

19.30

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CANCER BUCAL

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

MARIE CAROLLE ALEXIS BIEN-AIMEE

Director de la Tesis: Dr. Victor Manuel Barrios Estrada





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
I.- HISTORIA CLINICA.....	4
II.- EXPLORACION FISICA.....	6
III.- CITOLOGIA EXFOLIATIVA.....	12
IV.- CITOLOGIA EXFOLIATIVA POR COLUTORIOS.....	15
V.- AZUL DE TOLUIDINA.....	19
VI.- BIOPSIA.....	22
CONCLUSIONES.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	35

INTRODUCCION

El Cáncer Bucal, en la actualidad tiene una importancia muy grande en el campo odontológico. El Cirujano Dentista está por lo tanto obligado a contribuir al control del -- cáncer, es bien sabido que en el manejo de pacientes cancerosos ocupa un lugar primordial en la preparación de estos pacientes para que puedan recibir radioterapia, en otros casos puede contribuir la construcción de Prótesis y rehabilitación del paciente. Si bien es importante el manejo del paciente canceroso es de mayor urgencia que el Cirujano Dentista se adiestre en la detección de este tipo de lesiones que con métodos sencillos se puede diferenciar de lesiones benignas.

Respecto a su origen sólo se ha interrelacionado algunos agentes a los que se les ha denominado 'carcinogénicos', -- que por sí solos no producen cáncer en el ser humano, aun -- cuando animales de laboratorio se producen casi a capricho, -- se requiere dos factores más que son: predisposición genética e incapacidad inmunológica del huésped.

Al tratarse de tres factores para la aparición del -- cáncer el Cirujano Dentista puede contribuir primero educando a sus pacientes para eliminar a los factores carcinogénicos ambientales y/o locales (irritantes): pobre o nula h^{ig}ie

ne bucal; descuido general de la boca; hábitos como el alcoholismo, tabaquismo, mascar tabaco, cáscara de nuez de betel; exposición excesiva a los rayos solares y productos de combustión. Principalmente aquellos pacientes en que se determine algunos cambios en la mucosa por ejemplo: Inflamación Crónica.

De la predisposición genética, se presume, aportaría una mutación cromosómica a la que se le da el nombre de predisposición presomática; una prueba de esto sería que existen familias que tienen un mismo cáncer, y pueden no evidenciarse en ausencia de los otros dos factores.

El cáncer se propaga por vía linfática y algunas veces por vía venosa, esta característica y la anatomía de la cabeza y cuello, hacen que el cáncer de la cavidad bucal sea característicamente agresivo; pues el de piso de la boca y lengua suelen tener como primer signo clínico metástasis regionales ipsilaterales, contralaterales o bilaterales.

La incapacidad inmunológica, que en opinión personal sería la gran determinante, es en general la incapacidad del huésped a inhibir el proceso de cancerización, esta incapacidad se relaciona con: desajustes hormonales, Síndrome de Plummer-Vinson, padecimientos hepáticos, avitaminosis, anemia, secuelas de sífilis, herpes, hongos, etc.

La terapéutica que se emplea para el cáncer se encuentra en vías de estudio; la cirugía oncológica requiere de recesiones radicales de los tumores, que cuando no se detectan en los primeros estadios resultan verdaderas mutilaciones -- que aun se combina con radioterapia y/o quimioterapia ambas-agresivas para las células normales. Estos medios ofrecen un 100% de curación a los cánceres tratados en los primeros estadios.

El uso de métodos en la detección y diferenciación de la patología bucal, se recomienda primero por lo expuesto en el párrafo anterior y segundo porque el Cirujano Dentista -- ocupará el sitio que le corresponde dentro de las profesiones sanitarias; en el presente trabajo se explican los métodos más sencillos para la detección y diferenciación del cáncer de la cavidad bucal, que al efectuarse rutinariamente requieren de poco tiempo.

I.- HISTORIA CLINICA

La elaboración de una historia clínica es bien conocida por lo que sólo se menciona algunos datos que en el caso que nos ocupa son de gran utilidad.

DATOS GENERALES:

Edad, Sexo, hábitos de higiene, tabaquismo, alcohólicos.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Tiempo de evolución, especificación de síntomas, problemas de deglución, al emitir palabras y al respirar principalmente.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Ataques recurrentes de enfermedades provocadas por virus, hongos, bacterias; desajustes hepáticos, enfermedades venéreas; síndrome de Plummer-Vinson; cáncer.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Antecedentes de cáncer, tuberculosis, padecimientos hepáticos y de enfermedades venéreas.

ESTADO NUTRICIONAL:

Avitaminosis y/o anemia.

Al tomar la historia clínica se puede obtener datos - que servirán de guía al llevar a cabo la exploración física, además de que se establece buena relación con el paciente, - muy útil para la proporción de datos, ya que algunas veces - se dificultan por el antiguo concepto de que el Cirujano Dentista sólo atendía problemas meramente dentales. Cuando se - ha logrado establecer una buena relación el paciente cooperará para facilitar la exploración clínica bucal, además colaborará atendiendo las indicaciones necesarias para una revisión anual para esta condición patológica.

II.- EXPLORACION FISICA

Se inicia tan pronto el paciente esté sentado en el sillón; asimetría de la cabeza, cara cuello; si es posible - manchas en la piel como salpullido o erupción, verrugas, lunares, úlceras y pigmentaciones; buscar datos patológicos en los labios, especialmente en la unión de estos con la piel.- Todo esto a primera vista, en cuanto el paciente empiece a hablar del motivo de la consulta, observar si existe algún problema al deglutir, en la emisión de palabras y/o al respirar. Si el motivo de la consulta no es un caso de urgencia o dolor intenso, bien conocido en odontología se continúa con la exploración, para la cual sólo se necesita: una fuente de luz, un abatelenguas, gasas, guantes de hule y tiempo mismo- que disminuirá al ir adquiriendo mayor habilidad para captar anormalidades en los tejidos bucales.

Con la boca del paciente ligeramente abierta, se hace una comparación de ambos lados de la boca: se ha calculado - que la mucosa vestibular constituye el asiento de alrededor- del 9% de los carcinomas intraorales. La zona involucrada -- con mayor frecuencia es el tercio medio del carrillo, a lo - largo de la línea de oclusión del segundo premolar, primero- y segundo molar, justo por debajo del orificio exterior del- conducto de Stenon. No es inusitado que su papila resulte in

volucrada por la extensión del cáncer. Al ir de la comisura labial hacia la región de las amígdalas, el pronóstico se hace cada vez más pobre. Rara vez se observan leucoplasias en esta zona, por lo que se pueden encontrar, disqueratosis, úlceras, erosiones y protuberancias; es necesario determinar - sus configuraciones, patrones, localización y si son bilaterales.

Se continúa revisando la mucosa bucal hacia el fondo de saco, la obliteración de una unión indica una inflamación o la presencia de algún nódulo. Durante este proceso las superficies bucales de las encías caen dentro del campo de revisión: color, hiperplasia, tendencia al sangrado, ulceraciones y lesiones blancas.

Como se llega a la zona del labio es importante revisar, ahora la zona de transición (bermellón) especialmente - en el labio inferior, a un lado de la línea media; aspectos verrucosos, úlceras exofíticas.

Para facilitar la inspección de los paladares, se indica al paciente que incline la cabeza hacia atrás, se recomienda el empleo del espejo para dirigir la luz: Observar si hay inflamación y localización, es recomendable extender la observación hasta la úvula y las amígdalas, esto se logra -- con una compresión ligera sobre la lengua para mejorar el --

campo visual. En el paladar el carcinoma de tipo infiltrativo se caracteriza como lesiones circulares y no elevadas, -- con un centro necrótico y bordes incurvados, elevados e indurados; sin embargo se presentan también como masas granulosas irregulares o papilares; estas últimas pueden mostrar un desarrollo considerable y simular de tal modo el aspecto clínico del papiloma senil; ambos tipos invaden el tejido conjuntivo subyacente y en el paladar duro, el hueso sufre una pronta invasión y penetración, en forma que resulta común la involucración del seno maxilar y de las fosas nasales.

A continuación se le indica al paciente que extendiendo la lengua, se examina primero el dorso de la lengua buscando principalmente manchas blancas, particularmente hay que observar si su superficie es frágil, dura, quebradiza o fisurada. Los tumores de la lengua se presentan generalmente como una lesión ulcerada; una mancha blanca o una tumoración, con bordes elevados y redondeados y firmes. Este tipo de tumores se encuentra en mayor incidencia, como primarios en los bordes laterales de la lengua; para examinar los bordes de la lengua, se tira de esta envolviendo la punta con una gasa: se tira primero un lado y se observa el opuesto, con esta maniobra queda a la vista parte del piso de la boca donde también se buscan el mismo tipo de lesiones aun cuando suelen aparecer más pequeñas.

Se pide al paciente que toque con la punta de la lengua al paladar, esto ofrece una buena visión del piso de la boca. Más de la mitad de los tumores intraorales se localizan en la lengua y el piso de la boca. Estos tumores varían desde unos milímetros hasta casi 8 cm. de diámetro, siendo los de la lengua de mayor tamaño que los de piso de la boca, y son los que pueden dar metástasis como primer signo, regional, o a distancia; es esta zona la que requiere mayor observación pues si no se detecta tempranamente sólo se podrá esperar una sobrevida de dos años.

Con el dedo índice se recorren todas las superficies de los tejidos, se puede palpar irregularidades y con una pequeña presión se puede descubrir tumores envueltos. La palpación bimanual, con un dedo externamente opuesto y el otro -- presionando el piso de la boca es útil para una mejor localización.

Para la palpación en la lengua se aplica anestesia tópica y es un procedimiento muy útil que no debe ser omitido. La palpación arroja datos importantes como: induración, fluctuación, movilidad de los dientes, etc. Debe de hacerse forzosamente con suavidad, pues las presiones bruscas pueden -- provocar diseminación del tumor.

GANGLIOS LINFATICOS DE LA CABEZA Y DEL CUELLO

(Identificación General)

GANGLIOS	AREAS APROXIMADAS
Submental	Labio inferior y encía anterior.
Submaxilar	Carrillo, mucosa bucal y encías.
Parotídeo	Partes superficiales y blandas de la cara, Pericraneos.
Preauricular	Porción anterior del pericraneos-región temporal, canto lateral - del ojo.
Subdigástrico o tonsilar	Cavidad nasal, amígdalas, - paladar blando y duro, faringe, laringe. Toda la cavidad oral drena a través - de este ganglio maestro.

Para palpar los ganglios submaxilares y submentales - se relajan los músculos suprahioides flexionando la cabeza. Es conveniente hacer la palpación comparativa en ambos lados para descubrir crecimientos asimétricos de los ganglios. Con un dedo en la boca se puede hacer palpación bimanual, esta - maniobra permite identificar la glándula submaxilar y los -- ganglios crecidos.

La palpación de las cadenas ganglionares se hace en - ambos lados del cuello.

Utilizando el pulgar y el resto de los dedos a manera de pinza se palpan los ganglios a todo lo largo de la vena - yugular. La otra mano apoyada sobre la cabeza, flexiona y ro - ta el cuello hacia el lado opuesto, lo cual facilita la rela - jación de los ganglios.

Los ganglios de la región supraclavicular y de la ca - dena espinal, se palpan con los dedos de una mano, mientras - que la otra, extiende y rota la cabeza hacia el lado opues - to.

III.- CITOLOGIA EXFOLIATIVA

El estudio de la citología exfoliativa se basa en una propiedad característica que presentan los epitelios escamosos estratificados, que es la de estar continuamente desca--mando células, las cuales pueden ser recolectadas por medio de un suave raspado de superficie epitelial y extendidas en frotis para estudio citológico, que permite demostrar las ca--racterísticas de un patrón normal o alteraciones estructurales, reflejo de un proceso patológico en desarrollo.

INDICACIONES:

- a.- En áreas expuestas a irritantes físicos o químicos; con apariencia sana.
- b.- En la valoración de pacientes asintomáticos con - lesiones de apariencia benigna.
 - 1.- Lesiones que no cicatrizan.
 - 2.- Ulceras de lenta curación.
 - 3.- Fisuras.
 - 4.- Zonas rojas y blancas.
- c.- Lesiones sospechosas de melanoma maligno.
- d.- Para conocer los resultados posradiación.

CONTRAINDICACIONES:

- A.- Algunos autores opinan que para lesiones muy queratinizadas, no es útil.
- B.- En lesiones evidentemente malignas.

METODO:

- A.- Limpiar el área por investigar con algodón o hisopo, para reducir la contaminación por células desprendidas de otras áreas. En las personas cuya higiene bucal sea deficiente, se sugiere practicarla antes de tomar el frotis, para eliminar los detritus alimenticios y restos celulares que se acumulan.
- B.- Con un abatelenguas encerado o previamente humedecido, se raspa la superficie que se desea investigar. Las lesiones blancas, generalmente, sugieren una superficie queratinizada, que debe ser raspada para removerla aunque sea parcialmente y hacer accesibles las células subyacentes que son las -- que presentan las atipias más acentuadas, procurando hacer el raspado con firmeza; esto se puede evitar si la lesión presenta alguna grieta o fisura por pequeña que sea, se extiende para tener acceso y lograr una adecuada resolución celular.

C.- Una vez recolectado el material celular, se extiende suavemente en la superficie central de un portaobjetos limpio, seco y previamente marcado para su identificación. Este paso debe hacerse con rapidez para evitar el secado del frotis.

D.- Se hace la fijación con el spray, cito fixer o bien sumergido el portaobjetos en una solución al 50% de alcohol etílico al 95% y eter etílico.

El siguiente paso es el envío al laboratorio con los datos útiles al citopatológico: Edad, sexo, zona anatómica de donde procede el frotis, tiempo de evolución, diagnóstico de presunción. Ya en el laboratorio la muestra es procesada por el método de Papanicolau que por sus técnicas se logra además una preparación fija.

IV.- CITOLOGIA EXFOLIATIVA POR COLUTORIOS

La toma de células por colutorios, gargarismos y lavados nasales, se utiliza por tomar una muestra representativa de la cavidad oral; este tipo de tomas se iniciaron con una solución salina normal (al 0.85% de NaCl), al parecer esta solución resultó tener propiedades antifisiológicas, que podía modificar la muestra, en la actualidad se utilizan soluciones con un control balanceado en sales como la fórmula de Gray. Una mezcla de iones, especialmente de calcio y magnesio en el fluido colector, provee el tipo de medio osmótico esencial para asegurar la estabilidad de la organización celular y la fiel conservación de los detalles nucleares y citoplásmicos que serán básicos para establecer diagnóstico.

INDICACIONES:

- A.- Como una revisión a la población en general, especialmente en aquella con antecedentes de alcoholismo y/o tabaquismo.
- B.- Para obtener muestras en pacientes en los que se sostiene y sospecha que tiene cáncer en la nasofaringe, haciendo una irrigación con la cabeza baja.
- C.- Para obtener muestra en pacientes en los que se sospecha cáncer de la faringe, usando la solución

como gargarismo.

D.- Como control habitual para pacientes con atrofas extensas o leucoplasias, que representan un riesgo considerable de cáncer intraoral.

E.- Para rovisión periódica a pacientes que han sido tratados de cáncer.

CONTRAINDICACIONES:

En general para obtener y parecer no tener contraindicaciones, aun que cabe recordar que en las lesiones queratinizadas la exfoliación de células malignas suele ser retardada. Y que en presencia de lesiones evidentemente malignas en que es preferible hacer biopsia para establecer el tratamiento adecuado.

METODO:

A.- Se prepara la solución salina balanceada, se describe la fórmula de Gray:

Na Cl	8.00	gr por litro
K Cl	0.375	gr por litro
Ca Cl ₂	0.275	gr por litro
Mg Cl ₂ .6H ₂ O	0.210	gr por litro
Na ₂ H PO ₄ .2H ₂ O	0.150	gr por litro
K H ₂ PO ₄	0.025	gr por litro

Glucosa 2.00 gr por litro
Na HCO₃ 0.250 gr por litro
Fase gaseosa, aire

Se incluye rojo fenol a 1/50 000 como indicador de pH, que es útil para evidenciar contaminación.

B.- Se filtra la solución para esterilizar (ultrafiltro).

C.- Se envasa la solución en frascos de 31.5 ml. y se guarda en el refrigerador.

D.- **Se indica al paciente que en una hora antes evite el contacto en la cavidad oral con agua o alimentos.**

E.- Que el paciente enjuague su boca con la solución que se administrará a temperatura ambiente, de 30 a 60 segundos.

F.- Se recolecta la muestra en una botella de boca ancha, estéril, y bien tapada se guarda en el refrigerador hasta su envío al laboratorio. El indicador generalmente toma un color amarillento.

El siguiente paso, es en el laboratorio, donde se centrifuga a 2500 r.p.m. durante 5 minutos, se fija el contenido celular en un portaobjetos y se procesa según la técnica de tinción de papanicolau.

CITODIAGNOSTICO:

Las características celulares de procesos degenerativos se han ordenado en orden de frecuencia:

- A.- Alteración en la relación núcleo citoplasma, reactividad de la cromatina, aumentada en grumos.
- B.- Plegamiento de núcleos, reforzamiento de la membrana en células profundas.
- C.- Fondo hemorrágico, pérdida de relación, núcleo citoplasma, hiperromatismo, núcleo geométricos.
- D.- Globos corneos con núcleos geométricos.

En todo un frotis puede localizarse algunas o todas - las características mencionadas o localizarse en una célula- varias atípicas. Por lo demás en una frotis pueden encontrarse células epiteliales normales, histiocitos polinucleados - en procesos de inflamación crónica, polimorfos nucleares, deficiencia de ácido fólico, amibas tricómonas periformes, can didiasis, infección viral, regeneración celular, eritrocitos, hongos y bacterias.

V.- AZUL DE TOLUIDINA

Colorante metacromático nuclear, agente histioquímico para determinar RNA y DNA; su empleo como indicador de lesiones premalignas y malignas se inició en 1964 por Niebel y -- Chomet; se basa en el hipercromatismo que caracteriza a las células malignas. En general está indicado para detección de cáncer masivo pues su costo es muy bajo.

METODO DE COLUTORIOS:

A.- Se hace un colutorio por diez segundos con soluciones salinas al 10%.

B.- Colutorio por diez segundos con agua acética al 1%.

C.- Colutorios de azul de toluidina al 1% por 30 segundos.

D.- Colutorio de agua acética al 1%.

Este método se utiliza cuando no se ha localizado algunas lesiones sospechosas en el examen clínico.

METODO DE APLICACION:

A.- Limpiar la lesión a observar con una gasa embebida con solución salina al 10%. A partir de entonces no dejar que se humedezca en el área con saliva.

B.- Limpiar con agua acética al 1%.

C.- Secar con aire.

D.- Aplicar azul de toluidina al 1% con hisopos; algunos autores recomiendan colocar una esponja con azul de toluidina por 20 seg.

E.- Se limpia la zona con agua acética al 1%, para quitar excedentes de toluidina.

Cuando la lesión es benigna la tinción resbala, no se fija, si hay captación la malignidad se encuentra en proporción directa; mayor captación - mayor malignidad - mayor anaplasia.

CITOCROMODIAGNOSTICO:

Este método se inició en el Hospital General de la S.S.A. en el pabellón de Oncología y Odontología en coordinación con unidad de Anatomía Patológica del mismo centro hospitalario, de los resultados obtenidos surgió la Campaña Nacional de Detección de Cáncer Bucal a partir de 1976. Consiste en utilizar el azul de toluidina como indicador y la citología exfoliativa como medios de diagnóstico masivo. Pues el costo de este método bajo y en el caso de la S.S.A. lo aplicaría personal auxiliar supervisados por un Cirujano Dentista.

Los métodos fueron descritos con anterioridad, y sólo cabe mencionar de que si el frotis se toma antes de que la tinción desaparezca debe indicarse junto con los datos que se

envíen con el citopatólogo. Los datos obtenidos por este método pueden ser el falso positivo por el indicador contra el negativo del citodiagnóstico o bien puede aparecer un falso negativo del indicador contra el positivo del citodiagnóstico.- En estos casos discordantes es recomendable un examen físico-completo para verificar impresiones clínicas; por lo que se vuelve a tomar un frotis de la zona clínicamente afectada y una nueva tinción, después de la toma del frotis reforzará el diagnóstico clínico. Una vez unificado el criterio clínico -- con el citopatológico se remite a atención especializada a -- los enfermos que lo requieren.

VI.- BIOPSIA

Las finalidades de una biopsia son establecer un diagnóstico, determinar el grado de malignidad de una lesión es- el grado de radiosensibilidad, señalar el grado de invasión- local y regional.

INDICACIONES:

- 1.- En casos donde el citocromo-diagnóstico y las ob- servaciones clínicas no coinciden.
- 2.- Como medio para establecer terapia a seguir.
- 3.- Biopsia transoperatoria, para conocer si los lími- tes quirúrgicos han sido los adecuados.

CONTRAINDICACIONES:

- 1.- Tumores malignos pigmentarios sospechosos de mela- noma. Nunca deben de incisionarse.
- 2.- Biopsia ocasional escisional con alteraciones ma-- lignas; dentro del consultorio dental.
- 3.- Nunca deben biopsiarse lesiones malignas vascula-- res extensas.
- 4.- Los tejidos radiados NUNCA deben biopsiarse; ninguna intervención quirúrgica.
- 5.- Nunca debe usarse bisturí eléctrico para biopsarse incisionales.

TIPOS DE BIOPSIA:

- 1.- Biopsia Incisional: es la remoción parcial de -- una lesión más un margen de por lo menos 0.5 cm. - de tejido normal adyacente.
- 2.- Biopsia Escisional: Es la extirpación total de lesiones; y debe abarcar tejido sano circundante en un mínimo de 0.5 cm. incluyendo profundidad.
- 3.- Biopsia punción y aspiración: la toma de muestra - se efectúa mediante la introducción de una aguja - **variable de acuerdo a la estructura u órgano que - se desea examinar.**

Se entiende por biopsia aspirativa, la introducción de la aguja seguida de aspiración con jeringa; y por punción - cuando además se emplean cánulas diversas que por su acción - cortante permite obtener muestras cilíndricas del tejido en - estudio. Por las características de las muestras de este tipo de biopsia podría considerarse que se trataba sólo de la obtención de algunas células que no se sabe si son las más representativas de la lesión por ser un estudio a ciegas; si se agrega que las células cancerosas tienen la capacidad de im-plantarse y formar "Campos de cancerización" se concluye que no es recomendable para los casos en que se sospeche de malignidad, aun cuando su campo es reconocido en lesiones benignas.

La biopsia escisional tiene bien delimitado su uso en el consultorio dental, es decir, se utiliza sólo para lesiones francamente benignas. Pues si se practica en lesiones malignas. Y como se mencionó es más sugestible emplearla para establecer el tratamiento adecuado.

METODO:

Los requisitos de las piezas de biopsia son:

- A.- Que la pieza sea la más representativa de la lesión y que contenga una porción de tejido sano adyacente.
- B.- Evitar extensas zonas necróticas que hagan perder los detalles celulares.
- C.- Suficiente cantidad de tejidos:
 - 1.- Biopsias profundas y estrechas, pues las amplias y superficiales a veces muestran sólo cambios por necrosis y no se aprecian los cambios celulares profundos que suelen ser los más característicos.
 - 2.- Es preferible enviar varias muestras pequeñas que una de gran tamaño; principalmente porque el conservador no penetraría en el centro antes de que se produjeran cambios autolíticos.
- D.- Evitar la distorsión de la muestra por instrumental

ción innecesaria; manipulación o cortes por curiosidad.

E.- Conservar los detalles y evitar autolisis con un lavado inmediato con agua fría y fijación después de la toma.

F.- Acompañar la muestra con datos de utilidad para la mejor interpretación: edad, sexo, zona anatómica - de donde procede la pieza, breve historia clínica - del caso sin olvidar anotar el tiempo de evolución y el diagnóstico de presunción.

SELECCION DEL SITIO A BIOPSIARSE:

A.- Que la zona no haya sido tratada con droga y/o colorantes. Pues podría provocar confusiones al histopatólogo.

B.- Que la región a biopsiarse sea en realidad la más representativa de la lesión.

C.- Se debe seleccionar un lugar que cause el menor -- disturbio posible en la estructura íntima y en la adyacente.

La línea de incisión debe ser planeada para poder extenderse desde el centro de la lesión, cruzar sus bordes en ángulos rectos e incluir, por lo menos, medio centímetro de tejido normal.

La preparación del lugar debe hacerse con las reglas - de asepsia y antisepsia empleadas en cirugía bucal; algunos - autores recomiendan limpiar el área con cloruro de belzal; -- con zonite y/o con suero fisiológico.

En general debe ser campo operatorio e instrumental es t^éril.

No debe anesthesiarse para biopsia, en caso de hacerlo - se recomienda que sea troncular; o premedicación para relajar y tranquilizar especialmente si se va a biopsia en lengua.

Para la prevención de hemorragia se colocan suturas hemostáticas antes del corte.

INSTRUMENTAL:

Esponjas de gasa.

Pinzas.

Bisturí con hojas No. 11 o 15

Suturas apropiadas.

Agujas para sutura.

Portaagujas.

Tijeras.

Franco de boca ancha conteniendo formalina al 10%
con un volumen de 15 a 20 veces el volumen
de la pieza.

Anestesia.

Seleccionado y preparado el lugar a biopsiar; se colocan puntos de sutura, en los extremos de la muestra a incidir para que después del corte pueda retirarse la pieza tirando de ellos; se traza la incisión elíptica, primero se hace el corte en el tejido sano procurando siempre una profundidad adecuada, se prosigue hacia el centro de la lesión, se completa el elipse y se retira la muestra por medio de la sutura. Se lava la pieza con agua fría y se conserva en la formalina para su envío al laboratorio.

Generalmente no es necesario suturar, sino presión suave ejercida durante varios minutos para lograr hemostasia --- cuando se biopsia mucosa bucal; en labios, lengua o piel con uno o dos puntos de sutura es suficiente. Después de la toma si es recomendable un poco de anestesia por infiltración local, más aun si es necesario suturar y evitar molestias después de la toma.

COMPLICACIONES:

Cuando se toman las medidas de asepsia y antisepsia como en cualquier intervención quirúrgica, no es necesaria la administración de antibióticos. La hemorragia no es un problema corriente cuando se evitan los tumores vasculares. Aunque cabe hacer notar que las lesiones malignas sangran al corte, pero a esto no se considera hemorragia pues es un sangrado mo

mentáneo.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS:

Se considera adecuado tener en mente algunas respuestas para satisfacer las dudas de los pacientes:

- ¿En qué porción o proporción se presenta el Cáncer Bucal?
- El cáncer de boca representa el 5% del CA humano y el 20% de CA de cabeza y cuello.
- ¿Existe alguna relación entre la edad y sexo de las personas y el cáncer?
- Evidentemente las personas mayores de 30 años son más propensas, pero indiscutiblemente existen otros factores.
- Parece ser que es más frecuente en el sexo masculino, especialmente por los hábitos.
- ¿Existe alguna relación entre higiene bucal y cuidado de los dientes y la aparición del cáncer?
- Las estadísticas demuestran que existe mayor incidencia de CA en personas que descuidan su salud bucal, que en aquellas que observan buena higiene y conservación.
- ¿Por qué se recomienda una revisión anual con el Cirujano Dentista?
- Porque el Cirujano Dentista elimina factores que irritan o lesionan los tejidos blandos de la boca, si no se elimi

nan estos factores las lesiones pueden tornarse malignas con el correr del tiempo.

- ¿Cuáles son esos factores que lesionan a los tejidos y -- que en terrenos predispuestos pueden desencadenar un CA?
- Bordes filosos y cortantes de dientes: las caries sin tratar; restos radiculares; dentaduras desajustadas, obturaciones mal adaptadas y sepsis bucal.
- ¿Existen algunos hábitos que predisponen al CA?
- Existen hábitos que pueden parecer inocentes como el acostumbrar la alimentación demasiado condimentada o irritante; la exposición continua a los rayos solares; el hábito de fumar así como el alcoholismo.
- ¿Por qué deben hacerse analizar las lesiones bucales tan pronto se presenten?
- Porque de no hacerse, pueden ser que con el tiempo se tornen malignas.
- ¿Qué métodos son los que se emplean para detectar este tipo de lesiones?
- La más importante es la exploración física, que se refuerza con las pruebas de laboratorio.
- ¿Qué es una biopsia?
- Es la toma de un trozo de tejido, se envía al laboratorio para su análisis. Y determina así el tipo de lesión.

- ¿Es dolorosa la biopsia?
- Es una operación sencilla completamente indolora.
- ¿Es el CA una enfermedad contagiosa o hereditaria?
- No hay evidencia de que sea contagiosa; pero si existen - antecedentes familiares o personales de CA, es recomendable hacerse revisiones periódicas.
- ¿Es curable el CA?
- Es curable en un 100% cuando se hace la detección temprana.
- ¿En que consiste la terapia?
- Según el caso: se hace la extirpación quirúrgica y se combina con radioterapia y/o quimioterapia. En lesiones muy-pequeñas con la radioterapia es suficiente.

CONCLUSIONES

Se dice que la detección oportuna de cáncer bucal se logra en un 50% por lo menos, dependiendo del conocimiento de los tejidos bucales y habilidad para distinguir con el estudio clínico del paciente las anomalías que se presentan en estos y densidades. Esto sólo se puede lograr mediante el entrenamiento al conocimiento del tejido sano, pues conociendo las características de cada una de las zonas anatómicas en estado de salud es más factible el reconocimiento de anomalías por incipientes que estas sean. Por tal motivo es recomendable en cada uno de los pacientes se pierda un poco de tiempo en la observación interna de la cavidad bucal, pues al hacer rutinariamente esta revisión se aprende a ganar tiempo y habilidad en el reconocimiento de los tejidos.

Con el uso de un indicador como el azul de colutina se aumenta las posibilidades de una detección oportuna, especialmente porque tiene la característica de marcar las zonas que requieren mayor atención. Es conveniente que para aprender los matices que ofrece el indicador en cada zona anatómica se aplica en tejidos sanos; con esto se conoce que en lengua aparentemente se fija y que al limpiar con el agua acética al 1% la tinción se limpia. En lesiones francamente benignas también

se aplica con este fin, así se conocerá el aparente hiperchromatismo en úlceras aftosas y virales, por su centro necrótico.

El uso de la citología exfoliativa es de gran utilidad, pues para el Cirujano Dentista no constituye un problema tomar células en descamación y le puede reportar grandes beneficios en cuanto a que con el citodiagnóstico se conoce el estado microscópico de una lesión.

El uso del azul de toluidina y la citología exfoliativa se habían venido usando aisladamente; en la S.S.A. combinaron estos dos métodos y le dieron el nombre de citocromodiagnóstico. Y es la utilización en el consultorio de dos auxiliares de diagnóstico, el primero salió del laboratorio para hacer tinciones en vivo y observarlas microscópicamente lo que definitivamente lo torna un instrumento clínico; respecto a la citología exfoliativa ofrece un respaldo para el laboratorio para las impresiones clínicas. El citocromodiagnóstico es muy recomendable para la detección de cáncer bucal, pues aun cuando no se podría instituir un tratamiento con los datos -- que se tengan si se obtiene lo que requiere el Cirujano Dentista para remitir a un paciente canceroso a un tratamiento oncológico adecuado. Pues con este método sólo se conocerá si la lesión es maligna o no.

De los métodos que se han descrito no hay uno sólo que

sustituya a la biopsia; por lo que algunos autores consideran inoperantes a la citología exfoliativa como prueba de laboratorio clínico, para otros tienen gran valor en el diagnóstico del cáncer y para diferenciación de tumores benignos, y aun - proclaman no substituye a la biopsia pero permite que se hagan con planos de seguridad. Si a esto último se agrega que - las finalidades de una biopsia es establecer el grado de malignidad, grado de sensibilidad, señalar el grado de invasión local y regional datos que sólo son necesarios para el especialista para determinar el tratamiento más adecuado de la lesión.

La inclinación hacia los métodos mencionados, sin utilización de biopsia, se debe principalmente a los siguientes aspectos:

- A.- El melanoma maligno no siempre se presenta bien diferenciado macroscópicamente.
- B.- Al biopsarse una lesión maligna se acelera el proceso de metastasis y/o de crecimiento.
- C.- En general, los pacientes le temen más a una biopsia que a un frotis.
- D.- Se menciona por último la falta de habilidad de algunos profesionales para la obtención de una muestra adecuada.

Por último es deber del Cirujano Dentista que tan pronto detecte una lesión maligna lo notifique al paciente preferentemente a un familiar cercano para que juntos conozcan la urgencia de establecer la terapia necesaria en un centro especializado para lograr superar los riesgos de mortalidad por esta causa.

BIBLIOGRAFIA

Departamento de Medicina Preventiva y Social ISSTE

Procedimiento Preventivos en Odontología

Manual No. Pag. 15 55-58 1975.

George N. Grene Jr.

Detección and diagnosis of oral maligneasis.

State New York - Belfalo New York

J. Sur. Oncor 6 (4: 227 - 29 - 1974) Artur.

Mitchell, Stadish - Fast

Propedéutica Odontológica

1964. Pag. 82 - 98 Cap. 5

E. Obrapalska, Z. Cadel and. J. Constirka.

Cytological Evaluation of the Epithelium of the oral cavity in
patientes wyht malignant neoplans.

Institut Oncor, Krakow Poland)

Nowtoory 23 (1 - 2) 25 - 9 1973.

Rodríguez Cuevas Hector

Cáncer de la Lengua.

Semana Médica de México. 1022 Sep. 13 - 1964.

Año XXI Vol. LXXX No. Pag 10. 3-13- 320.

Sinai, N. Chavez, M.M.

Manual de Odontología Sanitaria, primer tomo.

Pag 43 - 45.

Guillermo Valenzuela Quezada.

Cilología Exfoliativa de la Boca y su Relación en el Tabaquismo
y Carcinoma Oral.

México - Escuela Nacional de Odontología U.N.A.M. 1962.

Varela Gerardo Ruiz Gómez

Simposium Biología actual de Cáncer.

Academia Nacional de Medicina 1967.

Apuntes de Cirujía Bucal

Dr. Víctor Manuel Barriosa 1967.

Apuntes curso detección de Cáncer Bucal.

Pabellón de Oncología y Unidad de Patología.

Hospital General de México. S.S.A.

Dr. Guillermo Valenzuela

Dra. María Antonieta Serrano Espinoza

Dra. Patricia Alonso de Ruiz.

Dr. Hector Rodríguez Cuevas 1977.

Apuntes curso carcinoma de la Orofaringe

Fundación para el Diagnóstico Temprano del Cáncer 1977.

