ser aumentada a 60 mg/m²/semana, hasta que no sea una dosis tóxica. La terapia con esta droga es relativamente no tóxica, barata y conveniente.

Bleomicina.- Ha sido estudiada de manera extensa con y sin combinación con otras drogas para el carcinoma de células escamosas.

Ha sido combinada con radioterapia, muchos estudios de bleomicina con radioterapia reportan las mejores respuestas en un rango entre 38% y 79%.

Cisplastino.- Es el agente quimioterapéutico más importante en carcinoma de cabeza y cuello. Los estudios han utilizado dosis de 80 a 100 mg/m² cada tres ó cuatro semanas como dosis estándar. La respuesta ha tenido un promedio de 28%.

Cuando es utilizado junto con radioterapia han sido reportados resultados satisfactorios que fluctúan entre 54% y 94%.

5 Fluoracilo.- Fue administrado como droga intravenosa diariamente durante 5 días. Esta dosis provoca mielosupresión.⁽³⁾

También ha sido estudiado en combinación con radioterapia, reportándose una mejor sobrevida para los pacientes. Los tumores metastásicos de la cavidad bucal son poco comunes, y muchos son localizados en la mandíbula, sólo un poco de ellos son localizados en tejidos blandos de la cavidad bucal.

El sitio primario de prevalencia es el pulmón. Se reportan dos carcinomas pulmonares y un carcinoma de esófago que demostraron metástasis hacia tejidos blandos de la cavidad bucal (encía).

En todos los casos las enfermedades presentaban diseminación cuando la metástasis gingival había sido diagnosticada. El promedio de vida fué de 4 meses. El pronóstico para cada caso es pobre, pero el diagnóstico temprano y el tratamiento son esenciales para prevenir el dolor y las incomodidades asociadas con la ulceración, la infección y la destrucción de los tejidos, causados por la lesión. Una revisión retrospectiva de 501 pacientes no tratados previamente desde Enero de 1965 hasta Diciembre de 1986 con carcinoma de células escamosas en la cavidad oral fué tomado para averiguar la prevalencia de metástasis a los ganglios linfáticos. Todos los pacientes necesitaron disección radical de cuello.

X.PRONOSTICO

Depende no sólo de su grado de diferenciación sino de la región de la cavidad bucal en la que se encuentre, así como el momento evolutivo en que se realiza el diagnóstico. Lo que más afecta el pronóstico es la invasión ósea que ocurre siempre que alcanza cierto grado de desarrollo.

Se inicia sobre una lesión leucoplásica ó sobre mucosa aparentemente sana, adoptando generalmente un aspecto verrugoso que se extiende en la superficie, ó el de una lesión exofítica más ó menos localizada, las que posteriormente se ulceran a medida que su crecimiento se hace mayor.

Se ubica generalmente en la región de los molares, en la porción superior invade progresivamente la mucosa palatina, y en la porción inferior el piso de la boca. Cuando se inicia más posteriormente invade el pilar anterior y el tercio posterior de la mucosa yugal.⁽⁴⁾

Cuando existen piezas dentarias en el sector óseo afectado, se movilizan y caen espontáneamente.

XI.DISCUSION.

El Cirujano Dentista de práctica general debe conocer los procesos patológicos que se presentan en la cavidad bucal con el fin de hacer un diagnóstico presuntivo, el histopatólogo hará el diagnóstico de certeza.

No es la finalidad que el cirujano de práctica general diagnostique con precisión como un histopatólogo, pero si saber cuándo una lesión es maligna ó benigna.

Como se ha tratado de exponer en esta tesina, si no se realiza un diagnóstico temprano la enfermedad avanza y obliga a tratamientos más radicales como los que se han mencionado anteriormente.

Estos tratamientos deben ser realizados por personas sumamente capacitadas, de lo contrario el tratamiento resulta contraproducente para el paciente.

De igual manera, es importante señalar que los tratamientos odontológicos en muchas ocasiones son multidisciplinarios y necesitamos de la ayuda de especialistas cómo los cirujanos, histopatólogos, radiólogos etc.

BIBLIOGRAFIA

1.- Borgelli Fco.

Temas de patología bucal clínica.

Tomo I

Editorial Mundi S.A.I.C. y F.

1a edición 1979 Buenos Aires, Argentina

2.-Cabrini Rómulo Luis

Anatomía patológica bucal.

Editorial Mundi S.A.I.C. y F.

1a edición 1980

Buenos Aires, Argentina

3.- De vita

Cancer, Principles and practice of oncology

Tomo II

Philadelphia 1993

4.- Goldman Harriet S. D.D. S. M. P. H.

Marder Michael Z.D.D.S.

Physician's guide to diseases of the oral cavity.

Medical economics Co

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Borgelli Fco.
Temas de patología bucal clínica.
Tomo I
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
1a edición 1979 Buenos Aires, Argentina

- 2.-Cabrini Rómulo Luis
Anatomía patológica bucal.
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
1a edición 1980
Buenos Aires, Argentina

- 3.- De vita
Cancer, Principles and practice of oncology
Tomo II
Philadelphia 1993

- 4.- Goldman Harriet S. D.D. S. M. P. H.
Marder Michael Z.D.D.S.
Physician's guide to diseases of the oral cavity.
Medical economics Co

SALIR DE LA BIBLIOTECA

5.-Holland James F.

Emil Frei.

Cáncer medicine

Lea and Febiger

Philadelphia 1974

Oradell, New Jersey 1982

6.- Loré Jhon M.

Cirugía de cabeza y cuello. (atlas)

Tomo I

Panamericana

3a edición

7.- Portilla Robertson J. , Aguirre Montes de Oca A.

Gaitán Cepeda Lui A.

Texto de Patología Oral.

Editorial El Ateneo.

México D.F.

New York

8.- Rouviere H.

Delmas A.

Anatomía Humana.

Descriptiva, topográfica y funcional.

Tomo I Cabeza y cuello

Editorial Masson 1991

9.- Shafer William G.

Hine Maynard K.

Levy Barnet M.

Tratado de patología bucal.

10.Sol Silverman Jr M.A. D.D.S.

Edward J. Shillote

Oral cancer

American Cancer Society

2a edición

Interamericana

11.-Steven A. Rosenberg

Principles of surgical oncology.

J. B. Lippincott Co.

Philadelphia 1993

México D.F.