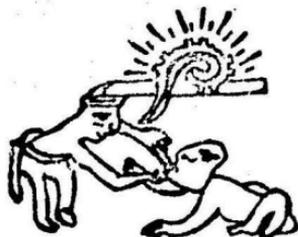


Leg - 761

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM
"CARCINOMAS ORALES"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

ARTEMIO ARTURO PEREZ CARPIO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CELULAS ESCAMOSAS

DE LA CAVIDAD ORAL.

Correlación y recopilación de la Literatura de los años 1954, 1960, 1962, 1963, 1965, 1966, 1977, 1978 y 1979.

T E S I S

A. ARTURO PEREZ CARPIO.

MEXICO, D.F.

1980

SUMARIO

Introducción	246
Carcinoma	1
Frecuencia y epidemiología	2
Etiología	2
Características clínicas y anatomopatológicas	5
Metástasis y causas de muertes	10
<u>Carcinomas múltiples y origen multicéntrico</u>	11
<u>Carcinoma "in situ"</u>	12
Etiología.	12
Características clínicas-	12
Características anatomopatológicas	13
Pronóstico	14
<u>Carcinoma del labio</u>	15
Características clínicas-	15
Características anatomopatológicas	18
<u>Carcinoma del labio superior.</u>	20
<u>Carcinoma de la lengua</u>	21
Características clínicas-	21
Características anatomopatológicas.	25
Pronóstico-	25
<u>Carcinoma del suelo de la boca</u>	26
Características clínicas.	26
Características anatomopatológicas.	26
Pronóstico.	26
<u>Carcinoma de las encías y mucosa alveolar.</u>	28
Características clínicas.	29
Características anatomopatológicas-	31
Pronóstico.	31

<u>Carcinoma de la mucosa bucal</u> -----	32
Características clínicas.-----	32
Características anatomopatológicas.-----	32
Pronóstico.-----	34
<u>Carcinoma verrugoso.</u> -----	35
Etiología.-----	35
Características clínicas.-----	35
Características anatomopatológicas.-----	37
Pronóstico.-----	37
<u>Carcinoma del paladar duro y blando</u> -----	38
Características clínicas.-----	38
Características anatomopatológicas.-----	38
Pronóstico.-----	40
<u>Carcinoma del seno maxilar.</u> -----	40
Etiología.-----	40
Características clínicas y radiográficas.-----	40
Características anatomopatológicas.-----	42
Pronóstico.-----	43
<u>Formas raras de carcinoma oral</u>	43
<u>Pseudosarcoma asociado a carcinoma de células escamosas</u> -----	
Características clínicas.-----	45
Características anatomopatológicas.-----	45
Pronóstico.-----	45
<u>Carcinoma basocelular de la mucosa oral</u> -----	46
<u>Carcinoma epidermoide central maxilar</u> -----	53
Características clínicas.-----	53
Características anatomopatológicas.-----	53
Pronóstico.-----	54
<u>Melanoma</u> -----	

<u>Carcinoma mucocépidermoide</u>	54
<u> Incidencias</u>	54
<u> Microscópicamente //</u>	55
<u> Macroscópicamente</u>	55
<u> Tratamiento y pronóstico</u>	55
<u>Carcinoma de células escamosas de la mucosa bucal</u>	55
<u> Incidencia</u>	55
<u> Patogénesis</u>	55
<u> Carcinoma de la parte anterior de la lengua en adolescentes</u>	59.
<u> Cáncer</u>	59
<u> Discusión</u>	63
<u>Pacientes tratados en el hospital general del Centro Médico Nacional del IMSS.</u>	64
<u> COMO ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:</u>	64
<u> Hereditarios y familiares.</u>	64
<u> Personales no patológicos</u>	64
<u> Personales patológicos</u>	64
<u> Padecimiento actual</u>	64
<u> Inanexión general</u>	65
<u> Exploración física</u>	65
<u> Como datos de intereses</u>	65
<u> Laringitis crónica a descartar</u>	65
<u> Pronóstico de acuerdo a la etiología</u>	65
<u> Descartar carcinoma de laringe</u>	65
<u> Tratamiento diferido</u>	65
<u> Pronóstico</u>	65
<u> Relación de cortes</u>	66
<u> Descripción microscópica</u>	66
<u> Diagnóstico</u>	66
<u> Nota inicial de C. Bucodentomaxilar</u>	66
<u> Padecimiento actual</u>	66
<u> Exploración intraoral</u>	66

<u>Nota de valoración y envío</u>	67
<u>Diagnósticos finales</u>	67
<u>Padecimiento actual</u>	67
<u>Servicio de dermatología y micología médica</u>	68
<u>Nota inicial</u>	68
<u>Cirugía reconstructiva</u>	69
<u>Nota de alta</u>	69
<u>Resumen de la evolución</u>	69
<u>Diagnóstico clínico</u>	69
<u>Descripción macroscópica</u>	69
<u>Diagnóstico microscópico final</u>	69
<u>Descripción microscópica</u>	69
<u>Diagnóstico final</u>	70
<u>Descripción macroscópica</u>	70
<u>Diagnóstico microscópico</u>	70
<u>Cirugía bucodentomaxilar</u>	70
<u>Antecedentes heredo familiar</u>	70
<u>Antecedentes patológicos</u>	70
<u>Padecimiento actual</u>	70
<u>Exploración intrabucal</u>	70
<u>Dientes</u>	71
<u>Diagnóstico</u>	71
<u>Plan de tratamiento</u>	71
<u>Diagnóstico</u>	71
<u>Pronóstico</u>	71
<u>Tratamiento</u>	71
<u>Descripción macroscópica</u>	71
<u>Descripción macroscópica</u>	72

INTRODUCCION

Dentro de la revisión de neoplasias de la cavidad oral, destaca en forma importante. En las malignas, el carcinoma oral, que reviste importancia desde el punto de vista estadístico por ocupar más del 90% de las neoplasias malignas de la cavidad bucal.

Aunque es una lesión, que, inicialmente en la clínica la diagnosticara el odontólogo, en que, en realidad será menester enviar al paciente al oncólogo, por ser un tratamiento de suma importancia de superespecialización, que requiere de conocimientos más amplios de quimioterapia, radioterapia y cirugía radical de bucodentomaxilofacial.

Pero es de interes, señalar que el médico especializado en odontología, deba estar familiarizado con el conocimiento de este tipo de neoplasias para establecer un diagnóstico clínico más amplio, que será corroborado por estudios histopatológicos y poner en conocimiento la gravedad del paciente a su padecimiento.

Ahora en el momento actual, señalar que la sobre vida de estos pacientes, han ido mejorando con la evolución propia en los tratamientos que cada día son más efectivos, que evolucionan eficazmente como son: quimioterapias, radioterapias y cirugía radical de bucodentomaxilofacial.

CARCINOMA

El carcinoma epidermoide (de células escamosas) es la lesión maligna más frecuente y de mayor importancia de la región oral y representa más del 90% de todos los cánceres orales. Dado que estas lesiones son "cánceres de superficie" originados en la mucosa de recubrimiento, el diagnóstico precoz en una fase curable debe conseguirse en un número razonable de enfermos. La importancia de la detección -- precoz del carcinoma oral ha sido ya subrayada por numerosos autores.

Frecuencia y epidemiología. El carcinoma de la boca supone un porcentaje apreciable de toda la problemática cancerosa del organismo humano. Los cálculos sobre su frecuencia total señalan que los carcinomas orales constituyen entre el 5 y el 40% de todos los cánceres en diversas localizaciones. Dorn y Cutler comprobaron que el cáncer de la cavidad oral representaba el 6,2% de los cánceres entre los varones y el 1,9% entre las mujeres, en los Estados Unidos. Las cifras de porcentajes en las diversas regiones en los Estados Unidos muestra también un cierta variación según la distribución geográfica. Así, en el suleste de este país, se ha comprobado una frecuencia considerablemente superior de cáncer de labio en el hombre (Wynder y col) y de carcinoma intraoral en las mujeres (Vogler y colaboradores).

La frecuencia del cáncer oral en la relación con todos los demás cánceres en diversos países viene expresada en la tabla 19-1.

Tabla 19-1. La frecuencia del cáncer oral en relación con todos los demás cánceres en diversos países.

Países	% de todos los cánceres	
	Hombres	Mujeres
Estados Unidos de América	6,2	1,9
Finlandia	5,7	2,1
Noruega	5	1,5
Dinamarca	4	1,2
Alemania del Este	3,2	1

Recopilado en los datos citados por Pindborg, J.J.: Ethnic and - environmental aspects of oral cancer, Dent. Progr 3:70-74, 1963, y Pindborg, J.J.: Studies in oral cancer epidemiology, J. Dent. Res. 42:348-353, 1963..

Los índices de frecuencia registrados en el cáncer oral de la India y sudeste Asiático son elevados. Paymaster indicó que el carcinoma de la boca y región orofaríngea suponía el 34,9% de todos los cánceres de la India, si bien existían ciertas variaciones considerables en cuanto a la frecuencia del cáncer bucal en las diversas localidades del citado subcontinente. Pindborg comprobó una incidencia todavía más elevada en la India y Sudeste Asiático, según la cual el cáncer oral representaba incluso el 47% de todos los tipos de cáncer en algunos países.

ETIOLOGIA. La etiología del carcinoma epidermoide de la cavidad oral, al igual que las demás formas de cáncer, es aun desconocida. Se ha sugerido que el carcinoma oral se acompaña de una cierta variedad de estímulos, tanto de origen intrínseco como extrínseco.

En los últimos años, se ha insistido bastante en el concepto de la "cocarcinogénesis" (Goldhaber). Este concepto supone una ampliación de la carcinogénesis a cargo de agentes que, por sí mismos, no son carcinogénicos. Algunos autores sostienen que la carcinogénesis implica dos fases separadas e independientes: período de iniciación y proceso de promoción. En el período de iniciación, algunas células normales o su progenie se convierten, en un tiempo relativamente corto y por la acción de un carcinógeno, en células tumorales latentes. Durante el período de promoción, las células tumorales latentes son estimuladas al crecimiento hasta convertirse en tumoraciones visibles tras largos períodos de tiempo y mediante la acción repetitiva de agentes no carcinogénicos. Esta acción por elementos no carcinogénicos ha sido denominada acción carcinogénica.

Wynder y colaboradores sugirieron que la transformación de la célula epitelial normal de la cavidad oral en una célula cancerosa sería el resultado de acción de factores intrínsecos y extrínsecos. De los primeros, hay algunos altamente sospechosos, como el alcoholismo (con la consiguiente mal nutrición), déficit vitamínicos, déficit de hierro y sífilis. Entre los extrínsecos estarían, el tabaco, la luz solar (en el cáncer labial) y diversos estímulos profesionales y desconocidos.

El papel del tabaco ha sido merecedor de una considerable atención, particularmente en los últimos años, existiendo bastantes prue-

bas para que puede considerársele como un agente de intervención responsable en la producción del carcinoma oral. Este tema ha sido ampliamente estudiado en el Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Varios estudios prospectivos y retrospectivos han demostrado que los fumadores expeditivos tienen riesgo considerablemente mayor que los no fumadores para la aspiración del carcinoma oral. Asimismo, existen pruebas considerables para asociar el carcinoma oral con el uso prolongado del rapé y tabaco de mascar (Vogler y colaboradores).

La alta incidencia del cáncer oral entre los consumidores de nuez de betel resultó estar relacionada con el componente tabáquico -- del masticue y no con la propia nuez (Muir y Kirk).

Moore publicó un interesante estudio que apoya todavía más una relación casual entre hábito de fumar y el cáncer. Una serie de 78 - pacientes con cáncer oral y laríngeo "curados" fueron divididos en dos subgrupos según el paciente abandonara, o no, el tabaco tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer inicial. Ambos grupos eran comparables en la mayoría de los parámetros. El período medio de observación fue de 6,7 años y todos ellos fueron controlados como mínimo durante tres. De los 29 pacientes que abandonaron el tabaco, solamente uno desarrolló un segundo cáncer oral, mientras que durante el período de observación de 49 pacientes que siguieron fumando, diez y siete de ellos presentaron un segundo cáncer oral o laríngeo. Castiglia no, sin embargo no consiguió demostrar ninguna reducción de los segundos cánceres primitivos en los pacientes que dejaron de fumar.

El consumo excesivo del alcohol ha sido de los factores implicados en la etiología del carcinoma oral. En el estudio de Wynder y col el 33% de los hombres con cánceres orales admitieron beber más de un cuarto (1/4) litro de whisky diario, mientras que solo el 12% del grupo de control recurría al alcohol en la citada cantidad. Muchos clínicos que han estudiado el cáncer han comprobado que los pacientes con cáncer oral son propensos a ser grandes bebedores (Jacobson). Vogler y colaboradores y Keller, no obstante, no lograron demostrar ninguna correlación entre la ingesta del alcohol o los antecedentes alcohólicos y la existencia del carcinoma oral.

También la sífilis ha recibido una considerable atención como--

factor predisponente del carcinoma oral. Son muchos los estudios - que han demostrado una frecuencia notablemente superior de pruebas serológicas positivas en los pacientes con carcinoma oral que entre la población general o en los pacientes hospitalizados sin carcinoma oral. Informes más recientes se han demostrado más partidarios - de descartar el papel de la sífilis como factor significativo en la serología del cáncer oral (Vogler y Col.; Keller).

Trieger y col. Publicaron diversos estudios referentes a factores predisponentes en el carcinoma de la lengua y de la mucosa oral. Los informes de 108 pacientes con carcinoma lingual fueron estudiados en relación con cuatro grupos de factores supuestamente predisponentes: tabaco, alcohol, sífilis y traumatismos orales crónicos.

En el 75% de los 108 pacientes se registró un elevado consumo de alcohol, con una incidencia de cirrosis hepática franca de 44,4%. En el 92-90% de los enfermos eran grandes fumadores. En el 75% había - signos de irritación oral prolongada a causa de dientes afilados, roto o de prótesis mal ajustadas. En lo tocante a las pruebas serológicas de sífilis, fueron positivas en el 18,5% de los casos, mientras que, por otra parte, en 94 de los 180 enfermos, se comprobó la existencia de varios o todos los llamados factores predisponentes. Tan-solo nueve parecían tener únicamente uno solo de esos factores, y - tres enfermos no mostraban signos de ninguno de los cuatro factores. Estos datos parecen apoyar en concepto del casualismo múltiples y de la cocarcinogénesis. En otro estudio posterior, se revisaron los informes de 68 enfermos con carcinoma del suelo de la boca, paladar y fosas amigdalares, en busca de la presencia de estos factores supuestamente responsables. En el 87% de los enfermos se hallaron múltiples factores.

La importancia de traumatismos mecánicos por dientes agudos o rugosos, dentaduras mal adaptadas, restauraciones que sobre salen, etc. En la etiología del carcinoma oral, es difícil de valorar desde una base científica. No es raro que el carcinoma de la lengua, mucosa bucal y labios esté localizado en relación inmediata con un diente y cresta alveolar fragmentados, en tanto que el carcinoma del surco puede asociarse a las aletas de las dentaduras. La gran frecuencia de estos mismos factores irritantes entre la población general, hace que, a pesar de todo, su papel resulte difícil de valorar. La mayoría de - las autoridades en el campo de la carcinogénesis experimental tienen

a descartar el papel de los traumatismos puramente mecánicos en la etiología del cáncer. Sin embargo, vale la pena tener en cuenta el efecto sobre añadido de un traumatismo mecánico sobre una mucosa ya condicionada por el tabaco, alcohol, déficit vitamínico y nutritivos, etc (trier y col).

A este respecto puede resultar significativa la observación -- clínica habitual de que "el cáncer nunca o prácticamente nunca asienta en una boca limpia". Aunque en cierto número de pacientes -- con cáncer oral carecen de dientes y gozan de bocas "limpias" en el momento de diagnosticarse el cáncer, lo que ocurre es que por lo general estos individuos perdieron sus dientes precisamente a causa de una sepsis oral avanzada y procesos periodontales.

El déficit nutritivo y la anemia son otros factores considerados como predisponentes en el carcinoma oral. Wynier y col, sin embargo, señalaron que déficit nutritivos resultan muy difíciles de valorar -- en los estudios retrospectivos y que ellos no consiguieron demostrar ninguna diferencia significativa entre los grupos cancerosos y de -- control a este respecto. Vogler y col, asimismo, fueron incapaces de poder demostrar diferencias entre sus grupos de cancerosos y control a efectos de la anemia o de déficit dietéticos.

Hay una asociación bien establecida y curioso entre el carcinoma oral y el Síndrome de Plummer-Vinson. Este síndrome era especialmente frecuente en Escandinavia y ha sido asociado a una elevada incidencia de carcinoma oral entre las mujeres escandinavas (Pindborg). Suele incidir generalmente solo en mujeres y se caracteriza por una piel facial lisa y tensa, boca estrecha, lengua lisa, uñas en forma de cuchara y naturaleza quebradiza, anemia, disfagia, y posibilidad de todas las piezas dentarias. Se considera que el déficit crónico de hierro es una causa primordial de este síndrome (Wynier y Fryer) pudiendo deberse a un déficit férrico en la ingesta, absorción deficiente o pérdidas menstruales. Las alteraciones atróficas mucosas resultantes parecen disponer al cáncer. Según Wynier y Fryer la frecuencia del síndrome de Plummer-Vinson va siendo cada vez más baja, lo cual puede atribuirse a la mejora de las dietas y a la suplementación de la harina blanca con hierro y vitamina B.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS. El aspecto clínico-- del carcinoma epidermoide oral presenta notables variaciones. Le le

sión inicial puede adoptar un aspecto inocente, manifestándose solamente como una zona aplanada de mucosa eritematosa, ligeramente rugosa, o bien como una placa blanca o incluso una masa polipóide con ulceración superficial o sin ella. (los datos clínicos de los carcinomas localizados en diversos lugares anatómicos se facilitan en los apartados correspondientes). Al ir evolucionando clínicamente, los carcinomas orales muestran tendencia a adoptar uno de estos tres tipos de crecimiento: exofítico, ulcerado y verrugoso.

La lesión exofítica se presenta como una masa elevada de amplia base y superficie de algo nodular. La palpación descubre induración en la base y bordes. A medida que el tumor va haciéndose más voluminoso, aparece generalmente necrosis, ulcerándose consiguientemente la porción central de la masa exofítica.

El carcinoma ulcerado presenta como un defecto crateriforme de bordes encorvados y elevados. Este tipo de carcinoma tiene una mayor tendencia a invadir profundamente los tejidos que el tipo exofítico. Algunas lesiones ulceradas exhiben una zona relativamente pequeña de ulceración superficial pero en profundidad infiltran el tejido subyacente (por consiguiente, es endofítico).

La forma verrugosa del carcinoma la consideran muchos como un tipo clinicopatológico bien definido, en tanto que otros la clasifican junto a las otras formas de carcinoma exofítico. El carcinoma verrugoso se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo y acentuado de múltiples pliegues excesivos. No es frecuente la ulceración excepto en las grietas existentes entre los pliegues papilares. Shedd y col preconizaron el uso de azul de toluidina al 1% como método de tinción en vivo para detectar tanto el carcinoma in situ o el carcinoma invasor en fase precoz como los tumores primarios que aparecen en segundo lugar, los satélites y las extensiones tumorales.

Microscópicamente, el carcinoma epidermoide (de células escamosas) se caracteriza por masas, islotes o cordones irregulares de células escamosas que proliferan hacia abajo, invadiendo el tejido conjuntivo subyacente. Existe una gran variación microscópica según el grado de diferenciación de las células tumorales y el tipo de crecimiento, que en algunos tumores puede semejar muy de cerca la diferenciación observada en el epitelio escamoso normal, mientras que otras se aprecian una diferenciación acentuada (anaplasia). El grado de esta diferenciación es la base de los distintos sistemas de clasificac-

ción "en grados" de los carcinomas, atendiendo al grado de malignidad que presentan histológicamente.

Las células del carcinoma epidermóide bien diferenciado apenas varían respecto al epitelio escamoso normal y tienden a reduplicar los cambios sufridos en el desarrollo por el epitelio escamoso normal. Los islotes o cordones invasores de las células epiteliales malignas están formados por células del tipo periférico basal, espinosas, granulosas y queratina. En la región central de las masas invasoras, las células sufren una queratinización, dando lugar a las características perlas de queratina. Las células espinosas que forman el grueso de la masa invasora muestran una tendencia a poseer núcleos más grandes que los de las células escamosas normales siendo sus nucleólos prominentes. Asimismo, su citoplasma tiende a una clara eosinofilia. La actividad mitótica en el carcinoma bien diferenciado acostumbra ser mínima y las imágenes de división que se observan son normales. Los carcinomas epidermóides bien diferenciados suelen dar la impresión de invasión mediante su "empuje" hacia el seno de los tejidos subyacentes. Por otra parte, el estroma del tejido conjuntivo adyacente acostumbra a mostrar una respuesta inflamatoria crónica intensa.

Los carcinomas con grado moderado de diferenciación presentan un patrón histológico más variable. Se aprecia en estos casos una variación más notable del tamaño de las células, del de sus núcleos y de las reacciones de tinción. También las masas celulares invasoras tienden a reduplicar el desarrollo del epitelio escamoso normal aunque exhiben más variación de la que se encuentra en el carcinoma bien diferenciado. La actividad mitótica es, con frecuencia, más acentuada, observándose tanto formas normales como anormales. Pueden existir perlas de queratina, si bien esto no suele ser un rasgo significativo. Sin embargo, es frecuente comprobar queratinización celular aislada. El carcinoma escamente diferenciado muestra en casa o nula tendencia a la queratinización, con ausencia generalmente de puentes intercelulares. Las células tumorales pueden exhibir notables variaciones de tamaño, forma y reacciones de tinción. Los núcleos son más bien grandes y a menudo tienen formas curiosas. En ocasiones, es posible observar células tumorales gigantes. En cuanto a la actividad mitótica, es considerable, pudiendo encontrar imágenes de división tripolar o de otros tipos anormales. Algunas--

veces, el tumor es tan anaplásico que su origen epitelial puede llegar a ser difícil establecer, pudiendo estar compuesto en su mayor parte por células fusiforme de aspecto sarcomatoso. Las lesiones o los patrones celulares son menos diferenciados, dan a menudo la impresión de invadir el tejido subyacente más por extensión de pequeños islotes o masas celulares que mediante que el efecto aparente de "empuje" que se observa en el carcinoma bien diferenciado. También la estroma adyacente ofrece una respuesta inflamatoria crónica y, - por otra parte, algunos carcinomas orales, parecen provocar una acentuada respuesta desmoplástica en el tejido conjuntivo subyacente.

Brodens popularizó un sistema de gradación numérica de los carcinomas según su grado de malignidad, que todavía sigue siendo ampliamente utilizado. Este sistema se basa en el grado de diferenciación del tumor y utiliza la gradación numérica del I al IV. En el carcinoma del grado I, el 75 al 100% de las células están diferenciadas, mientras que las no diferenciadas pueden oscilar del 0 al 25% en el grado II, la proporción de células diferenciadas es del 50 al 75% en el grado III, del 25 al 50% están diferenciadas; y el grado IV, la proporción de células diferenciadas es del 0 al 25% y el de las indiferenciadas, del 75 al 100%.

Este sistema numérico de gradación puede ser objeto de ciertas objeciones. Hay una considerable objetividad en este método y la impresión personal del que interpreta el porcentaje de células diferenciadas o indiferenciadas puede variar de una zona a otra del tumor. Muchos anatomopatólogos, que emplean un sistema de gradación numérica, preconizan la idea de precisar la malignidad histológica relativa mediante el uso de términos como los de carcinoma epidermoide (de células escamosas) bien diferenciado (o de grado inferior) moderadamente diferenciado, o poco diferenciado. Otros utilizan un sistema numérico de tres gradaciones para designar el carcinoma bien diferenciado (grado I), moderadamente diferenciado (grado II) e indiferenciado (grado III). Ackerman y Regato han señalado que, con frecuencia, se ha sobreestimado en exceso el grado del tumor, ya que éste puede, no ser un factor importante para el pronóstico, como sucede cuando un carcinoma de grado I se acompaña de metástasis ganglionares fijas, puesto que en tal caso su pronóstico es peor que el del grado III limitado aun en su lugar de origen.

Recientemente, se ha insistido mucho en el logro de un sistema uniforme para catalogar los cánceres, a fin de obtener una mayor uniformidad de datos a efectos de valoración y resultados (American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting). Para la de los carcinomas orales se han recomendado la siguiente clasificación:

Estadio 1

El tumor primario está limitado a su lugar de origen en la cavidad oral sin metástasis ganglionares palpables.

Estadio 2

Este tumor se ha extendido más allá de su lugar de origen - alcanzando las zonas vecinas, pero todavía está limitado a la cavidad oral sin metástasis ganglionares palpables.

Estadio 3

El tumor primitivo es parecido al de los estadios 1 ó 2, pero con metástasis ganglionares cervicales clínicamente palpables no fijas.

Estadio 4

El tumor primitivo es similar al de los estadios 1 ó 2 ó 3, bien se ha extendido ya más allá de la cavidad oral con metástasis ganglionares cervicales fijas, clínicamente palpables, ó también el tumor es como los estadios 1, 2 ó 3 con metástasis a distancia.

Arthur y Penner demostraron la existencia de una excelente correlación entre la gradación, el estadio y la supervivencia de 239 enfermos con carcinoma de la lengua.

Lund sugirió que para evaluar la agresividad y el pronóstico del carcinoma epitelioide, hay dos criterios histológicos importantes: la invasión y la indiferenciación celular (incluyendo las atipias). La existencia simultánea de ambas características indicaría una neoplasia agresiva, mientras que la presencia de una sola revestiría menor importancia. Un carcinoma bien diferenciado con invasión puede tener un pronóstico relativamente favorable; siendo buen ejemplo de ello el caso del carcinoma verrugoso (véase más adelante en el mismo capítulo). Inversamente, los carcinomas in situ puede exhibir una notable indiferenciación y atipias aunque a veces persisten durante mucho tiempo sin produ-

cir invasión. Cuando la presencia de la indiferenciación y la invasión son simultáneas, la agresividad y el pronóstico final presentarán paralelamente del grado de indiferenciación e invasión.

En un 6%, quizás de los pacientes con carcinoma de la lengua, glándula salival, parótida y mucosa oral, se observa una reacción sarcoides, sobre todo después de la irradiación y a nivel de los ganglios de la región cervical, debida probablemente a los productos necróticos del tumor (Nadel y Askerman; Symmers; Gorton y Linell; Wakotoh).

METASTASIS Y CAUSA DE MUERTE. Los carcinomas epidermoides de la cavidad oral metastatizan fundamentalmente por vía linfático englobado los ganglios regionales. Los detalles relativos a la localización específica de las metástasis de los carcinomas de las distintas regiones, se especificarán, en los lugares oportunos.

Se ha venido observando desde hace tiempo que los carcinomas orales incontrolados tienen a permanecer localizados por encima del nivel de las clavículas. El fallecimiento por carcinoma oral suele deberse a los efectos directos o indirectos de la lesión local ó de las metástasis regionales.

Castigliano y Rominger sugirieron que la frecuencia de la metástasis viscerales a partir de carcinomas orales parece ir en aumento. Estos autores observaron que el 2% de 200 enfermos fallecidos de carcinoma oral entre 1930 y 1943 tenían diseminación visceral. De 121 pacientes fallecidos por la misma causa entre 1943 y 1951, el 10,7% presentaban metástasis a distancia. Por otra parte, y coincidiendo con la elevación de la frecuencia de la metástasis a distancia, se comprobó un elemento del tiempo de supervivencia en los casos fatales sometidos a tratamiento. En este estudio, los lugares preferidos por la metástasis fueron los pulmones, la columna vertebral, el hígado y el cerebro.

Hoye y col dirigieron un estudio clinicoanatomopatológico de 42 enfermos que fallecieron de cáncer de la cabeza o del cuello. De ellos, veintitrés (55%) tenían metástasis a distancia, estando afectado los pulmones en 22. En orden de frecuencia descendente, seguían el hígado y los ganglios linfáticos torácicos. Dichos autores observaron, asimismo, un incremento del tiempo de supervivencia de los enfermos con metástasis, comparados con los que fallecieron sin signos de afectación a distancia.

Los datos de Hoyes y col indican que los carcinomas de las regiones del cuello y la cabeza se propagan primeramente a los ganglios linfáticos regionales, y que, en casos de aparecer metástasis a distancia, los pulmones se afectan casi de modo constante, siguiéndoles la diseminación hematógena y la afectación de otros órganos. El mecanismo exacto por el que los carcinomas se extienden desde su localización oral o cervical hasta los pulmones no está claro. Hoyes y col no consiguieron demostrar en ningún paciente con metástasis a distancia, la invasión de la yugular interna o de otras venas cervicales importantes.

CARCINOMAS MÚLTIPLES Y ORIGEN MULTICÉNTRICO. Hace tiempo que se viene comprobando que los pacientes con carcinoma epidermoide de la cavidad oral tienen un riesgo superior al promedio de desarrollar un carcinoma ulterior. No debe confundirse tal aceveración con la recidiva del cáncer original.

Moertel y Foss revisaron 732 casos de carcinoma oral de células escamosas observados en la Clínica Mayo, hallando 64(8%) en los que existían carcinomas múltiples discontinuos. Se aceptaron como válidos aquellos en los que dos ó más lesiones discontinuas estaban separadas por intervalos de mucosa normal., fuera cual fuera el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de ambas lesiones. En 21 enfermos, los carcinomas aparecieron simultáneamente, mientras que en 43, las lesiones separadas lo hicieron a intervalo de 1 a 28 años. Existía leucoplasia en 48 de los 64 enfermos, y la mayoría de ellos eran fumadores de tabaco.

Meyer y Shklar corroboraron la observación de que un enfermo con un carcinoma de la boca tiene mayores probabilidades de desarrollar otro proceso maligno oral. En su estudio se indicaba, asimismo, que tales enfermos presentan una mayor tendencia a desarrollar tumores malignos en otras partes distintas del tramo gastrointestinal. Moertel y col y Sharp y col realizaron estudios similares.

Esta tendencia a desarrollar un segundo o incluso un tercer carcinoma oral refleja posiblemente la existencia de los mismos factores carcinogénicos actuando en un vasto campo de la mucosa oral. Desde el punto de vista práctico, esta circunstancia subraya la importancia de vigilar de cerca a los pacientes "curados" u otras lesiones aceptadas ordinariamente como precursoras de carci

nomas en los enfermos con antecedentes de una carcinoma oral pre-
vio.

CARCINOMA "IN SITU"

El carcinoma in situ (carcinoma intraepitelial) se caracteriza por la existencia de un epitelio que manifiesta una malignidad morfológica pero que no muestra invasión del tejido conjuntivo subyacente. En los últimos 15 años, se ha hablado mucho de este tipo de lesión, sobre todo a lo relativo a su conexión con el carcinoma del cuello uterino. Asimismo, el carcinoma in situ ha merecido una considerable atención en la laringe, bronquios, esófago, tramo intestinal y piel.

Muchas de las implicaciones diagnósticas del carcinoma in situ no están todavía muy claras. Ackermann y Mcgraven señalaron algunas de las cuestiones que atañen tanto al anatomopatólogo como clínico:

- " 1 Con que frecuencia se produce un cáncer invasor a partir de un preexistente carcinoma epidermoide in situ
- " 2 Si existe un carcinoma epidermoide invasor, ¿ Con que frecuencia el borde de la lesión exhibe un carcinoma epidermoide in situ
- " 3 Con que frecuencia se hallan múltiples focos de origen.
- " 4 Si la muestra biopsica no revela invasión, ¿Que tratamiento hay que aplicar, en caso de que halla alguno!

ETIOLOGIA. Los factores etiológicos relacionados con el carcinoma in situ son desconocidos. Indudablemente, se trata de los mismos que operan en el carcinoma invasor. No existen publicaciones significativas que relacionen la distribución por edades y sexos del carcinoma in situ. Se acepta generalmente que el carcinoma in situ aparece, por regla general, aproximadamente unos 5 años antes que el carcinoma invasor. La mayor parte de los enfermos con carcinoma oral in situ parecen tener la misma edad que los afectados por el carcinoma invasor. Sin embargo nosotros hemos tenido ocasión de observar esta reacción en varios pacientes de edad inferior a los 30 años.

CARACTERISTICAS CLINICAS. El aspecto clínico del carcinoma in situ es variable y muchas veces las alteraciones encontradas son mínimas. La zona afectada puede aparecer como una ligera elevación, o ser plana o incluso deprimida. La superficie tiende más a adoptar un as-

pecto granuloso o aterciopelado. Otras veces, el carcinoma in situ adopta la forma de manchas brillantes atróficas, de un color rojo más intenso que el de la mucosa circundante. Algunos autores a la hora de descubrir esta reacción, han utilizado el término de "eritroplasia" (Hertz). Las zonas del carcinoma in situ pueden alternarse con leucoplasias clínicas o incluso parecerse a éstas.

Se han utilizado varios epónimos de los empleados para las variantes clínicas del carcinoma in situ en otras regiones anatómicas, para la descripción del carcinoma in situ oral, incluyendo la eritroplasia de Queyrat (Williamson y col) y enfermedad de Bowen (Gorling; Horstein y Pape). El nombre de eritroplasia se aplicó originalmente un proceso clínico del glande peniano, siendo su creador Queyrat en 1911. Más adelante, este concepto se amplió a las lesiones genitales femeninas y cavidad oral. Por su parte, la enfermedad de Bowen es una entidad clínica bien definida de la piel aunque su designación ha sido utilizada también para las lesiones orales.

Es dudoso que esta variedad de epónimos sirva para algo útil. Siendo señalada por Willis: "no obstante, para el anatomopatólogo, no hay más que una sola entidad, el carcinoma intraepitelial, cuyas variaciones estructurales no exigen nombres distintos.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS. Entre los criterios esenciales requeridos por los anatomopatólogos para diagnosticar un carcinoma in situ está la desorganización completa de las células en todas las capas de la epidermis (fig 19-20). Pueden observarse variaciones extremas en cuanto al tamaño y la forma de las células, que a menudo son hiper cromáticas con grandes núcleos. La actividad mitótica es notable, y cabe encontrar imágenes de divisiones anormales. Por su parte, la membrana basal está indemne y bien delimitada.

El proceso puede extenderse descendiendo hacia los conductos de las glándulas mucosas que desembocan en la superficie afectada, las cuales muestran un aumento de tamaño y sustitución por el mismo tipo de células observadas en la superficie afectada, las cuales muestran un aumento de tamaño y sustitución por el mismo tipo de células observadas en la superficie. La misma reacción puede apreciarse en el carcinoma in situ de la laringe y cervix, sin que ello sea sinónimo de invasión (Ackermann y McGrahan).

Koss y col sostenían que una definición del carcinoma in situ que exigiera la desorganización completa de todas las capas, era un concepto demasiado restringido, ya que excluía una serie de lesiones con un aspecto histológico distinto, pero que poseen el mismo incierto distinto que el "clásico" carcinoma in situ. Estos autores sugirieron que el diagnóstico de carcinoma in situ debería basarse en la presencia de anomalías celulares y nucleares significativas distribuidas verticalmente a lo largo del grueso epitelial, haciendo la observación de que la presencia de un aplanamiento superficial de las células o la maduración de superficie son queratina o sin ella no constituye un impedimento para el diagnóstico.

El tejido conjuntivo subyacente revela, con frecuencia, una reacción inflamatoria crónica aunque también cabe que adopte un aspecto esencialmente normal.

La transición del epitelio normal al carcinoma in situ puede hacerse de forma muy brusca, o bien el epitelio alterado se "difumina" progresivamente en el seno del epitelio normal, aunque exista una zona clara de demarcación.

PRONOSTICO. Es lógico suponer que la mayoría de los carcinomas orales in situ no sometidos a tratamiento, se convertirán a larga en carcinomas invasores, si bien cabe observar una gran variabilidad en cuanto al ritmo de evolución. La mayor parte de nuestra información con respecto al carcinoma mucoso in situ procede del extenso estudio de esta enfermedad cuando afecta al cérvix uterino. No es seguro que los datos así registrados puedan trasladarse lícitamente a la boca. Ackermann y Johnson creen que hay muchos puntos de semejanza entre ambas lesiones. Stout, sin embargo, indicaba que el carcinoma in situ se hace invasivo con mayor rapidéz que las lesiones comparables del cuello uterino.

Con el cuidado tratamiento, el pronóstico del carcinoma oral in situ debe ser bueno. Dado que no hay linfáticos en el seno del epitelio, el carcinoma in situ no puede metastatizar. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que una sola biopsia limitada puede mostrar sólo un carcinoma in situ, mientras que la conservación de cortes adicionales del bloque de parafina o el examen de material procedente de otras partes de la lesión puede revelar un carcinoma invasor inequívoco. Esto demuestra la conveniencia

de una conducta agresiva en cualquier lesión diagnosticada como un carcinoma in situ.

Slaughter y col subrayaron la importancia del carcinoma in situ en su concepto de la cancerización de campo. Estos autores demostraron que la mayoría de los carcinomas orales crecen en sentido lineal que en profundidad, lo que sugiere una propagación por cancerización lateral de la mucosa circundante. El estudio cuidadoso de la mucosa "normal" en los bordes de los carcinomas orales resecaos señalaba una elevada incidencia de alteraciones que iban desde la hiperplasia hasta la displasia y en carcinoma in situ. Asimismo, demostraron la existencia de focos independientes de carcinoma in situ o carcinoma infiltrante precoz al practicar cortes seriados de todos los tumores resecaos de tamaño inferior a un cm. La coexistencia de tales focos origina el cuadro clínico del tumor ulcerado que se observan en los casos avanzados. Es probable que esto sea la razón de muchas de las "recidivas" del carcinoma oral que más adelante desarrolla un segundo o tercer cáncer oral.

Aunque el pronóstico del carcinoma in situ localizado sea relativamente bueno, el paciente debe ser considerado como de riesgo elevado y vigilado de cerca.

CARCINOMA DEL LABIO.

El carcinoma labial es una lesión bastante frecuente y supone del 25 al 30% de todos los carcinomas de la región oral (Ackerman y Regato). Alrededor del 95% de estas lesiones afectan al labio inferior.

CARACTERISTICAS CLINICAS. El carcinoma del labio muestra una notable preferencia por el sexo masculino; en los Estados Unidos, la relación varón/mujer es aproximadamente de 14:1. Sin embargo, esta considerable diferencia entre ambos sexos, no se observa en todas las partes del mundo. En 1936, Ahlborn comprobó que alrededor de la mitad de los carcinomas labiales registrados en Suecia correspondían a mujeres; esto se ha relacionado con la elevada incidencia del síndrome de Plummer-Vinson en éste país durante época mencionada.

El carcinoma labial puede incidir en personas de edades muy

dispare, si bien la mayor parte de las series amplias señalan que la mayoría de los enfermos están comprendidos entre los 50 y 60 años (Kross y col; Judd y Bears). El extenso estudio de Bernier y Clark basado fundamentalmente en el personal militar durante la II guerra mundial, demostró que la enfermedad no es infrecuente por debajo de los 40 años, siendo la edad promedio de sus enfermos de 37 años.

Es curiosa la relación del carcinoma labial con la complejión y empleo del paciente. La enfermedad suele observarse con mayor frecuencia en personas con una complejión robusta y aspecto rubicundo, sobre todo si trabajan en ocupaciones al exterior en las que se requieran una exposición considerable a la luz solar (Bernier y Clark). Inversamente, el carcinoma labial es una enfermedad rara entre los individuos de raza negra, solo se observaron 827 carcinomas labiales en miembros de esta raza (Bernier y Clark). Por su parte, Leffall y White comentaron también la escasa incidencia de este tumor entre las personas de raza negra.

El carcinoma labial suele asentar la mayoría de las veces en el borde del labio inferior por fuera de la línea del contacto con el labio superior (fig 19-21). Su lugar de origen está siempre en un punto situado a media distancia entre la línea media y la comisura. La incidencia en el lado derecho o izquierdo es parecida, y la localización en la línea media no representó más que un 15%, aproximadamente, de 574 casos analizados por Bernier y Clark.

A pesar de la expuesta situación del tumor, es frecuente un retraso sorprendente por parte del paciente en solicitar asistencia médica. Sharp comprobó que más del 50% de 130 pacientes tenían lesiones de más de 1,5 cm de diámetro en el momento de la exploración inicial. Muchos de tales enfermos habían soportado la lesión durante períodos de hasta dos años antes de acudir al médico.

El carcinoma labial inicial suele presentarse como una zona blanca engrosada y localizada que puede estar cubierta, en parte, por una costra. No es infrecuente que el paciente considere que la lesión es una "reacción" o una "ampolla" que en lugar de curarse, persiste. Muchos de los pacientes con carci

noma labial, exhiben además, una leucoplasia generalizada de todo el borde labial. La mucosa está a menudo seca, atrófica y con numerosas grietas y fisuras. Mientras evoluciona el tumor sigue uno de los tres patrones siguientes: exofítico, ulcerado o verrugoso.

El tipo exofítico es algo más frecuente que los demás (Jha *rp*). La lesión típica consiste en una excrecencia verrugosa de lento crecimiento con una superficie granulosa color blanquecino. A medida que su tamaño va en aumento, se produce una ulceración central y las hemorragias mínimas con salida de suero originan la formación de costra sobre la superficie del tumor. Esta forma de carcinoma labial tiene una evolución clínica lenta, algunas lesiones duran bastantes meses o años antes de que el enfermo acuda al médico. Los carcinomas de este tipo propende más a mostrar una malignidad histológica de grado inferior al tipo ulcerado, con una menor tendencia a la invasión en profundidad y a la producción de metástasis.

El carcinoma labial de tipo ulcerado comienza como una pequeña úlcera y la infiltración hacia estructuras profundas es más rápida que en el tipo exofítico. La lesión ulcerada puede efectuar invasiones extensas con una afectación superficial relativamente pequeña. Los márgenes de la úlcera están arrollados y son de consistencia firme, siendo frecuente que existan costras en los bordes. Los carcinomas que muestran este tipo de crecimiento suelen tener un grado más elevado de malignidad que los de tipo exofítico.

El carcinoma verrugoso típico sólo raras veces se originan en los labios, adoptando el aspecto de una neoformación papilar, en coliflor. La ulceración suele producirse únicamente en las profundas grietas existentes entre las prolongaciones papilares, las lesiones verrugosas pueden extenderse sobre una amplia superficie pero muestran sólo una mínima tendencia a la invasión.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS. La inmensa mayoría de los carcinomas labiales de la clasificación de Broders. Las formas más anaplásicas tienen también cabida en los labios aunque se representan más que una proporción relativamente pequeña de todos los tumores labiales. Las largas series papilares por Jull y Burns, Ward y Hendrick; Bernier y Clark ponen de manifiesto que los

carcinomas de elevado grado de malignidad (grado III y IV) de Broders no ponen más que un 15%, aproximadamente, del total.

El carcinoma labial tiende a mostrar una elevación clínica indolora con, una tenencia más acentuada a la extensión lateral que a la invasión en profundidad. Cuando las lesiones son de evolución prolongada, sin embargo, puede haber una considerable invasión de la musculatura del labio, piel de la cara y maxilar inferior.

Las metástasis del carcinoma labial no se producen tan precozmente ni con tanta frecuencia como en los carcinomas epidermoides de otras localizaciones. La frecuencia señalada en las diversas publicaciones sobre la existencia de metástasis en el momento del diagnóstico y tratamientos iniciales, varía algo según los distintos centros. Los ganglios submaxilares son la principal localización de las metástasis. Los tumores estudiados cerca de la línea media puede propagarse a los ganglios submentonianos, aunque se trata de una extensión relativamente infrecuente.

Krantz y col indicaban que 34 (18%) de sus 189 pacientes con carcinoma de labio inferior, presentaban afectación metastásica en el momento de su ingreso para recibir tratamiento. Otras publicaciones de series largas han podido constatar que entre el 10% y 15% de todos los pacientes con carcinoma labial tenían metástasis a su ingreso o desarrollaron posteriormente una afectación ganglionar (Judd y Bears; Ward y Hendrick). En la amplia serie publicada por Cross y col se comprobaron metástasis en un tercio, aproximadamente, 23 enfermos con carcinoma indiferenciado, aunque únicamente en el 7% de los pacientes que presentaban neoplasias de grado I.

Los carcinomas que afectan las comisuras tienen más probabilidad de dar metástasis a distancia a partir de carcinomas labiales, pero se trata de una evolución bastante infrecuente.

Es tentante correrse a comprobar la existencia de elastosis senil en la dermis adyacente de la piel, lámina propia de la mucosa, simultáneamente en la piel y mucosa adyacente a la tumoración. Esta circunstancia ha sido subrayada como una prueba más en favor del papel de la radiación actínica en la etiología del carcinoma labial (Bernier y Clark).

En contada ocasiones ha podido comprobarse la existencia de una variante peculiar de carcinoma labial, formada de células de aspecto fusiforme, habiéndose designado con el nombre de carcinoma de células escamosas fusiformes. Greene y Bernier comprobaron que esta lesión es decididamente distinta del carcinoma epitelioide anaplásico o indiferenciado habitual. Las células tumorales tienen una forma fusiforme constante y el tumor tiende a crecer más bien de forma expansiva que invasora con prolongaciones digitales, como es el caso de carcinoma epitelioide anaplásico común.

El aspecto fusiforme de las células de este tipo de tumores es sugestivo de ser considerado como un sarcoma, pudiendo resultar difícil establecer con certeza la naturaleza epitelial del tumor. Greene y Bernier estudiaron cuatro de estos casos, comprobando que las diferencias tincionales carecían de utilidad para establecer el origen epitelial de la tumoración. Estos autores opinaban con la continuidad directa del componente fusiforme con la epidermis subyacente tal como se observa en los cortes seriados, y la aparente transición de las células epiteliales a células fusiformes constituyen la prueba más evidente del origen epitelial.

Las publicaciones de Martin y Stewart así como de Golman y Grady demostraron una notable asociación de carcinomas de células fusiformes en los lugares previamente irradiados o sometidos a traumas térmicos y físicos.

Los carcinomas de células fusiformes del labio suelen tener un diagnóstico inferior a 1 cm macroscópicamente aparecen unas lesiones aplanadas con ulceraciones superficiales.

Es notable que una determinada proporción de lesiones labiales diagnosticadas previamente como carcinomas epitelioides bien diferenciados sean en realidad queratocantomas (Karnuchow). La distinción entre ambas entidades puede revestir las máximas dificultades y, con frecuencia, el problema se reduce a la interpretación personal de cada anatomopatólogo. Con todo, dado la benignidad del pronóstico del carcinoma epitelioide labial de grado bajo y su escaso poder metastatizante, este problema reviste, quizás, un interés más académico, que práctico.

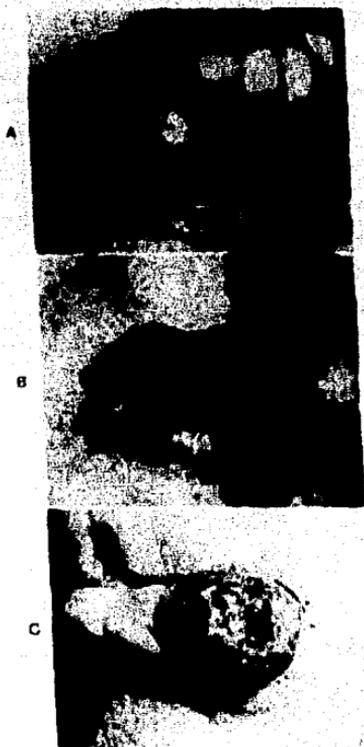
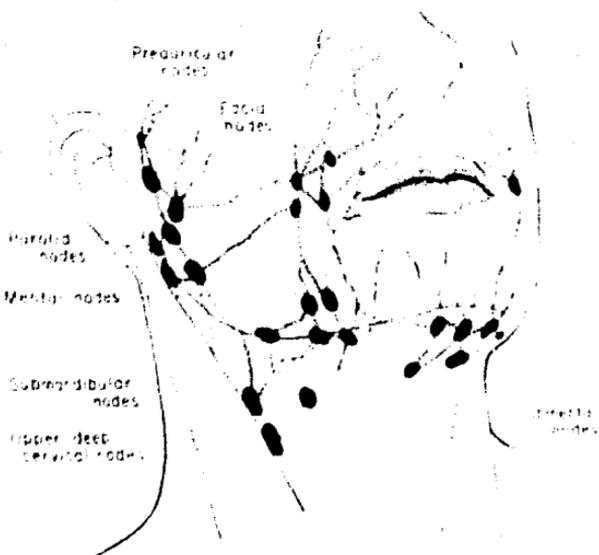


Fig. 19-21. Carcinoma labial de células escamosas. A) Carcinoma endolítico recubierto por una leucoplasia. B) Formación hiperqueratósica avanzada sobre el labio inferior en un paciente sensible a los rayos actínicos. C) Carcinoma del labio inferior en fase avanzada. (B, Cortesía del Dr. G. S. Sharp, Los Angeles, Calif.)



Fig. 13-21



PRONOSTICO. El pronóstico del carcinoma labial es bastante favorable y los resultados obtenidos son, a menudo, satisfactorios, aun en casos avanzados. Ello se debe a gran parte a la frecuencia relativamente baja de diseminación metastásicas. Son muchos los autores que han señalado índices de curación de 5 años en el 80 a 90% de sus enfermos (Wooley y col; Ashley y col).

La presencia de ganglios metastatizados en el momento en que el paciente ingresa, o la participación ganglionar una vez iniciado el tratamiento empeoran notablemente el pronóstico. En la serie de Krantz y col, se obtuvo un índice de curación del 50% en veinticinco enfermos con ganglios metastásicos. De estos veinticinco enfermos, 17 tenían participación ganglionar a su ingreso y 8 presentaron metástasis posteriormente. Krantz y col consiguieron un índice de curación de 5 años en más del 90% de los 164 pacientes restantes que no presentaban metástasis a su ingreso o que no las presentaron posteriormente. El tratamiento del carcinoma labial, ya sea radioterápico ó quirúrgico, es capaz de obtener resultados notablemente uniformes.

La invasión de los linfáticos perineurales con extensión al maxilar inferior a través del agujero mentoniano, es un hecho comprobado en algunos carcinomas labiales. Se trata de un signo ominoso y suele acompañarse de una supervivencia muy escasa (Ballantine y col).

El pronóstico de la variante fusiforme del carcinoma epidermoide es variable, si bien sólo se han controlado adecuadamente unos pocos casos. Tres de los cuatro enfermos citados por Martin y Stewart y el publicado por Golman y Greydy fallecieron por metástasis de extensión local.

CARCINOMA DEL LABIO SUPERIOR.

El carcinoma del labio superior es poco frecuente si se compara con el labio inferior. Esta relativa infrecuencia del labio superior se considera como una buena prueba en favor del papel etiológico desempeñado por las radiaciones actínicas en el cáncer del labio. El labio superior se encuentra relativamente protegido de la luz solar, pero es, probable que, tanto en el labio superior como en el inferior, intervengan otros factores, etiológicos.



Fig. 70

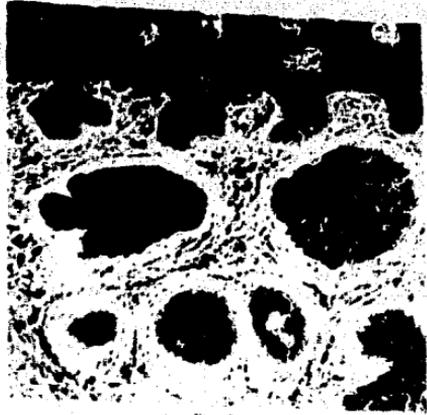


Fig. 71

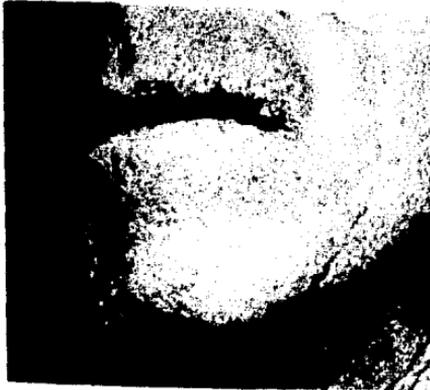


Fig. 72

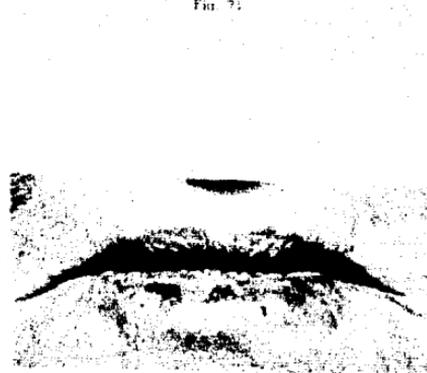


Fig. 73



Fig. 74



Fig. 75

El carcinoma del labio superior parece ser más virulento que la correspondiente lesión en el labio inferior. Martin y col estudiaron a 21 pacientes, encontrándose metástasis en el 48% de ellos. Su índice de 5 años de supervivencia para enfermos con carcinoma de labio superior fué sólo del 41% claramente inferior al 70% correspondiente a las lesiones de labio inferior. Estos autores comprobaron, asimismo, que los carcinomas de labios superior suelen aparecer como "lesiones espontáneas" y, en contraste con los del labio inferior, no iban precedidos de leucoplasia, queratitis actínica, atrofia o de más estados cancerosos.

CARCINOMA DE LA LENGUA.

El carcinoma de la lengua es un tumor intraoral maligno, común e importante. Los informes procedentes de la mayor parte de centros de cierta magnitud señalan la incidencia de este tipo de tumor es sólo ligeramente inferior a la del carcinoma labial que supera o iguala la frecuencia total de todas las demás localizaciones intraorales juntas (Tiecke y Bernier). En contraste con el carcinoma labial, el cáncer lingual es una enfermedad altamente mortal y pronto tipo para los casos avanzados es muy pobre. Los miembros de la especialidad odontológica precoz, en consecuencia, acaso curable. En esta fase, la lesión suele ser totalmente sintomática, pero una exploración habitual y cuidadosa de la lengua pondrá de manifiesto la presencia del cáncer en fase inicial.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. El carcinoma de la lengua es una enfermedad que predomina en el sexo masculino. En los Estados Unidos, varón/hembra en el carcinoma lingual es de 4:1. En la serie de 1,554 casos de Frazell y Lucas, el 78% de los casos correspondían a hombres. Asimismo, en una publicación anterior de la misma institución (Martin y col), el 85% de los enfermos eran varones. Frazell y Lucas especulaban acerca del incremento del 10% observado en el sexo femenino en un período de 25 años, diciendo que la causa podía residir en el mayor uso de tabaco y del alcohol por parte de las mujeres durante el citado período de tiempo. Flamant y col constataron que el 87% de una serie de 904 cánceres de lengua correspondían a hombres.

El carcinoma de la lengua es una entidad de índice sobre todo en los últimos años de la edad adulta y personas de edad avanzada. Frazell y Lucas comprobaron que las cuatro quintas partes de sus enfer-

mos estaban entre los 60 y 90 años de edad. Sin embargo, es posible observar la enfermedad, aunque de forma ocasional, en personas más jóvenes. Frazell y Lucas trataron un carcinoma epidermoide infiltrativo de la lengua en una chica de 19 años, y nosotros hemos tenido ocasión de ver un caso en una mujer de 28 años de edad. Por otra parte, Frank y col, Merrifield y col y Lancaster y Fournet han descrito ejemplos de cáncer de lengua en niños.

Nenables y Craft indicaban que las metástasis ganglionares regionales se observan con una frecuencia superior en los enfermos más jóvenes.

Los síntomas, las características clínicas y la evolución del carcinoma lingual varían considerablemente según la localización del tumor. Por ello, es conveniente dividir a la lengua en subdivisiones anatómicas, siendo quizás lo más fácil considerar la base o tercio posterior y la porción movable o los tercios anteriores. Frazell y Lucas apuntaron las siguientes subdivisiones anatómicas de la lengua, según la localización de los carcinomas:-- tercio posterior lesiones originadas por detrás de la circunvolución papilar y glosopalatino; dos tercios anteriores divididos en tercio anterior y tercio medio e incluyendo el borde externo y la superficie ventral; la porción anterior de la circunvolución papilar pero excluyendo el borde externo.

El carcinoma lingual suele localizarse la mayoría de las veces en el borde lateral del tercio medio. En la gran serie de Frazell y Lucas el 45% de los casos presentaban esta localización, el 20% estaban en el tercio anterior, y sólo el 4% incidían en el dorso. Esta misma distribución general ha sido constatada por otras series más recientes; la publicación por Gibbel y col variaba algo con respecto con otras series publicadas, en que el 47,8% de 303 casos afectaban la base de la lengua. Por otra parte, los 217 casos descritos por Lahs y col, demostraron así mismo una distribución aproximadamente igual entre las lesiones de la base y las que afectan a los dos tercios anteriores de la lengua.

Una masa, a menudo indolora y con frecuencia descubierta por el propio paciente, es el síntoma más común del carcinoma de los dos tercios anteriores de la lengua. Los síntomas iniciales de 1705 pacientes con carcinoma de la lengua están expuestos en la tabla 19-2.

Tabla 19-2. Síntomas iniciales en el carcinoma lingual (1,205 pacientes visitados inicialmente en el Memorial Hospital, New York,-- N, Y).

Localización.	Enfermos	Lesión		Disfagia	Bulto en el cuello
		palpables o visibles	Dolor local		
Los tercios anteriores	902	696	266	32	58
y posterior	303	46	138	83	94

De Frazell, Edgar L., y Lucas, John C.: Jr.: Cancer of the - Tongue, Cancer, 15:1085- 1099, 1962.

El dolor, muchas veces simulando una faringitis, es el síntoma más importante del carcinoma del tercio posterior de la lengua. También la afectación del nervio glosolaríngeo puede provocar un dolor referido a los oídos. La disfagia o la presencia de un bulto en el cuello pueden ser manifestaciones iniciales en un determinado número de pacientes.

Desgraciadamente, los pacientes suelen tardar demasiado en acudir al médico una vez que se han dado cuenta de los primeros síntomas. Flammant y col señalan un retraso medio de 4,6 meses entre la aparición de los síntomas y el momento en que el paciente busca asistencia médica.

El carcinoma lingual inicial que afecta a los dos tercios anteriores suele aparecer como una zona de engrosamiento o rugosidad localizada (leucoplasia) (fig 19-22 A y B) o como una zona incolora de ulceración o de escamación superficial (fig 19-22 C). A medida que la lesión avanza, la zona ulcerada aumenta de tamaño y queda con unos bordes encorvados y grisáceos. Las alteraciones mínimas existentes en el carcinoma lingual inicial así como la falta de síntomas relevantes subraya la importancia de una cuidadosa exploración y palpación clínica de la lengua.

La ulterior evolución clínica de la neoplasia se realiza básicamente según uno de éstos dos patrones principales: infiltrativo o exofítico. Las lesiones profundamente infiltrantes pueden progresar hasta una invasión extensa de la musculatura a pesar de que la superficie la diseminación y ulceración sea relativamente escasa,-

excepto en fases avanzadas del proceso. Otros carcinomas linguales muestran un crecimiento exofítico considerable, adoptando un aspecto de una masa fungosa y ulcerada (fig 19-22[D]). El tumor exofítico muestra una menor propensión a la invasión profunda, aunque existen todas las gradaciones entre los tumores primitivamente infiltrantes y primitivamente exofíticos.

Las lesiones del tercio posterior de la lengua son difíciles de visualizar y tienen tendencia a infiltrar profundamente. El signo físico más frecuente consiste en una zona de induración que se identifica a la palpación profunda. A menudo existe ulceración superficial aunque resulte difícil de visualizar a menos que se traccione la lengua hacia adelante y se observe la lesión utilizando un espejo. En las lesiones avanzadas, la lengua se fija a los tejidos circundantes.

El carcinoma lingual tiene una elevada incidencia de metástasis a los ganglios linfáticos regionales. Frazell y Lucas comprobaron que el 40% de sus 1,554 enfermos presentaban afectación ganglionar en el momento de su ingreso, que en el 20% era bilateral. En el 3% la afectación era contra lateral. No siempre el tamaño del tumor primitivo guarda relación con la existencia o no de metástasis. -- Kremen y Arhlgger observaron participación metastásica de los ganglios cervicales en 7 entre 16 enfermos con tumores primitivos de un tamaño inferior a los 2 cm de diámetro. La ausencia de adenopatías palpables no es un signo inequívoco de la ausencia de metástasis. Erick y Kragh hallaron signos microscópicos demostrativos de participación ganglionar en el 15,3% de 242 pacientes, sometidos a una disección profiláctica en bloque de los linfáticos cervicales. Kremer y Arhlgger informaron que 5 de 11 pacientes con ganglios íntegros presentaban signos microscópicos de metástasis cuando se procedió al examen de la muestra diseccionada en bloque.

Por el contrario, la presencia de adenopatías palpables en un enfermo con carcinoma lingual no presupone en todos los casos una participación metastásica ganglionar. En la serie de Erick y Kragh, se llevaron a cabo 87 disecciones terapéuticas motivadas por afectación ganglionar e íntegros. Al realizar el estudio microscópico, se comprobó que trece de los enfermos tenían los ganglios sin metástasis, es decir, un índice de error del 15%.

La cuestión de la conveniencia es la disección "profiláctica" sistemática del cuello en el paciente con ganglios no palpables ha sido tema de amplia deliberación. Frazell y Lucas opinaban que sus datos no constituían una respuesta al problema, indicando que la disección sistemática podría haber beneficiado a 81 pacientes en los que no se llevó a cabo para que no hubiera resultado de utilidad en 182 pacientes, que no desarrollaron metástasis ganglionares ni en 68 que presentaron procesos locales imposibles de dominar en la lengua.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS. El carcinoma epidermoide supone alrededor del 97% de todos los procesos linguales malignos, formando el resto a base de ^{adenov}carcinomas y sarcomas (fig 19-23). Los carcinomas epidermoides suelen ser de grado moderado de diferenciación, incluyéndose sobre todo los grados II y III de Broders. Las lesiones que afectan a la base de la lengua son las que acostumbra a mostrar una mayor proporción de carcinomas de formas in diferenciadas (Gibell y col).

PRONÓSTICO. El carcinoma lingual tiene un pronóstico grave. Las supervivencias publicadas señalan unos índices de 5 años al 70%. En esta amplia variación incluye sin lugar a dudas el tipo de enfermos, factores de selección y modalidades terapéuticas. Frazell y Lucas publicaron un índice de curaciones de 5 años de 35,4% en 1,321 casos. En el United States Public Health Service Report sobre los resultados finales en el tratamiento del cáncer se señala que el índice de supervivencias de 5 años en 837 pacientes con cáncer lingual en todas sus fases, fué el 30% en los varones y del 44% en las mujeres, sometidos a tratamiento entre 1950 y 1954.

Flamant y col señalaron que el pronóstico del carcinoma lingual resulta considerablemente incluido por: 1) La localización - anteroposterior del tumor, 2) El grado de diseminación, y 3) La incidencia de metástasis demostradas histológicamente. Estos tumores indican un índice de supervivencias de 5 años que oscilan entre el 57% en enfermos con lesiones inferiores a 2 cm y situadas en la punta de la lengua, y un 3% en los casos con lesiones fijas que afectan a la base de la lengua. Frazell y Lucas señalaron una supervivencia del 45,8% en enfermos con tumores con tercio anterior de la lengua y, del 20,7% en las lesiones del tercio posterior. Por su-



Fig. 19-22. Carcinoma lingual de células escamosas. A) Lesión inicial que simula una verruga. B) Leucoplasia extensa con carcinoma multicéntrico de la lengua en un hombre de 55 años, con serología luética positiva. C) Carcinoma ulcerado del borde externo de la lengua. D) Carcinoma exofítico del borde lingual externo. (A, Cortesía del Dr. G. S. Sharp Los Angeles, California.)



Fig. 1925. Carcinoma de células escamosas. A) Carcinoma altamente diferenciado. B) Carcinoma bastante bien diferenciado. C) Pleomorfismo acentuado. D) Carcinoma escasamente diferenciado.







parte, Kremer y Arhelger señalan una supervivencia de tres años del 70% en una serie de 33 pacientes tratados mediante resección del suelo de la boca y cuello. Su índices de supervivencia de 5-años, eran, en esencia, similares, por lo que consideran que la valoración de los resultados en el carcinoma lingual, al cabo de años, en un método fidedigno.

La presencia o ausencia de ganglios metastatizados en el momento del tratamiento tiene una gran importancia en el pronóstico. Frazell y Lucas publicaron un índice de curaciones a los 5 años del 67% en pacientes sin metástasis ganglionares mediante el curso del tratamiento, mientras que las cifras descendían a 16,8% cuando el momento del ingreso existían ya metástasis ganglionares. En aquellos enfermos sin afectación ganglionar a su ingreso pero que en el curso del tratamiento desarrollaron metástasis, el índice era del 31,1%.

El grado histológico de malignidad del tumor tiene una menor importancia pronóstica que la localización del tumor en la lengua o la existencia o no de la metástasis en el momento de efectuarse el diagnóstico.

Lash y col demostraron que el grado de tumores guardaba relación con su tamaño, presencia de metástasis y pronóstico. existían metástasis cervicales iniciales en el 28% de los pacientes con carcinoma de grado II, en el 67% del los grados III, y en el 84% de las neoplasias de grado IV de su estudio.

Trieger y col comprobaron que los índices de supervivencia en los enfermos con carcinoma lingual y cirrosis hepática eran notablemente inferiores a los que no presentaban signos de cirrosis. Los antecedentes sífilíticos aparecen tener, asimismo, una influencia desfavorable en el pronóstico. Las principales causas inmediatas de muerte en los pacientes con carcinoma lingual son: neumonía, obstrucción, erupción de los grandes vasos y coquecía.

CARCINOMA DEL SUELO DE LA BOCA.

El suelo de la boca es una de las principales localizaciones de los carcinomas orales. El carcinoma primitivo del suelo bucal no está tan común como el carcinoma lingual pero, según algunos informes, es más frecuente que el carcinoma primitivo de cualquier otra localización oral (Sandler). Correa y col señalaron que es la

seguna localización preferente del cáncer oral.

CARACTERISTICAS CLINICAS. El carcinoma del suelo de la boca es una enfermedad que predomina en los hombres, en una proporción hombre/mujer cuatro a cinco veces superior en los primeros. Suele observarse con mayor frecuencia entre los 50 y los 60 años de edad. - Erich y Kragh, en su serie de 102 casos, dan una edad media de 57 años con unos límites comprendidos entre los 38 y los 80 años. Las porciones anteriores del suelo bucal resultan afectadas con frecuencia algo superior a la de las regiones posteriores. Al parecer es el cáncer intraoral más común entre los individuos de raza negra. (Lefall y White).

La lesión carcinomatosa del suelo de la boca consiste, a menudo, en una lesión de aspecto inofensivo, como puede ser una mancha localizada de mucosa enrojecida (eritroplasia) o una zona de leucoplasia (fig 19-24). A medida que la enfermedad avanza, aparece la clásica ulceración de bordes levantados. Es frecuente que la mucosa vecina ofrezca alteraciones leucoplásicas y, a medida que el tamaño de la lesión va en aumento, la induración es cada vez más pronunciada. Algunos carcinomas del suelo de la boca exhiben unas alteraciones superficiales relativamente escasas, caracterizándose más que nada por extensa invasión e induración. El carcinoma del suelo de la boca acostumbra a tener un crecimiento del tipo ulcerado o infiltrativo. En esta localización se observan a veces carcinomas papilares, aunque son relativamente raros.

Los síntomas son, con frecuencia, mínimos y el dolor es una característica más bien tardía. El primer síntoma suele ser la aparición de una zona dura que el propio paciente advierte con la punta de la lengua. Por otra parte, puede ocurrir que algunas lesiones, en fase relativamente precoz, y afectando el frenillo lingual provoquen dolor al principio del proceso.

Las grandes úlceras carcinomatosas están casi invariablemente inafectadas y los ganglios regionales pueden sufrir una hiperplasia inflamatoria, lo cual puede dificultar considerablemente la valoración clínica de la existencia o no de la metástasis.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS. El carcinoma epidermoide del suelo de la boca suele ser una neoplasia moderadamente diferenciada

da. Las metástasis son frecuentes aunque, en general, no se producen en una fase tan temprana como en el carcinoma de la lengua. Erich y Kragh señalan la existencia de metástasis en el 28% de los casos. Por otra parte, dado que el tumor primitivo suele originarse cerca de la línea media, pueden producirse metástasis bilaterales y contralaterales, siendo la diseminación bilateral más frecuente en el carcinoma del suelo bucal que el de la lengua. Los ganglios linfáticos submaxilares son el lugar preferido por la metástasis. También pueden afectarse la cadena cervical profunda aunque ello sucede más bien después de la afectación ganglionar subaxilar.

PRONÓSTICO. El carcinoma epidermoide del suelo de la boca tiene un pronóstico algo mejor que el carcinoma lingual. Se han descrito supervivencias de 5 años del 18% al 50% (Corren y col). Ash - há la cifra del 40% de supervivencia de 5 años utilizando radioterapia. En los últimos años, se ha reducido con mayor amplitud a la cirugía. A menudo con método a la extirpación compuesta o en bloque de la lesión inicial y los linfáticos cervicales. Con este método, se han descrito índices de supervivencia del 40 al 50% (Alford y Klopp; Erich y Kragh). Al igual que sucede en otras formas de carcinomas orales, la supervivencia está notablemente influida por el tamaño de la lesión inicial o la presencia o ausencia de ganglios metastásicos en el momento de efectuar el diagnóstico e instaurar el tratamiento.

Erich y Kragh señalaron una frecuencia relativamente baja (9%) de afectación ganglionar en 68 pacientes sometidos a la disección profundiática del cuello cuando no era posible la palpación clínica de los ganglios. Esta cifra es inferior a la de los pacientes con ganglios afectados pero no palpables en el carcinoma lingual. Erich y Kragh comprobaron asimismo, un elevado índice de error (35%) al estimar clínicamente la afectación metastásica. En 48 pacientes en los que se llevaron a cabo disección en bloque por la sospecha de metástasis, los ganglios demostraron ser histiológicamente negativos en 17 de ellos.

CARCINOMA DE LAS ENCÍAS Y DE LA MUCOSA ALVEOLAR.

El carcinoma originados en las encías y en la mucosa alveolar es de una extrema importancia. Esta afirmación es cier

ta sobre todo porque se trata de una enfermedad de una cierta -- frecuencia porque sus características clínicas pueden confundirse con otros procesos inflamatorios benignos que acientan a menudo en dichas localizaciones.

La frecuencia real de este tumor en relación con otras localizaciones primitivas de los cánceres orales es difícil de determinar. Los carcinomas de las encías son menos frecuentes que las del labio o la lengua. En algunos centros, la frecuencia del cáncer gingival supera a la del carcinoma del suelo de la boca o de la mucosa bucal, mientras, que en otros la frecuencia -- del carcinoma gingival es inferior en relación con otras localizaciones.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Según la mayor parte de las publicaciones, el carcinoma de la mucosa alveolar, suele observarse en pacientes de más de 60 años de edad y con una frecuencia de cuatro a cinco veces superior en hombres que en mujeres. Hay, sin embargo, algunas diferencias acentuadas respecto al sexo en diversas regiones de los Estados Unidos. Martin comprobó que el 82% de -- los casos de Nueva York, N.Y. Incidían en varones; una revisión de este material realizada en 1969 por Cady y Catlin señalaba -- que el 75% de los casos correspondían a varones. Como contraste, el 45% de los carcinomas del surco alveolar observados en Atlanta, Ga., Incidieron en mujeres (Brawn y col). Rosenfell y Callaway comprobaron una relación por sexos aproximadamente igual en una serie de pacientes tratados en Nashville, Tenn. La elevada -- proporción de mujeres con carcinoma gingival y bucal en el sudeste de los Estados Unidos ha sido estrechamente relacionado con -- el amplio uso del rapé por parte de las mujeres en esta parte del país (Brawn y col).

El carcinoma parece incidir en la mucosa alveolar -- del maxilar inferior con una frecuencia dos o tres veces más elevada que en el maxilar superior (Cady y Catlin). La frecuencia -- relativa de las lesiones maxilares superiores e inferiores es difícil de determinar con una completa precisión ya que el carcinoma alveolar del maxilar superior se combina a menudo con el carcinoma antral, a efectos de publicación. Aunque el carcinoma puede originarse, en cualquier región alveolar, la más frecuente es

el molar inferior.

El carcinoma del surco alveolar parece asentar más a menudo en zonas desprovistas de dientes, al bien esta circunstancia no puede determinarse con precisión ya que la mayoría de las publicaciones sobre grandes series no distinguen con claridad entre los tumores gingivales y los originados en la mucosa alveolar. La lesión inicial acostumbra a aparecer como una forma pequeña, nodular y de superficie granular. Con menor frecuencia, adoptar el aspecto de una úlcera indolora en escasos signos de inflamación alrededor de los bordes.

Los carcinomas alveolares acostumbran ir asociados a una leucoplasia y, con frecuencia parecen originarse en ella. Sharp Y Wood comprobaron que aproximadamente la mitad de sus pacientes tenían asociada una leucoplasia.

Cuando el carcinoma mucoso alveolar está en fase más avanzada, aparece muchas veces como una masa algo exofítica con una ulceración central. Los bordes de la úlcera están ligeramente elevadas y con un aspecto incurvado. Una de las formas características del carcinoma gingival es la que muestra un aspecto francamente verrugoso. Más adelante, en este mismo capítulo, nos ocupamos de este tipo de lesiones.

El carcinoma gingival puede presentarse clínicamente como una masa proliferativa sin ulceración aparente y puede simular una hiperplasia gingival inflamatoria localizada (Schreiber y Wldron). La invasión del hueso alveolar puede provocar la pérdida de los dientes adyacentes, y se producen en más del 50% de los pacientes. (Swaringer y col). Thoma comprobó que es probable que este tipo clínico es de todas las formas de cáncer oral el que peor se diagnostica. Otras veces, puede originarse un carcinoma mucoso alveolopapilar muy cerca de las aletas de las dentaduras postizas. El aspecto clínico de estas lesiones puede parecerse al *épulis* fisurado común.

La invasión del hueso se produce en un porcentaje elevado de los carcinomas del surco alveolar. El examen radiográfico muestra una destrucción lítica e irregular del hueso. La lesión inicial, por su parte, presenta una erosión superficial de la cresta alveolar. Cuando el cáncer está en fase avanzada puede

ir acompañado por una extensa destrucción lítica, que, incluso, evoluciona a veces hasta provocar fracturas patológicas.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS. Los carcinomas gingivales acostumbra ser de los tipos epidermoides bien diferenciados. Su estrecha proximidad con el hueso hace que la invasión ósea sea un hecho frecuente. Panagopoulos demostró la elevada frecuencia de la invasión ósea microscópica apesar de la negatividad del exámen radiográfico. Ballantyne y col se ocuparon de la invasión de ambos maxilares por carcinomas extendidos a lo largo de los fascículos nerviosos o a través de los linfáticos perineurales.

Las metástasis del cáncer gingival, tanto del maxilar superior como del inferior, asientan fundamentalmente en los ganglios submaxilares. En esta serie, se apreciaron metástasis ganglionares. En el 30% de los pacientes de carcinomas gingivales del maxilar inferior, mientras que en una serie comparable de carcinomas gingivales del maxilar superior y antrales, únicamente el 9% de los enfermos tenían afectación ganglionar clínica a su ingreso (Erich y Kragh). Por su parte, Brawn y col. Aprecian solamente una ligera diferencia en la frecuencia de metástasis, fuera en el momento del ingreso o aparecidas ulteriores, al comparar un grupo de pacientes con carcinoma de grado bajo (grados I y II) con otro grupo afectado de carcinomas de grado superior (grado III y IV) del surco alveolar superior o inferior.

La infección es un componente común en el cáncer gingival, pudiendo dar lugar a una hiperplasia inflamatoria de los ganglios linfáticos regionales. Erich y Kragh dan un "índice de error" del 23% en la apreciación clínica de la afectación ganglionar en los carcinomas gingivales. En 30 enfermos sometidos a disección en bloque por carcinoma gingival del maxilar inferior con afectación ganglionar clínica, el estudio microscópico no pudo demostrar la existencia de metástasis en 7 de ellos. Por otra parte, se apreciaron signos microscópicos de cáncer en el 20% de los enfermos en los que se habían practicado una disección profiláctica por no presentar afectación clínica ganglionar.

PRONOSTICO. El pronóstico del carcinoma gingival es algo mejor que el carcinoma de la lengua y aproximadamente el mismo que el del carcinoma del suelo de la boca. Erich y Kragh indicaron la cifra del 52% de supervivencias de 5 años en una serie de 110 enfermos tratados quirúrgicamente. Cady y Catlin comprobaron un fin

dice de supervivencia parecido.

Al parecer, un enfoque quirúrgico más radical, con disección en bloque del tumor primitivo, maxilar inferior, y ganglios, lleva consigo un porcentaje más alto de curaciones que el resacaño con anterioridad (Simmons y col). En una serie de enfermos tratados entre 1953 y 1957, Brawn y col daban la cifra de -- 52% de curaciones a los 5 años en los carcinomas del maxilar inferior y del 45% de los cánceres alveolares del maxilar superior. Martín, por su parte, no apreció diferencias significativas en cuanto a la supervivencia entre los enfermos con lesiones del -- surco alveolar superior o del inferior.

CARCINOMA DE LA MUCOSA BUCAL.

La frecuencia del carcinoma de la mucosa bucal exhibe una considerable variación según las distintas partes del mundo. En algunas regiones, la mucosa bucal es una localización muy corriente de los carcinomas primitivos, mientras en otras tienen una frecuencia considerablemente inferior al carcinoma de la lengua o del suelo de la boca. Al parecer, las cifras anormalmente elevadas están en relación con hábitos y costumbres locales, como aspirar rapé o mascar nuez de betel (Pindborg).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. El carcinoma de la mucosa bucal abarcó el, 8% de 208 carcinomas intraorales primitivos revisados por Sandler y el 9% de 401 casos estudiados por Tiecke y Bernier. --- Por el contrario, la mucosa bucal y los surcos laterales supusieron el 25% de las localizaciones primitivas de 394 carcinomas orales en otras series (Brawn y col). Las cifras habituales sobre preferencia sexual indican que el carcinoma de la mucosa bucal a parece cuatro veces más a menudo en hombres que en las mujeres. --- No obstante, en la India (Singh y Essen) y el sueste de los Estados Unidos, el carcinoma de la mucosa bucal incide con una frecuencia igual, cuando no superior, en las mujeres (Brawn y col). Los pacientes tienen hacer de edad avanzada, siendo raro la enfermedad en personas de menos de 50 años de edad. O'Brien y Castle señalaban que la edad promedio en una serie de 248 pacientes -- fué la comprendida entre los 70 y 80 años.

El carcinoma inicial de mucosa bucal puede presentarse clínicamente como una zona de leucoplasia, una placa irregular de mucosa eritromatosa o un crecimiento papilomatoso con--

una superficie rugosa de color blanco o rosado. La frecuencia relativa de la leucoplasia preexistente o concomitante varía según las publicaciones. O'Brien y Castlin señalaban que en el 18% de sus 248 enfermos constaba la existencia de leucoplasia aunque creían que esta cifra es inferior a la real debido a la inexactitud de los informes hospitalarios. Es frecuente, por otra parte, que el carcinoma bucal incida en el lado izquierdo (Sigs y Von Eesen). Los carcinomas plenamente desarrollados de la mucosa bucal pertenecen a uno de los tipos siguientes de crecimientos: exofítico, ulcerativo-infiltrante o verrugoso. El tipo exofítico se asocia, con frecuencia, a leucoplasia y crece tanto hacia fuera como hacia abajo en el interior de los tejidos subyacentes. Los carcinomas exofíticos de mayor tamaño sufre ulceraciones y, cuando la lesión se halla en la fase avanzada, tiene el aspecto de una masa fungosa con superficie roja granulosa y bordes encorvados e indurados. La forma ulcerativa es algo menos frecuente. Presenta ulceraciones precoces que, en superficie, no siempre resultan extensas. Es característica una notable infiltración de la submucosa así como la invasión profunda de la musculatura. En ocasiones, cabe observar la presencia de trismo en una fase precoz.

El carcinoma verrugoso constituye un tipo anatómico-clínico bastante bien diferenciado y observado a menudo en mucosa bucal. Más adelante nos ocuparemos de él con mayor detalle.

CARACTERISTICAS ANATOPATOLÓGICAS. La mayor parte de los carcinomas epidermoides de la mucosa bucal son tumores con una infiltración de moderada a intensa (Martín y Pflueger). Sobre todo aquellos que pertenecen al tipo exofítico. En cambio, los carcinomas epidermoides anaplásicos son menos frecuentes. En cuanto a las lesiones de elevado grado de malignidad, acostumbra de ser el tipo ulcerativo infiltrante y puede invadir en profundidad -- aunque sus ulceraciones superficiales sean relativamente escasas.

Las metástasis procedentes de la mucosa bucal suele encontrarse a nivel de los ganglios linfáticos submaxilares. Sin embargo, los tumores localizados en el tercio posterior de la mucosa bucal pueden propagarse inicialmente a los ganglios cervicales profundos. O'Brien y Catlin observaron que 160 (64%) de sus

una superficie rugosa de color blanco o rosado. La frecuencia relativa de la leucoplasia preexistente o concomitante varía según las publicaciones. O'Brien y Castlin señalaban que en el 18% de sus 248 enfermos constaba la existencia de leucoplasia aunque creían que esta cifra es inferior a la real debido a la inexactitud de los informes hospitalarios. Es frecuente, por otra parte, que el carcinoma bucal incida en el lado izquierdo (Sigh y Von Eesen). Los carcinomas plenamente desarrollados de la mucosa bucal pertenecen a uno de los tipos siguientes de crecimiento: exofítico, ulcerativo-infiltrante o verrugoso.

El tipo exofítico se asocia, con frecuencia, a leucoplasia y crece tanto hacia fuera como hacia abajo en el interior de los tejidos subyacentes. Los carcinomas exofíticos de mayor tamaño sufre ulceraciones y, cuando la lesión se halla en la fase avanzada, tiene el aspecto de una masa fungosa con superficie roja granulosa y bordes encorvados e indurados.

La forma ulcerativa es algo menos frecuente. Presentan ulceraciones precoces que, en superficie, no siempre resultan extensas. Es característica una notable infiltración de la submucosa así como la invasión profunda de la musculatura. En ocasiones, cabe observar la presencia de trismo en una fase precoz.

El carcinoma verrugoso constituye un tipo anatómico-clínico bastante bien diferenciado y observado a menudo en mucosa bucal. Más adelante nos ocuparemos de él con mayor detalle.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS. La mayor parte de los carcinomas epidermoides de la mucosa bucal son tumores con una indiferenciación de moderada a intensa (Martin y Pfuenger). Sobre todo aquellos que pertenecen al tipo exofítico. En cambio, los carcinomas epidermoides anaplásicos son menos frecuentes. En cuanto a las lesiones de elevado grado de malignidad, acostumbran de ser el tipo ulcerativo infiltrante y puede invadir en profundidad aunque sus ulceraciones superficiales sean relativamente escasas.

Las metástasis procedentes de la mucosa bucal suele encontrarse a nivel de los ganglios linfáticos submaxilares. Sin embargo, los tumores localizados en el tercio posterior de la mucosa bucal pueden propagarse inicialmente a los ganglios cervicales profundos. O'Brien y Catlin observaron que 160 (64%) de sus

248 pacientes tenían la tumoraación primitiva y metástasis a su ingreso. Los ganglios regionales estaban afectados clínicamente en 93 enfermos (37%), el 80 de los cuales la metástasis puede demostrarse histológicamente. No, obstante, Singh y Von Essen señalaron que carcinoma bucal asociado al hábito de mascar nueces de betel era raro en desarrollar metástasis.

PRONOSTICO. Las publicaciones sobre la supervivencia de los pacientes con carcinoma de la mucosa bucal resultan algo difíciles valorar, ya que al parecer en muchos centros no se consideran al carcinoma verrugoso como una entidad independiente. Y como los pacientes con este tipo de lesión tienen una supervivencia del 60% al 75% a los 5 años (Goethals y col). La inclusión de un número considerable de ellos en cualquier serie incluye de modo favorable en el índice de supervivencia.

El pronóstico del carcinoma de la mucosa bucal guarda relación con el tamaño, grado histológico y localización del tumor. Los carcinomas localizados en la región retrocomisural son los que, al parecer, tienen un mejor pronóstico, peor por su tendencia a invadir los alveolos maxilares, los pilares del paladar-blando. Cernea y Billet señalaban un índice global de curaciones a los 5 años del 26% en una serie de 60 enfermos.

Los que tenían las lesiones en región retrocomisural ofrecían un índice de supervivencia del 40%, en tanto que aquellos cuyas lesiones se originaban en el tercio medio de la mucosa bucal, mostraban un índice de curación a los 5 años, del 17%. Solamente el 10% de los pacientes son tumores localizados en el tercio posterior de la mucosa bucal lograron curarse. De los 37-enfermos fallecidos, la causa de muerte en 24(65%) se atribuyó a recidivar locales con invasión progresiva de la mejilla y estructuras adyacentes. Siete (19%) fallecieron de complicaciones debidas a la afectación de los ganglios regionales, y dos desarrollaron metástasis óseas a distancia. O'Brien y Catlin daban la cifra de 52% de supervivencias a los 5 años en una serie de 240-enfermos, señalando que una serie anterior publicada en el mismo centro (Martin y Pflueger) evidenciaba una supervivencia del 28% a los 5 años. Este incremento de la supervivencia fué distribuido al tratamiento del carcinoma de la mucosa bucal mediante la cirugía en lugar de la radioterapia.



CARCINOMA VERRUGOSO.

El carcinoma verrugoso es una variedad clinicopatológico diferenciada del carcinoma epidermoide de grado bajo, que a buen seguro, merece que lo describamos por separación.

Este tipo de carcinoma no se limita a la cavidad oral, ya que puede hallarse lesiones con una morfología y comportamiento similares en el dorso de la mano o en la mucosa del pene o vulva (Ackermann y Johnson), laringe, fosas nasales o escroto (Kraus y Pérez-Mesa). Es probable que sea idéntico a los que los dermatólogos llaman "papilomatosis oral florida" (Samitz y col.; Kanne; Tappeiner y Wolff). La frecuencia del carcinoma verrugoso comparada con otras formas de carcinomas orales, resultan difícil de determinar con precisión, ya que en muchos laboratorios no se le considera como una entidad bien diferenciada. Goethala y col revisaron 1,217 carcinomas intraorales y encontraron que 102 eran tumores papilares de bajo grado histológico de malignidad. Cincuenta y cinco (4,5%) de estos tumores cumplían los requisitos histológicos de los carcinomas verrugosos. Duckworth, por su parte, señalaba que el carcinoma verrugoso representaba menos del 2% de los carcinomas orales.

ETIOLOGIA. El carcinoma verrugoso de la cavidad oral muestra una notable asociación con el hábito de mascar tabaco o rapé (Ackermann; Fontz y col); Cooke). La lesión va precedida a menudo de una zona de prolongada leucoplasia y evoluciona de modo indoloro comparado con el más característico carcinoma epidermoide. Los carcinomas por nueces de betel que predominan en muchas partes del Sudeste Asiático, suelen tener las mismas características clínicas e histológicas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. El carcinoma verrugoso suele originarse en el surco bucomaxilar, mucosa bucal adyacente, y mucosa alveolar del surco maxilar inferior. Un reducido porcentaje de tumores se ubican en la mucosa alveolar superior, y, en alguna ocasión, cabe encontrarlos en la lengua o en el labio. Se trata, fundamentalmente, de una enfermedad de personas de edad avanzada; la edad promedio de los pacientes de la serie de Goethala y col fue de 60 años. La proporción entre hombres y mujeres depende de la situación geográfica y las costumbres locales. En la región del medio Oeste de los Estados Unidos, Ackermann comprobó que es

ta enfermedad incide casi exclusivamente en hombres ancianos -- que habían usado tabaco durante muchos años. Sin embargo, en la serie de Goethals y col únicamente 7 de los 45 usaron tabaco. -- En el Suroeste de los Estados Unidos, el carcinoma verrugoso se observa con una frecuencia igual, cuando no superior, en mujeres ancianas. Parecen existir pocas dudas de que esta circunstancia -- están en relación con el extendido hábito de " aspirar rapé " en dicha región, sobre todo entre las mujeres del campo, como si -- pensiese popularmente esta enfermedad como " cáncer de los aspiradores de rapé " Brawn y col.

Rosendfell y Callaway revisaron 525 casos de carcinomas de células escamosas de la lengua, suelo de la boca y mucosa bucal, observados en Nashville, Tenn y de 300 pacientes con carcinomas gingivobucal, 125 eran hombres. Esta relación hombre/mujer de 2:3 difiere notablemente la habitual 4:1 para el cáncer intraoral en los Estados Unidos. De las 175 mujeres con cáncer gingivobucal, 143 admitieron utilizar rapé. Rosendfell y Callaway opinan que es muy probable que algunas personas del grupo, que negaron utilizar rapé, tuvieran vergüenza de admitir que tenían ese hábito. Landy y White, en una serie de 25 casos de mujeres hallaron, que el tiempo mínimo de utilización del rapé era de 20 años, y muchos de sus pacientes recurrían a él desde hacía más de 50 años.

Clínicamente, el carcinoma verrugoso se presenta como una gran masa papilar que, a menudo, se extiende sobre una considerable zona de mucosa (fig 19-25). A la palpación, esta masa resulta relativamente blanda y no posee la induración característica del carcinoma epidermoide. Su color varía desde blanco a rojo, según la magnitud de la queratinización superficial.

El tumor está formado por numerosas excrescencias papilares múltiples con fisuras profundas entre las proyecciones papilares. La ulceración no es un dato característico, pero cabe encontrar pequeñas zonas ulceradas en las puntas o lados de las prolongaciones papilares.

El carcinoma verrugoso puede crecer hasta alcanzar tamaños considerables, caracterizándose más por la propagación lateral extensa que por la invasión en profundidad. En ocasiones, penetra a través de las partes blandas de la mejilla, extendiéndose hacia la superficie externa como una masa fungosa. También



Fig. 1923. Carcinoma verrugoso. A1. Carcinoma verrugoso de la en-la. B1. Gran lesión de los paladares, duro y blando en un hombre de 57 años. C1. Extensión lingual de un carcinoma verrugoso del suelo de la boca de aspecto verrugoso, infiltrante y ulcerado. (C. de Kraus, Frederick T. y Pérez Alvar. Carlas Verrucos carcinoma. *Cancer* 19: 20-58, 1966.)



Fig. 19-26. Carcinoma verrucoso. *A*, Imagen a pocos aumentos de un gran carcinoma verrucoso que afecta al seno maxilar inferior en un hombre de 72 años. Tiranías papilares diferenciadas y bordes de la lesión en aspecto hundido que, más que infiltrar, parecen empujar al tejido conjuntivo profundo. *B*, Ampliación a pocos aumentos, en la que se aprecia la característica invasión mandibular del seno en amplia frente, con un borde bien circunscrito. *C*, Carcinoma verrucoso de la mucosa bucal mostrando los arcos de la red, de aspecto bulboso y bien orientados, compuestos de células epiteliales escamosas bien diferenciadas. *III* y *C*, de Steiner, Erdreich, L. y Pérez-Mesa, Carlos: Verrucous carcinoma, *Cancer* 19: 26 (R), 1968.

puede producirse la invasión de cualquiera de los dos maxilares con destrucción progresiva del hueso subyacente.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS. Microscópicamente, el tumor se manifiesta como un complejo múltiple pliegues de epitelio escamoso bien diferenciado (fig 19-26). Se observa, asimismo, una considerable acantosis, con una profunda penetración de las crestas hacia los tejidos subyacentes. Las proyecciones tienden a hincharse en profundidad, como si "empujaran" hacia los tejidos subyacentes. Las células tumorales están bien diferenciados y no presentan atipias significativas.

El examen de una muestra biopsica, en particular si el anatomopatólogo no está familiarizado con este tipo de lesión no va seguido, en muchas ocasiones, del diagnóstico correcto. (Ackermann y McGravan). El alto grado de diferenciación supone, igualmente, otro considerable problema desde el punto de vista de la interpretación citológica. Nosotros hemos tenido la ocasión de observar varios casos en que los frotis obtenidos convenientemente a partir de carcinomas clínicamente típicos, y más adelante, histológicamente comprobados, fueron interpretados como de clase I o II.

La obtención de las biopsias repetidas en el carcinoma verrugoso, ha evidenciado en ocasiones una progresión, desde la leucoplasia con disqueratosis he hiperplasia pseudoepitelio matosa hasta el comienzo de un cáncer. La distinción entre los dos últimos procesos es, con frecuencia, difícil de establecer-- subyacente el epitelio proliferante acostumbra a mostrar una notable respuesta inflamatoria crónica, lo cual puede enmascarar-- la zona de la membrana basal.

PRONOSTICO. Los índices de supervivencia para los pacientes con carcinoma verrugoso de la cavidad oral son relativamente mejores que en la mayor parte de los otros tipos de cáncer oral. Goethal y col señalaban un 75% de supervivencias a 5 años de 55 enfermos tratados diatermia de escisión.

El índice de recidivas en este tipo de lesiones es relativamente elevado y parece ser debido al origen multicéntrico de nuevos focos localizados sobre una amplia zona condicionalmente mucosa. Esta afirmación es cierta, sobre todo, teniendo en cu

enta que las pacientes se negaron, en muchas ocasiones, a abandonar el hábito de aspirar el rapé o mascar tabaco. No es raro que los enfermos desarrollen dos o más carcinomas verrugosos independientes después del tratamiento, aparentemente alejados, de la lesión inicial. En la serie de Goethals y col, realizada en la clínica Mayo, el 31% de los pacientes desarrollaron un segundo carcinoma oral, y en nueve de ellos, el tumor tenía un elevado grado de malignidad.

Las metástasis en los ganglios linfáticos regionales son relativamente poco frecuentes, aún cuando las lesiones primitivas sean extensas, y en cuanto a las metástasis a distancias son francamente escasas. El fallecimiento del enfermo acostumbra a producirse por lesiones primarias no dominadas junto con complicaciones no asociadas o bien a alguna enfermedad intercurrente. En la serie publicada por Ackermann y Johnson, tan sólo uno de sus 38 enfermos presentaban metástasis a su ingreso, y dos pacientes más las desarrollaron posteriormente junto a una recidiva local del tumor, una vez iniciado ya el tratamiento.

Kraus y Perez-Lesa describieron la escasa respuesta al tratamiento por irradiación. En 4 de los 17 enfermos tratados con este método, se produjo un cambio brusco al tipo anaplásico, y en tres de estos, aparecieron metástasis con rapidéz siendo su consecuencia la muerte del paciente.

CARCINOMA DEL PALADAR DURO Y PALADAR BLANCO.

El carcinoma epidermoide de la mucosa palatina es relativamente infrecuente en los Estados Unidos, si bien se observa con notable incidencia en algunas partes del mundo. Los informes procedentes de la India (Payanster) y América del Sur (Quigley y col) han asociado al carcinoma palatino con el hábito de fumar alrevés. Las observaciones de la mayoría de los centros de los Estados Unidos señalan que el carcinoma palatino originado en las glándulas salivales se produce con una frecuencia considerablemente superior a la del carcinoma palatino epidermoide de origen superficial.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. El carcinoma epidermoide del paladar sufre el 11% de 401 carcinomas intraorales revisados por Locke y Bernier, alrededor del 9% de 394 casos estudiados por Brawn y col

y el 16% de 208 casos publicados por Sandler, siendo inferior al 2% de los 5,000 carcinomas orales revisados New y Hallberg.

El paladar blando se afecta unas tres veces más a menudo que el duro, y en los Estados Unidos, el carcinoma palatino es una enfermedad que afecta más a los hombres que en las mujeres. Por otra parte, la mayoría de estos pacientes tienen una edad superior a los 55 años.

El carcinoma palatino inicial puede aparecer clínicamente como una zona de leucoplasia o una erosión superficial irregular. Martin observó que, en el 35% de sus pacientes con cáncer del paladar existía además, leucoplasia. Al parecer, el carcinoma del paladar duro suele ir acompañado más a menudo de leucoplasia, que el carcinoma del paladar blando.

Cuando el carcinoma palatino está ya más avanzado acostumbra a presentarse como una masa granulosa ligeramente exofítica, con una ulceración central que, a la larga, invade el hueso palatino y se extiende hacia el seno maxilar o el suelo nasal. Los carcinomas del paladar blando, por su parte, tienden a invadir a los pilares anteriores de las fauces y la fosa pterigoides.

Los tumores originados en el paladar duro sólo en raras ocasiones provocan la aparición de síntomas. La dificultad para el uso de las dentaduras postizas suele ser uno de los motivos iniciales de queja que obliga al paciente a acudir al médico. El carcinoma del paladar blando puede provocar dolor en una fase incluso precoz de su evolución, y al producirse la invasión en profundidad, el dolor, la disfagia y el trismo puede llegar a ser considerables.

Los carcinomas palatinos deben diferenciarse de los originados en el seno maxilar que se abren paso hacia el paladar, en cuyo momento son identificables.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS. Los carcinomas epidermoides del paladar suelen ser neoplasias moderadamente bien diferenciadas. Sus metástasis afectan generalmente a los ganglios cervicales profundos. Martin constató que en un 45% de los pacientes existían metástasis en el momento de su ingreso, apareciendo más adelante, en un 16% más de ellos.

PRONOSTICO. El pronóstico del carcinoma palatino varía según el tamaño, localización y grado histológico del tumor. Las lesiones del paladar duro, en general, poseen un pronóstico algo más favorable que las originadas en el paladar blando. Brawn y col indicaron una cifra de supervivencia a los 5 años, del 44% y 49%, respectivamente, en pacientes con carcinomas del paladar blando y duro. Ralzer y col, por su parte, comprobaron un índice en curaciones del 22%.

CARCINOMA DEL SENO MAXILAR.

De entre las distintas formas de cáncer oral, el carcinoma del seno maxilar no constituye una de las más frecuentes; a pesar de todo, la aparición de signos y síntomas locales, subrayan su significación, puesto que los síntomas de presentación simulan, a menudo, un proceso dental. La frecuencia auténtica del cáncer antral resulta difícil de establecer con precisión si se compara con otras formas de cáncer oral, pero parece que es indudable que es inferior a la de la mayoría de las restantes localizaciones intraorales. Frazell y Lewis señalaban que los carcinomas de la cavidad nasal y senos accesorios representaban el 3% de todos los tumores malignos de las vías respiratorias y digestivas altas observados en su institución.

ETIOLOGIA. Son escasas las informaciones disponibles acerca de los factores etiológicos o predisponentes en relación con el carcinoma del antro. Se ha sugerido que la sinusitis maxilar crónica tal vez sea factor predisponente, aunque las pruebas a este respecto son escasas. Ringertz observó una frecuencia superior de antecedentes de sinusitis en los enfermos con carcinoma antral, pero no logró demostrar en ningún enfermo, el paso de los pólipos al carcinoma.

CARACTERISTICAS CLINICAS Y RADIOGRAFICAS. En los Estados Unidos, el carcinoma del seno maxilar incide, con una frecuencia aproximadamente doble en los hombres que en las mujeres. Salem y col, sin embargo, comprobaron una frecuencia anormalmente elevada de carcinoma antral en mujeres en Lima (Perú); en una serie de 154 enfermos, el 52,6% eran mujeres.

Aunque en algún caso se presente en pacientes jóvenes, la mayor incidencia se observa en individuos de más de 50 años. Por desgracia, la mayoría de los carcinomas antrales pertenecen asintomáticos durante largos períodos de tiempo, en los que la tumoración-

va creciendo desde la mucosa de revestimiento hacia la cavidad del seno. Los síntomas se hacen aparentes cuando el tumor invade las paredes óseas circundantes.

Los carcinomas del seno pueden invadir también la segunda división del quinto par craneal, originando dolor en los dientes superiores o parestesias y anestesia de la piel y mucosas. El dolor dentario de origen inexplicable es un síntoma muy frecuente (Chaudhry y col). Por su parte los carcinomas que invaden el suelo del seno, provocan la destrucción del hueso alveolar, invaden el ligamento periodontal y dan lugar a la caída de las piezas dentarias. El crecimiento de la tumoración puede provocar la tumefacción del paladar, alveolar o surco gingivobucal; la afectación dentaria simula, en ocasiones, un absceso periapical o periodontal. Si se procede la extracción de las piezas dentarias afectadas el tumor crece, a menudo, con gran rapidéz hacia el interior de la boca, apareciendo como una masa de tejido de "granulación" anormal.

Entre los síntomas oculares están la tumefacción de los párpados, lagrimeo unilateral por afectación de la glándula lagrimal, debilitamiento de la visión, diplofía y proptosis.

En la tabla 19-3. Ofrecemos una tabulación de los síntomas observados de 59 enfermos con carcinoma del antro maxilar. En la amplia serie publicada por Larsson y Maternson, se comprobaron síntomas subjetivos oarles en el 26%, que en un 15% de ellos representaron los signos iniciales de la enfermedad. Estos datos resaltan la frecuencia de los motivos por los que los enfermos con carcinomas antrales pueden solicitar asistencia odontológica.

Los datos radiográficos iniciales en el carcinoma antral consisten únicamente en un "velado" inespecífico del seno, que no puede ser diferenciado del que se observa en la sinusitis maxilar o en las alteraciones poliposas (fig 19-28). En las lesiones más avanzadas, aparece ya la destrucción de una o más paredes óseas dato altamente sugestivo de malignidad, si bien hay que tener en cuenta que en algunas infecciones pueden encontrarse ocasionalmente imágenes parecidas (Wldron). Es frecuente que el carcinoma del suelo antral muestre una destrucción irregular de los procesos alveolares en las radiografías periapicales u oclusales.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS. A pesar del que el seno maxilar está revestido normalmente de un epitelio pseudoestratificado, ciliado y cilindriforme, los carcinomas del seno maxilar, son la mayoría de las veces, del tipo epidermoide, dentro del cual se observa una variación histológica tan amplia que ha dado origen a la utilización de numerosos términos, tales como carcinoma sólido de células cilíndricas, carcinoma Scheneideriano, carcinoma celular-de transmisión, linfoepitelioma, carcinomas de células intermedias, etc. (fig 19-29). Hay pocos datos en favor de que todos estos diversos patrones histológicos tengan alguna influencia real sobre la evolución o pronóstico del tumor, y cada día es mayor la tendencia a considerar estas lesiones como variaciones exclusivas -- del carcinoma epidermoide (Yeh).

Los carcinomas antrales tienden a ser relativamente indiferenciados, aunque en alguna ocasión se observan tumores queratinizantes de una elevada diferenciación. Algunos son realmente muy indiferenciados y pueden confundirse con los sarcomas retículo celulares.

En algunos casos, el tumor muestra una tendencia a crecer en capas celulares sólidas de núcleos grandes, vesiculados y poco teñible, con prominentes nucleolos y un citoplasma poco delimitado.-- Esta forma se ha denominado carcinomas de células de transición,-- si bien Ringertz y Yeh han señalado que diversos autores han utilizado asimismo la denominación de " carcinoma de células de transición" para lesiones de distinto aspecto histológico.

Los carcinomas antrales indiferenciados puede presentar una mezcla considerable de linfocitos, denominándose esta variedad,-- linfoepitelioma. Hay muchas dudas que se trate de una verdadera entidad (Willis, Yeh), si bien Ash y col sugirieron que el carcinoma linfoepitelial posee los suficientes rasgos clínicos y anatomopatológicos diferenciales como para que pueda ser distinguido de los carcinomas escamosos y schneiderianos de las cavidades nasales y paranasales. Los tumores de esta variedad han sido calificados a veces con nombres distintos, basados en patrones histológicos variables. El tipo Schminke se caracteriza por capas difusas e irregulares de células epiteliales grandes y vesiculosas con -- una mezcla de linfocitos. En el tipo Regaud, las células tumorales están dispuestas en amplios fascículos irregulares o bandas en

cintadas.

Una reducida producción de los tumores epiteliales del seno maxilar está formada por los carcinomas originados en las glándulas mucosas de la mucosa antral, siendo el carcinoma adenocarcinoma el más común de ellos (Ash y col). Entre 261 carcinomas originados primitivamente en el seno maxilar, Frazell y Lewis clasificaron 218 carcinomas epidermoides y 43 adenocarcinomas. Meller y Shklar, por su parte, publicaron un caso de carcinosarcoma del seno maxilar.

PROGNOSTICO. Los índices de supervivencia publicados para el carcinoma sinusal oscilan entre 10% y 50%. Es probable que estas variaciones sean el reflejo de distintos tipos de pacientes y modalidades terapéuticas. En la serie descrita por Rossi y col. Diez y ocho de 42 pacientes seguían vivos y buen estado cinco años después del tratamiento. Chaudhry y col, por su parte publicaron un índice de supervivencia del 10% a los cinco, señalando que el ámbito medio de vida de 29 enfermos, después de su diagnóstico, fué solamente de 12 meses. Frazell y Lewis dieron la cifra del 29% de curaciones a cinco años en 163 pacientes tratados fundamentalmente por medios quirúrgicos.

La localización del tumor dentro del antro tiene considerable influencia en cuanto al pronóstico. Los que se originan en las paredes superior, inferior o posterior tienen peor pronóstico debido a su tendencia a invadir lugares inaccesibles. La invasión de la fosa ptérigopalatina constituye un signo ominoso. Larsson y Martenson describieron, asimismo, que los índices de supervivencia en enfermos con afectación ganglionar era, del 7%, en comparación con el 29% en los enfermos sin la citada afectación.

La extensión local y la caquexia son las principales causas de muerte en el carcinoma del seno maxilar. También se producen metástasis a distancia, aunque no con la misma frecuencia que en otras formas de cáncer oral.

FORMAS RARAS DE CÁNCER ORAL.

SEUDOSARCOMA ASOCIADO A CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS.

Las publicaciones acerca del pseudosarcoma asociado a carcinoma de células escamosas (carcinomas de células fusiformes polipoides; carcinosarcoma) resulta difícil de evaluar debido a los distintos conceptos referentes a la naturaleza de las células fusiformes de este tumor (o tumores), con las consiguientes diferen-

cias terminológicas. Lane publicó una serie de 10 tumores, cinco de los cuales afectaban la cavidad oral y cinco originados en el trazo de las vías respiratorias altas, manifestó clínicamente como masas polipoides que histológicamente se parecían al sarcoma fusiforme altamente anaplásico. En cada caso, no obstante, se descubrió un carcinoma epidermoide discreto y fácilmente inadvertido, en el epitelio superior o en el borde del pólipo. Lane creyó que la masa sarcomatosa polipoide no era en realidad tejido neoplásico considerándola como un fenómeno reactivo secundario. La ulterior evolución clínica señaló que únicamente la porción carcinomatosa era realmente maligna. Dicho autor no consideró que éstas lesiones representaran tumores de "colisión" (es decir, carcinoma y sarcoma originándose en porción adyacente mutua y con un crecimiento conjunto). El hecho de que varios de estos pacientes siguieran en buen estado después de un tratamiento quirúrgico relativamente inadecuado era sugestivo de que la lesión no era un carcinoma anaplásico formado de células fusiformes.

Sherwin y col describieron tres casos de lesiones similares aunque sugirieron una explicación distinta para el componente celular fusiforme. De los de estos casos se localizaban en la lengua y uno afectaba a la laringe. Dichos autores consideraron que se trataba de un verdadero componente epitelial neoplásico dentro de la masa polipoide, y que la pérdida de cohesión del epitelio--situado por encima de la masa polipoide, constituye un factor principal etiopatogénico. La proliferación inhabitual del tejido de granulación se acompaña del componente celular fusiforme epitelial, con lo que el grupo de la masa está compuesto por una mezcla de tejido de granulación y células epiteliales neoplásicas,-- los mencionados autores observaron, asimismo, que la forma celular en huso es característica del tipo de crecimiento de las células escasas en los cultivos héticos. La naturaleza polipoide de estos tumores se consideró como el resultado de la ulceración mucosa y del crecimiento excesivo del tejido de granulación.

Leake y col describieron dos tumores adicionales bajo el encabezamiento de carcinomas de células escamosas, asociados a pseudosarcoma, y Kittelman y col publicaron, por su parte, una lesión parecida al carcinoma de células fusiformes.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. Todos los casos publicados de este tipo de lesión han sido lesiones polipoides, generalmente de un diámetro de 1 o 4 cm (fig 19-30). Algunos parecían originarse a partir de un pedículo estrecho, mientras que otros presentaban una amplia base. La mayoría incidieron en hombres, y por lo general, de edad avanzada. casi siempre se encontraban antecedentes de rápido crecimiento, y a menudo la lesión estaba ulcerada. Al parecer la lengua y el suelo de la boca son los lugares de origen más frecuentes.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS. El grueso del tumor está compuesto de tejido pleomórfico de células fusiformes (fig 19-31 A), apareciéndose a menudo imágenes atípicas y células tumorales gigantes de formas raras (fig 19-31 B). Es frecuente que el cuadro histológico sea muy sugestivo de un diagnóstico de rabdo-miosarcoma. Muchas veces, el elemento carcinomatoso es bastante discreto, sobre todo en las muestras biópsicas, y quizá sea necesario recurrir a cortes seriados del carcinoma epidermoide evidente, el cual puede ser intraepitelial o superficialmente invasor.

En algunos cortes, puede apreciarse una pérdida de cohesión y desprendimiento de las células epiteliales hacia la masa celular subyacente. Este hallazgo ha sido interpretado por algunos como una prueba de que la masa "sarcomatosa" es, en realidad, de naturaleza epitelial.

Cuando se producen metástasis hacia los ganglios regionales, suele describirse como un carcinoma epidermoide, generalmente considerado como bastante típico (fig 19-32). En el paciente descrito por Mittelman y col, los ganglios cervicales contenían tanto zonas de carcinoma epidermoide queratinizante y más bien diferenciado, como tejido indiferenciado de apariencia sarcomatosa. Sherwin y col creen que las metástasis de estos tumores se deben más bien a la progresión del carcinoma in situ, adyacente y verdadero multifocal, que al elemento celular fusiforme.

PRONÓSTICO. El número de los casos publicados es demasiado reducido y la información de seguimiento bastante escasa como para permitir una estimación precisa respecto al pronóstico. El paciente de Mittelman y col falleció por insuficiencia respiratoria secundaria a una recidiva local masiva y metástasis regionales al cabo de 16 meses del tratamiento inicial. Uno de los enfermos citados-

por Leake y col seguía vivo a los dos años y medio después del--- tratamiento, mientras que el segundo paciente falleció a causa de metástasis pulmonares 10 meses después del diagnóstico inicial. Le ne publicó la obtención de buenos resultados en 5 de sus pacien--- tes en quienes el carcinoma, claramente identificado, resultó ser intraepitelial. El hecho de que todos estos enfermos siguieran -- bien después de intervenciones muy limitadas, hace pensar que el componente fusiforme celular no era neoplásico. Sherwin y col--- también consideraron que la porción carcinomatosa de células fusiformes no metastatizaba, advirtiendo, a pesar de todo, que el carcinoma in situ adyacente puede volverse invasor y originar metá--- stasis.

En la relación entre estos tumores polipoides y los carcino--- mas clínicamente planos e invasores de células fusiformes de la--- bio, descritos por Martin y Stewart y por Greene y Bernier no es tá todavía bien establecido.

TUMORES MALIGNOS DEL PALADAR DURO BLANCO Y UYULA CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS.

Sinónimos y términos relacionados: acantoma; carcinoma epidermoí--- de anaplásico; carcinoma e,idermoide.

Definición. Estos tumores se originan en el epitelio superficial, y posiblemente en raras casos de las glándulas salivales menores, se rajan a los carcinomas de células escamosas de otras localizacio--- nes y muestran varios grados de desdiferenciación.

Incidencia. Los 45 carcinomas de células escamosas de la es--- rie de Cohn constituyeron el 70% de tumores malignos. La edad pro--- media de los pacientes fué de 63 años; y era inversamente propor--- cional al grado de la lesión. Había 3 mujeres y 36 hombres.

Datos clínicos. El dolor fué el síntoma más común y ocurrió--- en 54% de los 45 casos. Los carcinomas a menudo tenían caracte--- rísticas de tumefacción y ulceración, cualquiera de los cuales podía predominar. Ganglios cervicales crecidos, palpables, estaban pre--- sentes en la mitad de los casos. En casos avanzados, el proceso--- podía penetrar externamente al hueso subyacente.

ETIOGENESIS. La causa del carcinoma de células escamosas en esta--- localización permanecen oscuros solamente uno de los 45 pacientes tenía serología positiva para la sífilis. Se notó leucoplakia en

36% de los casos. Prótesis eran usadas en 33% de los pacientes.-- 55% consumían tabaco de alguna manera. Un alta incidencia de carcinoma del paladar, ocurren gentes de Panamá y la India que fuman hojas de tabaco enrolladas con la punta prendida en la boca.

Apariencia microscópica. La apariencia de los carcinomas, se correlacionaban con su apariencia histológica. 8 tumores bien diferenciados fueron histológicamente papilares y estos fueron descritos en forma gruesa, como papilares, verrugosos o granulares.-- Los tumores de este grupo variaron de 1 cm de diámetro a aquellos que cubrían al paladar completo, y en un caso, aun otras porciones de la cavidad oral. Cinco de los 8 se originaron en paladar--luro, el más indiferenciado de estos carcinomas de células escamosas fueron ulcerativos más a menudo y variaron en tamaño, incluyendo uno que cubría el paladar entero. Las laceras tuvieron a tener borde incurvado. Excluyendo, los 8 lesiones grado 1; 8 de los carcinomas aparentemente se originaron del paladar duro, 13-- en el paladar blando y 6 en ambos, 8 en el paladar duro y blando y en la úvula y dos solamente en la úvula. Había evidencia de leucoplasia en un tercio de los casos.

Apariencia microscópica. Los 45 carcinomas de células escamosas se separaron de grado 1 a 4.-- 8 de las lesiones era de grado 1 papilares, tipo verrugoso. Al examen microscópico, estos tumores bien diferenciados no son muy diferentes de los papilomas benignos. De 17 de los tumores eran de grado 2, 18 de grado 3 y solo dos de grado 4. Una lesión anaplásica moderada fué un carcinoma--in situ. En este, de los carcinomas grado 2 a 4, eran invasores.-- Había leucoplasia en la periferia de varios de los carcinomas y se asociaba a veces con hiperplasia epitelial, displasia y carcinoma in situ.

Tratamiento y pronóstico. En la serie Kohn el tratamiento consistió de biopsia excisional y electrocoagulación de la lesión primaria del paladar. La dirección de nódulos linfáticos se captó en 9 en son. Aunque más del 40% de los pacientes sobrevivieron más de 5 años después del tratamiento primario y muchos de estos murieron más tarde por el carcinoma. La supervivencia a los 5 años correlacionada con los grados mostró: 75% con lesiones grado 1; 50% con lesiones grado 2; 28% con lesiones grado 3; y ninguna con lesiones grado 4.

Los carcinomas sobre el paladar duro tuvieron un pronóstico mejor que los que se originaron más posteriormente. 2 pacientes que tenían nódulos involucrados están vivos, 10 años después de la disección radical del cuello. Esto enfatiza el valor de tal procedimiento en casos seleccionados. Se encontró 34 carcinomas de epiglotis en una serie de 344 casos de carcinoma laríngeo (10%); Shaw y Epstein reportaron 81 en una serie de 680 casos (11,9%). Withale encontró carcinoma primario de epiglotis en aproximadamente 16% de 845 casos de tumores malignos de laringe.

En una serie de la Clínica Mayo de (1943 hasta 1952) reportada por Shahrokh y asociados, donde fueron en listados 114 casos de carcinoma de células escamosas de epiglotis, durante el mismo período 1400 ejemplares de carcinoma laríngeo fueron diagnosticados (8,2%).

Sitios del tumor. Los carcinomas de epiglotis han sido en este tiempo colocados en subgrupos de acuerdo del sitio anatómico aparente, de origen y en el estado de la progresión local de la enfermedad. Puede aparecer por las series estudiadas que el sitio más común involucra el espacio laríngeo de las partes fijas o baja de la epiglotis. De 81 tumores en esta serie de Shaw y Epstein, 28 fueron descritos como laríngeos, 12 linguales, 29 de unión (esto es, que los bordes de la epiglotis estaban involucrados), y 12 afectaban por entero la epiglotis. En la serie de la Clínica Mayo 114 casos (Shahrokh y col); la subdivisión fue por hallazgos: laríngeo 64 (56%); lingual (17) (15%); laringo faríngeo 7(6%); y combinado 26(23%). En 31 de estos casos (27%), el carcinoma estaba confinado a la epiglotis sin extensión a espacios adyacentes. De estos, 19 involucraban el aspecto posterior, 1 el aspecto anterior y 11 ambos espacios. De los 12 casos de la parte posterior, 16 involucraban la porción fija y 2 la porción libre.

En 83(73%) de los 114 casos de estas series fueron evidenciados por extensión directa hacia el epiglotis. Las sitios y distribución de estas extensiones fueron heyañas: cuerdas vocales 45 casos; ariepiglotis 14; base de la lengua 14; valécula 10; cuerdas vocales 6; aritenoides 5; pared lateral de la faringe 5; hueso hioides 3; comisura anterior 2; músculo elevador 1.

Los casos laríngeos incluidos aquellos confinados al espacio-

laríngeo o con extensión por debajo de las cuerdas falsas. Las lesiones linguales incluyeron aquellas con extensión a la valécula o la base de la lengua, de los ganglios faríngeos se incluyeron a aquellos casos que involucraban mayormente la parte lateral de la epiglotis con extensión al sinus periforme de la pared lateral de la faringe. En los casos que involucraban la base de la lengua, el sitio de origen fué más frecuentemente el espacio lingual de la epiglotis. La extensión hacia el hueso hioides involucraba la penetración del tumor al espacio preepiglotis.

MACROSCÓPICAMENTE. Los hallazgos macroscópicos en el carcinoma del epiglotis variaron con el estado de la enfermedad y con el grado de ulceración o con la presencia de grupos polipoides. En estudios muy tempranos, podían ser encontrados como mucosa gruesa o delgada, pero en contraste con las lesiones de las cuerdas vocales, pocos tumores son detectados en el sitio de la infiltración temprana al momento de descubrirse. De los ejemplos típicos todos tenían avance moderado, y se ilustran en las figuras 249 a 250).— Un hallazgo poco común es un tipo sécil de estructura con algo de elevación del espacio delgado. Ocasionalmente, el tumor puede ser marcadamente polipode (fig 250).

Los pólipos con asociación a úlcera o excavación son comunes. Las lesiones avanzadas pueden mostrar extensa involucración del espacio preepiglotis, de cualquier forma esto puede ser difícil de determinar en el examen clínico. La extensión más allá de la epiglotis que involucra ariepiglotis, cuerdas falsas, y sinus periforme es ilustrada en la (fig. 252). Una minoría de carcinomas están profundamente excavados o ulcerados.

MICROSCÓPICAMENTE.— El carcinoma de células escamosas de la epiglotis exhibe una considerable rango de arquitectura histológica (figs 253, 255-259). Un grado extremo de diferenciación (figs 253, 254), es poco común. La mayoría de los casos tienen un grado intermedio de la estructura (fig 255). Tumores altamente anaplásicos (figs 256-258) constituye menos del 15% del total. Tumores no queatinizados (fig 256), en ocasiones son llamados carcinomas de células transicionales o cáncer escamoso basal.

En una reciente serie consecutiva de 84 carcinomas de epiglotis resecado quirúrgicamente y revisado por el autor, se encontraron los siguientes grados: grado 1 (diferenciación extrema),—

3 (3,5%); grado 2 (bién diferenciados), 41 (48,8%); grado 3 (moderadamente bien diferenciadas), 28 (33,3%); y grado 4 (altamente anaplásico), 12 (14,3%). En cinco de los 12 carcinomas altamente anaplásicos el patrón histológico fué considerado como tipo de células transicionales.

La estirpe altamente anaplásico de células tumorales representa una variante poco común del carcinoma de células escamosas (fig 258). La necrosis tumoral prominente fue vista en 8 casos, y tenía marcada fibrosis o reacción esclirrosa del tumor en 11 estancias (fig 259). Los cambios carcinomatosos in situ fueron notados en el márgen de los cánceres infiltrativos en un número de casos.

El carcinoma de la epiglotis es generalmente reportado como una subdivisión de carcinoma laríngeo por abajo del subgrupo extrínseco de los tumores laríngeos. El carcinoma de este área es casi invariablemente de tipo escamoso o epidermoide. En algunas ocasiones el cilindroma (carcinoma adenoma cístico) o adenocarcinoma han sido reportados, así como algunos tipos de linfomas malignos y mieloma, pero para efectos prácticos la clasificación del carcinoma de epiglotis incluye solamente la variedad escamosa. El carcinoma de células transicionales a sido incluido en algunas discusiones, pero en el presente se tiene insuficiente evidencia de cualquier variación en favor de justificar la separación de estos tumores del grupo general de carcinoma de células escamosas de la epiglotis. Varios tumores de esta área solo han sido reportados.

Sinónimos y términos relativos: adenoma; carcinoma epidermoide; carcinoma epidermoide; epiteloma; linfopiteloma; epiteloma de células escamosas; carcinomas de células transicionales; epiteloma de células transicionales.

HISTORIA NATURAL. Consideraciones anatómicas importantes en la extensión de carcinoma de epiglotis han sido enfatizadas. La epiglotis consiste de dos diferentes partes; una superior o parte libre proyectándose arriba y adentro de la faringe al lado de la base de la lengua y una inferior o parte fija, cubierta con una membrana mucosa en el espacio posterior solamente. La relación de la parte fija con los bordes del espacio epiglótico se muestran en la figura de la (fig 248). El espacio preepiglótico consiste de una pequeña bolsa de tejido fibro elástico constituido por la epi-

glotis, membrana tiroepiglótica, ligamento hioepiglótico y membrana tirohioides. El carcinoma puede expanderse rápidamente dentro de este espacio, también a través del cartílago epiglótico o de la membrana tiroepiglótica. La extensión dentro de esta área a ocurrido, el tumor puede extenderse tempranamente por las paredes de los ligamentos. La ruptura de estas paredes, de cualquier manera resulta una penetración dentro de la base de la lengua -- con el resultado de metástasis cervicales bilaterales. La naturaleza bilateral de las cadenas linfáticas de la epiglotis es otro importante de la historia natural de la enfermedad. La alteración linfática viene progresivamente por la base de la epiglotis, -- los huesos aereoepiglóticos. Las colecciones pueden pasar de la mucosa al sinus periforme o cualquier otra parte de la laringe -- y eventualmente a los nódulos linfáticos de la yugular interna. -- El sistema linfático del espacio anterior drena por la epiglotis por el camino de los canales linfáticos de la base de la lengua -- dentro de los nódulos profundos cervicales de ambos lados. El espacio preepiglótico es atravesado por los canales linfáticos los cuales se conectan con los troncos colectores pasando por la membrana tiroidea hacia los nódulos yugulares a ambos lados del cuello.

INCIDENCIA. La incidencia del carcinoma de epiglotis es tal vez -- el 10% de todos los carcinomas laríngeos. El número de series, -- de casos que han sido reportados muestran hallazgos similares de las relativas frecuencias de las dos áreas.



Fig. 219



Fig. 220



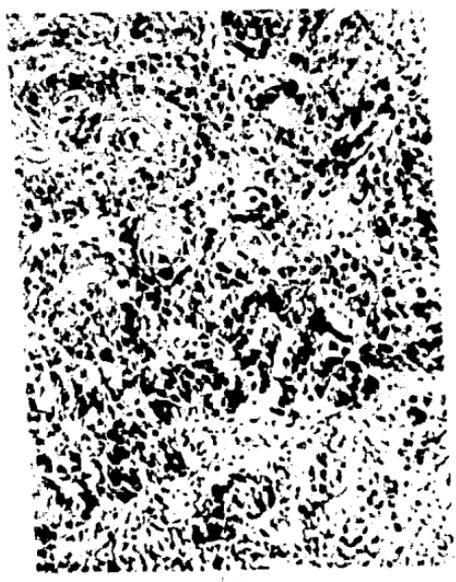


Tabla 19-3. Síntomas de cincuenta y nueve pacientes con carcinoma del antro maxilar.

Síntomas	% con síntomas	% con síntomas- como dato inicial
Tumefacción alrededor del ojo, nariz y mejilla.	52	30
Síntomas nasales	44	24
Síntomas orales	36	14
Síntomas neurológicos	33	13
Síntomas oculares	27	9

Recopilado de los datos de Chaudhry, A. A., y colaboradores.
 .: Carcinoma del antro, Oral Surg. Oral Med. Oral Path.
 13: 269-281, 1960.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE CENTRAL MAXILAR.

Se han publicado algunos casos aislados de carcinoma epidermoide originado en el seno del maxilar superior o inferior sin conexión aparente con la mucosa superficial. Si bien en la teoría es posible que tales cánceres puedan originarse en los restos epiteliales de la lámina dentaria o del ligamento periodontal o incluso del tejido epitelial conservado a lo largo de las líneas de fusión embrionaria, se supone que la mayoría de ellos van asociados al revestimiento epitelial de los quistes maxilares. Falckner y colaboradores revisaron 48 casos publicados o citados en la literatura, observando que la mayoría de ellos estaban escasamente documentados o parecían representar, en la opinión de dichos autores, otras lesiones tales como ameloblastomas, carcinomas mucosos primitivos o lesiones metastásicas. De entre los 48 casos, únicamente ocho fueron considerados como ejemplos aceptables de carcinomas epidermoides centrales de los maxilares.

Recientemente se han publicado casos bien publicados a cargo de Martenson, Kay y Kramer, y Schribner y Cohen, Hardman, Kramer y Angelopoulos y cols.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. La mayor parte de los casos de carcinoma epidermoide central del maxilar han incidido en pacientes varones de edad avanzada. Entre sus signos y síntomas están la tumefacción, dolor, pérdida de piezas dentarias y parestesias. La exploración radiográfica pone de manifiesto una lesión osteolítica (fig 19-33). En algunos de los casos publicados, los bordes son regulares, sugestivos de un quiste benigno, aunque es frecuente comprobar una resorción de la raíz o algunos signos de "mucosas" en los bordes. Otras veces, se han descrito defectos osteolíticos con bordes irregulares, evidenciados radiográficamente.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS. El tumor suele ser un carcinoma epidermoide típico y moderadamente bien diferenciado (fig 19-34). Algunos casos presentaban una clara transición desde el quiste benigno hasta el carcinoma epidermoide invasor.

Es innegable que algunos de los supuestos carcinomas centrales del maxilar no han sido, en realidad, más que ejemplos de u-

na hiperplasia extrema (pseudoepteliomatosa del revestimiento de algún quiste dentario).

También los ameloblastomas pueden mostrar una acentuada metaplasia escamosa, habiéndose diagnosticado en ocasiones como carcinomas de células escamosas. Por otra parte, el hallazgo de un carcinoma central del maxilar deb suponer la exclusión de un posible primitivo en el seno maxilar. La posibilidad de que la lesión en cuestión pueda representar una metástasis maxilar, deber ser tenida igualmente en cuenta en todos los casos antes de aceptar un diagnóstico de carcinoma central del maxilar.

Es probable que muchos de los casos publicados anteriormente como carcinoma central maxilar fueran, en realidad, tumores metastásicos, carcinomas antrales, ameloblastomas o hiperplasias benignas de paredes quísticas. Con todo, queda un reducido porcentaje de casos que, por los datos clínicos, radiográficos e histológicos deben ser aceptados como auténticos carcinomas maxilares centrales primitivos.

PRONOSTICO. La mayor parte de los casos citados en la literatura no fueron objeto de vigilancia ulterior a largo plazo, careciendo de igualmente de indicaciones pronósticas. A pesar de haberse demostrado que los elementos carcinomatosos invaden el hueso, hay una ausencia casi absoluta de ejemplos convincentes de metástasis. Ward y Cohen describen la extensión perineural del carcinoma de su enfermo, la cual llegaba incluso hasta el conducto mandibular, pero no facilitan información acerca de la evolución ulterior. Uno de los pacientes señalados por Hardman falleció en consecuencia de una diseminación local masiva del tumor. Por otra parte, el paciente citado por Falokuer y col desarrolló una lesión osteoclítica del fleon, un año después de la resección de un carcinoma del maxilar inferior, que fue considerada como originada en un quiste, falleciendo el enfermo un año después, seguramente por metástasis generalizada. No se practicó autopsia.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE.

Sinónimos y términos relativos: tumor epidermoide.

INCIDENCIAS. Cinco casos de carrillo (3 en la izquierda, 2 derecho) donde fue encontrado en la clínica Mayo de las series de 18 años; según caso involucró labio.

Recientemente, sin embargo en la clínica Mayo semejantes tumores fueron eliminados del labio de un hombre. En las series, 4 de los pacientes con carcinoma mucocépidermoide bucal fueron mujeres y uno fué de un hombre y todos estuvieron en la sexta o la séptima década de la vida.

MACROSCOPICAMENTE. El tumor varió de 0,4 a 2 cm de diámetro máximo y estuvieron cubiertos por mucosa intacta. Ellos no estuvieron encapsulados y focos de material mucoso podían ser vistos, -- del aspecto blanco grisáceo, de la masa pobremente delineada.

MICROSCOPICAMENTE. Todos los tumores encontrados fueron bien diferenciados mostrando células en anillo de sello o células columnares, células escamosas e intermedias y zonas granulares quísticas con focos de epitelio escamoso. Los cinco fueron malignos.

TRATAMIENTO Y PROGNOSTICO. La excisión quirúrgica incluyendo un margen de tejido no involucrado fue suficiente para encontrar el crecimiento tumoral. Solamente uno fue incompletamente exíndico, y recurrió una reexcisión que fue realizada. Después estos tres pacientes mostraron una sobre vida de 2, 7, y 11 años.

CARCINOMAS DE CELULAS ESCAMOSAS DE LA MUCOSA BUCAL.

INCIDENCIA. Esta es una considerable variación en la incidencia de carcinoma de la mucosa bucal, lo cual es dependiendo sobre ciertos factores etiológicos y geográficos. Sin embargo, en el mínimo 95% de todos los carcinomas bucales son de tipo de células escamosas. En los Estados Unidos, el carcinoma bucal es una tercera o una cuarta parte, es frecuente, el carcinoma de la lengua que cuenta el 10% para los carcinomas intraoral. Entre 1,944 de carcinomas intraorales en Canadá, el 21% es de la mucosa oral (Ash). En diferentes regiones de los Estados Unidos, los carcinomas de la cavidad oral, tienen una incidencia regularmente uniforme, excepto para labio y el cáncer bucal la cual es más común en el sur de los Estados Unidos (Wynder y referencias). Cerca del 90% de los carcinomas bucal en los Estados Unidos ocurre en hombres, de 60 a 70 años de edad.

PATOGENESIS. Tabaco y alcohol están considerados factores fundamentalmente etiológico extrínsecos en la mayoría de los carcinomas del tracto alimenticio alto en hombre (Wynder y referencias)

Cuando los carcinomas ocurren, que mascan tabaco o en personas-- que humedecen o aspiran, la lesión es siempre localizado en esta area donde el tabaco es ayudado particularmente en la boca y area gingival. Friedelly y Rosenthal expresaron la opinión en la mascarada de tabaco, leucoplaquia, estos cambios son probablemente precursores de carcinomas. Los dientes caricosos y el enfermo propiamente, puede producir tambien una irritación crónica y una potencial "mancha" para carcinogénesis.

En la India, el carcinoma de la región orofaríngea es muy común y es reportado que constituye siempre la mitad de todos -- los tipos de carcinomas en el Tata Memorial Hospital de Bombay-- (Khanolkar), 1951; (Paymaster). Sin embargo, hay una marcada incidencia en las diferentes regiones y distribución oral de estos-- carcinomas. Por ejemplo, el carcinoma de carrillo es más común-- en Deccan Hindus, que en la Gujاراتis (Khanolkar, 1951). Esta alta incidencia es atribuida a la prevalencia del uso de un "pan" o compuesto masticable de hoja de betel, tabaco y lima, la cual tiene para varias horas a través de la luz del día en contacto con la mucosa bucal, más, una incidencia de mal nutrición y pobre higiene oral. En las Islas Filipinas el término "buyo" referencia a un mascado similar, el carrillo de buyo ocurre a consecuencia de cáncer. El masticado puede consistir en hojas de buyo solas -- (areca o palma de nuez de betel) o una combinación de hojas de-- buyo y de nuez de betel, lima y tabaco. La nuez de betel es rica de ácido tánico y ácido gálico. El agregar lima da un suave sabor al bocado y representa una reacción química entre la nuez de buyo de tal modo, a que la mucosa oral toma un color rojo y los dientes llegan a estar negros. Davie que un 65% de 75 carcinomas orales en pacientes de las Filipinas ocurrieron en el sitio de-- la mucosa oral donde el buyo se colocaba en 70% de los casos que se presentan en mujeres.

Tabla I. Tratamiento y Resultados en Once Pacientes de Menos de Treinta años de Edad con Carcinoma de células Escamosas de la Lengua en Oral.

Tratamiento	N° Casos	Edad	Clínica del paciente	Estado Tumor Nódulo	Estado lóxico	Histo lóxico	Primario Lesión Unico	Primera Terapia			
								To Lesión Primaria Y Nódulos	Sitio de recurrencia Pri mario Nódulos	Metástasis	
Quirúrgico	99707	17	1 0	(N ² B ^B Enf)	II			X		X	
	100080	27	2 1	(N ² Enf)	II			X			
Radiación	97639	19	2 1		III			X	X	X	
	21789	29	1 0		II	X				X	
Combinado	84419	19	2 1		I			X			
	87911	28	2 1		III			X	X	X	
	80701	27	X 0		III			X		X	
	68921	22	2 0		II			X			
	72902	19	3 1	(N ₂ B ₂ Enf)	III			X(Cir Rad Postopera torio)		X	X
	74928	23	3 0		III			X(Cir Rad Postopera tivo)		X	
	30778	27	1 1		I			X(Rad a Lesión pri ria, Cir a Nódulos)			

Continúa a la Vuelta de esta Hoja.

Continuación de la Tabla I

	Terapia por Negligencia	Nº de eviden cia de Enfermos.	Estatutos Muertes de Enfermos	Muertes de Otras Causas.
Quirúrgicos	Radiación	X	X	
Radiación	Comando Radical Cuello Disección	X	X	
	Comando Ninguno	X	X X	
Combinado	Ninguno	X	X	
	Radiación		X	
		X		

CARCINOMA DE LA PARTE ANTERIOR DE LA LENGUA EN ADOLESCENTES.

D.D PATEL, M S, AND R.,I. DAVE, MS.

El carcinoma de la región orofaríngea es una de las lesiones malignas más común que se han visto en Este de la India, comprendiendo alrededor del 47% de todos los casos que se han visto en-- Gujarat Cancer and Research Institute. De estos, carcinomas de la lengua tienen una incidencia máximo. En la India la relación entre carcinomas de la parte anterior y posterior de la lengua es-- 33:66, el reverso de esta proporción en Europa y América. La alta incidencia de carcinoma de la parte anterior de la lengua aparecen en hombres de 50 a 60 años de edad; solamente 11 casos se han visto reportado en pacientes que comprenden de 20 años de edad.-- Desde 1969 y 1974, 218 casos de carcinoma de la parte anterior de la lengua donde son vistos en el M.P Shah Hospital. Estos reportes publicados de 5 casos de carcinoma de la parte anterior de la lengua se estableció en pacientes que comprenden de 20 años de edad. Aunque en la parte anterior de la lengua es un sitio visible y accesible, todas las cinco lesiones es también avanzado y hasta curado. Este parece no tener alguna contribución para el factor -- de esta lesión maligna semejante a una edad joven. Todos estos pacientes femeninos, de jóvenes de 11 años. Dos casos fueron tratados con cirugía; uno igualmente recibieron radioterapia postoperatorio. Estos tres casos permanecieron tratados con paliativo radioterapia y quimioterapia. La patología y la prevalencia inspección del manejo son discutidos.

CANCER 37-917-921-de 1976.

El carcinoma de la lengua es una de las lesiones malignas comunes el Este de la India. La incidencia de este carcinoma varía-varía en diferentes ciudades. En Europa y los Estados Unidos. La razón entre carcinoma de la parte anterior dos tercios y en la -- parte posterior un tercio de la lengua es alrededor del 66:33 ~~tem~~ porada en la India, es justamente el reverso. La sexta distribución es generalmente alrededor de cinco masculinos a un femenino. Varios predisposiciones satisfactorios causados de cáncer de la-- parte anterior dos tercios de la lengua que tiene colocado hacia-- adelante, pero la alta prevalencia de estos enfermos en el Este -- de la India en la parte posterior de la lengua es difícil para ex

plicar.

En la parte anterior de la lengua es un órgano muy vital en la cavidad oral. Está asociado con importantes funciones del habla y deglución, está ricamente innervado y suministra bastante sangre. El carcinoma de la parte anterior de la lengua es una enfermedad predominantemente de masculinos por encima de los 40 años de edad, particularmente, estos, quienes fuman o mascan tabaco. Dientes cerrados, alcohol, sífilis y además juega un papel contribuidora de una pobre higiene oral. Infiltración por esta parte de la lengua por procesos malignos.

Ampliamente explicado, el carcinoma de la lengua está dividido dentro de dos categorías: los originados en los dos tercios anteriores y los originados en el primer tercio posterior. En área anterior es tal sujeta para la cirugía y usualmente la diseminación del carcinoma es unilateral que se origina en el primer tercio posterior y comúnmente se extiende y es radiosensitivo. El cáncer puede presentar como una úlcera, fisura, crecimiento de aspecto de coliflor, como tumor o una masa dura. Este puede ser deceptivo y difícil para detectar en el transcurso de un examen clínico sobre un paciente ambulante, sobre todo si la lesión está en bajo de la superficie de la lengua.

El diagnóstico es generalmente fácil con la biopsia cuando revela ya un carcinoma epidermoide poco diferenciado. La extensión es hacia el piso de la boca paraalveolar, o medialmente al interior de la lengua. La infiltración linfática va a los ganglios linfáticos cervicales más cercanos al tumor primario. Las metástasis a través del torrente sanguíneo son pocas comunes y ocurren solamente en épocas tardías de la evolución de la enfermedad. El tratamiento consiste en radiación ó cirugía. La radiación intersticial con agujas de radio o con teleradiación a base de cobalto conduce a los mejores resultados. La cirugía consiste en excisión amplia de la lesión en dirección en bloque de los ganglios linfáticos cervicales con o sin extirpación del maxilar inferior. La radioterapia seguida por la cirugía se ha dicho que reduce la incidencia de metástasis a los ganglios linfáticos. El pronóstico depende principalmente del período de la enfermedad hasta antes de la admisión, del sitio y del tamaño del tumor, y de la presencia-metastásica. La sobre vida es, a cinco años para aquellos sin me-

tástasis está por de bajo del 72%, la que cae hasta el 18% para aquellos que las tienen. El pronóstico se vuelve bueno si la lesión es menor a dos centímetros por lo que el diagnóstico temprano no es importante. En vista de la facilidad al examen clínico de la lengua y la biopsia en los departamentos para pacientes externos, es lamentable que la mayoría de los pacientes llegan al tratamiento que se encuentran en un estado avanzado de la enfermedad en el M.P Shah Cancer Hospital, Ahmedabad, de 1967 a 1971 - se recopilaron 8405 casos de malignidad. De los cuales 3953 (47%) fueron carcinomas orofaríngeos. De los mismos 1561 casos fueron carcinomas de la lengua. 1543 de la base de la lengua y-- 218 en la porción anterior de la lengua. La edad en la distribución de los 218 casos antes mencionados: 61 pacientes estuvieron por debajo de los 40 años (28%) que se comparan con otros 904 casos con porcentaje del 3% por de bajo de los 40 años.

CASOS REPORTADOS.

Caso 1.

Masculino de 16 años fue visto en septiembre de 1970 quejándose de excesiva salivación y aumento de volumen del borde derecho en la región anterior de la lengua. El refería una historia de 18-- meses de evolución con cuadros repetitivo de estomatitis e inflamación de la lengua en los dos meses previos a su ingreso. No se mencionaron historia de tabaquismo ni mala dentición. Al examen se observó una formación exofítica en el borde derecho de la lengua. El piso era normal. Los ganglios linfáticos derecho del cuello eran móviles duro y no dolorosos. La biopsia demostró carcinoma epidermoide. Hubo un poco de anemia, pero una radiografía de tórax fue normal. Fue tratado con cobalto en 30 secciones en mes - y medio después hemiglotomía y disección radical del cuello del lado derecho logrando buenos resultados. Diez meses después se observó recurrencia de los ganglios linfáticos del cuello por lo que recibió tratamiento con metotexate y nueva dosis de radiación. El paciente se encontraba bien, 6 meses después.

Caso II

Masculino de 17 años ingresado en agosto 1969 con una úlcera dolorosa en el borde derecho de la lengua, de un mes de duración. Se negaba historia de tabaquismo, sífilis o higiene dental deficiente. Al examen se observó una lesión ulcerosa del borde-- derecho de la lengua de 4X2 cm. Era muy sensible y se encontraba

libre desde el piso en la boca. Múltiples glándulas pequeñas --- (ganglios) se encontraban presentes en lado derecho del cuello, --- más en la porción superior que la inferior. Una biometría uroanglisis, radiografía del tórax fueron normales. Se efectuó hemiglotomía un mes después con buenos resultados. El diagnóstico fue carcinoma epidermoide de la lengua. Pero los ganglios representaban linfadenitis tuberculosa. El paciente se encontraba libre de enfermedad aun hasta el reporte del caso.

CASO III.

Paciente masculino de 16 años reportaron en noviembre de --- 1971, con una úlcera dolorosa de 6 meses de evolución. Había diafagia oral los últimos 3. Los antecedentes de la historia referían estomatitis repetitiva y tabaquismo (masticaba tabaco) de --- un año. Se encontró una lesión ulcerativa del lado derecho de la lengua casi en la línea media que se extendía hasta el piso de --- la boca. Había marcada anquiloglosia e induración dolorosa de la región submaxilar, así, como nódulos metastásicos fijos y duros, en la región derecha del cuello. Hubo escasos ganglios linfáticos no dolorosos y libres en la región izquierda del cuello. Análisis de sangre, orina y rayos X, de tórax, fueron normales. El --- diagnóstico por biopsia fue de carcinoma epidermoide y se manejó con cobalto, 60 e hidroxí ureá pero ninguno de los mismos lo ayu --- dó, siendo necesario retirar la radioterapia por intolerancia. El paciente fue dado de alta con estado avanzado de la enfermedad --- en diciembre de 1972.

CASO IV

Masculino de 11 años, visto en febrero de 1974, por primera --- vez con inflamación del lado derecho de la lengua y del cuello --- de dos meses de evolución. Había déficit en la articulación y la deglución. La historia familiar y personal sin importancia, al --- examen presentaba una formación ulcerativa de 3x2 cm. del lado --- derecho de la lengua que se extendía hasta el piso de la boca. --- presentaba anquiloglosia. Se encontraron ganglios linfáticos no --- dolorosos fijos y duros en la porción yugulodigástrica del lado --- derecho del cuello de 4x2 cm. A la biopsia se demostró carcinoma epidermoide que se manejó con cobalto 60. Durante el transcurso --- de radioterapia apareció adenomegalia del lado izquierdo. Se le --- administró una combinación de ciclo fofamida metetrexate y mi---

tomicin C. El tratamiento paliativo fué bueno apesar de las lesiones residuales al final del tratamiento.

CASO V

Masculino de 11 años con úlcera de la lengua de dos meses-- de evolución sin historia de tabaquismo o higiene deficiente de la boca, así, como negativa para sífilis. La úlcera se encontraba del lado derecho, de la lengua complicando la superficie dorsal del piso de la boca. La biopsia demostró carcinoma de células escamosas, se encontraron en el paciente ganglios linfáticos bilateral palpables en el cuello y región yugulodigástrica, en región submaxilar izquierda y submentoniana derecha. Se le administraron tratamiento a base de metotraxate y cobalto con buenos resultados. Después de un año la lesión primaria se encontraba bajo control y los ganglios linfáticos habían casi desaparecido. Posteriormente presentó recurrencia de la lesión falleciendo de la misma.

DISCUSION

Después de los hallazgos en estos pacientes jóvenes, los autores investigaron, la presencia de casos semejantes en la literatura en pacientes menores de 20 años, hallando que solamente 11 casos más han sido reportado hasta febrero de 1972. De los anteriores 4 fueron en la primera década de la vida y 6 en la segunda. Un paciente era, un recién nacido. Otros investigadores, establecen en series hasta de 900 casos, una incidencia del 3% en pacientes de menos de 40 años siendo, la edad promedio de 59 para el carcinoma de la lengua. La distribución por sexos es semejante para hombres y mujeres, aunque en nuestras series solamente, hubo hombres.

No es posible efectuar un estudio comparativo de los casos reportados por la falta de detalles, presentada en relación a tamaño, tipo de lesión o presencia de ganglios linfáticos. Sin embargo, todos los casos fueron demostrados con biopsia. Esto podría enfatizar la necesidad de tomar biopsia, a todo paciente con ulceraciones de la boca, tan temprano como sea posible para diagnosticar esta enfermedad, sin importar la edad del paciente.

Solamente en uno de los casos se refirió la masticación de tabaco, sin referirse otro tipo de irritación bucal. Por lo que concluimos entonces que el factor que produce el cáncer, debe--

ser otro, en el que podía mencionarse algún factor dietario o viral, a esta edad. En esta serie de casos, los diagnósticos no -- fueron difíciles, con la biopsia demostrándose en todos, la presencia de carcinoma epidermoide. Los ganglios linfáticos siempre estuvieron presentes, pero los diagnósticos fueron diferentes--- con tuberculosis en unos, linfadenitis no específica en otros y metástasis en los restantes. Los tratamientos fueron buenos para 2 hemiglosectomía y disección radical del cuello pero para los otros 3 con enfermedad avanzada, la radiación y la quimioterapia solamente fueron paliativas. De los 5 solamente uno vive actualmente.

PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MEDICO NACIONAL DEL IMSS.

NOTA DE URGENCIAS.

Paciente masculino de 58 años de edad, con 4-30-8 de la clínica 25, con diagnóstico de parálisis de cuerda vocal izquierda a -- descartar carcinoma.

COMO ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

HEREDITARIOS Y FAMILIARES. Madre muerta de probable carcinoma de Cérvix uterino. Padre muerto de probable carcinoma hepático.

PERSONALES NO PATOLOGICOS: ocupación, pensionado anteriormente-- trabajaba en una fábrica de vinos. Alimentación regular, aporte calórico y protéico, tabaquismo (+) desde los quince años de edad, de 4-5 cigarrillos por día hasta la fecha. Alcoholismo desde los 25 años diariamente de 50-100 cc. de tequila, llegando a la embriaguez cada 14 días.

PERSONALES PATOLOGICOS: apendixectomía en 1936, sin complicaciones. Fractura en rótula izquierda, secundaria a traumatismo en-- 1969, siendo enyesado sin secuelas. Fractura de clavícula derecha por accidente automovilístico el 19 de marzo de 1975, siendo enyesado en tórax en la clínica 25.

PADECIMIENTO ACTUAL. Lo inició con la disfonía progresiva asintomática y sin causa aparente. Actualmente persiste la disfonía asintomática. Pérdida de peso de 4 kilogramos en ese período, sin astenia, adinamia, o ataques al estado general. Que acudió a su clínica por su disfonía.

INSPECCION GENERAL. Paciente masculino de la misma edad a la -- cronológica, conciente, con disfonía importante, que coopera al interrogatorio.

EXPLORACION FISICA.

Pulso 96 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36° C, tensión arterial 90-130.

COMO DATOS DE INTERESES.

Conjuntivas hiperémicas

Mucosas orales bien hidratadas, caries grado I-III, anodoncia-- parcial.

Tórax enyesado sobre hombro y clavícula derecha. Imposible exploración.

Resto normal.

ID. LARINGITIS CRONICA A DESCARTAR.

Carcinoma laríngeo.

PRONOSTICO DE ACUREDO A LA ETIOLOGIA.

Pasa a la consulta externa de otorrinolaringología.

A la exploración de otorrinolaringología reporta: oídos, conducto auditivo externo amplio sin secreciones anormales con membranas timpánicas íntegras de características normales.

Boca buena hidratación, con adoncia parcial, amígdalas palatinas hipotróficas, pared posterior de la faringe normal. A la laringoscopia indirecta se aprecia una probable paresia de cuerda vocal izquierda. No logró distinguir tumoración. El resto de la exploración general no muestra mayores datos.

DESCARTAR CARCINOMA DE LARINGE.

PLAN: se solicita Rayos X. De tórax y tomografía de laringe.

Se notó con fecha 8 mayo de 1975. A revisión.

TRATAMIENTO DIFERIDO.

PRONOSTICO: dependerá de rayos X de certeza.

Exámenes de laboratorio se encuentran dentro de los límites normales. Sobre cardiología anormal: aorta esclerosis extensa, ligero ensachamiento de mediastino superior, probable por cava. Sobre-- distensión pulmonar marcada. Fractura costales antigua.

La tomografía de laringe. Engrosamiento de ambas cuerdas y banda izquierda con parálisis de hemilaringe derecha. Tratamiento microlaringoscopia directa. 22 de julio de 1975. A las 16 horas. Paciente que se encuentra en postoperatorio de laringoscopia direc

RELACION DE CORTES. 1 corte de glándula salival; 2 ganglios periparotídeos y 3 y 4 nódulos de segmento yugular superior, 5 nódulos de yugular medio 6 y 7 nódulos de yugular inferior.

DESCRIPCION MICROSCOPICA.

En un nódulo encontrado en la región yugular superior se observa un conglomerado de ganglios linfáticos fusionados y casi totalmente reemplazado por un carcinoma epidermoide bien diferenciado. En uno de los cortes se observa la glándula salival sin alteraciones.

DIAGNOSTICO. Ganglios linfáticos yugulares superiores con metástasis de carcinoma epidermoide bien diferenciado. Historia de carcinoma epidermoide de laringe. Glándula submaxilar sin alteraciones patológicas. México; D.F. A 19 de enero de 1977. Dr. Raul Mancilla J.

Paciente femenino de 58 años de edad, referida a su clínica de adscripción con la forma 4-30-8. Con diagnóstico. Líquen plano de lengua.

Refiere el paciente que se inició hace 4 años con pequeñas úlceras blancas en el borde lateral de la lengua, del lado derecho el cual fué tratado por medios locales que los identificaban sus dentistas particulares y los de las clínicas pero recientemente la mancha blanca aumentó de tamaño y volumen por lo que ha sido molesta sobre todo al traumatizar la región, también tiene problemas en la región retro-molar inferior derecho donde en contacto con la leucoplasia a sido dolorosa ambas regiones.

8-IX-1976.

15.00.

NOTA INICIAL. C. BUCODENTOMAXILAR.

PADECIMIENTO ACTUAL. Refiere al paciente que se inició hace 4 años, pequeña úlcera blanca en la región lateral derecha de la lengua no dolorosa, tratada por sus dentistas particulares y los de su clínica de adscripción, a base de tratamientos locales, pero que recientemente a aumentado de volumen y de tamaño ya que actualmente mide aproximadamente 4 cm, y es dolorosa sobre cuando se traumatiza, por que acudió a su médico especialista de dermatología quien la requiere a este servicio.

EXPLORACION INTRAORAL. Se aprecia lesión blanca en borde lateral derecho de la lengua, de consistencia dura, faringe y mucosas, con buena coloración, hidratación y textura, piezas dentarias faltantes y caries en los restos de las piezas dentarias.

Fue tratada despues de su valoración a endocrinología para controlar glucosa alta y poder tomar biopsia en bucodentomaxilar de lengua,-- en la cual aunada con infartación ganglionar maxilar derecho, duro, poco móvil lo que hace sospechar una lesión maligna, se cita el dia 6 de diciembre de 1976. Para efectuar biopsia con estudio transoperatorio en caso de que sea positivo para tumor maligno, para ser enviado al hospital de Oncología de inmediato. Para la valoración y estudio y tratamiento.

6 de diciembre de 1976. C. de Bucodentomaxilar.

NOTA DE VALORACION Y ENVIO. De acuerdo el plan establecido por el dia 6 de diciembre de 1976. A las 11.00. Se decide bajo anestesia local infiltrativa con xilocaína al 2% con epinefrina tomar biopsia incisional y-- solicitar estudio transoperatorio en donde reportan carcinoma epidermoide de la lengua N° de biopsia 7542-1976. Y a esperar cortes definitivos mientras se elabora la forma 4-30-8 para enviar a la paciente al Hospital de Oncología. Para su valoración y tratamiento.

DIAGNOSTICOS FINALES. Carcinoma epidermoide de lengua. México; D.F. A 8 de diciembre de 1976. Dr. Alfonso Hernandez Beruman.

PADECIMIENTO ACTUAL. Paciente con F.4-30-8 de la clínica T-1 de Cuernavaca Morelos. Por el dermatólogo con el diagnóstico de lesión crónica de labio inferior de origen a determinar.

Su padecimiento lo inició hace aproximadamente 2 años con la aparición de una pequeña pápula erimatosa del lado izquierdo de labio inferior, que por espacio de casi un año, el paciente no le dió importancia ya que era completamente asintomático. Después de este tiempo consultó a su médico familiar, ya que la lesión comenzó a crecer paulatinamente en forma lenta. Hasta llegar a medir aproximadamente 1,5 cm de diámetro presentándose eritematosa, de consistencia remitente y apareciendo en su superficie dos orificios fistulosos por donde comenzó a drenar material purulento transparente y mediante que el paciente refiere como "baba de nopal" aunque en ocasiones había salida de material purulento-amarillento escaso, haciendo más incapié en las características del primer material purulento.

Se le practicó una biopsia sin resultados satisfactorios en abril del año 1975, se le resecó la lesión con aparentes buenos resultados inmediatos, volviendo a reparacer esta a los dos meses de la intervención quirúrgica. Refiriéndose que en esta ocasión la lesión se hizo más grande y hasta la fecha drena mayor cantidad de material purulento de-

las mismas características descritas anteriormente.

En ocasiones refiere dolor poco intenso. Nunca ha presentado fiebre o ataque. Ha recibido tratamiento con antibióticos parenterales y por vía oral y analgésicos.

Exámenes previos. Se tomó cultivo para hongos en diferentes medios negativos. Rayos X. De la región no informa daño óseo. Estudio de laboratorio de rutina negativos.

Cuello. La mucosa oral normal, también orofaríngeo y amígdalas, ausencia de algunas piezas dentarias en ambas arcadas, prótesis dentales, caries de 1° y 2° grado, tártaro dental abundante. En el labio inferior de lado derecho se observa una tumoración de aproximadamente 2 cm de diámetro eritematosa, con algunas costras mieliséricas en su superficie y un pequeño orificio fistuloso en el centro, que al apretar la tumoración que es fluctuante da salida a material purulento--cristalino escamoso.

Presenta además en el párpado derecho una pequeña tumoración de color negro azulado de aproximadamente 3 mm de diámetro de superficie lisa.

Cuello. De forma y volumen normal, los movimientos normales, no se palpa la tiroides, tampoco ganglios en ninguna cadena, pulsos carotídeos normales de buena intensidad, la tráquea es central y normal.

"SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y MICOLOGIA MEDICA"

4-de febrero de 1976

A las 16.00.

NOTA INICIAL. Hombre de 32 años de edad asegurado, que es enviado con forma 4-30-8 de la clínica T-1 de Cuernavaca Morelos, por el dermatólogo de esa clínica para su estudio y tratamiento con diagnóstico de tumoración crónica en labio inferior.

De acuerdo a los datos que se obtuvieron en la historia clínica, se puede elaborar los siguientes diagnósticos siguientes:

- 1.-Esporotricosis fija en labio inferior. Fundamento este diagnóstico en la morfología de la lesión, las características del exudado purulento también están en favor de este padecimiento la localización es otro dato. El hecho de que se haya mantenido tan localizada sin ulceración, habla en favor que el paciente está respondiendo en una forma adecuada contra esta infección micótica.
- 2.-Otro padecimiento que habrá que tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial es una blastomicosis, aunque era de esperarse en este-

padecimiento, que hubiera mayor daño, de acuerdo con el tiempo de evolución que tiene el padecimiento.

3.-Ausencia de piezas dentarias parciales, caries de 1° y 2° grado-tártaro dental.

CIRUGIA RECONSTRUCTIVA.

19 de marzo de 1976

8,30.

NOTA DE ALTA. Diagnóstico de ingreso: carcinoma epidermoide de labio inferior. Diagnóstico de egreso: carcinoma epidermoide.

Operación practicada: resección en cuña .

RESUMEN DE LA EVOLUCION; el paciente se sometió a resección con fecha 19 de marzo de 1976. A las 8,30 a.m. Utilizándose anestesia local y a frontándose bordes de la herida por deslizamiento; sin problema. Ha--
curado con sus signos vitales estables y normales apreciándose la he-
rida limpia y sin signos inflamatorios, disminuye el edema postoperato-
rio. Pensamos que puede ser externado y manejado por la consulta ex-
terna de este servicio.

DIAGNOSTICO CLINICO.

18 de marzo de 1976. Se envió con probable de esporotricosis de tipo-
fijo. Se envió biopsia de labio inferior y descartar malignidad.

DESCRIPCION MACROSCOPICA.

Se describe fragmento de tejido correspondiente al labio infe--
rior que mide 3 x 2 x 1,5 cm de diámetro que presenta en su parte me-
dia una lesión ulcerada excavada en la que se toma un corte para estu-
dio transoperatorio, el cual es reportado por el Dr. Luis Butrón P. C
Como benigno. Tumor probablemente originado en folículo piloso. Se in-
cluye en un corte con transoperatorio y dos más con los N° 1 y 2.

DIAGNOSTICO MICROSCOPICO FINAL.

Carcinoma epidermoide bien diferenciado de labio inferior . Límites--
quirúrgicos libres de tumor. México; D.F a 24 de marzo de 1976. Dr.--
Luis Butrón P.

El 6 de enero de 1976, se reportó del mismo caso, piel de labio-
inferior derecho en la descripción macroscópica. El fragmento midió--
0,4 x 0,3 x 0,3 cm, irregular, café grisáceo que se incluyó totalmen-
te en una cápsula.

DESCRIPCION MICROSCOPICA.

En los cortes estudiados se identifica piel cuyo epitelio exhibe hiper-
plasia pseudoepiteliomatosa, acantosis irregular, hiperqueratosis y--

dermis acentuados cambios de fibrosis e inflamación aguda y crónica; en numerosos cortes no se identificó ningún micro-organismo.

DIAGNOSTICO FINAL.

Hiperplasia epitelial con acentuada inflamación aguda y crónica no clasificada. Mex, D.F. A 2 de marzo 1976. Dr. Fernandez Diaz.

En el mismo año con fecha 2 de marzo de 1976. Biopsia 1239-76.- Fué enviado una biopsia de labio. Con diagnóstico probable con esporotricosis o alguna otra lesión granulomatosa a descartar eritema.-- Los datos clínicos y operatorios. Se toma biopsia de labio inferior en lesión ulcerativo.

DESCRIPCION MACROSCOPICA.

Se recibe dos cilindros de tejido blanquecino de 0,3 x 0,2 cm.- firme, que se incluyeron íntegramente para su estudio.

DIAGNOSTICO MICROSCOPICO. Carcinoma epidermoide bien diferenciado.

Y como diagnóstico principal de la biopsia de labio inferior.-- carcinoma epidermoide. Dr. Napoleón Granados F. México, D.F a 8 de marzo de 1976.

CIRUGIA BUCODENTOMAXILAR.

Paciente masculino de 26 años de edad referido a su clínica de adscripción con f-4-30-8 y con diagnóstico de movilidad dentaria en arcada superior izquierda, para su valoración y tratamiento.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIAR. Padre fallecido con complicaciones de diabetes mellitus.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS. Sarampión que no recuerda la edad. Fractura de cúbito y radio, que recibió tratamiento, Diarreas frecuentes-- desde los 16 años, sin tratamiento.

PADECIMIENTO ACTUAL. Lo inicia hace dos meses con odontalgia de fuerte intensidad a nivel de molares superiores izquierdos que sedía a la administración de analgésicos, por presentar lesiones cariosas penetrantes en el 1° y 2° molares mencionados. Cursó en la misma forma hasta que la semana siguiente comenzó a presentar aumento de volumen debido a proceso infeccioso, por lo que se presentó a su clínica de adscripción, donde después prescribirse penicilina G procaínica de 400,000 U 1 x 12 x 8, lo refieren a este servicio para su valoración y tratamiento.

EXPLORACION INTRAUCAL.

Encías hiperémicas y edematosas sobre todo a nivel de molares superiores izquierdos que presentan caries penetrante y absceso.

DIENTES. lesión cariosa penetrante en 1° y 2° molares superiores izquierdos, con proceso infeccioso que produce moderada asimetría facial y con movilidad de 2° y 3° grado de los dientes hemiarcada superior izquierda y se aprecia destrucción ósea marcada a ese nivel radiográficamente. Piso de boca, lengua, paladar, mucosas, faringea-mígdalas y articulación temporomandibular, normales.

DIAGNOSTICO. Parodontitis en arcada superior izquierda subsecuente a absceso secundaria a lesión cariosa penetrante en 1° y 2° molares.

PRONOSTICO. Favorable para la vida y la función.

PLAN DE TRATAMIENTO. Odontectomía y gingivectomía. Con fecha 9 de junio de 1976. Se elaboró su historia clínica, se le solicitaron análisis clínico de laboratorio (biometría hemática TP TTP y glucosa) se le realizaron estudios de rayos X periapicales de la región afectada y se le citó el 11 de junio de 1976 a tratamiento quirúrgico-- si no existe contraindicación. Se le solicita rayos X en parte anterior y lateral de la cara.

23 de junio de 1976. Paciente masculino que acude a su cita para tratamiento por presentar absceso parodontal en hemiarcada superior izquierda. No habiendo ninguna contraindicación en sus antecedentes,-- estando sus análisis dentro de los límites normales y habiéndose revisado sus Rx extraorales, se decide efectuar las odontectomías de molares y premolares del mismo lado, colocando solamente dos puntos de sutura hasta facilitar drenaje de absceso y se envía los órganos dentarios y tejido gingival para su estudio anatomopatológico.

Que se advierte al paciente que va a perder los incisivos y canino del mismo lado posteriormente.

Se le prescribe dimetín pirazolona sulfoxida tabletas de 50 -- gramos condicionadas al color y se extiende incapacidad por 4 días--.

Se le cita en una semana para tener reporte anatomopatológico..

DIAGNOSTICO. Absceso parodontal en hemiarcada superior izquierda.

PRONOSTICO. Favorable para la vida.

TRATAMIENTO. Odontectomías múltiples.

DESCRIPCION MACROSCOPICA. 5 piezas dentarias molares y premolares se presenta en las raíces material blanco amarillento friable, de aspecto purulento. Al corte las piezas dentarias presentan en la porción-- central zona café blanquecina. Que se incluyen varios cortes en una cápsula.

DIAGNOSTICOS MICROSCOPICOS Y FINALES. Retículoarcoma de maxilar superior izquierdo. Dr. Napoleón Granados P.

22 de julio de 1975. A las 16.00. Paciente que se encuentra en posoperatorio laringoscopia directa, toma de biopsia de cuerda bucal, papanicolau, se encuentra en bien estado general sin manifestaciones de insuficiencia respiratoria.

23 de julio 1975. Al servicio de Otorrinolaringología. Nota de alta de hospitalización. Paciente del sexo masculino igual a la cronológica, con diagnóstico de parálisis de cuerda vocal izquierda, con fecha 23 de julio 1975. Se practicó microlaringoscopia directa tomando biopsia y papanicolau de cuerda vocal izquierda. Satisfactoria con signos vitales dentro de la normalidad, sin alteraciones por lo que se decide darlo de alta de hospitalización el mismo día.

5 de agosto 1975. Cirugía de cuerda vocal. Nota de interconsulta enterados del caso, se trata del mismo paciente, quien ha sido visto por el servicio de Otorrinolaringología, llegándose al diagnóstico de carcinoma epidermoide bien diferenciado de cuerdas vocales in situ. Se le dá interconsulta. Por no tener valoración cardiovascular. Es candidato de acuerdo a las notas anteriores y la biopsia de laringe para laringectomía total. Se le dá cita al servicio de laringología en cuanto esté valorado por cardiología.

Biopsia y pieza quirúrgica. Que fué enviado al Departamento de Anatomía patológica: músculo, ganglios y partes de hemicuello derecho. Diagnóstico probable metástasis de carcinoma epidermoide de la laringe.

DESCRIPCION MACROSCOPICA. Como de sección de cuello derecho, se recibe pieza quirúrgica que mide 13x6x3 cm. En sus diámetros mayores en la que identifica fragmento de glándula salival, músculo estriado, tejido adiposo y conglomerados ganglionares, por su parte posterior segmento de yugular interna, que mide 6 cm de longitud. Glándula salival que mide 4x2x3 cm. Amarillo rojizo, al corte sin alteraciones aparentes. Se identifica en el tejido periparotídeo 3 nódulos, el mayor de 0,6x0,3 cm y el menor 0,2x0,2 café rojizo. Tomando como relación la yugular interna, se divide el resto de la pieza en 3 segmentos, la yugular superior, medio e inferior, la yugular superior exhibe 6 nódulos del mayor que mide 3,5x 2x1,8 cm. Al corte de aspecto tumoral. En el medio se identifican 8 nódulos el mayor de 0,6x0,4 x0,2 cm. Y el menor 0,1 cm. Café rojizo y blando. El músculo de café rojizo sin alteraciones.

BIBLIOGRAFIA.**CARCINOMA.**

- 115 Ackerman, L.V., and Regato, J.A.: Cancer; diagnosis, treatment and prognosis, ed. 3, St. Louis, 1962, the C.V. Mosby Co., p. 82.
- 116 Arthur, J., and Fenner, M.: Influence of Grading on prognosis in carcinoma of the tongue; computed analysis of 299 cases, Clin radiol. 17:384-396, 1966.
- 117 Atkinson, L., et al.: Oral cancer in New Guinea; a study in demography and etiology, Cancer 17:1289-1298, 1964.
- 118 Bailar, J. C., et al.: Cancer rates and risks, U.S. Public Health -- Service Pub. No. 1148, Washington, D.C. 1964.
- 119 Bhansali, S.K.: Malignant Tumours of the buccal cavity; a clinical analysis of 970 cases, Clin. Radiol. 12:299-308, 1961.
- 120 Broders, A.C.: Carcinomas of the Mouth; types and degrees of malignancy, Amer. J. Roentgen. 17-90-93, 1927.
- 121 Broders, A.C.: Practical points on the microscopic grading of carcinoma, New York J. Med 32:667-671-1932.

CARCINOMA "IN SITU"

- 157 Ackerman, L.V., and Johnson, R.: presentday concepts on intraoral histopathology. In proceedings of the Second Nacional Cancer Conference, New York, 1954, American Cancer Society, Inc., pp. 403-414.
- 158 Ackerman, L.V., and McGavran, M.H.: Proliferating benign and malignant epithelial lesions of the Oral Cavity, J. Oral Surg. 16:400-412, 1958.
- 159 Attenson, M., and Kaufman, M.: Bowen's disease; evaluation of malignancy and report of two cases, J. Oral Surg 24:258-263, 1966.
- 160 Dunn, J.E.: the relationship between carcinoma in situ and invasive cervical carcinoma; and consideration of the contributions to the problems to be made from general population data cancer 6:873-886, 1953.

CARCINOMA DE LABIO

- 172 Ackerman, L.V.: and del Regato, J.A.: Cancer, diagnosis, treatment-- and prognosis, ed 3, St. Louis, 1962, the C.V. Mosby Co. p 260.
- 173 Ahlbom, H.E.: Simple achlorhydric anemia, Plummer-Vinson syndrome-- and carcinoma of the mouth, pharinx and esophagus in woman, Brit Med. J. 2:331-339, 1936.
- 174 Ashley, F.L., et al.: Carcinoma of the lip; a comparison of five-year results after irradiation and surgical therapy, Amer. J. Surg 110:549-551, 1965.
- 175 Balantyne, A.J., et al.: The extension of Cancer of the head and-neck through peripheral nerves, Amer. J. Surg 106:654-667, 1963.

CARCINOMA DE LA LENGUA

- 189 Erich, J.N., and Craig, L.V.: Results of Treatment of squamous cell-- carcinoma of the anterior part of the tongue. Amer. J. Surg 98:677-682, 1959.
- 190 Flaman, B., et al.: cancer of the tongue; study 904 cases, Cancer 17: 377-385, 1964.
- 190a Frank, L.W., et al.: Carcinoma of tongue in newborn child, Amer. J. Cancer 26:775-777, 1936.
- 191 Frezell, E.L., and Lucas, J.C., Jr.: Cancer of the tongue. Cancer 15: 1085-1099, 1962.

CARCINOMA DEL SUELO DE LA BOCA

- 200 Alford, T.C. and Klopp, C.T.: Surgical treatment of cancer of the-- floor of the mouth. Cancer 11:1-3, 1958.
- 201a Correa, J.N., et al.: Carcinoma of the floor of the mouth, Amer. J. Roentgen. 99:302-312, 1967.
- 201 Ash, C.L.: Oral Cancer; a twenty-five year study, Amer. J. Roentgen-- 87:417-430, 1962.

- 202 Erich, J.V., and Kragh, L.V.: Treatment of squamous cell carcinoma of the floor of the mouth, Arch. Surg (Chicago) 79:94-99, 1959.
- 203 Jeffall, L.D. and White, J.E.: Cancer of the oral cavity in negroes, Surg Gynec obstet. 120:70-73, 1965.
CARCINOMA DE MUCOSA BUCAL
- 221 Ackerman, L.V., and Regato, J.A.: Cancer; diagnosis, treatment and - prognosis, ed. 3. St Louis, 1962. The C.V. Mosby co p. 314.
- 222 Brawn, R.L., et al.: Snuff dippers intraoral cancer; clinical characteristics and response to therapy, cancer 18:2-13, 1965.
- 223 Cernea, P. and Billet, J.: Epitheliomas of the bucal mucosa, study of 60 cases. Rev stomat (Paris) 63:222-232, 1962.
- 224 Goethals, P.L., et al.: Verrucous squamous carcinoma of the oral cavity, Amer. J. Surg. 106:845-851, 1963.
- 225 Martin, H.E., and Pflueger, C.H.: Cancer of the cheek (bucal mucosa). Arch. Surg (Chicago) 30:731-747, 1935.
CARCINOMA GINGIVAL Y DE LA MUCOSA ALVEOLAR.
- 206 Ballantyne, A.J., et al.: extension of cancer of the head and neck through peripheral nerver, Amer. J. Surg 125:651-667, 1963.
- 207 Boenninghaus, H.G.: Oberckieferkarsinom bei einem Kleinkind, Z. Laring Rhinol. Otol 40:860-863, 1961.
- 208 Brawn, R.L., et al.: Snuff dippers intraoral cancer; clinical characteristics and response to therapy, Cancer, 18:2-13, 1965.
- 209 Erich, J.E., and Kragh, L.V.: Results treatment of squamous cell carcinoma arising in mandibular gingiva, arch. Surg (Chicago) 79:100-105, 1959.
- 208a Catlin, D and Cady, B.: Epidermoide carcinoma of the gum, Cancer 23:551-569, 1969.
- 210 Krishnamurthi, S. and Shanta, V.: Evaluación of treatment of advanced primary and secondary gingival carcinoma, Brit. Med. J. 1:12-67-1263, 1963.
- 211 Martin, H.E.: Cancer of the gums, Amer. J. Surg. 54:765-806, 19-41.
CARCINOMA VERRUGOSO
- 232 Ackerman, L.V.: Verrugoso carcinoma of the oral cavity. Surg 23:670-678, 1948.
- 233 Ackerman, L.V., and Johnson, R.: Presentday concepts of intraoral histopathology, in proceeding of the second Nacional Cancer conference, New York., 1954, American Cancer Society, Incc. pp. 403-4-14.
- 234 Ackerman, L.V., and McGavran, M.H.: Proliferating benign and malignant epithelial lesion of the oral cavity, J. Oral Surg 16/400-413, 1958.
- 235 Brawn, R.L., et al.: Snuff dippers intraoral cancer; clinical characteristics and response to therapy, Cancer 18:2-13, 1965.
- 235a Cooke, R.A.: Verrucous carcinoma of the oral mucosa in Papua New Guinea, Cancer 24:397-402, 1969.
- 236 Duckerwooth, R.: Verrucous carcinoma presenting as mandibular osteomyelitis, Brit. J. Surg 49:332-337, 1961.
CARCINOMA DEL PALADAR DURO Y BLANDO.
- 244 Brawn, R.L., et al.: Snuff dippers intraoral cancer; clinical characteristics and response to therapy, Cancer 18:2-13, 1965.
- 245 Fletcher, G.H., and Lindberg, R.D.: Squamous cell carcinoma of the tonsillar area and palatine Arch, Amer. J. Roentgen 96:574-587, 1966.
- 246 Martin, H.E.: Tumors of the palate (benign and malignant), Arch. Surg. (Chicago) 44:599-635, 1942.