

103°
279



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**DIAGNOSTICO EN NEOPLASIAS BENIGNAS Y
MALIGNAS.**

T E S I S

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

Raymundo Omar Elizondo Romo



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.

I.- INTRODUCCION

El Dentista debido a su intervención en el mantenimiento y restauración de la salud dental, asume cierta responsabilidad para con sus pacientes, con respecto a que nuestra profesión es en la que más fácilmente se puede diagnosticar precozmente el cáncer bucal u otro padecimiento de carácter neoplásico.

El Dentista esta capacitado para detectar o calificar las enfermedades tumorales de la boca.

Hay otra ventaja, a la Odontología que contribuye en forma importante a las cualidades diagnósticas del dentista debido sobre todo a la misma naturaleza de su ocupación, el dentista necesariamente debe mirar, palpar y trabajar sobre y dentro de los diversos tejidos de la boca.

Estos contactos frecuentes e íntimos con la boca de cada enfermo en su práctica médica, conduce invariablemente a una acumulación de conocimientos, experiencias y habilidad que muy difícilmente puede conseguirse a través de otra rama de la ciencia médica.

En el presente trabajo sobre neoplasias veremos lo relacionado a los sinónimos de tumoración ya sea Benigna o Maligna.

El término tumor se usa refiriéndose a cualquier agrandamiento de tejido localizado o cualquier crecimiento ya sea la enfermedad de natu

raleza inflamatoria Quística o neoplásica. La mayoría de cánceres de la boca son tumores, pero no todos los tumores son cancerosos.

Unicamente se estudiara en el presente - escrito la clasificación de las neoplasias, debido a la gran confusión que existe en la nomenclatura de todo tipo de tumoración.

Trataré de resumir lo mas importante y elemental para poder diagnosticar y conocer un proceso neoplásico.

Neoplasia es sinónimo de tumor, por lo tanto las neoplasias pueden ser Benignas y Malignas. Tumor Benigno estos crecen por contiguidad, suelen estar encapsulados, por lo que no invaden los tejidos vecinos. Su desarrollo es lento y no se extienden a partir de su foco de origen, salvo por crecimiento propio. No producen metastasis sólo lo matan si ocupan zonas vitales, como ciertas partes del cerebro. Estos tumores pueden ser tratados mediante intervenciones relativamente conservadoras.

Tumores Malignos, estos son sumamente peligrosos, crecen muy rápidamente y son muy traicioneros, los tumores malignos siempre resultan mortales dondequiera que se encuentren un tumor maligno de dedo, oreja, lengua, hígado, pulmón o estomago son mortales.

Los Tumores malignos tienen una cápsula muy en doble o no tiene ninguna. El tejido maligno de rápido desarrollo, invade tejidos vecinos -

mandando cordones o ramificaciones de células anormales en muchas direcciones.

Estas células malignas penetran a los vasos linfáticos o sanguíneos y pueden expandirse - desde su foco de origen, dando lugar a focos secundarios de lesión maligna, esta tendencia a la metastasis hace de cualquier tumor maligno un caso - de urgencias.

De acuerdo con los estudios que se han hecho en la última década sobre el cáncer bucal se - ha llegado a la conclusión de que cada día existen individuos con padecimientos cancerosos cada vez - más complicados.

Por lo que concierne a todos los dentistas hacer incapie en la evolución y conocimiento - de todo cáncer en la Humanidad. Para así poder -- brindar quizá una atención preventiva o al menos - una esperanza de curación para los enfermos cancerosos.

Muchos pacientes con cáncer bucal solicitan el diagnóstico y la curación de sus males al - dentista antes que al médico. Por lo cual parece - correcto que el problema del control del cáncer bu - cal, compete más a los dentistas por ocupar primariamente la cavidad bucal en la cual se basa la - profesión al experimentar y observar a diario la - boca de los pacientes. Por lo que los dentistas - debemos esforzarnos por convertirnos en guardianes de cáncer bucal, y estar más concientes en realizar exámenes periódicos a cualquiera de los pacien - tes que pudiere estar sospechoso de tener algun - proceso de caracter neoplásico ya sea Benigno o Ma - ligno

II.- DIAGNOSTICO

El Diagnóstico es la habilidad y destreza del clínico para descubrir, reconocer y saber la naturaleza del proceso patológico, estar familiarizado con las cualidades, la evolución y el desarrollo de la anomalía.

El Diagnóstico es un requisito indispensable del tratamiento, el objetivo del diagnóstico - es sugerir y proporcionar una base segura para el plan terapéutico.

Para tener éxito en el diagnóstico, se deben conocer y saber la naturaleza del proceso, signos clínicos de la enfermedad las facetas relacionadas con ellas, las causas, Patogenia y manifestaciones Rontgeonológicas e Histopatológicas para establecer un diagnóstico seguro se han utilizado numerosos métodos y técnicas como son:

El Diagnóstico Clínico.

El Diagnóstico Radiológico.

El Diagnóstico por datos Anamnésicos.

El Diagnóstico de laboratorio.

El Diagnóstico Quirúrgico.

El Diagnóstico Terapéutico.

El Diagnóstico Inmediato.

El Diagnóstico Diferencial.

El Diagnóstico Clínico.- Es la identificación de una enfermedad basada solo en la observación y valorización de los signos y síntomas clínicos de la identidad patológica (Los que son observados con los ojos o palpables manualmente).

Sin acudir a datos o a información de otro Origen, este método de diagnóstico se practica con frecuencia y puede llevar a menudo a establecer un diagnóstico correcto.

Diagnóstico Radiológico.- El diagnóstico rontgenográfico se parece al diagnóstico clínico-excepto en que los caracteres y criterios diagnósticos se obtienen de radiografías y no de fuentes clínicas, este método cuando se usa sin recurrir a datos de otras fuentes, constituye también un medio rápido de identificación, pero al igual que en el diagnóstico clínico, el radiográfico debe limitarse a la identificación de aquellas enfermedades cuyas características y aspecto radiográficos sean específicos y patognómicos. Por ejemplo, la identificación de la mayoría de odontomas se hace fácilmente al advertir la presencia de la imagen radiográfica característica de esta enfermedad.

Diagnóstico a través de los Datos Anamnésticos.- En muchos casos se establece un diagnóstico valorando de forma adecuada de información obtenida al realizar la Historia Clínica personal, como la edad, sexo y ocupación del enfermo, a la luz de la información obtenida por métodos clínicos, Rontgenológicos o ambos puede ser importante de cara al diagnóstico algunas enfermedades de la boca son características de ciertas edades, otras características de sexo o del tipo de trabajo.

La edad o el sexo del enfermo casi nunca establece el diagnóstico mediante la valorización familiar, la historia del estado médico pasado y presente del enfermo a menudo tiene importancia diagnóstica.

De gran importancia es la información obtenida de antecedentes de ingesta de medicamentos y reacciones Alérgicas, ya que un diagnóstico se conforma con estos datos.

Diagnóstico de Laboratorio.- Desgraciadamente, muchos problemas diagnósticos no se pueden resolver únicamente por los datos clínicos, Radiológicos o Anamnésticos, sino que se resuelven solo después de obtener ciertos resultados positivos y significativos de las pruebas de laboratorio pertinentes en otras palabras, para establecer un diagnóstico seguro puede ser necesario completar el cuadro clínico, las observaciones radiológicas y los datos Anamnésticos con los resultados de las pruebas de laboratorio.

Diagnóstico Quirúrgico.- No es raro que el diagnóstico de la enfermedad se establezca mediante la exploración Quirúrgica.

La sospecha de un absceso perióístico se confirma mediante una incisión que produce la liberación de un exudado purulento. Existen lesiones que sólo pueden identificarse de forma definitiva por medio de la exploración Quirúrgica.

Diagnóstico Terapéutico.- A veces, el diagnóstico se establece después de un período inicial de tratamiento en otras palabras, hay enferme

dades cuya identidad es difícil de establecer basándose en su cuadro clínico, datos Anamnésicos, técnicas de laboratorio, o ambos pero que se reconocen de forma segura por su rápida respuesta al tratamiento específico. De esta forma la respuesta al tratamiento nos da la clave del diagnóstico.

Aunque este procedimiento se emplea a menudo, se recomienda que se use solo en aquellos casos en los que el diagnóstico no puede establecerse fácilmente de otra forma.

Diagnóstico Inmediato.- El término de diagnóstico inmediato se usa para referirse al procedimiento de identificación que se hace literalmente (en el mismo sitio), por ejemplo un rápido o inmediato diagnóstico basado en datos mínimos, si estos son clínicos, radiográficos o de otro tipo.- Así, un diagnóstico inmediato se basa por lo general en sólo una o dos sugerencias clínicas o radiográficas sin que las corroboren datos obtenidos por la Anamnesis laboratorio u otras fuentes.

Aunque un diagnóstico inmediato puede considerarse como una forma de diagnóstico clínico o radiográfico, y aunque también puede ser correcto, el clínico más experto evitara este procedimiento.

Diagnóstico Diferencial.- El método diagnóstico de más confianza es aquel conocido como Diagnóstico Diferencial, es el método que por su misma naturaleza, proporciona el mayor grado de seguridad se admite que el término diagnóstico diferencial es una redundancia ya que cada palabra sugiera un proceso de identificación. Sin embargo, ya que el diagnóstico diferencial es el uso común-

y supone el empleo de métodos de diagnóstico, amplios y completos, es decir, acumulación y elección de datos importantes a partir de todas las posibles fuentes antes de establecer un diagnóstico-definitivo, es el que nosotros preferimos aplicar.

Para ampliar esta técnica de diagnóstico-con éxito, son de gran importancia tanto los conocimientos como la habilidad. Una perfecta familiarización con la forma del proceso patológico, afecta a la boca y a los maxilares, el estar enterado de las técnicas de laboratorio adecuadas, así como de la importancia de los resultados alterados.

Y sobre todo, la destreza necesaria en la preparación de las partes diagnósticas del caso - Historiado es todo ello de vital importancia en el Diagnóstico Diferencial.

III.- NEOPLASIAS BENIGNAS.

En la boca y en los maxilares pueden presentarse neoplasias benignas, de gran variedad de tipos celulares. Entre ellas se encuentran:

El Fibroma (Fibroblastos).

El Papiloma (Epitelio Escamoso).

El Lipoma (Celulas Grasosas).

El Adenoma (Celulas Secretoras).

El Mixoma (Celulas Embrionarias).

El Osteoma (Celulas Oseas).

El Condroma (Celulas Cartilagosas).

Algunas veces se han encontrado neoplasias benignas de más de un tipo de celulas como el:

Fibrolipoma y Osteofibroma.

Es necesario comprender la naturaleza e importancia de las neoplasias para poder y saber diferenciarlas de los tumores inflamatorios.

Las Neoplasias Benignas son masas sin un objetivo determinado. Las neoplasias benignas pueden transformarse en malignas y aunque en la boca y maxilares se admite que la cifra de transformaciones es muy baja.

DIAGNOSTICO DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS.

En muchos casos el diagnóstico de la neoplasia benigna se establece gracias a sus caracteres clínicos específicos, la identificación del tipo celular específico es muy difícil, por no decir imposible. El dentista experimentando puede reconocer el fibroma cuando su cuadro clínico es (de libro), es decir una masa redondeada, prominente, pedunculada, color rosa pálido y de consistencia dura, y de forma parecida puede diagnosticar los papilomas y los hemangiomas por el aspecto blanco grisáceo, verrugoso del primero y el color rojo púrpura del último.

Pero se encuentran muchas neoplasias benignas que han perdido su aspecto característico o que están modificadas por irritaciones superficiales, lesiones traumáticas e infecciones secundarias, lo que hace que el diagnóstico del tipo de células sea difícil. Aun más algunas neoplasias benignas no tienen aspecto clínico característico, como ocurre en el fibrolipoma, adenoma, mixoma y otras. Sin embargo, es evidente que el especialista debe contar más con su capacidad para reconocer la neoplasia benigna que para identificar el tipo celular.

Aun más, la sola diferenciación de una (neoplasia benigna), independientemente del tipo celular de una maligna prepara el próximo paso diagnóstico.

La actuación habitual en la mayor parte -

de neoplasias benignas consiste en la eliminación de todo tumor y someter la muestra Quirúrgica a un estudio microscópico para establecer un diagnóstico definitivo. Por otra parte, cuando exista la más mínima sospecha de que el tumor pueda ser maligno, se realizará una incisión biopsica en vez de realizar una biopsia de material extirpado y se obtendrá el diagnóstico histológico antes de realizar el tratamiento definitivo.

Por ello, ya que la principal responsabilidad de dentista práctico en el diagnóstico de los tumores radicará en diferenciar entre un proceso benigno y un maligno., deberán subrayarse las características clínicas de cada proceso más que las de cada tipo celular.

Ya que las neoplasias benignas se presentan tanto en los tejidos blandos de la boca (periféricas), como en la mandíbula o maxila (centrales o intraóseas), es necesario que describamos el aspecto clínico de cada grupo.

1.- NEOPLASIAS BENIGNAS PERIFERICAS.

La mayor parte de las neoplasias benignas de la boca se pueden ver y palpar, mediante estas fuentes de información, al igual que ciertos datos Históricos, el clínico puede establecer su diagnóstico.

Las Neoplasias Benignas se presentan como unas masas que hacen prominencia, en distintos grados, hacia el interior de la cavidad de la boca. - Sus superficies son bien delimitados y a menudo toman una forma ovoidea o elíptica. Muchas se adhieren a los tejidos que hay por debajo mediante un estrecho pedículo (sup. pedunculadas), dato que por si solo ya hace pensar en un tumor benigno. - Otras son sésiles, es decir, su adherencia es tan ancha como el propio tumor. Por lo general puede apreciarse una línea de demarcación, que separa el tumor del tejido contiguo normal.

La palpación Digital muestra una gran facilidad de movimientos, es decir, el tumor puede moverse libremente sin deformar los tejidos vecinos. La palpación de los tejidos de la boca que normalmente ya se puede comprimir como son la lengua, suelo de la boca y las mejillas. Cuando el tumor se localiza en los tejidos adherentes, como en la encía o en el paladar duro, la delgadez de estos tejidos (blandos), así como su gran adherencia al hueso subyacente impide que se encuentren signos de movilidad y de falta de induración.

Los síntomas que presenta el enfermo suele tener poca importancia diagnóstica, ya que la mayor parte de las quejas de dolor, Hipersensibilidad o malestar que acompañan a las neoplasias benignas están totalmente relacionadas con factores secundarios más que con el mismo tumor por ejemplo:

Un traumatismo superpuesto o una irritación que causen inflamación y ulceración, o una infección y necrosis. A veces se encuentra una neoplasia benigna muy grande que por su tamaño o por su localización pueden dar lugar a molestias que interfieran la masticación, el habla y la deglución.

- HISTORIA CLINICA -

La mayor parte de las neoplasias benignas se reconocen fácilmente por su peculiar y característico aspecto clínico. Sin embargo, los datos anamnésticos pueden ser de gran valor diagnóstico, sobre todo cuando el aspecto de la lesión se ha visto modificado por irritaciones superpuestas o no puede distinguirse bien de una neoplasia maligna.

Por ejemplo, una historia de dos o más años de duración, junto a un conocimiento cierto de que el tumor ha crecido un poco o nada, en los últimos meses, es de gran importancia diagnosticar una historia de larga duración y de crecimiento lento hace pensar más en una neoplasia benigna que en una maligna.

- TECNICAS DE LABORATORIO -

Siempre está indicado hacer una exploración histológica de la masa tumoral. Cuando el diagnóstico clínico es ciertamente el de una neoplasia benigna, el estudio microscópico puede realizarse en la pieza quirúrgica; pero cuando existen dudas, o cuando hay la más mínima sospecha de una neoplasia maligna, es mejor realizar una incisión biopsica.

- TRATAMIENTO -

Con pocas excepciones está indicado realizar una extirpación del tumor, dependiendo la técnica elegida de la destreza y experiencia del especialista.

- LESIONES ESPECIFICAS -

Fibroma.- El Fibroma es la neoplasia benigna de la boca más frecuente. Se presenta en personas de todas las edades y con igual frecuencia en ambos sexos y puede proceder de casi cualquier tejido blando de la boca, aunque casi siempre se encuentra en la lengua o en las encías.

Aspecto Clínico.- Generalmente el fibroma tiene todas o casi todas las características clínicas de una neoplasia benigna. En la forma típica, sin que se haya complicado por irritaciones superpuestas o por traumatismos, es una masa prominente de tamaño variable (desde unos milímetros o varios centímetros de diámetro); el tumor es de superficie lisa y de superficie curva simétrica, redondea

da, ovalada o elíptica, su base puede ser sesil pero generalmente se adhiere a los tejidos subyacentes por medio de un estrecho pedículo, con lo que resalta aún más su caracter localizado y bien limitado; su color suele ser parecido al de los tejidos normales contiguos o algo más palido; y su consistencia es semisólida o dura. Sin embargo, pueden encontrarse fibromas (blandos). Su consistencia se debe a un contenido de tejido fibroso menos compacto que el de la lesión típica.

Cuando se localiza en el interior de tejidos que se pueden comprimir (mucosa bucal, lengua, tejidos del suelo de la boca).

El fibroma puede desplazarse con facilidad de uno a otro lado sin alterar los tejidos que lo rodean, lo que hace pensar también en un tumor benigno, no invasor. Por otra parte, aquellos fibromas que se desarrollan a partir de tejidos blandos fijos, muy adheridos (tejidos del paladar y de la encía), no tienen esta libertad de movimientos. La palpación de los tejidos que rodean la base del tumor muestran una simetría y consistencia normales indicando, una vez mas, la falta de invasión o infiltración de las estructuras vecinas.

Aquellos fibromas que se originan en el tejido conjuntivo más profundo de las mejillas, la labios o lengua presentan un aspecto distinto. Pueden descubrirse por un bulto de ligera prominencia en los tejidos orales. Sin embargo, la palpación muestra una masa bien limitada, dura y no dolorosa de fácil movilización, que se desliza libremente por debajo de la membrana mucosa.

Se encuentran muchas variantes de los caracteres clínicos del fibroma. Cuando estas lesiones se localizan entre los dientes su forma generalmente redonda se altera por las estructuras duras dentales y sus superficies están muy inflamadas o incluso ulceradas por las irritaciones debidas a la masticación de forma parecida, en las fibromas de las otras regiones de la boca, la irritación y los episodios traumáticos pueden producir alteraciones ligeras o muy intensas, dando lugar a veces a masas deformes y ulceraciones.

- HISTORIA CLINICA -

La Historia Clínica es muy útil para establecer un diagnóstico ya que, en la mayor parte de los casos se encuentra que el tumor se descubrió hace ya muchos años y presenta un crecimiento muy lento.

- HISTOLOGIA -

El Fibroma está formado por haces de tejido conjuntivo fibroso en el interior de los cuales hay cierto número de fibroblastos y fibrocitos diseminados. La vascularización también varía, desde un pequeño número de capilares hasta a veces una gran capilaridad.

En los llamados fibromas blandos su consistencia depende de un tejido fibroso más celular y más poco compacto, y de aumento en la vascularización.

- TRATAMIENTO -

Consiste el tratamiento en la extirpación Quirúrgica en su totalidad.

- PRONOSTICO -

El Pronóstico es casi siempre excelente.- A veces se encuentran reicidibas, pero se deben generalmente a una extirpación defectuosa.

La transformación de un fibroma en una neoplasia maligna es decir en Fibrosarcoma, es muy rara, si es que alguna vez ocurre.

Aunque es potencialmente posible, no se ha conocido exactamente un caso documentado que ha ya ocurrido en la boca.

- PAPILOMA -

El Papiloma, es una neoplasia benigna de epitelio escamoso es también muy frecuente en la boca, aunque no tanto como el fibroma.

Se puede localizar en cualquier parte, es más frecuente en los labios, en la mucosa labial y bucal, y en la lengua. Se presentan por igual en ambos sexos y en personas de todas las edades.

- ASPECTO CLINICO -

El papiloma tiene las características de la mayoría de las neoplasias benignas pero sus caracteres más importantes y diagnósticos son su color gris o blanco grisáceo y su superficie verrugosa.

sa, que hace pensar en la superficie de una coliflor.

Por lo general, el papiloma es una masa única o aislada de tejido anormal que hace prominencia en los tejidos orales, presentandose como un tumor bien limitado, sin induración de los tejidos vecinos, sin embargo, a veces se encuentran papilomas múltiples compuestos de varias formaciones verrugosas diseminadas.

- HISTORIA CLINICA -

Como en los demás tumores benignos, la historia indica una existencia desde hace varios años y presentando un crecimiento lento.

- HISTOLOGIA -

El papiloma esta formado principalmente por una Hiperplasia de epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral, adoptando una forma ramificada, parecida a un árbol, que generalmente se adhiere al tejido subyacente por un pedículo estrecho.

- TRATAMIENTO -

El tratamiento que se recomienda es la extirpación total, generalmente con un amplio margen de tejido libre para evitar recidivas.

- PRONOSTICO -

Se ha escrito mucho en relación a la naturaleza premaligna de la lesión y sobre su potencial de transformación de un carcinoma, esta malignización es poco más rara, si es que esta ocurre alguna vez.

- PAPILOMATOSIS MÚLTIPLE -

La papilomatosis múltiple es un tumor raro de la cavidad oral.

Sus caracteres histológicos son esencialmente los de papiloma pero sus múltiples prominencias, su tendencia a la malignización y su mayor posibilidad de desarrollar zonas disqueratóicas son razones suficientes para merecer una descripción aparte.

Clinicamente, la papilomatosis múltiple se presenta como una placa poco prominente pero extensa de tejido tumoral, a veces de hasta varios centímetros de tamaño, suele localizarse en las encías fijas o en los tejidos adherentes del paladar. Se compone de numerosas ramificaciones muy apretujadas, diminutas, grisosas y delgadas y se disvaliza mejor con la ayuda de una lente manual.

Los bordes de la placa suelen ser bien delimitados y los tejidos circundantes carecen de signos de induración.

Es muy importante que el médico conozca el parecido del aspecto clínico de la papilomato-

sis múltiple y de la forma tumoral papilar del carcinoma oral por ello, se realizará una incisión - biopsica para conocer el diagnóstico exacto.

HISTOLOGICAMENTE.- La papilomatosis múltiple presenta numerosos y pequeños papilomas. Consistiendo cada uno en formaciones ramificadas, parecidas a un árbol de epitelio escamoso. La probabilidad de encontrar caracteres disqueratósicos - justifica la lesión como un padecimiento precanceroso.

- TRATAMIENTO -

El tratamiento es Quirúrgico con la total extirpación de la lesión con un amplio margen de - tejido de normal aspecto.

- VERRUGA VULGAR -

El aspecto clínico de la verruga vulgar - de la boca es prácticamente el mismo que el papiloma, excepto que el tamaño de la primera es casi - siempre menor (a menudo no sobrepasa de 1 a 2 mm - de diámetro), y frecuentemente es múltiple, generalmente la verruga vulgar se presenta en la mucosa labial o en la mucosa bucal vecina.

Su aspecto verrugoso nos debe llevar a mirar si el paciente tiene verrugas en los dedos de las manos, ya que se cree que la verruga oral es - de origen vírico y probablemente debida a la inoculación vírica al poner el dedo en la boca, la historia nos mostrará que las lesiones orales de la - verruga oral son de una relativamente corta duración, lo que las diferencia de las papilomas verda

deros, que por regla general suelen ser de larga - duración y de crecimiento lento.

- TRATAMIENTO -

Es la total extirpación quirúrgica de dicha lesión.

HEMANGIOMA.

El Hemangioma es una neoplasia benigna de los pequeños vasos sanguíneos, formada sobre todo por células endoteliales.

Se ve con mucha frecuencia en la boca, generalmente en la mucosa bucal, en la mucosa labial, en la lengua o en el vermillion del labio. Aunque los Hemangiomas se presentan en todas las edades, muchos son congénitos, presentándose en el momento de nacer o muy poco después.

A veces, estos últimos presentan un crecimiento activo durante semanas o meses, pero luego se estacionan, regresan e incluso desaparecen.

Basándose en su tamaño y en su aspecto - Histológico, a estos tumores de los vasos sanguíneos se les denomina a menudo hemangiomas capilares o cavernosos.

EL HEMANGIOMA CAPILAR.

Es más frecuente que el cavernoso suele ser una masa de tamaño pequeño o moderado, algo elevada, bien limitada, de color púrpura intenso -

o azul oscuro y de consistencia blanda.

A veces, al comprimir el tumor puede vaciarse su contenido sanguíneo, causando con ello - la palidez del tumor; al retirar la presión puede verse como la sangre llena otra vez el tumor, este único dato ya es sugestivo de Hemangioma y lo distingue rápidamente de otras lesiones de aspecto pa recido.

EL HEMANGIOMA CAVERNOSO.

Es casi siempre de origen congénito. Sus localizaciones más frecuentes son en la lengua y - mucosa bucal. Es mucho mayor que la variedad capi lar y su diámetro varía desde 2 o más Cm.

Se presenta como una masa prominente gran de, redondeada de color púrpura o azul claro, de - consistencia blanda o semisólida.

Sus bordes no están bien definidos, con-- fundiéndose a veces con los tejidos normales conti guos. A veces aparece como una placa plana o poco elevada de color púrpura intenso o azul que se extiende por encima de la mucosa bucal o de la parte dorsal de la lengua.

Las Historias Clínicas de los Hemangiomas Capilar y cavernoso son parecidas, ya que ambas da tarán de años y apenas habrán signos de crecimen to continuado. Histológicamente se ve que el He-- mangioma capilar consiste en numerosos capilares - pequeños limitados por endotelio; la variedad ca-- vernosa consta de grandes dilatados vasos de delga

das paredes, limitados también por epitelio. Los espacios vasculares suelen estar llenos de sangre, pero a veces se observa también líquido linfático.

El tratamiento depende del tamaño, localización y de lo accesible que sea el tumor.

Cuando el Hemangioma es pequeño o incluso de tamaño moderado, o cuando no presenta problemas estéticos o funcionales, no se debe hacer intervención cuando el tumor origine desfiguración o cuando sea traumatizado con frecuencia, dejando secuelas hemorrágicas los métodos más utilizados consisten en la extirpación quirúrgica, en la electrocauterización y en la extirpación de los líquidos esclerosantes.

Puede elegirse un tratamiento con radioterapia cuando son pacientes niños pequeños.

- LIPOMA -

El Lipoma, que es una neoplasia benigna - compuesta por células grasas maduras, es un tumor relativamente raro de la boca. Tiene diversas localizaciones, como en la mucosa bucal, en los pliegues mucobucuales en la lengua e incluso en la encía.

El Lipoma se presenta como una masa blanda, única pequeña, bien limitada, prominente, con un color amarillo pálido característico. Otras veces, su localización es más profunda, por lo que hay que pensar en él cuando se puede observar una tumoración o asimetría. La palpación de estos -

tumores suele mostrar una masa bien delimitada, - muy móvil y de consistencia blanda o semisólida. - Debido al agresor de los tejidos que hay encima, - el color característico, puede que no se observe, - por ello muchos lipomas se diagnostican clínicamen- te como fibromas.

Algunos lipomas contienen una cantidad im- portante de tejido conjuntivo fibroso, lo que con- tribuye también a que su aspecto clínico recuerde- al del fibroma; estos tumores se les denomina en - algunas veces fibrolipoma.

Histológicamente el lipoma consiste en - una masa bien circunscrita de células grasas madu- ras con una cantidad variable de matriz de tejido- fibroso.

El tratamiento.- Consiste en la extirpa- ción quirúrgica. Muy pocas veces hay recidivas.

- LINFANGIOMA -

El Linfangioma es una neoplasia benigna - compuesta de vasos linfáticos. Es mucho menos fre- cuente que el Hemangioma, aunque también afecta a - la mucosa bucal y a la lengua mucho más que a - otros tejidos bucales, en la mayoría de los casos - el Linfangioma existe ya en el momento del naci- - miento y solo en algunos casos aparece mucho más - tarde.

El Linfangioma tiene un aspecto clínico - característico presentandose como una lesión difu- sa, ligeramente elevadas, cuya superficie la for--

man, en su mayor parte, numerosos racimos muy aglomerados de pequeños nódulos llenos de líquido. - Que se parecen mucho a las ampollas. La lesión es de varios colores el tinte azul pálido de las ampollas mezclado con el color rojo del tejido tumoral restante.

La palpación muestra generalmente una masa de consistencia firme, y en muchos casos los límites están mal definidos, Histológicamente, el tumor consta de numerosos linfáticos dilatados limitados por células endoteliales y que contienen linfa; suelen encontrarse llenos de sangre.

El Tratamiento.- consiste generalmente en la extirpación quirúrgica, ya que las lesiones no responden a las soluciones esclerosantes como los Hemangiomas.

2.- NEOPLASIAS BENIGNAS CENTRALES.

Las Neoplasias Benignas Centrales (intra-óseas), de la mandíbula y de la maxila son de tantos tipos Histológicos como las neoplasias periféricas.

No solo pueden localizarse en los maxilares los tipos histológicos estudiados en las neoplasias de los tejidos blandos. Sino que forman un nuevo grupo que son peculiares de los huesos o específicos de los maxilares como por ejemplo, el Osteoma, el Condroma, el Cementoma y el Odontoma. Con pocas excepciones, el diagnóstico de las neoplasias benignas centrales es mucho más difícil que el de las periféricas.

En las últimas, el médico obtiene datos de su capacidad para ver y palpar la masa y ello hasta muchas veces para establecer un diagnóstico-clínico con un alto grado de exactitud. Pero en el caso de las neoplasias centrales, carece de estas fuentes de información diagnóstica en la gran mayoría de los casos. Aun más, el hecho de que el enfermo se de cuenta de la existencia de los tumores periféricos y sea capaz de presentar una historia de las mismas es también una fuente importante de información diagnóstica, mientras que, al contrario, puede desconocer por completo la existencia de un tumor central.

Por ello, es importante que el médico aprenda y use todas las posibilidades diagnósticas, sobre todo las de la radiografía y biopsia. Debe subrayarse que en la mayoría de los casos, el diagnóstico exacto de una neoplasia benigna y so-

bre todo su tipo Histológico, dependerá por completo de estos dos procedimientos.

- CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS GENERALES -

La radiografía suele ser una valiosa fuente de información que tendrá importancia diagnóstica, aunque no proporcione pruebas diagnósticas definitivas.

Las neoplasias benignas centrales, según el tipo histológico, pueden ser radiotransparentes ejemplo: (El Fibroma), totalmente radiopacas (Osteoma), o una combinación de ambas (Osteofibroma).

Por lo general, la neoplasia benigna tiene una superficie lisa y forma curvada. Estas características se reflejan en la radiografía por unas radiotransparencias o radiopacidades redondas, ovaladas e elípticas de bordes periféricos bien definidos. No es raro que se observe una línea de hiperestosis en los márgenes periféricos, acentuando aún más los bordes. Otro carácter radiográfico es la expansión; la neoplasia benigna, por su misma naturaleza, crece por expansión más que por infiltración y por ello desplaza algunas estructuras anatómicas de su sitio habitual.

Así, el canal mandibular puede ser desplazado hacia abajo el suelo del antro hacia arriba, los dientes de la región del tumor pueden moverse de su posición normal en la arcada y la cortical inferior de la mandíbula puede estar ensanchada, dando una tumoración curvada que altera el contorno normalmente simétrico del hueso.

Las características radiográficas de una neoplasia benigna central se parecen muchas veces a las de las patosis periapical y de los quistes - centrales. Sin embargo este hecho sirve para remarcar las limitaciones de la radiografía al establecer el diagnóstico definitivo y la necesidad - de la intervención quirúrgica y de la exploración - biopsica cuando quiere hacerse un diagnóstico - exacto.

Se encuentran algunas excepciones, como - el caso de los cementomas y de los odontomas, en - los que el aspecto radiográfico puede ser lo suficiente - característico como para permitir un - diagnóstico definitivo.

- CARACTERISTICAS CLINICAS GENERALES -

Como se ha dicho anteriormente, las neoplasias benignas centrales no se acompañan de ningún signo clínico, debido a su pequeño tamaño o a su localización profunda en el interior del hueso. En estos casos, el enfermo puede ignorar totalmente su presencia, impidiendo así el diagnóstico - anamnésico de estas lesiones, por otra parte, el - tumor puede ser lo suficientemente grande como para causar ciertos síntomas subjetivos que pueden - sugerir la naturaleza del tumor.

Cuando la neoplasia benigna central da - sintomatología, pueden encontrarse algunos de los - signos siguientes:

- 1.- Agrandamiento de la región, casi siempre unila - teral, que puede ser un pequeño abultamiento, -

- liso y contornos bien definidos y de dureza - ósea a la palpación, o bien una asimetría de - los tejidos extraorales, que se aprecian como - una tumefacción de la parte superior e infe- - rior de la cara; puede ser de suficiente tama- ño como para interferir la función normal de - la boca.
- 2.- Rotura del hueso debida a la palpación causada por el adelgazamiento de la cortical del hueso o bien una sensación de dolor cuando la corteza se haya destruido totalmente por el tumor - expansivo.
 - 3.- Hiperestesia o dolor a la palpación de la tumo- ración debido a la acción de irritantes, trau- matismos infecciones secundarias; a veces, se encuentra una fístula abierta rodeada de teji- do inflamado en la mitad de la tumoración.
 - 4.- Mal posición de los dientes, con alteraciones de los arcos dentarios y diverso grado de mal-oclusión; es mucho más evidente en los casos - de gran Hipertrofia.

- HISTORIA CLINICA -

Cuando el enfermo conoce la existencia de la masa y se puede obtener una historia clínica, - se observa que la tumoración existe desde hace bas- tante tiempo, generalmente meses e incluso años. - Además, al preguntarlo nos revelara que la tumora- ción ha crecido de forma gradual, de forma evoluti- va parecida a las neoplasias benignas en general.

Con algunas excepciones, la historia clínica y personal son de poco valor diagnóstico, ya que las neoplasias benignas centrales pueden encontrarse en personas de casi todas las edades y generalmente con la misma frecuencia en ambos sexos.

- TECNICA DE LABORATORIO -

Como ya se dijo, el diagnóstico definitivo de una neoplasia central casi nunca depende de las características clínicas o de su aspecto radiográfico, sino más bien, de los datos histológicos, necesitando por tanto una biopsia y una exploración microscópica. Aunque hay algunas excepciones como los odontomas o en casi todos los casos de cementoma, en la mayor parte de los tumores centrales, las manifestaciones clínicas y radiográficas no son suficientemente características como para proporcionar más que una impresión clínica ya que sus características son muy parecidas en todos los casos.

A veces, los estudios bioquímicos de la sangre serán necesarios para calificar o eliminar la posibilidad de ciertas enfermedades óseas sistémicas cuyo aspecto radiográfico es parecido al de las neoplasias benignas centrales, como por ejemplo la Osteitis Fibrosa Quística del Hiperparatiroidismo y las lesiones localizadas de la enfermedad de Paget.

Quando la neoplasia central haga pensar también en un mieloma múltiple, es necesario determinar la proteína de Bence Jones.

Es y será conveniente realizar exploraciones radiográficas del esqueleto para poder establecer un diagnóstico al descubrir lesiones parecidas en los huesos del esqueleto, como ocurre en el hiperparatiroidismo, en la enfermedad de Paget.

- LESIONES ESPECIFICAS -

Osteoma.- El osteoma, neoplasia ósea benigna, es un tumor relativamente raro de la mandíbula o de la maxila.

Puede realizarse en el interior del cuerpo del maxilar, (Endóstico) o en su periferia (Periostico); puede estar compuesto de hueso esponjoso o de hueso compacto denso.

Clinicamente.- Puede presentar datos muy poco significativos, ello es cierto sobre todo en los casos de osteomas muy pequeños situados en el interior de la mandíbula o de la maxila por otra parte, los tumores de mayor tamaño y sobre todo aquellos de localización más periférica, suelen observarse como unas prominencias o abultamientos óseos bien limitadas, de contorno lisos y color normal. Son indoloras y la historia clínica nos muestra una evolución muy lenta y larga duración.

Los hallazgos radiográficos, suelen ser características pero pueden, y a menudo lo hacen, simular entosis (osteosclerosis), osteitis condensante y el estadio más avanzado de fibroma osificante (del que no se puede distinguir). Aunque su aspecto radiológico se parece también al del torus palatinus y al torus mandibular, estas se distin-

guen por sus localizaciones específicas.

El Osteoma suele encontrarse como una radiopacidad redonda muy bien delimitada de densidad homogénea, puede ser lo suficientemente pequeño como para observarse en su totalidad en una radiografía periapical o lateral, pero en algunos casos es tan grande y extenso que sus bordes no pueden visualizarse totalmente excepto mediante una serie de radiografías, a veces sus bordes no son bien definidos. Sino difusos, pareciendo confundirse con el hueso normal circundante. A veces, los caracteres del osteoma y de la enostosis son tan parecidas que es imposible realizar un diagnóstico radiográfico exacto, cuando está contraindicada una exploración quirúrgica diagnóstica, el interés del diagnóstico definitivo será solamente científico.

Histológicamente el Osteoma está formado por hueso compacto, aunque a veces el hueso es esponjoso.

El Tratamiento.- No suele ser necesario, pero cuando se dificulta el funcionalismo, se afecta la estética, o se impide la eficacia de la dentadura, se indicará una extirpación total o parcial.

- CONDROMA -

El Condroma es una neoplasia benigna central compuesta de cartílago desarrollado. Aunque es raro verlo en los huesos membranosos, puede encontrarse en la mandíbula y en la maxila, en las que pueden encontrarse restos de cartílago que darán origen a la neoplasia.

Clinicamente puede ser una prominencia nodular o un abultamiento único, bien redondeado, de consistencia ósea, o puede ser una masa ósea multilobulada, recubierta por una mucosa lisa de color normal. Las localizaciones más frecuentes son la región anterior de la maxilar, el cuerpo de la mandíbula y la apofisis coronóide y el cóndilo de la rama.

Los datos radiológicos consisten en una radiotransparencia difusa, mal limitada, color gris claro de aspecto granular o ligeramente moteado. El tumor suele desplazar a los dientes vecinos y por su acción progresivamente destructiva, puede producir una laxitud de los dientes e incluso una resorción de las raíces.

Histológicamente.- El condroma se compone de una masa de cartílago hialino que a veces presenta calcificación y necrosis. Debido a que el condroma tiende a malignizarse, la exploración microscópica de la muestra biopsica debe hacerse con gran cuidado antes de dar el dictamen de malignidad o de benignidad.

El Tratamiento.- Consiste en la extirpación quirúrgica, abarcando un amplio margen de tejido normal como medida de seguridad. Deberán realizarse también reconocimientos periódicos para buscar posibilidades de recidiva o malignizaciones.

- HEMANGIOMA CENTRAL (OSEO) -

El Hemangioma puede presentarse tanto en la mandíbula como en la maxila y en los tejidos -

blandos de la boca. Sin embargo, no solo se trata de una neoplasia relativamente rara de los maxilares, sino que su identificación, exceptuando en la exploración quirúrgica, es difícil; su aspecto radiográfico se parece muchas veces al del mixoma, ameloblastoma o incluso a la displasia fibrosa.

Su aspecto clínico.- Cuando se trata de lesiones de tamaño pequeño o moderado, se parece al descrito en las neoplasias benignas centrales - sin embargo cuando son de mayor tamaño el hueso ensanchado y deformado puede presentar hendiduras, crepitación y la neoplasia de color púrpura o azul pálido. Pero, ya que estos datos hacen pensar también en una enfermedad quística central, la diferenciación es muchas veces imposible si no hay unas radiografías correctas, aspiración y la intervención quirúrgica.

Radiográficamente.- El Hemangioma óseo puede tener el aspecto de panal de miel o de burbujas de jabón, es decir numerosas radiotransparencias redondas, de pequeño tamaño, muy juntas, agrupadas: o varias radiotransparencias de mayor tamaño de aspecto granular o de (fondo de vaso), los bordes periféricos pueden estar bien definidos, pero es más frecuente que los márgenes sean confusos difusos e irregulares.

Esto último nos hace pensar más en una neoplasia invasora, características que el hemangioma central raramente posee, para distinguirlo, - las lesiones invasoras suelen producir también resorción de las raíces vecinas.

Cuando se sospecha de un Hemangioma central, el diagnóstico definitivo nos lo dará únicamente la exploración quirúrgica o la biopsia, o la aspiración cuando pueda realizarse.

Si se obtiene sangre, es probable el diagnóstico del hemangioma y debe remitirse al enfermo a un cirujano para que practique una exploración - quirúrgica en el hospital. Un peligro de la intervención es la presentación de una hemorragia grave.

El Aspecto Histológico.- Del Hemangioma - central es fundamentalmente el mismo que del tipo - periférico.

El Tratamiento.- Consiste generalmente en la extirpación quirúrgica.

- FIBROMA OSIFICANTE (OSTEOFIBROMA) -

El Fibroma osificante es una neoplasia de crecimiento lento asintomática y que puede presentarse en cualquiera de los maxilares. Cuando es una neoplasia pequeña y no se acompaña de agrandamiento óseo, suele descubrirse durante una exploración radiográfica habitual.

Si la evolución continua puede encontrarse un abultamiento de superficie lisa, de coloración normal y de forma curvada y consistencia ósea, que a veces puede alcanzar grandes proporciones y producir una marcada asimetría o deformidad. El desplazamiento de los dientes de sus posiciones normales se debe a tumoraciones mucho mayores.

Cuando el enfermo conoce su existencia, la historia clínica del fibroma osificante indica generalmente que es una tumoración de crecimiento lento y de larga duración, que ha existido durante meses o años, por lo que hay que pensar en un tumor benigno.

La radiografía es muy variable, dependiendo de la fase de desarrollo del tumor. Suele ser radiotransparente en sus primeras fases, presentándose como una lesión lisa, curvada, bien delimitada en el cuerpo de la mandíbula o del maxilar, que no se puede distinguir de las lesiones quísticas. En esta etapa como en las posteriores, el fibroma osificante puede acompañarse de signos de desplazamiento de los dientes, del canal mandibular hacia abajo, o del suelo del antro hacia arriba.

Además la cortical puede ser asimétrica debido a la expansión que produce el tumor.

En los estadios más posteriores, se observa diversos grados de calcificación dentro de las zonas radiotransparentes desde pequeñas manchas radiopacas hasta cuerpos calcificantes de mayor tamaño y de forma irregular. Si la lesión continúa evolucionando, las masas radiopacas van reemplazando a las zonas radiotransparentes que incluso llegan a desaparecer.

Los Datos Histológicos.- También varían, dependiendo del estado de evolución del tumor.

En las etapas precoces, el tumor se presenta como un fibroma diseminado con numerosas islas pequeñas o grandes calcificadas.

En la evolución más avanzada, las zonas de calcificación crecen y contactan, estableciendo así la preponderancia de la radiopacidad en las neoplasias más avanzadas.

El Tratamiento.- Consiste en la extirpación quirúrgica siempre que este indicado, al interferir la función bucal o por causa estética.

-MIXOMA (MIXOMA ODONTOGENICO).

(FIBROMIXOMA).

El Mixoma odontogénico es una neoplasia benigna central característica de los maxilares; no se presenta en otros huesos ya que se forma a

partir de los tejidos mesenquimatosos de un germen dentario.

Sus síntomas clínicos se parecen a los descritos en las otras neoplasias benignas centrales.

Los datos radiológicos son variables e inespecíficos, simulando muchas veces las características del Hemangioma central o del Ameloblastoma.

A veces, ésta neoplasia presenta numerosas radiotransparencias de pequeño tamaño, algo redondeadas y que puedan agruparse dando así un aspecto de panal de abejas; en otros casos parece una lesión mayor, muy expansiva pseudomultilocular de la mandíbula o de la maxila.

Aún en otros casos, la lesión generalmente radiotransparente es granular o ligeramente moteada, adquiriendo un aspecto de color gris claro. Como en otras neoplasias benignas, puede haber desplazamiento de los dientes, del canal mandibular y del antro.

Pero el Mixoma puede, y muchas veces lo hace, invadir más que rechazar el antro. Esta característica de invasión bucal la sugieren muchas veces las características radiográficas del tumor, ya que sus bordes periféricos suelen ser más bien difusos e irregulares ya que no son netos y bien delimitados.

Los Datos Histológicos.- Comprenden un estroma mucoide intercelular en el interior del cual

hay células de forma de aguja o de estrella. Estas células tienen muchas veces largas prolongaciones fibrales entrelazadas o a veces se encuentra el epitelio odontogénico.

El Tratamiento.- Consiste en la extirpación quirúrgica, aunque para evitar las recidivas, hay que extirpar un amplio margen de hueso de apariencia normal.

3.- NEOPLASIAS BENIGNAS DIVERSAS.-

En los tejidos blandos de la boca tienen lugar muchos otros tipos histológicos de neoplasias benignas, pero no tiene demasiado objeto hacer una descripción clínica detallada de las mismas. Entre ellas se encuentra Adenoma, los Miomas, del Mioblastoma de células granulares, el mixoma, el neuroma, el neurofibroma, el neurilenoma, el encocitoma, el cistadenoma papilar y otros. Además, muchas veces se encuentra una combinación de los distintos tipos de neoplasias benignas, como es el fibrolipoma, el fibroadenoma, el fibroma osificante y el fibromixioma. No solo son mucho menos frecuentes que los fibromas, papilomas y los demás descritos arriba, sino también, lo que es mucho más importante desde el punto de vista diagnóstico, su aspecto clínico puede no ser característico, específico o incluso sugestivo de su tipo histológico. Más a menudo su aspecto clínico se parece mucho al del fibroma, por lo que el diagnóstico exacto se realizará solo mediante el estudio histológico.

- EL ADENOMA -

Es una neoplasia benigna compuesta de conductos y epitelio secretores, puede localizarse en varios sitios de la boca, pero es más frecuente en los tejidos labial y bucal, ya que generalmente se desarrollan a partir de tejido de glándulas salivales accesorias. Clínicamente, presenta cierta semejanza con un fibroma ligeramente prominente o un quiste mucoso.

- EL ONCOCITOMA -

Adenoma (oxifílico), es una neoplasia epitelial benigna que puede en raras ocasiones, localizarse en la boca, siendo su localización más frecuentes en la glándula parótida. Su aspecto clínico hace pensar muchas veces en un fibroma situado-localización profunda; siempre esta bien delimitado y encapsulado, y por ello, se observa como masa semisólida, muy móvil debajo de la mucosa.

Histológicamente se compone en exclusiva de oncitos agrupados en laminas, racimos o cordones.

- EL CISTADENOMA LINFOMATOSO PAPILAR O -- TUMOR DE "HARTON".

Es otra neoplasia benigna diversa que se encuentra sólo alguna vez en la boca, desarrollándose más a menudo en la parótida.

Su probable origen a partir del tejido de glándula salival enclustrado en el interior de los ganglios linfáticos, explicaría su incidencia ocasional en la boca en la que pueden encontrarse glándulas salivales accesorias o menores y tejido linfoideo. Es más frecuente en los varones que en las hembras y sobre todo en personas de media edad y edad avanzada.

Presentan casi todos los caracteres clínicos de las neoplasias benignas en general suele encontrarse en forma de una masa parecida al fibroma, inmediatamente por debajo de la mucosa, dando lugar a una ligera o moderada prominencia en la zona.

La masa es palpable de consistencia dura, no dolorosa y móvil debajo de la mucosa de aspecto normal. Histológicamente está formado por tejido epitelial y linfoide; básicamente se trata de un adenoma quístico con prolongaciones papilares de estructuras adenomatosas dentro de espacios quísticos.

El tejido linfoide suele ser abundante, pero no se cree que el tumor sea neoplásico.

Los miomas, compuestos de músculo liso (leiomiomas) y estriado (Rabdoniomas), son neoplasias benignas de la boca muy raras.

Los pocos casos que se han publicado se localizaron en la lengua o en el paladar blando en los que sus características clínicas se parecen a las de "libro" del fibroma. Algunas son masas prominentes, lisas redondeadas, de color rosa pálido-sésiles o pedunculados, de consistencia dura. Otros de localización más profunda, son tumoraciones bien limitadas, más duras su parecido clínico al fibroma de la lengua y sobre todo al tumor mixto del paladar blando obliga a una exploración biopsica y a un diagnóstico histológico antes de su extirpación quirúrgica.

- EL MIOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES-

Es una neoplasia benigna pero frecuente, cuyo origen y naturaleza se discuten. La localización preferida es en la lengua, pero otros tejidos como los labios, suelo de la boca e incluso los tejidos gingivales pueden desarrollarlo.

Su aspecto clínico.- Es variable, pero generalmente presenta características que hacen pensar en un fibroma "duro" nodular prominente, o en la localización profunda de una masa fibromatosa que de un pequeño abultamiento en la zona.

- EL ODONTOMA -

El odontoma es una neoplasia benigna compuesta de estructuras dentarias, es decir, esmalte, dentina, pulpa y cemento. Por ello es un verdadero tumor mixto ya que su contenido es de origen tanto epitelial como mesenquimatoso. Es más frecuente en la mandíbula y más en las regiones posteriores que en las anteriores.

El odontoma aparece durante la infancia y se suele descubrir antes de la edad adulta. Sin embargo, los tumores más pequeños pueden permanecer ocultos hasta que se descubre casualmente durante una exploración radiográfica habitual.

El cuadro clínico depende del tamaño y de la localización del tumor. El odontoma relativamente pequeño situado en el interior del cuerpo del maxilar no da ninguna sintomatología clínica ni subjetiva. Por otra parte, los odontomas de tamaño mayor se descubren clínicamente, por su aspecto no se puede distinguir del de la mayoría de tipos de las neoplasias centrales.

Se presentan con abultamientos o tumoraciones de superficie lisa, bien delimitados, de dureza ósea y asintomáticos, en la mandíbula o en el

maxilar, lo cual hace pensar también en un osteoma, en una displasia fibrosa, o en un fibroma osificante.

Muchas veces hay desplazamiento de los dientes contiguos de sus posiciones normales, pero ese dato es también frecuente, en los demás tipos de tumores centrales. A veces la falta de un diente permanente en la mitad de la tumoración puede hacer pensar en un odontoma, ya que algunas de estas neoplasias se desarrollan a partir de un diente definitivo y se lo incorporan.

Cuando el enfermo conoce la existencia de la masa, la historia clínica hace pensar también en un tumor benigno central, es decir, en una tumoración de crecimiento lento que tuvo comienzo en la infancia o hacia la edad de 10 años.

Sin embargo, aunque los datos radiográficos son característicos y diagnósticos, son muy variables.

El Odontoma mixto (el tipo más frecuente) se observa como una masa radiopaca densa de tamaño variable (desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros) y de forma diversa (aunque la mayoría tienen una forma redondeada).

De gran importancia diagnóstica es el hecho de que la radiopacidad total se compone de múltiples y numerosas formaciones radiopacas individuales que forman una masa muy agrupada.

Las estructuras anatómicas se identifican

facilmente como dientes o como formaciones muy parecidas a los dientes. Los dientes afectados son de pequeño tamaño deformados y se pueden identificar aun el esmalte, la dentina y la pulpa. Las raíces suelen reconocerse a pesar de su acortamiento, de su encorvamiento e incluso de sus ápices abiertos, aunque a veces no pueden identificarse, quedando ocultas a la vista por la superposición de coronas más densas. A veces se observa un diente definitivo bien formado, de aspecto normal, en estrecho contacto al odontoma.

En algunos casos; la corona del diente definitivo ya que no ha brotado, o incluso todo el diente se ha incorporado al odontoma. Los límites periféricos del odontoma pueden estar muy bien delimitados por una línea radiotransparente que los circunda, por fuera de la cual hay una estrecha línea radiopaca.

Sin embargo, en otros casos los límites periféricos de un tumor de forma irregular pueden ser difícilmente identificados.

Fundiéndose gradualmente el tumor radiopaco en el hueso normal que lo rodea.

A veces, el odontoma parece estar situado dentro de los límites de la zona radiotransparente que, a su vez, se extiende por encima y rodea la corona de un diente definitivo bien formado que no ha brotado, un odontoma dentro de un quiste dentado a los tumores de este tipo se les conoce a veces como odontomas quísticos o quistes odontodentados. En estos casos debería considerarse como -

un odontomameloblastoma (odontoma ameloblastico).

El Odontoma Complejo.- Contiene todos los elementos dentarios desarrollados, es decir, el esmalte, la dentina, la pulpa y el cemento, pero este tipo de tumor tiene una radiografía tan especial que puede parecerse muy poco o nada a la anatomía del diente.

Lo más frecuente es que se presentan en forma de masas radiopacas uniformes bien rodeadas por una estrecha zona radiotransparente, o bien una zona ancha que rodee la corona de un diente bien desarrollado que no ha brotado, dando de nuevo el aspecto de una gran calcificación en el interior de un quiste dentado.

A veces el diente que ha dado origen al odontoma queda incorporado en el interior del tumor; en otros casos el diente sale rompiendo su ligazón y dejando el odontoma atrás.

Estos odontomas son más difíciles de identificar radiográficamente que los otros ya que por su aspecto pueden parecerse a la displasia fibrosa, al esteoma o al fibroma osificante.

El Tratamiento.- Que se recomienda en los odontomas es la extirpación quirúrgica, seguida de cuidadosos estudios microscópicos en la busca de datos que hagan pensar en un ontoameloblastoma.

IV.- NEOPLASIAS MALIGNAS.

Los métodos utilizados por el médico para diagnosticar enfermedades desconocidas se emplean también en la identificación de enfermedades precancerosas.

Hay ocasiones en las que el cáncer es tan grande que las características de la enfermedad se reconocen fácilmente mediante la vista y el tacto. Por ello el médico puede establecer el llamado diagnóstico clínico con grandes probabilidades de exactitud. Sin embargo hay otros casos, cuando la lesión es pequeña y los caracteres del cáncer son mínimos, en los que no se puede reconocer, por lo menos hasta el punto de realizar un diagnóstico clínico.

En estos casos, la historia y sobre todo la biopsia ayudan a establecer el diagnóstico.

Pero, tanto si la lesión es grande, como de tamaño moderado, o pequeña, el diagnóstico final y definitivo de si es o no una neoplasia maligna depende de la obtención de datos histológicos positivos. Por ello es necesario, en todos los casos, el diagnóstico de laboratorio. En este capítulo vamos a estudiar sobre todo estas tres técnicas para el diagnóstico del cáncer de la boca, el clínico, el anamnésico y el histológico.

La neoplasia maligna de la boca no se caracteriza desgraciadamente por su aspecto clínico-único y específico, puede presentar cualquiera de varias formas clínicas.

Se comprende fácilmente cuando se consideran las causas de estas variaciones:

- a) Evidentemente, su aspecto dependerá del tiempo de duración de la lesión; por lo que una lesión de doce meses o más antigüedad es de esperar que sea muy distinta a una lesión de origen reciente (es decir, varias semanas).
- b) Su aspecto será acorde a la localización original del cáncer; en otras palabras, una lesión cancerosa que se desarrolla a partir de la mucosa bucal, será diferente a una que se desarrolle en los tejidos gingivales o del paladar, la blandura y fácil compresión de los tejidos de la mucosa bucal comparados con los del paladar que son muy delgados y rígidos, influyen por lo menos en algún grado, en el aspecto del proceso canceroso que afecte cada una de estas zonas.
- c) El tipo celular influirá también en el aspecto clínico; así un carcinoma tendrá un aspecto algo distinto del sarcoma y será muy diferente de un melanoma.
- d) El estado de diferenciación de las células malignas puede contribuir a las variaciones de su cuadro clínico.
- e) Los efectos de los procesos patológicos superpuestos son muy importantes en la determinación del aspecto clínico; por ejemplo; ya que el 90% de todos los cánceres de la boca crecen

a partir del epitelio escamoso que recubre la cavidad bucal, debido a la naturaleza del proceso patológico la masa tumoral hará protru- - sión, por lo menos en grado mínimo en la cavi- - dad oral por lo que podrá ser afectado por las irritaciones y episodios traumáticos que son - frecuentes en la boca; en este último caso pue- - de haber inflamación, la zona del tumor puede- - infectarse secundariamente dando lugar tal vez a una ulceración e incluso puede haber necro- - sis del tejido, todo lo cual contribuye a va- - riar el aspecto clínico del cáncer de la boca.

Estas variaciones arriba mencionadas con- - tituyen un importante problema del diagnóstico, pe- - ro el dentista especialista debe saber que, a pe- - sar de estas variaciones, muchos cánceres bucales- - presentan ciertas cualidades o características es- - pecíficas que, cuando se les encuentra, hacen des- - pertar la sospecha de cáncer de la boca. Deben - subrayarse todas estas cualidades cancerosas.

- EVOLUCION CLINICA -

El requisito principal de todas las enfer- - medades cancerosas tanto si se localizan en la ca- - vidad oral o en cualquier lugar, es que el proceso patológico se caracteriza por una proliferación in- - controlada de células. Teniendo esto presente y - sabiendo que 9 de los cánceres se localizan en el- - revestimiento de epitelio escamoso, es evidente - que el tumor tridimensional resultante se extende- - ra en cada una de las tres dimensiones, y sobre to- - do hacia afuera en el interior de la boca, lateral-

mente en los tejidos adyacentes e internamente - hacia las zonas subyacentes.

En algunos casos la lesión cáncerosa, se desarrolla más en una de las zonas de las tres direcciones, lo que determina cuando la extensión es grande, su aspecto clínico. Así, la lesión que - tiende a crecer hacia afuera dará lugar a un tipo-infiltrativo; y la que crece en dirección lateral-dará la forma verrugosa.

La forma fungosa o exofísica del cáncer - de la boca se suele encontrar como una masa tumo--ral anormal de aspecto impresionante, rápidamente-detectable, de consistencia dura a la palpación, - con aumento de la densidad debido a lo muy agrupa--das que están las numerosas células proliferati--vas.

La forma fungosa suele tener mejor pronóg tico que la infiltrativa debido a que es menos in--vasiva y a que su tendencia a penetrar en regiones inaccesibles no es muy grande; ya que por ello tiene menos tendencia a infiltrarse al interior de - los vasos sanguíneos y linfáticos, su probabilidad da buena respuesta al tratamiento es mayor.

El tipo infiltrativo o invasivo del cán--cer de boca no suele descubrirse tan rápidamente - ni su aspecto es tan impresionante como en el tipo fungoso.

Esta variedad suele mostrarse como una - prominencia anormal de tamaño pequeño o modesto, - con su núcleo principal de tejido canceroso mucho-

más profundo que en la variedad fungosa, y por ello está más oculto a la vista. En este caso el médico debe palpar totalmente los pliegues más profundos de la zona, si descubre la masa tumoral dura y firme. Debido a que se extiende hacia zonas más innaccesibles y a su mayor tendencia a metastatizar, el tipo infiltrativo tiene generalmente un pronóstico peor que la forma fungosa comparado a las formas fungosa e infiltrativa, el cáncer verrugoso de la boca suele ser una masa anormal más extensa y que crece en superficie, de tejido duro debido a su mayor tendencia a crecer en sentido lateral.

En algunos casos forman un grupo de prominencias papilomatosas pequeñas, del tamaño de una cabeza de alfiler o a veces mayores, rojizas, muchas veces situadas sobre una placa Queratósica de color gris blanquizco o blanca.

En otros casos, la superficie del tumor verrugoso debe tener mejor pronóstico debido a su aparente localización y crecimiento superficial; sin embargo, por desgracia, no es así ya que esta variedad de cáncer de la boca tiene tendencia a ser más frecuente en la encía y en el paladar donde el tejido blando es delgado y muy cercano a la mandíbula y a la maxila, permitiendo que el hueso subyacente se afecte, aunque se trate de un proceso canceroso con muy poco poder de invasión; esta afectación contribuye a que el pronóstico sea malo.

- CARACTER ULCERATIVO -

Es característico y comprensible que muchos cánceres bucales se ulceran. En un gran número de ellos se debe a las influencias traumáticas, presentes continuamente en la boca. Otros se ulceran debido a la naturaleza del proceso canceroso. Un 97% como mínimo de los cánceres orales son de origen epitelial; debido a que el epitelio no tiene aporte sanguíneo propio. La rápida proliferación celular puede apartar la fuente nutritiva del tejido conjuntivo circundante, produciendo así -- atrofia y degeneración de la zona central de la masa tumoral, con lo que, debido a la subsiguiente -- infección secundaria, se produce la ulceración.

Los cánceres de boca no solo se ulceran -- a menudo, sino que sus úlceras, que pueden ser únicas o múltiples, casi siempre son persistentes y de duración prolongada es decir, son ulceraciones crónicas. La frecuencia y la cronocidad de las ulceraciones en las lesiones cancerosas nos proporciona un cuadro clínico que debe recordarse, sobre todo en una úlcera que exista hace 4 o más semanas y que no da señales de curación debe pensarse en una neoplasia maligna.

Por lo general, las ulceraciones más crónicas suelen adoptar el aspecto de un cráter con -- una depresión central y un reborde o anillo más -- elevado de un tejido que es de consistencia dura.

Siempre que se vea esta ulceración debe -- pensarse en una neoplasia bucal y sobre todo cuando se halla en el centro de una masa tumoral de --

consistencia dura.

Sin embargo, no es cierto que todas las ulceraciones persistentes o de forma de cráter sean cáncer de boca, ya que otras muchas enfermedades crónicas, como la sífilis terciaria, la tuberculosis e incluso la actinomicosis, pueden producir ulceraciones parecidas en la cavidad bucal.

Sin embargo, la simple presencia de ulceraciones crónicas cráteriformes obliga como mínimo a la inclusión del cáncer de la boca en la lista de las sospechas diagnósticas, y se realizarán los máximos esfuerzos para descartar o comprobar esta sospecha.

Debe tenerse también en cuenta que algunas lesiones cancerosas no se ulceran. Es cierto sobre todo en el caso de lesiones jóvenes o de pequeño tamaño en las que aún no se han desarrollado las condiciones para la ulceración.

- RIGIDEZ E INDURACION -

Cuando se palpan correctamente, se ve que la mayoría de lesiones cancerosas están fijas, rígidas o adheridas a los tejidos circundantes y las zonas contiguas muestran un cierto grado de dureza que se conoce como "induración".

Estas dos características son las manifestaciones clínicas del segundo requisito histológico del cáncer, la infiltración y la invasión; las columnas y cordones penetrantes de células neoplásicas actúan como dispositivos adherentes que pro--

porcionan rigidez, mientras al mismo tiempo, y por el mismo fenómeno, los tejidos laterales se hipertrofian y se hacen más densos, dando lugar a la induración, o de ambas hará sospechar en un cáncer de la boca. Tal vez se comprenda mejor la importancia de estos caracteres clínicos notando su ausencia en los casos de tumores benignos ya que, entonces la masa tumoral es casi siempre móvil y sus tejidos circundantes son de consistencia blanda y normal.

- LINFADENOPATIA METASTASICA -

Otra característica clínica del cáncer, pero que no siempre se encuentra, es la de la linfadenopatía metastásica, es decir el descubrimiento de ganglios linfáticos palpables, duros, no dolorosos y adherentes. Puede explicarse sobre la base del tercer prerrequisito de toda enfermedad cancerosa, esto es la de potencialidad de metastatizar por una vía más frecuente de metastalización en el cáncer oral, los ganglios linfáticos de drenaje se ven invadidos por tejido neoplásico, por lo que desplaza y substituye al tejido linfático dando lugar a una hipertrofia y endurecimiento apreciables del ganglio, da lugar a una fijación del mismo que clínicamente es característica.

Por ello, cuando el médico se enfrenta a una lesión oral sospechosa, debe palpar las diversas regiones ganglionares linfáticas, incluyendo las cadenas cervical, submandibular, sublingual, yugular y supraclavicular.

Los ganglios linfáticos que se afectan - con más frecuencia son los de la cadena submandibular, aunque no se debe pensar que la metástasis en las cadenas sean raras.

Es importante subrayar que la ausencia - de ganglios linfáticos palpables no es una razón - para creer que no existe el cáncer oral, ya que algunas neoplasias malignas, como las que se presentan en los labios, no metastatizan hasta una etapa muy tardía de su evolución; más aún, otras lesiones cancerosas pueden haber metastatizado ya (lo - que puede demostrarse histológicamente) pero sin haberse desarrollado en sus localizaciones metastásicas hasta el punto de poderse descubrir fácilmente.

Una linfadenopatía del tipo descrito más arriba debe, por lo menos, aumentar la sospecha en relación a la posible naturaleza maligna de la lesión oral.

Pueden haber casos en los que en el curso de una exploración extra oral, el médico puede encontrar ganglios palpables, duros y adherentes sin ningún signo clínico de lesión oral. A menos que estos tengan fácil explicación por la existencia de una enfermedad de neoplasias, debe pensarse en el diagnóstico diferencial de ciertas enfermedades como la de HODGKIN, la leucemia y neoplasias malignas en los tejidos o estructuras contiguos a la cavidad oral.

Los bultos en el cuello merecen ser vistos por el otorrinolaringólogo o por el cirujano maxilofacial.

Muchas veces el médico encuentra ganglios palpables, sobre todo en la región submandibular, - que son duros y no dolorosos pero que se deslizan libremente por debajo de la piel.

Se ha demostrado que cerca del 50% de los enfermos que visitan una clínica dental tienen uno o varios ganglios y no hay enfermedad oral de ningún tipo.

Se encuentra por lo general que se trata de ganglios antiguos, procedentes de infecciones - de la boca o de los maxilares que tuvieron lugar - en un tiempo anterior, y no tienen ninguna importancia patológica.

- SINTOMAS -

Se ha dicho que el cáncer de la boca produce dolor, interferencia de la función bucal y - sialorrea. Es de esperar que los cánceres grandes o ulcerados sean dolorosos, que puedan interferir los movimientos de la lengua, por tanto su función, y que debido a su tamaño produzcan la acumulación de saliva en la cavidad oral, lo que se manifiesta por la sialorrea. Sin embargo, estos signos y síntomas no deben considerarse como condiciones para el diagnóstico del cáncer, ya que muchas veces pueden faltar totalmente cuando la enfermedad cancerosa es pequeña, poco extensa, y no ulcerada. En otras palabras, aunque estos síntomas deban tenerse en cuenta en una consideración más amplia, su ausencia no es una razón suficiente para eliminar la sospecha de cáncer oral. Sin embargo,

hay un síntoma que hace sospechar la existencia de una neoplasia maligna y que obliga a buscarla y es la parestesia, entumecimiento, disminución de la sensibilidad, o la sensación de pinchazos en un labio o en un segmento de la piel. Estos síntomas obligan a dirigir la investigación hacia la maxila o la mandíbula, ya que, por ejemplo, en esta última, la invasión maligna del canal mandibular puede interrumpir la transmisión de los impulsos sensoriales, dando lugar a parestesias.

Esta se discute más ampliamente en el capítulo que trata sobre cáncer de los maxilares.

- HISTORIA -

Quando nos encontramos frente a una masa tumoral dura, de gran tamaño, que esta adherida a los tejidos contiguos, rodeada por una induración notable, y que tiene una ulcera crónica en su centro y de forma de cráter, en resumen, cuando nos encontramos frente a un tumor que tiene la mayoría, sino todas, las características clínicas del cáncer, el médico debe enviar rápidamente al enfermo con el especialista en oncología. En todos casos la realización de la historia es de poca ayuda diagnóstica y a que la naturaleza cancerosa de la lesión se reconoce fácilmente debido a su aspecto clínico típico de "libro".

Se puede admitir incluso la biopsia, ya que es de suponer que el especialista realiza un estudio microscópico. Este establecerá el diagnóstico histológico por varias razones:

- a) Aunque este seguro también, de que la lesión - es una neoplasia maligna por su aspecto clínico, debe realizarse un estudio microscópico para descartar la más mínima posibilidad de que la lesión no sea maligna.
- b) Debe determinar el tipo celular de la lesión - (carcinoma, sarcoma, etc.), y su grado de diferenciación, antes de elegir el tratamiento terapéutico más adecuado (extirpación quirúrgica irradiación o combinación de ambas).

Pero cuando la lesión sospechosa es pequeña y poco expresiva, o cuando nos encontramos frente a una lesión que presenta sólo una característica cancerosa, e incluso en muy poco grado, o cuando nos encontramos ante una lesión sobre la que se está indeciso en realizar o no realizar una biopsia, se ha visto que la realización de la historia es muy útil. Da información obtenida por el interrogatorio puede ser decisiva y decidir la realización de un estudio histológico.

La historia contendrá datos relativos a - la historia personal, al estado médico, los hábitos orales y la información sobre la propia lesión.

La historia personal, sobre todo la edad y sexo del enfermo forma parte del material diagnóstico. Así, si una lesión muy poco sugestiva - se encuentra en la boca de un hombre de 50 años - de edad, la sospecha será mayor que si el enfermo es una mujer o varón más joven. La edad y el sexo pueden ser las únicas informaciones adicionales necesarias para justificar una biopsia.

Se ha demostrado en forma adecuada que el cáncer bucal tiende a hacer más intenso en los varones que en las mujeres, y generalmente se presenta en personas de cierta edad.

(75% de los casos se dan en personas mayores de 50 años).

La historia clínica contendrá al menos una anotación sobre la existencia de aquellas enfermedades y estados que hayan dejado mal nutrición o diferencias vitamínicas, como son los Síndromes crónicos de mala absorción, El Síndrome de Plummer - Vinson, la difusión hepática y la cirrosis también el alcoholismo.

Debe considerarse la existencia de cualquiera de ellas y debe utilizarse como datos diagnósticos que obligan a la realización de una biopsia ya que se ha demostrado que el cáncer es más frecuente en bocas de enfermos que padecen estas enfermedades.

La Historia de los Hábitos Bucales:

Ha demostrado ser de importancia diagnóstica, sobre todo en la utilización de tabaco. Así, se obtiene la historia de un fumador de pipa empedernido de cigarros o cigarrillos, de masticación de tabaco, o de absorción de rápe en un enfermo que tiene lesiones ligeramente sospechosas por su aspecto, es suficiente para obligar a realizar una biopsia. En este caso las estadísticas demuestran también que el cáncer de la boca se encuentra con mucho mayor frecuencia en estos enfermos que aquellos que carecen de hábitos relacionados con taba-

co.

Y por último la historia debe comprender una anotación sobre la duración y evolución de la lesión sospechosa.

Si se observa que la lesión ha duplicado o triplicado su tamaño en un tiempo relativamente corto (durante unas 5 semanas) es obligatorio realizar una exploración biopsica, ya que el crecimiento rápido y continuo es una característica de las enfermedades cancerosas.

- TECNICAS DE LABORATORIO -

Tanto si la lesión sospechosa se diagnostica fácilmente de cáncer por su gran tamaño y por sus características clínicas, si es de tamaño o intensidad moderados, o si es de tamaño mínimo y poco sugestivo, el diagnóstico definitivo se basa siempre en los datos histológicos obtenidos mediante la exploración biopsica. No es tan importante otra cosa como la rapidez en que se realice lo más pronto posible.

Las diversas técnicas y procedimientos de la biopsia se discuten más ampliamente en los textos quirúrgicos por ahora únicamente haremos mención de datos relativos de carácter general.

1.- ¿Quién realiza la biopsia?

En la mayor parte de los casos es el dentista que practica habitualmente la exodoncia es, o debe ser lo suficientemente capaz para obte-

ner una muestra de tejido de una lesión aparentemente sospechosa.

En la mayoría de los casos, la extracción de un diente es una técnica mucho más difícil, que necesita una destreza mucho mayor que la requerida para extraer una pequeña muestra de tejido blando. Sin embargo, cuando la lesión se diagnóstica clínicamente como cáncer y cuando exista la más mínima duda el médico está obligado a renunciar a la obtención de una muestra biopsica y enviar lo más antes posible al enfermo con un especialista en oncología.

De forma parecida, cuando la lesión es pequeña y la obtención de tejidos representativos requiere la eliminación de la mayor parte de la lesión y por ello puede perjudicar la posterior extirpación quirúrgica de la totalidad de la lesión, el médico debe evitar la mutilación y enviar al enfermo a un especialista más hábil.

2.- La muestra de tejido.

Como regla general, la muestra de tejido debe ser representativa de la lesión y si es posible, incluya una parte de tejido contiguo que es normal.

Una muestra de tejido que mida 1 cm. de longitud y 0.5 cm. de grosor y de anchura es suficiente. Aunque puede haber tejido ulcerado, inflamado y necrótico, debe representar solo una pequeña parte del total de tejido de la muestra.

3.- Biopsia Múltiples.

Cuando se duda en relación al lugar del que se va a obtener el tejido, se puede sacar múltiples biopsias. Esto puede ser un procedimiento necesario cuando la primera biopsia da resultados histológicamente negativos pero las características de la lesión siguen siendo sospechosas. En otras palabras el médico no debe aceptar un resultado negativo del anatomopatológico como definitivo cuando los datos clínicos hagan pensar en una neoplasia maligna; deben obtenerse y estudiarse una segunda o incluso una tercera muestra de otras regiones de la lesión.

1) NEOPLASIAS MALIGNAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

Una de las neoplasias malignas de tejido-blando es sin duda la neoplasia maligna de la boca y se encuentra en no menos 90% de todos los cánceres bucales, este es el Carcinoma epidermoide o de células escamosas, puede presentarse en cualquier lugar de la boca. Pero su mayor localización es en los labios, piso de la boca y lengua.

Sin embargo, el carcinoma epidermoide puede también presentarse en la mucosa bucal, en los tejidos del paladar, en las encías, y en algunos casos raros, como tumor primitivo de los maxilares.

- HALLAZGOS CLINICOS -

Aunque el aspecto clínico del carcinoma epidermoide varía mucho, dependiendo del lugar exacto de origen (lengua, suelo, encía, etc.), su grado de evolución (precoz o tardío etc.), su forma clínica (fungoso, verrugoso o infiltrativo), y de los efectos de las irritaciones, empastes episodios traumáticos superpuestos (alimentos, empastes dentales, caninos cortantes, etc.). La mayoría de los carcinomas presentan ciertos aspectos clínicos que, cuando se encuentran, deben hacer pensar en una neoplasia maligna y obligan a una investigación más extensa.

Estos caracteres se han descrito y explicado, en el tema anterior.

- ETIOLOGIA -

Aunque se ha dicho que factores sistemáticos (virales bioquímicos, genéticos y otros), son las causas más importantes de todos los cánceres, - aún no se conoce la naturaleza exacta de estas lesiones. Sin embargo, se ha comprobado que muchos factores predisponentes y desencadenantes tienen un papel importante en el desarrollo de los cánceres de la boca.

Los irritantes físicos, como son los dientes mellados, los empastes mal adaptados, los bordes ásperos de los empastes, etc. desempeñan sin lugar a dudas algún papel, pero se ha exagerado su participación exacta en todo el cuadro etiológico.

Los irritantes químicos como el exceso de tabaco, se encuentran entre los pocos factores locales que pueden relacionarse de forma definida con el cáncer de la boca. Se ha establecido que el fumar en pipa, el fumar cigarros, la masticación del tabaco y la degustación del rape (cocaína) actúan como factores desencadenantes o exitantes en los cánceres de boca.

Los irritantes térmicos como son los alimentos y líquidos calientes y el excesivo calor de la pipa o humo del cigarro deben considerarse también como factores exitantes en potencia.

Los estados de mal nutrición, como los que acompañan o se asocian con la cirrosis hepática, alcoholismo y el Síndrome de Plummer - Vinson, se han visto estadísticamente que desempeñan tam--

bién un importante papel en el cáncer de la boca, probablemente como factores predisponentes. Existe una correlación entre la sífilis y el cáncer de la boca (labio y lengua), pero al igual que los estados de malnutrición, la sífilis es probable que sea un factor predisponente más que un factor primario o inicial.

Los rayos solares (radiación actínica) - pueden desempeñar su papel en el cáncer del labio y sobre todo, en las personas de piel clara cuya mínima pigmentación con melanina, les proporciona una protección inadecuada contra los rayos del sol. La correlación entre rayos solares y el cáncer es más importante sobre todo en los carcinomas de células basales de la cara.

- EVOLUCION -

El Carcinoma epidermoide de la boca, como las otras formas de cáncer invaden siempre los tejidos circundantes por invasión directa. De hecho la extensión a los tejidos vecinos se ve facilitada en la boca por las mínimas barreras naturales de esta región.

Por ello, no es rara la extensión de una lesión del suelo de la boca a la base de la lengua encía y mandíbula, y una lesión primitiva de los tejidos gingivales o palatinos invade directamente el hueso que hay por debajo.

El Carcinoma epidermoide puede crecer también por metastasis, produciéndose la diseminación

o distancia por vía linfática y por vasos sanguíneos venosos y arteriales.

Sin embargo, la vía más frecuente de (metastización), son los conductos linfáticos, cuyas delgadas paredes permiten fácilmente el paso de las células neoplásicas. Pueden desprenderse pequeños nidos celulares que son transportados a lo largo de la luz del vaso hacia los ganglios linfáticos de drenaje, donde quedan atrapados. En otros casos, las células neoplásicas crecen a lo largo de las paredes internas de los vasos linfáticos hasta alcanzar los ganglios de drenaje.

Los ganglios linfáticos, que se afectan más frecuentemente por metastización de los carcinomas intraorales son los submandibulares y los cervicales. Otros grupos de cadenas ganglionares como la submental, supraclavicular, etc. Pueden afectarse también, pero no es tan frecuente.

Se han visto algunos casos de metastasis por vía sanguínea, siendo más frecuente la diseminación venosa de los carcinomas de la boca suelen afectarse sobre todo los pulmones, hígado y huesos, mientras que los riñones, glándulas endocrinas y la médula ósea se afectan sobre todo por invasión arterial.

- TRATAMIENTO -

El tratamiento del carcinoma epidermoide de células escamosas de la boca, como cualquier cáncer depende de muchos factores como: la locali-

zación y el tamaño del tumor, la presencia o ausencia de metastasis, el grado histológico de la lesión, la edad y salud del enfermo y de la destreza del especialista. Por ello, ciertos carcinomas epidermoides reciben un mejor tratamiento por la extirpación quirúrgica, otros con radioterapia y aún hay otros en que lo mejor es combinar los dos métodos. Aunque en el tratamiento del cáncer se han descubierto y utilizado una gran variedad de agentes quimioterápicos como el uretano, la mostaza nitrogenada y los derivados de la tietilenmelamina, los antagonistas del ácido fólico y las sustancias radioactivas, su efectividad en el cáncer de la boca es muy limitada.

2) CANCER DE LOS MAXILARES.

Debido a que el cáncer en los maxilares - se da en casos muy raros, sin embargo es cierto - que los maxilares pueden ser afectados secundariamente por lesiones cancerosas cuya localización - primitiva estaba en los tejidos blandos, por ejemplo; la mandíbula y la maxila se afectan a menudo - por invasión directa de los cánceres que se desarrollan en los tejidos blandos de la encía y del - paladar; de forma parecida, una lesión en el suelo de la boca, si sigue su evolución puede extenderse hasta la totalidad de la cortical de la mandíbula.

Incluso los cánceres primitivos de los labios, evolucionando el tiempo suficiente pueden penetrar en la cortical de la mandíbula, las neoplasias malignas de los senos maxilares invaden a menudo la maxila que hay por debajo.

También pueden afectarse las mandíbulas - por diseminación hematógica de lesiones malignas - primitivas de regiones distantes del cuerpo. Se han descrito numerosos casos, y bien documentados - de afectación ósea maxilar metastásica debida a - cánceres primitivos de los senos, pulmones y riñones, así como de otros órganos.

Por ello es importante que el médico esté familiarizado con los métodos utilizados para establecer el diagnóstico tanto del cáncer óseo maxilar, como de las lesiones malignas de los tejidos blandos.

- HALLAZGOS CLINICOS -

Los signos clínicos que discutimos aquí, corresponden sólo a los de los tumores primarios o metastásicos de los maxilares, ya que es evidente que, en los casos en los que los maxilares se afectan por invasión directa a partir de una lesión contigua maligna de los tejidos blandos ésta suele descubrirse.

Desde el punto de vista diagnóstico, el cuadro clínico del cáncer maxilar se divide en tres estadios: el estadio inicial sintomático, el estadio intermedio que es clínicamente observable y finalmente el estadio avanzado.

El Estadio Sintomático.— Suele caracterizarse por ciertos quejas como una vaga neuralgia ósea, la hipersensibilidad ósea un dolor (como si estuviera royendo el hueso), se trata de un dolor que no suele ser intenso sino más bien de intensidad moderada. Además el enfermo no puede designar el lugar específico de la molestia; sino que señala una zona extensa. En este estadio pueden faltar completamente los signos radiográficos, o si existen pueden ser difícil descubrirlos o diagnosticarlo con algún grado de exactitud.

En estos casos, y en los que la exploración completa para buscar causas locales ha sido negativa, debe enviarse al enfermo para que se realice una exploración general completa en busca de una lesión maligna primitiva en otra región del cuerpo que pueda haber metastatizado a la maxila.— Si no se encuentra ninguna lesión, debe realizarse

una exploración posterior.

El Estadio Intermedio o Clínico.- Suele encontrarse los síntomas descritos más arriba, pero también puede manifestarse por otros signos como (un vago dolor dental), que no puede explicarse por causa local, como un diente cariado o una periodontitis.

Otras molestias que pueden presentarse son el aflojamiento brusco de uno o varios dientes y a menudo, parestesia un entumecimiento del labio inferior, una pérdida de sensibilidad o una sensación de zumbidos en un labio o en un segmento cuneo. Cuando estos últimos signos se asocian a una neoplasia maligna, se deben a una infiltración de células malignas que dan lugar a una destrucción del soporte óseo alveolar, o la resorción de las raíces y a la penetración en el contenido del canal mandibular, causando así una interferencia de los impulsos sensoriales.

Si la enfermedad cancerosa continúa, pueden aparecer otros signos, por ejemplo: un ligero agrandamiento o una deformación de la mandíbula o de la maxila, dolorosas a la palpación, la destrucción de la cortical con formación de una masa cancerosa que hace prominencia en su superficie.

El Estadio Avanzado.- Si el estadio progresa a un estadio avanzado, el cuadro clínico de las alteraciones neoplásicas del tejido blando, descritas anteriormente. Por ello se ven prominencias de consistencia dura, que generalmente contienen una o varias ulceraciones de aspecto crateri-

forme, que se descubren con facilidad y hay una hipertrofia y deformidad marcada. Junto a destrucción del hueso que hay por debajo.

- HALLAZGOS RADIOGRAFICOS -

En el estudio inicial o sintomático del cáncer de los maxilares no suelen encontrarse alteraciones radiográficas, ya que debe destruirse un 40 a 60% de la densidad ósea antes de que las lesiones puedan observarse.

En el estadio intermedio suelen verse, por lo menos mínimos cambios radiológicos.

Suelen ser radiotransparentes en la mandíbula o en la maxila (afectandose con más frecuencia la mandíbula que la maxila).

Estas zonas suelen ser de forma irregular con bordes festoneados o mellados, difusos o poco limitados. La lesión osteolítica no es homogéneamente oscura sino más bien se presenta como una sombra gris clara, brumosa o nebulosa que no contiene restos de trabéculas. Sin embargo, en las zonas más periféricas pueden encontrarse algunos restos de trabéculas pero las sombras están mal limitadas y descoloradas.

Aunque las lesiones suelen presentarse en el cuerpo de la mandíbula, a veces pueden presentarse en las regiones periapicales, simulando así una patosis periapical.

Otros datos radiográficos sugestivos es el de la resorción ósea, tanto en el ápice como en las superficies laterales de las raíces, que no puede explicarse por las causas locales habituales. Además, la infiltración continua por acción de las neoplasias malignas puede provocar la destrucción del hueso alveolar, y en algunos casos poder incluso, dar un cuadro que parece el de una periodontitis avanzada.

Aunque las neoplasias malignas centrales pueden producir a veces el desplazamiento de los dientes, el movimiento de los mismos es mínimo o nulo. En algunos casos avanzados, las raíces de los dientes pueden estar rodeadas por una zona radiotransparente difusa, lo que le da el aspecto de dientes (que flotan en el espacio alveolar).

Otros datos radiográficos que también tienen interés diagnóstico, son una radiotransparencia que penetra en el canal mandibular, un agujero mentoniano, o el seno maxilar, o una radiotransparencia que más, que causar una desviación de la cortical inferior de la mandíbula, parece penetrar y destruirla si que haya señales, o muy pocas, de conformidad cortical.

En algunos casos, y sobre todo en los estadios más avanzados, el cuadro radiográfico simula muchas veces el de una osteomielitis, consistiendo en zonas radiotransparentes grandes, melladas, de forma irregular, dentro de las cuales hay múltiples radiopacidades parecidas a secuestros, de diversos tamaños.

La mayor parte de las neoplasias malignas de los maxilares no se acompañan de neoformación ósea, pero en algunos casos se ve.

Puede esperarse en aquellas lesiones malignas como el sarcoma osteogénico pero también puede producirse en aquellos casos de carcinoma metastásico de prostata o de mama y en la neoplasia que han invadido el maxilar en forma directa a partir de los tejidos blandos vecinos. La actividad osteoblástica se descubre por la presencia de radiocidades difusas pero evidentes, situadas en o alrededor del tumor invasor.

Las tomografías permiten una imagen más exacta y localizada de las lesiones.

- HISTORIA CLINICA -

Generalmente no es difícil descubrir los tumores malignos centrales grandes, que pueden observarse clínicamente, y muy destructores, por ello la historia clínica contribuye poco a establecer el diagnóstico. Sin embargo, la historia puede ser de gran importancia diagnóstica en los casos, en los que las lesiones de los maxilares son pequeñas o son ligeramente sospechosas.

Debe tenerse en cuenta la edad y sexo del enfermo, a los antecedentes patológicos, sobre todo si hay enfermedades malnutricionales, alcoholismo o cirrosis hepática y si el enfermo ha recibido en el pasado o actualmente tratamiento para el cán

cer de otras regiones del cuerpo.

- TECNICAS DE LABORATORIO -

La biopsia es esencial para establecer el diagnóstico definitivo al igual que en las lesiones malignas de los tejidos de la boca.

Sin embargo, una biopsia de una lesión central suele ser difícil de obtener y muchas veces se sigue de complicaciones pos-quirúrgicas. Por ello, es mejor dejar esta técnica para el cirujano oral.

3) NEOPLASIAS MALIGNAS DIVERSAS DE LA BOCA Y DE LOS MAXILARES.

- CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE -

Es una neoplasia maligna cuyas características clínicas e histológicas son muy variables. - Puede ser de crecimiento lento, compuesto por epitelio escamoso bien diferenciado predominando epitelio mucoso secretante, o en el otro extremo, puede ser una neoplasia de crecimiento muy rápido compuesta por epitelio escamoso con hiperchromatismo, imágenes típicas de mitosis y signos importantes de invasión y de metástasis. Esta última variedad tiene también células mucosas secretantes, pero con menor número que en la forma de crecimiento lento.

Ya que el carcinoma mucóepidermoide tiene su origen en las glándulas salivales, su localización más frecuente está en las glándulas parótidas y en las otras glándulas salivales principales, pero también puede presentarse en el paladar, labios y en mucosa bucal, donde se desarrolla a partir del tejido glandular salival accesorio.

También puede desarrollarse en las regiones centrales de los maxilares, sobre todo en la mandíbula, donde se forma a partir del tejido glandular salival ectópico, que ha quedado localizado allí durante el desarrollo fetal.

Los datos clínicos no son específicos ya que muchas veces hacen pensar en un tumor mixto -

benigno o en una neoplasia maligna de la glándula parótida, como es el cilindroma del adenocarcinoma, en el paladar, labios y en las regiones de la boca, el cuadro clínico se parece también al del tumor mixto o al del carcinoma epidermoide, o incluso al quiste mucoso.

En resumen, es realmente difícil diagnosticar un carcinoma mucoepidermoide basándose únicamente en los datos clínicos, sin embargo debe sospecharse su existencia o al menos tenerla en cuenta, cuando nos enfrentamos a un tumor que se localiza en el tejido glandular salival y sobre todo cuando el tumor presenta signos de malignidad aunque sean mínimos (consistencia sólida, rigidez, adherencia a los tejidos vecinos y crecimiento constante o rápido).

El diagnóstico definitivo depende siempre de la biopsia.

Cuando el carcinoma mucoepidermoide es de localización central, como en el cuerpo de la mandíbula, su aspecto radiológico parece al de un quiste, es decir, es una zona radiotransparente redonda u ovalada. En este caso tampoco es posible el diagnóstico definitivo sin una exploración quirúrgica y análisis de la biopsia.

Los datos anamnésticos tienen también poca importancia diagnóstica, aunque el tumor es más frecuente en las personas de mediana edad que el resto, la evolución del tumor puede aumentar las sospechas, por ejemplo. Si es una masa de crecimiento constante que ha aumentado mucho de tamaño-

en un tiempo relativamente corto (en unas semanas o en pocos meses).

- CILINDROMA -

Es una neoplasia maligna que puede ocurrir en la boca aun que sus localizaciones más frecuentes son en las glándulas salivales, sobre todo en la parótida. En la cavidad bucal su localización más frecuente es el paladar, donde el aspecto clínico puede parecerse al del tumor mixto o a otro tipo de cáncer bucal al igual que en el carcinoma mucoepidermoide de esta misma localización el diagnóstico definitivo sera por exploración biopsica.

La estructura histológica es variable, pero por lo general el cilindroma se compone de células parecidas a las basales, pequeñas que se tiñen intensamente, dispuestas en forma de cordón que contienen un material mucoide. Las células tumorales están rodeadas por tejido conjuntivo hialinizado cuya forma se parece a un cilindro, por lo que se llama cilindroma.

- MELANOMA MALIGNO -

El melanoma maligno o melanocarcinoma es afortunadamente una neoplasia rara en la boca, ya que se trata de una de las enfermedades más fatales y de más rápida evolución.

Aunque se han publicado casos en diversas localizaciones de la boca, las más frecuentes son los tejidos de la encía y del paladar. En sus primeros estadios, el único signo sospechoso puede ser el aumento de la pigmentación de melanina, que forma una placa de color obscuro.

En seguida, por su caracter de crecimiento rápido y constante, el melanoma maligno adquiere el aspecto de una masa tumoral de consistencia sólida. De gran importancia diagnóstica es el crecimiento de la lesión en todas direcciones afectando a las estructuras vecinas por un tejido normal de color oscuro o negro si la neoplasia sigue creciendo apareceran la mayoría de los caracteres clínicos de los cánceres de la boca el tumor es la consistencia sólida, esta adherido, tiene bordes indurados y una ulceración en su centro y se acompaña de linfadenopatias metastasicas. Las características que distinguen generalmente al melanoma maligno de las formas de cáncer bucal son un color pardo o negro y su gran rapidez de crecimiento.

- MIELOMA MULTIPLE -

El mieloma múltiple o mieloma de células plasmáticas, es una neoplasia maligna que por lo general se desarrolla en las médulas óseas del esqueleto. Sus elementos celulares característicos se parecen a las células plasmáticas y se cree proceden de las células reticuloendoteliales de la médula. Su actividad siempre mayor conduce a la osteolisis y por tanto a zonas radiotransparentes en el hueso. Aunque pueda afectarse cualquier hueso-

del esqueleto, los que se afectan con mas frecuencia son las vertebras, las costillas, el cráneo, - la pelvis y el femur. Los maxilares también pueden estar afectados, la mandíbula más que la maxila. Las localizaciones más frecuentes son el cuerpo posterior, el ángulo y la rama de la mandíbula.

El cuadro clínico del mieloma múltiple de los maxilares se parece al descrito para las neoplasias centrales malignas. En sus primeros estudios los síntomas pueden limitarse a una neuralgia y a dolor o hipersensibilidad del maxilar de localización difusa y de caracter inespecífico.

A veces, el motivo de la consulta es un vago dolor dental que no puede explicarse por completo por una enfermedad odontogénica. Si las lesiones óseas evolucionan, se encuentran signos clínicos específicos: agrandamiento o deformación de la región afectada, por lo general en forma de prominencia bien delimitada de consistencia ósea, que puede ser causa de dolor constante a la palpación, o la movilidad de uno o más dientes, que es un dato difícil de explicar por una infección periapical o por una periodontitis. Otro síntoma subjetivo y que tiene gran importancia diagnóstica es la parestesia o adormecimiento del labio o de un segmento cutáneo cerca del mentón.

Ya que en cerca del 6 al 10% de los enfermos con mieloma múltiple hay amiloidosis, si se encuentra macroglosia o formaciones nodulares en la lengua o en la mucosa bucal es obligatorio hacer una biopsia, y si se encuentra depósitos de amiloide, debe investigar la existencia de un mieloma múltiple.

Los datos radiológicos son variables, pero la imagen más característica es la presencia de numerosas zonas radiotransparentes, pequeñas, bien limitadas con bordes periféricos, bien definidos, dando la imagen en sacobocados, sin embargo, las zonas radiotransparentes no tienen una zona circundante de esclerosis, lo que permite diferenciar al mieloma múltiple de los procesos quísticos. En otros casos, pueden unirse varias lesiones líticas pequeñas, dando lugar a una masa radiotransparente más grande.

A veces, las lesiones tienen el aspecto radiológico de una desmineralización difusa del hueso; las trabéculas están decoloradas y confusas. Estando algunas totalmente resorbidas y destruidas; los espacios medulares están agrandados y tienen un color nebuloso, gris claro, la lámina dura relacionada con las lesiones óseas puede faltar debido a la destrucción causada por el mieloma y, en algunos casos, hay señales de resorción ósea de las raíces por la neoplasia infiltrativa.

La sospecha de un mieloma múltiple de los maxilares, basada en los datos radiológicos o clínicos, obliga a nuevas técnicas de investigación. Los datos obtenidos de la historia pueden aumentar la sospecha del médico. Ya que el mieloma múltiple es dos veces más frecuente en los varones que en las mujeres y se da en personas de edad avanzada, se tendrán en cuenta estos factores.

Las preguntas relativas a la existencia de signos y síntomas clínicos parecidos a los de los maxilares pero en otras localizaciones corpora

les nos proporcionan nuevos datos para estimular una investigación posterior.

Sin embargo, el diagnóstico definitivo de mieloma múltiple no puede basarse en los datos descritos hasta aquí.

Deben realizarse una exploración del esqueleto y sobre todo de las vertebras, cráneo y pelvis. La existencia de lesiones parecidas en estas localizaciones aumenta notablemente la sospecha.

Entre las pruebas de laboratorio útiles para establecer un diagnóstico tenemos: los estudios electroforéticos de las proteínas plasmáticas que pueden mostrar un aumento homogéneo de la globulina gamma. Los análisis de orina para detectar la proteína de Bence Jones, se encuentra en más del 60% de enfermos con mieloma; y la realización de punciones esternales para detectar las células plasmáticas inmaduras, que se encuentran en la médula ósea de los enfermos de mieloma. También puede encontrarse proteinuria anemia, aceleración de la velocidad de sedimentación globular, hiperuricemia, retención de nitrógeno e hipercalcemia.

El examen de la biopsia de una lesión sospechosa y el estudio de una función esternal son muy importantes para establecer un diagnóstico definitivo. Histológicamente, la lesión se caracteriza por grupos de células muy unidas parecidas a las células plasmáticas con poco estroma intercelular.

El tratamiento de elección es la Quimiote

rapia más la radioterapia local, aunque por lo general, la mayoría es temporal.

La mayoría de enfermos mueren antes de los 2 años del comienzo de la enfermedad, pero se han publicado casos de supervivencias durante muchos años.

Una neoplasia maligna de la boca es sin duda el carcinoma "INSITU" (enfermedad de Bowen. - Carcinoma intraepitelial).

El término de "carcinoma insitu", se refiere a un carcinoma superficial cuyas características neoplásicas quedan limitadas únicamente al epitelio escamoso; en otras palabras, la lesión es una neoplasia intraepitelial que no tienen características invasivas. Puede decirse que no es carcinoma ya que no se le puede demostrar infiltración, que es una característica cardinal de las neoplasias malignas; y de hecho, se cree que no es más que una disqueratosis avanzada o intensa (leucoplasia).

Como es de esperar, el aspecto clínico del carcinoma insitu no es característico; algunas lesiones tienen caracteres clínicos no se pueden distinguir de los de la leucoplasia clínica, es decir, son placas queratósicas grises o blancogrisáceas ligeramente elevadas, muy discretas, que muchas veces tienen una superficie irregular o tosca; otras lesiones recuerdan los estadios precoces del carcinoma de células escamosas, es decir, se presentan como lesiones residuales de tamaño variable, muy enrojecidas brillantes de erosiones o de tejido de granulación plano o ligeramente elevado,

pero muchas veces están rodeadas por pequeñas Queratosis, de color gris claro, que difícilmente se distinguen.

Aunque el carcinoma "in situ" puede ocurrir en cualquier lugar de la cavidad oral, se localiza con más frecuencia en el suelo de la boca, en la parte central de la lengua, o en los tejidos del paladar blando o de las amígdalas.

Histológicamente el carcinoma "in situ", parece una leucoplasia avanzada, afectando todas las capas del epitelio escamoso. Se observan hiperqueratosis acantosis, y sobre todo, disqueratosis (variación del tamaño y formas de las células, núcleo hiper cromático e imágenes mitóticas características), un hallazgo frecuente y sugestivo que encontramos en esta región es el abultamiento del epitelio, aunque la capa basal celular está intacta.

El tratamiento habitual que en ese caso es siempre la extirpación quirúrgica, es importante y necesario realizar una extirpación completa para evitar la posible transformación en un carcinoma infiltrativo.

- NEVUS PIGMENTADO -

El nevus pigmentado es raro en los tejidos blandos de la boca, a pesar de su gran frecuencia en la piel (casi todas las personas tienen uno o varios nevus cutáneos). Se considera generalmente como una mal formación congénita o del desarro-

llo más que como una neoplasia, aunque algunas variedades poseen un alto potencial de transformación en melanoma maligno.

El nevus pigmentado puede existir ya en el momento del nacimiento, pero generalmente aparece durante la infancia incluso en años posteriores.

La lesión puede ser de uno o varios tipos histológicos, teniendo cada uno de ellos diferente potencial de malignización. Desgraciadamente, ya que el aspecto clínico de los diversos tipos de nevus que tienen lugar en la boca se parecen y muchas veces no se pueden distinguir, presentamos una descripción única del nevus pigmentado y esperamos, que casi quede subrayada la importancia de la exploración microscópica en el diagnóstico final.

Los caracteres clínicos del nevus pigmentado que se presentan en la cavidad oral, tanto si la lesión es intradérmica, de unión o compuesto, son los siguientes:

- a) es una masa de color alterado, lisa, plana o ligeramente elevada, bien limitada, sólida.
- b) suele ser de pequeño tamaño, oscilando entre unos milímetros a varios centímetros de diámetro.
- c) el color suele ser azul intenso o azul negro, aunque a veces se ven de color pardo y tostado.

- d) algunos casos raros, el nevus pierde la pigmentación, mostrando sólo el color rosado pálido - de los tejidos orales normales.
- e) se localiza con más frecuencia en el paladar, - encías y labios.

El nevus pigmentado se diferencia fácilmente del hemangioma ya que es más sólido, no queda de color blanco como ocurre con el hemangioma - cuando se la aplica presión y no se obtiene sangre por aspiración. Debe distinguirse de la pigmentación melánica normal de los negros y de las personas de piel oscura.

Los datos histológicos son más importantes.

Las células típicas son grandes, discretas, con núcleos ovoides o vesiculares, que contienen gránulos de melanina en su citoplasma, la localización exacta de las células del nevus nos da un diagnóstico histológico más preciso, si están en - el interior del tejido conjuntivo (intradérmico), - contactando y mezclándose con el epitelio (de - unión), o en ambos lugares (compuesto) sin lugar a dudas, el nevus de unión posee un potencial de - transformación en un melanoma mucho mayor que los otros tipos.

El tratamiento se recomienda en el nevus pigmentado de la boca es la total extirpación quirúrgica.

- LINFOMAS Y SARCOMAS -

Los sarcomas son neoplasias malignas de origen mesodermico y pueden desarrollarse a partir de cualquier tejido conjuntivo del cuerpo. A excepcion del grupo de los linfomas malignos y de las leucemias, son muy raras si se les compara con tumores epiteliales malignos.

Este grupo se presenta en personas más jóvenes que en el caso de los carcinomas; tiene tendencia a metastalar precozmente sobre todo por vía sanguínea y tiene mal pronóstico.

Los sarcomas son un desafío para el clínico, ya que pocas veces tienen caracteres radiográficos y clínicos patognomónicos. Al contrario del carcinoma, se ulceran en una fase posterior de la evolución, una vez ya existe una extensa infiltración local y ya hay metastasis. Por ello, en sus primeros estadios las lesiones pueden interpretarse como benignos o inflatorios ello presenta muchas veces un problema para el patólogo que, cuando se enfrenta a un material obtenido por biopsia de una masa de tejido blando, debe descartar muchas inflamaciones y lesiones reactivas que pueden parecerse a los caracteres histológicos del sarcoma. Por ello el diagnóstico definitivo depende de una historia detallada de una exploración cuidadosa y total, de los estudios de laboratorio y de un adecuado material de biopsia.

- LINFOMA MALIGNO -

Linfoma maligno es un término clínico que se aplica a cuatro subtipos histológicos de neoplasias malignas que se desarrollan a partir de las células de las series linfocíticas y reticular. Suele localizar en los ganglios linfáticos pero pueden desarrollarse en cualquier órgano que contenga tejido linfático. Los linfomas se clasifican según el tipo celular y el estadio de desarrollo de la serie celular de la que deriva. En este grupo se incluyen, en orden decreciente de frecuencia la enfermedad de Hodgkin (40.4%).

El linfosarcoma, es en sus tipos linfocíticos, y linfoblásticos (30.8%); el sarcoma de células reticulares (19.9%) y el linfoblastoma foliolar gigante (9.3%).

Aunque los caracteres histopatológicos y algunos aspectos clínicos de cada tipo son específicos, la transición de una a otra forma puede tener lugar en el curso de la enfermedad o los linfomas malignos son un grupo con ciertos caracteres clínicos comunes.

Se desarrollan en un solo ganglio linfático o en un grupo ganglionar, diseminándose a continuación al hígado, bazo y médula ósea.

Algunos autores creen que el desarrollo de lesiones múltiples es la consecuencia de una diseminación metastásica, mientras otros mantienen la teoría de un origen múltiple primitivo.

En un 20% puede encontrarse en los últimos estadios una leucemia linfocítica o monocítica si las células malignas entran en la circulación sanguínea periférica. Los linfomas malignos son más frecuentes en los varones que en las mujeres y, a excepción de la enfermedad de Hodgkin, suele aparecer en personas de más de 40 años de edad.

- LINFOBLASTOMA FOLICULAR GIGANTE -

(Enfermedad de Brill-Symer).

El linfoblastoma folicular gigante pertenece al grupo de los linfomas malignos. Se caracteriza por la proliferación maligna de linfocitos y de células reticulares en el interior de folículos gigantes bien definidos.

El enfermo suele presentar una masa sólida, discreta, no adherente, de crecimiento lento, no dolorosa en una de las cadenas ganglionares linfáticas superficiales, por lo general en la zona cervical o inguinal. A veces se afectan las zonas submaxilar o submentoniana, muy pocas veces, si es que existen, hay signos o síntomas generales. La afectación oral es muy poco frecuente, aunque puede estarlo las amígdalas o la enfermedad puede no presentar ningún signo de progresión durante muchos años y el enfermo puede morir por otra causa distinta.

Sin embargo, con el tiempo el tumor se transforma en una variedad más maligna de linfomas sobre todo en un retículo sarcoma, que se extiende

a otras cadenas ganglionares linfáticas y a otras vísceras.

- RETICULOSARCOMA -

El reticulosarcoma se caracteriza por una proliferación y degeneración maligna de las células reticulares.

Aunque puede presentarse en cualquier órgano, las localizaciones más frecuentes en su origen son los ganglios linfáticos cervicales y retroperitoneales, las amígdalas y el tubo gastrointestinal.

El motivo de la consulta depende de la localización del tumor y entre ellos encontramos malestar general, dolor de garganta, obstrucción nasal, disnea, disfagia y disfonía.

Por lo general el primer signo de la enfermedad es la hipertrofia de los ganglios cervicales. La palpación puede mostrar discretas masas dolorosas, únicas, múltiples, sólidas, de consistencia parecida al caucho, debajo de los músculos esternocleidomastoideos. En sus primeras fases los ganglios pueden movilizarse bien. Sin embargo, si las células malignas invaden las cápsulas que rodean los ganglios e infiltran los tejidos blandos de la vecindad, las masas se unen y se adhieren. En la boca; la localización más frecuente de la enfermedad es en las amígdalas; que se vuelen dolorosas y se hipertrofian.

El agrandamiento es difuso y los bordes - no están limitados. La ulceración no suele ocurrir hasta que el tumor alcanza gran tamaño o se traumatiza. Las amígdalas no ulceradas, hipertróficas y enrojecidas y la adenopatía cervical pueden hacer pensar en una tonsilitis hiperplásica y en la linfadenitis cervical reactiva, por lo que es necesaria la biopsia cuando encontramos lesiones de este tipo.

Su comienzo en otras estructuras orales - es raro, se ha señalado su existencia en la mucosa bucal y en la encía y en el paladar.

Los caracteres clínicos en estas regiones son similares a los de otras neoplasias malignas.

El reticulosarcoma es el linfoma que tiene peor pronóstico. A la afectación cervical y amigdalar la sigue rápidamente una infiltración progresiva del bazo, hígado y de la médula ósea - así como del grupo ganglionares linfáticos viscerales, y a veces puede complicarse con una leucemia monocita. La cifra de supervivencia por encima de los cinco años es del 19% el de las lesiones que se desarrollan en la cabeza, en el cuello y en las amígdalas es sólo ligeramente mejor, la mayor parte de los enfermos han muerto ya a los dos años de establecido el diagnóstico.

- LINFOSARCOMA -

El linfosarcoma puede desarrollarse a partir de los linfocitos o linfoblastos. La enferme-

dad tiene una evolución más benigna que el reticulosarcoma.

La mayor parte de los linfosarcomas se ven en varones de más de 40 años de edad. Sin embargo, muchos de los tipos linfoblásticos se desarrollan en personas que están en su primera o segunda décadas de vida. El primer signo de la enfermedad suele ser una hipertrofia no dolorosa de los ganglios linfáticos cervicales profundos.

Los ganglios suelen ser sólidos discretos y móviles en los primeros estadios de la enfermedad, y cuando hay infiltración se hacen confluentes y adherentes, puede haber faringitis, pero al comienzo no suele haber otros síntomas y signos.

El 35% de los linfosarcomas son extraganglionares, siendo el tubo gastrointestinal la localización inicial más frecuente de este grupo. Muchas de las lesiones extraganglionares se desarrollan en las amígdalas, mucosa bucal, suelo de la boca y en otras zonas de masofaringe, el aspecto clínico de estas lesiones se parecen al del reticulosarcoma. Las lesiones viscerales se desarrollan a los pocos meses o al año del descubrimiento de las lesiones superficiales iniciales. En los últimos estadios puede haber una leucemia linfocítica.

La cifra de supervivencia por encima de los cinco años es de un 28%, cuando la enfermedad se limita a una zona y se aplica radioterapia precoz a dosis altas, se consigue una cifra de supervivencia a los cinco años de un 65 a 80%. Los enfermos jóvenes con la forma linfoblástica y aque-

llos que tienen una enfermedad ya generalizada - cuando se les ve por primera vez tienen un pronóstico más pobre, la leucemia linfocítica es también un signo fatal.

- ENFERMEDAD DE HODGKIN -

Se consideró que la enfermedad de Hodgkin era un proceso inflamatorio crónico, posiblemente de causa viral o bacteriana.

Sin embargo, su evolución clínica y la histopatología hacen pensar más en un proceso neoplásico maligno parecido al visto en los linfomas. La denominación "Enfermedad de Hodgkin", es una denominación genérica en la que se incluyen tres procesos histopatológicos más específicos, la forma menos maligna es el paragranuloma, que se parece al linfosarcoma.

El granuloma de Hodgkin se caracteriza por una multiplicidad de tipos celulares, entre los que se encuentran los de las series granulocíticas. La variedad más maligna es el sarcoma cuyo cuadro histológico se parece al del reticulosarcoma.

Los tres tipos tienen una característica histológica común, que es la existencia de las células gigantes binucleadas o células de "Reed - Sternberg", que se cree son células reticulares atípicas y que, cuando se encuentran, son patognómicas de la enfermedad de Hodgkin.

En el curso de la enfermedad puede ocurrir transiciones de uno a otro grupo, por lo general desde el tipo menos al más peligroso.

La enfermedad de Hodgkin es tres veces más frecuente en varones que en mujeres y se da más en personas que se hallan en su segunda y tercera década de la vida. El primer signo suele ser la hipertrofia no dolorosa de uno o más ganglios linfáticos cervicales.

La palpación muestra una discreta masa sólida, de consistencia parecida al caucho, similar a la que encontramos en las otras formas de linfomas. Cuando están afectados los ganglios linfáticos paraparotídeos hay una clara afectación del nervio facial.

Si la enfermedad sigue su curso y se afectan las vísceras y otros grupos ganglionares linfáticos puede haber una recaída de la fiebre, eosinofilia, pérdida de peso y anemia. Excepto las amígdalas es raro que hayan otros tejidos orales afectados.

El pronóstico de la enfermedad de Hodgkin es variable, de cifra de supervivientes de más de diez años en enfermos que presentaban enfermedad regional (en una zona), pero sin signos ni síntomas generales es de un 60% cuando se hace un tratamiento con Rayos X a gran voltaje, mientras aquellos que presentaban al principio una enfermedad sistemática. La cifra de supervivencia a los diez años es el 2%. La quimioterapia es útil para paliar una enfermedad generalizada.

LINFOMA AFRICANO (TUMOR DE BURKITT).

El linfoma maligno es raro en los niños.- Sin embargo, en el Africa central se señala que un 50% de los casos se presentan en niños. Suele ver se afectados entre los tres y los siete años.

La enfermedad suele presentarse como una-infiltración linfomatosa de la maxila, la mandíbula y de las visceras abdominales.

Los ganglios linfáticos no suelen estar - afectados ni hay leucemia, lo que es sorprendente- cuando consideramos la gran frecuencia de leucemia linfocítica aguda en los niños de otras partes del mundo.

El tumor es de tipo linfoblástico e infiltra rápidamente, dando lugar a una hipertrofia masiva de los maxilares con destrucción de la corteza y extensión hacia tejidos blandos de la mejilla y de la zona parotidea. Cuando está afectada la maxila, erosiona los senos paranasales y el suelo de la órbita, dando lugar a quemosis y exoftalmos, que suelen ser el motivo de la consulta.

La muerte sobreviene a los pocos meses - del comienzo de los síntomas.

La radioterapia es el tratamiento de elección en todos los linfomas y, en muchos casos, sobre todo en aquellos que son localizados, hay largos periodos de remisión, de extirpación quirúrgica de los ganglios linfáticos superficiales afectados seguida de radioterapia.

Se va usando también con éxito en el tratamiento de la enfermedad regional también se ha utilizado el citoxan.

- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL -

La adenopatía cervical con o sin tumora--ción de los tejidos blandos intraorales que encontramos en el linfoma maligno no es específica, ya que se encuentra también en muchas enfermedades. - Debe descartarse la posibilidad de una enfermedad inflamatoria, sobre todo la tuberculosis.

Debe sospecharse también de un carcinoma metastásico y debe de realizarse una exploración completa de la nasofaringe, de la mucosa oral y de la laringe para descubrir los posibles cánceres primitivos en estas zonas.

La metastásis de una neoplasia maligna primitiva de los pulmones deben tenerse en cuenta, debemos volver a repetir que el diagnóstico definitivo de un linfoma maligno lo estableceremos solo por medio de la exploración de una biopsia y su cuidadoso estudio microscópico, es patognomónico - el aspecto en ciclo establecido del corte histológico.

- SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS -

FIBROSARCOMA.-

El fibrosarcoma es la neoplasia mesenquimatosas maligna más frecuente y representa un 29% de los sarcomas de los tejidos blandos.

Es un tumor de fibroblastos malignos que pueden desarrollarse a partir del tejido conjuntivo fibroso en cualquier localización, incluyendo el periostio y el endostio, aunque algunos opinan que los que provienen del último son una variación del sarcoma Osteogénico.

El 80% de los fibrosarcomas están bien diferenciados y crecen lentamente por infiltración local. Las metastasis son raras y ocurren sólo en los estudios finales. Aproximadamente un 20% de estas lesiones están mal diferenciadas y su curso es más agresivo que el de los demás tipos, con metastasis hematógenas a los pulmones, que son de aparición precoz. Es rara la afectación de los ganglios linfáticos.

Los fibrosarcomas pueden presentarse en personas de cualquier edad, pero son más frecuentes en las mujeres. A veces las lesiones se originan en zonas que están cicatrizando después de un trauma físico o de una exposición a una irradiación.

La mayor parte de los fibrosarcomas cre--

cen en las extremidades pero un 16% se encuentra - por encima de las clavículas e incluyen localiza-- ciones orales como el periostio de la maxila y de la mandíbula, el labio, la lengua, la encía y la - mucosa oral y del paladar.

También se ha descrito algunos casos en - la faringe, en la antromaxilar y en la articula-- ción temporomandibular.

Cuando un fibrosarcoma se localiza en la - boca, presenta un cuadro clínico de una masa sólida, no dolorosa, no ulcerada, mal definida, recu-- bierta por mucosa rosada normal. Muchas veces la - lesión precoz no es muy característica y puede con fundirse con neoplasia benigna. Aquellas lesiones que se desarrollan en el periostio o en la zona pe - riostica quedan adheridas al hueso. Pueden trauma - tizarse y ulcerarse más tarde en el curso de la en - fermedad. Muy pocas veces el fibrosarcoma de la - cavidad oral es poco diferenciado, excepto en el - caso de que el aspecto y el curso clínico sean es - pectaculares. Puede haber dolor intenso o pareste - sia, con movilización y caída de los dientes quan - do hay infiltración ósea.

Los datos radiológicos, del fibrosarcoma - no son patognómicos.

Los tumores bien diferenciados pueden no - presentarse ningún signo de destrucción ósea, pero las lesiones más invasivas muestran zonas irregula - res de destrucción de la cortical que hacen pensar en una enfermedad infiltrativa.

Las lesiones localizadas pueden tratarse con éxito mediante la extirpación quirúrgica amplia. Por lo general no son radiosensibles el pronóstico es variable.

- RABDOMIOSARCOMA -

El rabdomiosarcoma.- Es un tumor que representa un 8% de todos los sarcomas de tejidos blandos. Está formado por células musculares estriada inmadura o Rabdomiablato y es frecuente que se desarrolle asociado al músculo esquelético. La afectación oral es rara. Sin embargo, en la serie de Stout de 116 casos, 10 se desarrollaron en la lengua.

También se han descrito casos de tumor en el labio, en el músculo buccinador y en los músculos del cuello. No son frecuentes las metastasis cervicales. El rabdomiosarcoma puede dividirse en tres subtipos histológicos, cada uno de los cuales presenta distintos caracteres clínicos.

a) El tipo adulto pleomórfico, se ve en personas que están en la edad madura (50-60 años) y la mayor parte se desarrollan en las extremidades inferiores. En la boca tiene el aspecto de un tumor sólido, voluminoso, muy infiltrativo que no suele ser doloroso a menos que afecte al nervio lingual y al hueso. La ulceración ocurre cuando las lesiones son muy grandes. El enfermo cuenta con una historia de crecimiento rápido, y cuando -

está afectada la lengua, se quejará de interferencia en el habla y en la deglución.

b) La variedad alveolar se presenta en las personas jóvenes.

Aunque se ha descrito en la órbita y en el maxilar, no se han publicado casos de lesiones orales.

c) El Rbdomiosarcoma embrionario: se presenta en niños y representan la mayor parte de los Rbdomiosarcomas originados en la cabeza y en el cuello. La localización más frecuente es en el paladar blando donde el tumor se desarrolla como una masa blanda, no dolorosa, Sésil y Polipoide. La mucosa que la recubre puede ser hiperémica, pero muy pocas veces está ulcerada y en sus primeras fases la lesión se parece a una hiperplasia papilar.

El tratamiento de elección en los tres tipos es la extirpación quirúrgica. Si quiere realizarse con éxito la extirpación ha de ser amplia. La disección cervical está indicado solamente o caso de metastasis cervicales confirmadas.

El Rbdomiosarcoma de metastasis precoces en los pulmones, y la muerte suele ocurrir en el plazo de 2 años.

- SARCOMA DE KAPOSÍ -

El Sarcoma de Kaposi que se cree se desarrolla a partir del tejido conjuntivo perivascular, es una enfermedad muy poco conocida, con un cuadro histológico variado que a veces es más sugestivo de una enfermedad granulomatosa, inflamatoria que de una neoplasia incluso en un grupo de casos que presenta un aspecto más característico de una neoplasia hay gran variación en el grado de malignidad. La enfermedad afecta la piel, y en el 10% de los casos hay afectación visceral. En muchas ocasiones las lesiones orales son el motivo de la consulta.

Al principio se describe el sarcoma de Kaposi como típico en Italianos y Judios pero se ha comprobado que afecta a niños también pues fueron vistos muchos casos en Africa Ecuatorial. Es más frecuente en varones que en mujeres. La piel de las extremidades suele ser la primera zona afectada. Aparece con máculas de color púrpura pequeñas, únicas a múltiples; crecen y se unen para formar masas modulares sólidas, prominentes, discretas y adheridas: la presencia de lesiones múltiples se cree que es debido a un origen multicéntrico más que a una diseminación metastásica.

La erupción empezará en las partes distales de las extremidades y así crecerá hacia el tronco. El aspecto de las lesiones orales es igual al de las lesiones de la piel.

Las lesiones locales pueden tratarse con cierta afectividad con radioterapia, pero el pronóstico es variable. Los enfermos de más edad tienen una evolución más lenta y puede vivir de los diez a los quince años después de establecido el diagnóstico incluso a pesar de que formen nuevas lesiones cutáneas.

En los más jóvenes y en aquellos que tienen afección visceral diseminada la enfermedad tiene un curso más fulminante, con un rápido desenlace fatal.

El pronóstico es más favorable en aquellos enfermos en los que las características histológicas de las lesiones tienen un aspecto granulomatoso.

- B I B L I O G R A F I A -

LESTER, W. BURKET. "MEDICINA BUCAL"
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A., 6a EDICION

SHAFER, WILLIAM E. "PATOLOGIA BUCAL"
EDITORIAL MUNDI S.A. 3a EDICION.

EDWARD ZAGARELLI. "DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL"
EDITORIAL SALVAT. S.A.

DAVID GRISPAN. TOMO II. "ENFERMEDADES DE LA BOCA"
MUNDI, S.A. 2a. EDICION

KURT. H. THOMA. "ESTOMATOLOGIA"
SALVAT, S.A. 3a. EDICION.

JOSEPB. L. BARNIER "ENFERMEDADES DE LA BOCA"
EDITORIAL OMEBA. 2a. EDICION.