

195
838



Universidad Nacional
Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CANCER EN CAVIDAD ORAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ANA SILVIA ROBLES CORONA

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

INTRODUCCION

CAPITULO I

CONCEPTOS FUNDAMENTALES SOBRE CANCER

CAPITULO II

CANCER EN CAVIDAD ORAL

CAPITULO III

DIAGNOSTICO DEL CANCER ORAL

CAPITULO IV

CARCINOMA LINGUAL (CASO CLINICO)

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS ORALES

CAPITULO VI

RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO ANTE EL CANCER

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

En el desarrollo del presente trabajo, pese a sus múltiples limitaciones, se ha pretendido resaltar la oportunidad que el Cirujano Dentista tiene en la detección de las neoplasias orales, así como su responsabilidad para iniciar o encauzar al paciente al tratamiento adecuado.

Se estima* que, de todos los pacientes cancerosos en nuestro país, el 5 % padecen de tumores malignos en la boca y zonas aproximadas a ésta. No podemos soslayar la importancia de este hecho, si queremos que se tome conciencia dentro de nuestra profesión de la magnitud del problema que el cáncer representa, así como de la trascendencia del momento de descubrir una lesión sospechosa de cáncer.

En primer término se abordan aspectos fundamentales sobre las neoplasias malignas, tales como la formación de metástasis y la vascularización del tumor. Esto tiene como finalidad dar una visión global de lo que es el cáncer y permitir una mejor ubicación del problema cuando se encuentra en la cavidad bucal.

Se ha considerado indispensable la inclusión de un expediente clínico para ejemplificar de alguna manera los conceptos teóricos obtenidos en la investigación bibliográfica, particularmente en lo que se refiere al diagnóstico y al tratamiento.

Estamos convencidos de que, a pesar de los relativos avances en la investigación sobre la etiología del cáncer, es en el aspecto de la prevención, en el que el papel del odontólogo puede resultar especialmente valioso.

* Inq. Portilla Robertson, SIETE DIAS, publicación de la UNAM, mayo 1976.

C A P I T U L O I .

C O N C E P T O S F U N D A M E N T A L E S

S O B R E C A N C E R

CAPITULO I

1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES SOBRE CANCER

1.1. DEFINICIONES

La ONCOLOGIA es la especialidad que trata del estudio de los tumores, tanto malignos como benignos.

La CANCEROLOGIA estudia sólo los tumores malignos.

Por lo tanto, CANCER es un término general que abarca a todos los tumores o neoplasias malignos.

1.2. TERMINOLOGIA

TUMOR o NEOPLASIA se le llama a un crecimiento nuevo y anormal de los tejidos. Su naturaleza puede ser benigna o maligna.

TUMOR BENIGNO es una neoplasia que se caracteriza por conservar una estructura semejante al tejido del cual se originó, por crecer lentamente y por poseer una cápsula o membrana que le impide ser invasivo a los tejidos que lo rodean.

TUMOR MALIGNO es un cáncer que crece rápidamente, es atípico en la estructura de su tejido, y debido a que carece de cápsula, o ésta es muy endeble, tiene un rápido desarrollo y poder invasivo hacia los tejidos normales adyacentes, infiltrando células con capacidad de colonizar nuevos sitios.

TUMOR PRIMARIO o INICIAL o lesión original, es del que puede derivarse un tumor secundario o metástasis.

METASTASIS se le llama al tumor o tumores secundarios originados desde un tumor maligno primario. Se produce cuando células cancerosas

se transportan a sitios lejanos de la lesión inicial por medio de las corrientes sanguínea o linfática.

CARCINOMA es una neoplasia maligna que se origina del tejido epitelial.

SARCOMA es un tumor maligno de origen mesodérmico (tejidos conectivo, óseo, etc.)

4.5. CLASIFICACION DE LOS TUMORES

Para facilitar el estudio de las neoplasias se han propuesto varias clasificaciones, algunas de las cuales se basan en el órgano afectado y tomando de ahí su nomenclatura añadiendo el sufijo OMA (hepatoma). Otras toman en cuenta el tipo de células en donde se origina (carcinoma epitelial), o simplemente se les asigna el nombre del investigador que los describió (tumor de Fisher).

Sin embargo, para conocer la naturaleza del tumor resultan de mayor importancia las clasificaciones citológicas y clínicas que se mencionan a continuación.

La Clasificación Citológica de Papanicolaou es un estudio que sirve para establecer los grados de normalidad de las células. También se le llama Método de Selección Masiva y es ampliamente utilizado por los citólogos en campañas de detección oportuna del cáncer. Este estudio comenzó a usarse principalmente para el diagnóstico de cáncer del cuello uterino.

Esta clasificación establece cinco categorías o clases de células:

- Clase I Son células normales
- Clase II Células inflamadas, con ligera atipia. Se investiga la causa.
- Clase III Células sospechosas de malignidad.

Clase IV Células malignas. Sugiere cáncer.

Clase V Células francamente malignas. Cáncer.

Cuando se obtienen clase III, IV y V positivos, se complementa el estudio con una biopsia y examen clínico completo.

El Método de Broders se utiliza para establecer el grado de diferenciación celular. Actualmente se encuentra casi en desuso. El estudio se basa en el hecho de que el tejido adulto normal tiene una diferenciación completa, mientras que en el tumor maligno se encuentra poca o ninguna diferenciación. Este grado se establece del I al IV de la siguiente manera:

- Grado I Diferenciación en un 75% de las células, hay poca malignidad.
- Grado II Diferenciación en un 50% , existe malignidad intermedio baja.
- Grado III Diferenciación en 25% de células.
- Grado IV Diferenciación en menos del 25% de las células. Malignidad.

En los grados I y II pueden obtenerse buenos resultados con terapia a base de radiaciones; en los casos más avanzados se prefiere el tratamiento quirúrgico.

La Clasificación Clínica toma en cuenta el tamaño, presencia o ausencia de metástasis distantes del tumor, así como las manifestaciones locales y regionales. Los tumores se clasifican por estadios del I al IV como sigue:

- Estadio I Manifestaciones locales, sin metástasis.
- Estadio II Manifestaciones locales y regionales, llega a medir 2 cm.
- Estadio III Cuando ya existen metástasis ganglionares.
- Estadio IV Cuando existen metástasis masivas, diseminadas a distancia.

La Clasificación TNM es un sistema proporcionado por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), y es una clasificación histológica que se basa en tres factores esenciales: la extensión del tumor propiamente dicho (T), la extensión ganglionar (N) y la presencia de metástasis (M). Además, se ha introducido en este sistema una noción de anatomía patológica según exista o no invasión histológica ganglionar (N ó N₋).

En lo que se refiere a la extensión o tamaño del tumor, se establece por medio de los números del 1 al 4; la presencia de nódulos ganglionares metastásicos y su movilidad del 1 al 3, y si hay metástasis diseminadas del 0 al 2.

T	Tumor	1,2,3,4	Según el tamaño o profundidad.
N	Nódulo	1,2,3	Fijo, semifijo o móvil.
M	Metástasis	0-2	Ausencia o presencia, diseminación a distancia.

T₁ Tumor pequeño

T₂ Tumor de 2 cm aproximadamente

T₄ Tumor grande

N₁ Nódulo móvil, pequeño, rodeado de tejido sano

N₂ Nódulo semifijo, puede haber ganglios unilaterales

N₃ Nódulo fijo, uni o bilateral, puede estar ulcerado

M₀ Ausencia de metástasis

M₁ Metástasis diseminada

M₂ Metástasis masivas a distancia

1.4. TIPOS DE TUMORES

Atendiendo al tipo de tejido en donde se originan, los tumores pueden ser Carcinomas o Sarcomas.

Los CARCINOMAS se originan en el tejido epitelial o de revestimiento, como son la piel y las mucosas.

Cuando el carcinoma se encuentra cerca o junto a la membrana basal del epitelio, recibe el nombre de CARCINOMA BASOCELULAR o CARCINOMA DE LAS CELULAS BASALES, el cual se caracteriza por sus células invasivas que llegan a la dermis y tejidos subyacentes más profundos, formando una úlcera erosiva irregular. Pero a pesar de su gran capacidad para la invasión local, esta forma de cáncer nunca se extiende a sitios distantes por medio de la corriente sanguínea.

El cáncer que se localiza en la capa intermedia o espinosa del epitelio se llama TUMOR ESPINOCELULAR o CARCINOMA EPIDERMIOIDE. Este tipo de tumor se encuentra en un 95 % de los tumores malignos de la boca, generalmente en personas de edad avanzada, después de la cuarta década de la vida.

El otro tipo de cáncer común de la piel es el CARCINOMA ESCAMOSO, en el cual, el orden de los grupos de células es muy similar, pero éstas sufren diferenciación casi normal en las escamas de queratina. No tiende a ser tan invasivo como el carcinoma basal pero puede dar lugar a la aparición de depósitos cancerosos a sitios distantes (metástasis).

El cáncer que aparece en los melanocitos es llamado MELANOMA MALIGNO, el cual afortunadamente es muy raro, ya que tiene notoria tendencia a sufrir rápidas y extensas metástasis. Se piensa que esta propiedad invasiva tal vez esté relacionada con la historia del desarrollo de

INCIDENCIA DEL CANCER EN DISTINTAS CLASES DE CELULAS

CLASE DE CELULA	PORCENTAJE TOTAL
<u>Cánceres del epitelio externo</u> , los que están en contacto con el desarrollo externo (piel, intestino, pulmón, cervix)	56
<u>Cánceres del epitelio interno</u> , (pecho, próstata, ovario, vejiga, páncreas).	36
<u>Cánceres de los tejidos de soporte y órganos formadores de sangre</u> (los sarcomas y leucemias)	8
+	

Fuente: J. Cleavesen. "Statistical studies in malignant neoplasm" (1974).

su antecesor, el melanoblasto, el cual aparece en el sistema nervioso central embrionario y emigra desde ahí para ir a todo el organismo, incluyendo la piel.

Los cánceres de epitelio glandular o ADENOCARCINOMAS pueden formar lóbulos o ductos, y tienden a ser malignos en menor escala que los otros tipos de cáncer.

Los SARCUMAS son los tumores del tejido de sostén, como en cartilago, hueso, nervios, tejidos fibrosos. Según su localización será su nomenclatura:

cartilago	condrosarcoma
hueso	osteosarcoma
nervio	neurosarcoma

Los Sarcomas tienen la capacidad de enviar metástasis por vía sanguínea.

Un último tipo de cáncer es heterogéneo y se origina en las células blancas de la sangre o leucocitos y en el sistema inmunitario (linfocitos). La clasificación de este tercer tipo es compleja e incluye linfosarcomas y la enfermedad de Hodgkin de los ganglios linfáticos, así como varias formas de leucemia.

1.5. METASTASIS

Un tumor detectado tempranamente generalmente podrá ser eliminado por cirugía, radiación o quimioterapia, o por la combinación de estos tratamientos, siempre y cuando no se hayan producido las colonias

metastásicas, ya que, desafortunadamente son las más difíciles de detectar y eliminar. Por esto, desde el punto de vista clínico, las metástasis pueden considerarse el punto decisivo en la historia natural del cáncer.

Conocer la biología del fenómeno metastásico, resulta de primaria importancia para entender más profundamente la naturaleza del cáncer y para poder salvar o prolongar las vidas de quienes lo sufren, destruyendo las células metastásicas de los tumores, las más amenazantes contra su vida.

Cabría aquí, entonces, considerar más detenidamente los mecanismos de formación de las metástasis y el papel que juega en la gravedad de la enfermedad, por ser de hecho, la causa más importante de muerte más que el tumor primario del que deriva.

Las METASTASIS son colonias múltiples establecidas por células malignas, que se separan desde el tumor primario y viajan a través del cuerpo, frecuentemente a sitios distantes. Comprenden una compleja serie de eventos, los cuales incluyen interacciones entre las células malignas primarias y las células normales del cuerpo.

Según I. Zeidman y colaboradores, la colonización de un tumor metastásico podría tener la siguiente secuencia:

1. Extensión dentro de los tejidos adyacentes.
2. Penetración de las cavidades del cuerpo y vísceras.
3. Liberación de células tumorales para transportarse a otros sitios.
4. Reinvasión en el sitio de captación.
5. Organización del nuevo desarrollo para favorecer la supervivencia tumor-célula, vascularización y crecimiento del tumor.

Primero, las células malignas se extienden desde el sitio original, invadiendo los tejidos normales vecinos. Algunas células invasoras penetran a cavidades del cuerpo, como abdomen o tórax, o a la sangre,

metastásicas, ya que, desafortunadamente son las más difíciles de detectar y eliminar. Por esto, desde el punto de vista clínico, las metástasis pueden considerarse el punto decisivo en la historia natural del cáncer.

Conocer la biología del fenómeno metastásico, resulta de primaria importancia para entender más profundamente la naturaleza del cáncer y para poder salvar o prolongar las vidas de quienes lo sufren, destruyendo las células metastásicas de los tumores, las más amenazantes contra su vida.

Cabría aquí, entonces, considerar más detenidamente los mecanismos de formación de las metástasis y el papel que juega en la gravedad de la enfermedad, por ser de hecho, la causa más importante de muerte más que el tumor primario del que deriva.

Las METASTASIS son colonias múltiples establecidas por células malignas, que se separan desde el tumor primario y viajan a través del cuerpo, frecuentemente a sitios distantes. Comprenden una compleja serie de eventos, los cuales incluyen interacciones entre las células malignas primarias y las células normales del cuerpo.

Según I. Zeidman y colaboradores, la colonización de un tumor metastásico podría tener la siguiente secuencia:

1. Extensión dentro de los tejidos adyacentes.
2. Penetración de las cavidades del cuerpo y vísceras.
3. Liberación de células tumorales para transportarse a otros sitios.
4. Reinvasión en el sitio de captación.
5. Organización del nuevo desarrollo para favorecer la supervivencia tumor-célula, vascularización y crecimiento del tumor.

Primariamente, las células malignas se extienden desde el sitio original, invadiendo los tejidos normales vecinos. Algunas células invasoras penetran a cavidades del cuerpo, como abdomen o tórax, o a la sangre,

linfa, o líquido espinal. Las células que sobreviven el transporte en el sistema linfático, son captadas en los nódulos; las que sobreviven en la corriente sanguínea, son detenidas en los capilares o en las vé nulas. Ahí, las células malignas pueden escapar al medio hostil de la sangre o linfa, e invadir los tejidos adyacentes. Finalmente las nuevas micrometástasis llegan a vascularizarse (fenómeno que veremos adelante) y su nueva red de vasos sanguíneos les provee de los nutrientes neces rios para que las células tumorales puedan proliferar y formar una gran masa neoplásica. Hay que hacer notar que a lo largo de todo el proceso metastásico, las células malignas tienen que resistir el ataque de los varios mecanismos de defensa antitumorales del huésped.

En el caso de metástasis de un cáncer de la piel de la cara o la re gión labiobucal, no es raro que el fenómeno afecte a uno o más gan- glios linfáticos regionales, sobre todo cuando ya tienen cierto tiempo de evolución. En este caso, aparecen duros, pueden ser dolorosos y casi no se mueven a la palpación.

Prevalece la regla de que las metástasis situadas por arriba de las clavículas, se deben a cánceres de las regiones de cabeza y - cuello, aunque este punto pueda ser discutible para algunos investi- gadores.

Existen algunos tumores malignos que casi nunca dan lugar a metás- tasis, como son: el carcinoma de las células basales de la piel y el ameloblastoma. La etiología de este último es desconocida, pero se ha pensado que puede deberse a malnutrición, infección, trauma- tismo y extracción de dientes, o por anomalías del desarrollo del aparato odontogénico (lámina dental, esmalte, bases de Malassez de la vaina de la raíz de Hertwig).

En cambio, hay ejemplos de tumores malignos comunes de cabeza y

cuello con gran frecuencia de metástasis, como el Melanoma Maligno y los carcinomas de células escamosas del conducto auditivo, lengua, piso de la boca, paladares duro u blando, amígdalas, faringe y laringe, así como el carcinoma de las glándulas salivales y ciertas lesiones malignas de la tiroides.

1.6. VASCULARIZACION DE LOS TUMORES

Por más de cien años los patólogos han observado que la mayoría de los tumores sólidos están ricamente proveídos de vasos sanguíneos. Varias hipótesis fueron sugeridas para explicar el origen de esos vasos. Se pensaba que, tal vez, simplemente se habían dilatado como respuesta al aumento del metabolismo, provocado por el mismo tumor. Tal vez fueron vasos sanguíneos como aquellos vistos comúnmente en áreas inflamadas; la inflamación pudo ser causada por material de desecho que se filtraba hacia afuera del tumor.

En 1945 Genn H. Algire fue uno de los primeros en considerar que los tumores en desarrollo continuamente provocaban nuevo crecimiento caótilo en el huésped: el proceso llamado ANGIOGENESIS DEL TUMOR. Algire sugirió que el fenómeno podría ser en parte responsable del crecimiento autónomo del tumor.

Sin embargo, fue hasta los años sesentas en que éste y otros estudios fueron descritos y dieron una pequeña luz sobre el mecanismo de la angiogénesis.

En el año de 1968 Shubik y Melvin Greenblatt reportaron un interesante experimento, el cual consistía en la implantación de un tu-

mor en las mejillas de un hámster. El tumor fue separado de los tejidos sanos por medio de un filtro de Millipore, el cual posee poros muy finos. Lo que se observó fue que el tumor fue capaz de inducir nuevos vasos sanguíneos al tejido sano del lado opuesto del filtro. El diámetro de los poros era de .45 micrones, por lo que las células de ese tumor no pudieron cruzarlo. Esto implica que la vascularización fue inducida por algún material difusible que pasó a través del filtro.

El punto crítico que convierte un saco lleno de células aberrantes a una malignidad rápidamente creciente, viene a ser cuando el tumor llega a vascularizarse. Esto sucede gracias a la liberación de una substancia química difusible, el FAT (Factor de Angiogénesis del Tumor), por parte de las células tumorales.

Este FAT tiene la capacidad de estimular de cerca a los vasos sanguíneos para producir nuevos capilares que crecen junto a la pequeña colonia de células tumorales, y finalmente, lo penetran. Se inicia así, entonces, el transporte de nutrientes y de desechos, creciendo el tumor rápidamente. Casi todas las neoplasias malignas incluyendo las del colon, vejiga, cérvix, pulmón, próstata, páncreas y piel, probablemente pasan por estas dos fases: avascular y vascular.

El tumor vascularizado comprime, invade, destruye el tejido circundante. Un tumor sólido de 1 cm de diámetro aproximadamente, puede contener tantas células capaces de esparcirse y empezar un nuevo tumor en cualquier parte del cuerpo. Para la mayoría de los tumores este tamaño apenas está dentro de las posibilidades de ser diagnosticado.

1.7 PROFILAXIS DEL CANCER

Las investigaciones científicas sobre el cáncer en los últimos tiempos tratan de establecer medidas profilácticas a través de las cuales todo hombre sano puede y debe hacer frente a la continua ex pansión de la enfermedad cancerosa, por medio de la evitación sistemática de productos nocivos y manteniendo condiciones de vida óptimas.

Por lo que a productos nocivos se refiere y cuya evitación es una cuestión seria, deben mencionarse, en primer lugar, aquellos recon ocidos como cancerígenos (alquitrán, asbestos, etc), y aquellos que en determinadas condiciones pueden llegar a serlo (tabaco).

Es interesante observar el siguiente contraste: en los países al tamente industrializados, del total de las muertes cada año, la mi tad son causadas por trastornos de tipo arterial y cardíaco. La causa que le sigue es el cáncer, al cual le corresponden dos ter - cios del total de las muertes. El resto se deben a enfermedades de tipo respiratorio, accidentes, desórdenes genéticos, violencia, etc., mientras que las enfermedades transmiables, las que una vez ocuparon un primerísimo lugar, sólo causan el 1 % de todas las muertes cada año.

En cambio, en los países de menor desarrollo industrial, como México, las enfermedades de tipo infeccioso van a la cabeza como causar de mortalidad, mientras que el cáncer todavía ocupa un sexto lugar. Sin embargo, cabe mencionarse que durante el pe - ríodo comprendido entre los años 1945 a 1957, se registró un salto espectacular, al pasar de 24 defunciones por cien mil

habitantes, a 36, índice que se mantiene en la actualidad?

Por lo dicho anteriormente y debido a que los distintos tipos de cáncer varían grandemente en incidencia de un país a otro, se piensa que son causados por factores relacionados al desarrollo tecnológico, y , hasta no descubrir cuáles de esos factores son los más importantes, será posible pensar en la prevención, en lugar del tratamiento, como prevalece hasta hoy en día.

Es alentador, sin embargo, conocer el hecho de que algunas causas de cáncer son prevenibles. Por ejemplo, el cáncer de pulmón es debido casi enteramente al hábito de fumar; el cáncer de la piel, a los rayos solares; el del intestino parece ser provocado por una combinación particular de la dieta y tal vez por la acción de ciertas bacterias en el colon.

Saber lo anterior puede ser un buen comienzo, ya que todos estos cánceres causan en conjunto, la mayor parte de las muertes anualmente.

Se necesitaría tal vez, de una política de prevención, la cual podría ser implementada de varias maneras. A modo de ejemplo, podría decirse que la mayoría de casos de cáncer de pulmón encontrado en personas que fuman y que han trabajado en la industria de asbestos (el cual está en la lista de cancerígenos conocidos), y se sabía que fumaban, pudo ser prevenido si estas compañías no emplearan a fumadores.

Tabaquismo

Contra los excesos en el consumo del tabaco se han hecho serias advertencias, destacando la especial receptividad de los individuos jóvenes para las sustancias cancerígenas. Por lo tanto, no es necesario repetir la relación entre el abuso del tabaco y el cáncer de pulmón.

VARIACION EN LA INCIDENCIA DE CANCERES COMUNES
EN DIFERENTES PAISES DEL MUNDO

TIPO DE CANCER	REGION DE MAYOR INCIDENCIA	RIESGO A LOS 75 AÑOS %	REGION DE MENOR INCIDENCIA
H O M B R E S			
PIEL		sobre 20	GOMBAY
ESOFAGO	NORESTE DE IRAN	20	NIGERIA
PULMON	GRAN BRETAÑA	11	NIGERIA
ESTOMAGO	JAPON	11	UGANDA
HIGADO	MOZAMBIQUE	8	NORWAY
PROSTATA	E.U.(NEGROS)	7	JAPON
COLON	CONNECTICUT	3	NIGERIA
*BOCA	INDIA	sobre 2	DINAMARCA
RECTO	DINAMARCA	2	NIGERIA
VEJIGA	CONNECTICUT	2	JAPON
M U J E R E S			
CERVIX	COLOMBIA	10	ISRAEL (JUDIAS)
PECHO	CONNECTICUT	7	UGANDA

Fuente: R. Doll. "Strategy for detection of cancer hazards to men". Nature, 265, 589-596 (1977).

Sólo queda por señalar que no sólo el fumar, sino la permanencia en un lugar lleno de humo (inhalación) afectará también los pulmones.

Otros químicos

Un peligro no menos significativo e importante está representado por el uso de los cosméticos utilizados masivamente por las mujeres, tales como el lápiz labial (carmin), polvos, pomadas, lociones y champús, que por su constante contacto con la piel y mucosas, pueden desencadenar algún tipo de cáncer.

Dieta

Aunque no existe dieta que impida el desarrollo de un cáncer, se ha llamado la atención sobre aquellos tipos de alimento que contienen aditivos químicos y que poseen cierto potencial cancerígeno. Tal es el caso de las carnes ahumadas, en las que se encuentran cantidades medibles de alquitrán; embutidos y carnes frías que, al asarlas y calentarlas pueden originar sustancias cancerígenas.

Lo mismo puede decirse de los conservadores y colorantes que se encuentran en la mayoría de los alimentos que se consumen hoy en día.

No obstante que esta advertencia se encuentra en algunos de estos mismos productos, es en este punto en donde nos encontramos con algunas serias dificultades. Nuevos métodos de pruebas deberían de capacitarnos para prevenir nuevas formas de cáncer, pero lo que falta de ser determinado es si el público puede responder verdaderamente a los programas de prevención. La gente puede no estar dispuesta a cambiar su estilo de vida para disminuir las probabilidades de sufrir un cáncer en la vejez. Tampoco puede ser forzada,

legislada o de otra manera obligada a hacerlo.

Ante esta realidad, el médico se limita a recomendar seguir, hasta donde sea posible, una vida sana e higiénica, consumiendo alimentos "naturales" y el tener presentes las señales de alarma contra el cáncer, para que este padecimiento pueda ser erradicado a tiempo, sin permitir llegue a etapas irreversibles.

Las llamadas "señales de alarma" son principalmente las siguientes:

1. Dolor persistente en alguna parte del cuerpo.
2. Protuberancia o engrosamiento de alguna zona.
3. Hemorragia.
4. Cambios en lunares o verrugas.
5. Dificultad para tragar o trastornos digestivos persistentes.
6. Ronquera o tos crónica.
7. Cambios en los hábitos normales del intestino.

El equipo médico, incluyendo al odontólogo, tiene entonces la responsabilidad, no sólo de detectar las neoplasias malignas y hacer cumplir con su tratamiento, sino de ser un verdadero instrumento de orientación y difusión al público sobre todo lo referente al cáncer y su prevención, siendo ésta la única manera de crear conciencia sobre el peligro que existe y contribuir a la lucha contra este mal.

MORTALIDAD EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA
EN 1968 POR VARIOS SITIOS DEL CANCER

LOCALIZACION	MUERTES	PORCENTAJE DEL TOTAL
PULMON	59,356*	19
INTESTINO DELGADO	44,431	14
PECHO	29,075	9
LINFOMAS	17,774	6
PANCREAS	17,374	5
ESTOMAGO	16,900	5
PRÓSTATA	16,843	5
LEUCEMIA	14,372	5
OVARIO	9,488	3
VEJIGA	8,489	3
CEREBRO	7,507	2
CERVIX	7,106	2
T O T A L	232,121	78
Todos los cánceres	318,495	100

FUENTE: Departamento de Salud de E.U. "Estadísticas Vitales de los E.U." Volume II. Mortality. Washington, D.C., 1968.

* En 1976 las muertes por cáncer de pulmón se incrementaron hasta cerca de 85,000 (25% del total).

C A P I T U L O I I

C A N C E R E N C A V I D A D

O R A L

CAPITULO I I

CANCER EN CAVIDAD ORAL

El cáncer que afecta la piel de la cara y del cuello, así como de los órganos relacionados con la boca, es casi siempre un CARCINOMA EPIDERMÓIDE, el cual se presenta en un 90-95 % de todos los casos, preferentemente bajo la forma carcinoma de las células escamosas. La localización bucal guarda importante relación con el progreso y pronóstico de las lesiones consideradas aisladamente, pero la mayoría de los tumores malignos bucales poseen muchos caracteres clínicos comunes.

La evolución del cáncer oral es semejante a la de las neoplasias malignas originadas en la mucosa de otros sitios. Comienza como una placa, nódulo o úlcera, pequeñas y endurecidas, las que pueden agrietarse y experimentar necrosis superficial. Al aumentar de volumen la neoplasia, puede proyectarse en la cavidad bucal como una masa voluminosa semejante a una coliflor, desplazando los tejidos normales y dificultando el habla y la masticación. En ocasiones puede presentarse como un cráter ulcerado amplio, que destruye los tejidos blandos y el hueso, originando la caída de los dientes de la zona. En los casos más graves, la lesión destructiva llega al exterior de la cara y produce desfiguración.

2.1. ETIOLOGIA

Aunque se desconoce el mecanismo por el que las células normales adoptan bruscamente características malignas, es decir, sus causas profundas, se conocen ciertos agentes que de alguna manera ayudan

a desencadenar el proceso. Algunos de estos agentes que se relacionan con el cáncer de piel principalmente son: el arsénico, alquitrán, benzopireno, colorantes de anilina, radiaciones X, ultravioleta, etc., entre otros.

Tanto el papel de los virus como el de las hormonas en la etiología del cáncer siguen siendo objeto de estudio. Así mismo, un factor importante que no se desecha es la herencia por su posible papel predisponente al padecimiento.

Algunos agentes etiológicos de especial significado para la zona anatómica que nos ocupa son los que se consideran a continuación:

Irritación crónica Es bien sabido que la irritación crónica debida a una anomalía de larga duración, puede terminar en un carcinoma. De hecho, varios tipos de irritación contribuyen a producir lesiones precancerosas o cancerosas en la piel de la cara, labios y mucosa bucal.

Rayos solares . Una exposición excesiva al sol explica la mayor incidencia del cáncer de piel y labios en personas que viven o trabajan al aire libre, especialmente en las regiones meridionales, donde la irradiación es mayor. Podemos mencionar el caso de Australia, en donde se presenta el mayor porcentaje de cáncer de piel, siendo sus habitantes de tez clara. Se piensa que esta característica puede provocar una mayor sensibilidad que los individuos de tez oscura.

Tabaco. Otra variedad de irritación crónica que parece capaz de desencadenar fenómenos precancerosos y cancerosos, es el contacto prolongado del tabaco con la mucosa bucal, que puede dar lugar especialmente a lesiones hiperplásicas, leucoplásicas y cáncer en individuos sensibles.

Es bien conocido el "cáncer de morder de tabaco" que aparece en

el surco gingivolabial, lugar donde se suele conservar la "mascada".

Sífilis. Quizás sea el factor más relacionado con la etiología del cáncer oral, ya que de 20-30 % de los pacientes de sexo masculino con cáncer en la lengua tienen sífilis crónica. Lo mismo sucede en ciertos casos de lesiones en piso de la boca y superficie mucosa. Sin embargo, no parece haber relación entre la sífilis y el carcinoma de encía, paladares, amígdalas o faringe.

Factores Dentales. Entre los posibles factores desencadenantes en individuos predispuestos están las irritaciones por dientes rotos agudos o cariados, prótesis mal ajustadas y sepsis bucal. Algunos dentistas piensan que el galvanismo contribuye a la aparición del cáncer en la boca, pero esto no está generalmente aceptado.

Otros factores etiológicos. La irritación crónica tal vez no pueda producir cáncer por sí sola. Los individuos expuestos a una irritación relativamente breve pero con un bajo índice de protección individual un fenómeno inmunitario, tal vez, podrían sufrirlo con mayor facilidad.

Las deficiencias nutricionales también se han considerado dentro de los posibles factores causales importantes.

2.2. F R E C U E N C I A

Los carcinomas de células escamosas de labio y lengua resultan, con mucho, las lesiones más frecuentes. En conjunto estos dos carcinomas representan casi el 50 % de todos los tumores malignos de la boca.

Estudios recientes muestran la frecuencia de lesiones malignas com-

paradas con otras enfermedades de la boca y podemos ver que hay un ligero aumento en la proporción de lesiones benignas, como leucoplasias, lo que indicaría que se está tomando conciencia de la importancia de la prevención de esta lesiones.

Las leucoplasias representan casi un 15 % de los casos, y un 6 % corresponde a los quistes de distintas variedades. Por lo tanto, tenemos que la suma de tumores malignos y benignos, lesiones precancerosas y quistes agrupa más de un tercio de toda la patología bucal. El resto del problema corresponde a lesiones inflamatorias de diversa índole.

Desde el punto de vista de la frecuencia, los cánceres cutáneos y de orofaringe son los más importantes en cabeza y cuello. Sin embargo, el carcinoma de la cavidad bucal tiene un índice de mortalidad más elevado y es de tratamiento más difícil que el de la piel. La rápida evolución del cáncer bucal exige un tratamiento inmediato después del diagnóstico temprano.

FRECUENCIA DE LAS LESIONES INTRABUCALES

Mucosa vestibular	9%
Piso de la boca	16%
Labio y lengua	52%
Paladar	11%
Encía	12%

Frecuencia en función de la edad. Aunque existen tumores a cualquier edad, se trata fundamentalmente de un padecimiento del hombre maduro y del anciano. La edad promedio se encuentra entre los 60 y 75 años de edad. La mayoría de los cánceres bucales aparecen cuando los dientes, a consecuencia de la caries, resorción alveolar u otro tipo de desin-

tegración, obligan a las personas a visitar al dentista a intervalos más o menos cortos.

Frecuencia en función del sexo. En general, es el hombre el que es más frecuentemente afectado por tumores malignos de la boca, a diferencia de la mujer, que a veces parece tener cierta inmunidad. Sin embargo, las neoplasias de lengua, paladar y amígdalas son algo más frecuentes en el sexo femenino.

2.3. EVOLUCION Y CARACTERISTICAS CLINICAS

Dependiendo de la dirección de crecimiento que siga la lesión, ésta puede ser de carácter infiltrativo, si crece hacia afuera, y de tipo verrugoso, cuando lo hace en dirección lateral.

La modalidad FUNGOSA o EXOFITICA del cáncer de la boca, constituye una masa tumoral rápidamente detectable, de consistencia dura a la palpación. Sin embargo, posee un pronóstico más benigno que la de tipo infiltrativo, por su menor tendencia invasiva, siendo mayores las posibilidades de tratamiento exitoso.

El tipo infiltrativo o INVASIVO del cáncer oral no puede descubrirse tan rápidamente, ni su aspecto es tan impresionante como el de la forma fungosa. Generalmente se observa como una prominencia anormal de tamaño más o menos pequeño, con un núcleo de tejido canceroso mucho más profundo que en la forma anterior, y por lo mismo, menos visible. Por esta razón, en la exploración deben palparse totalmente los pliegues más profundos de la zona si se descubre la masa tumoral dura y firme.

Este tipo infiltrativo de la lesión cancerosa posee una mayor tendencia a metastatizar, y su extensión hacia zonas inaccesibles la hace tener un pronóstico discreto.

El cáncer verrugoso comúnmente se presenta como una masa extensa y que crece en superficie, de consistencia dura. Puede formarse también un grupo de pequeñas prominencias papilomatosas (del tamaño de la cabeza de un alfiler), o más grandes, rojizas, muchas veces localizadas sobre una placa queratósica blanquecina.

Parecería que un tumor de este tipo verrugoso debiera tener un mejor pronóstico debido a su localización y crecimiento superficial, pero no resulta así, ya que puede presentarse en encía y paladar, donde el tejido es delgado, permitiendo la afectación del hueso subyacente. Esta situación contribuye a que su pronóstico sea pobre.

El cáncer de tipo ULCERATIVO, resultante de la atrofia y degeneración de la masa tumoral, debe seguirse con especial cuidado, sobre todo si la úlcera persiste por cuatro o más semanas sin señal de curación.

Como toda lesión ulcerosa, usualmente encontramos que tiene aspecto de cráter con una depresión central, pero en las lesiones malignas su borde es más elevado y duro. Siempre que se vea una lesión con estas características, deberá pensarse en un cáncer, y sobre todo si se encuentra en medio de una masa tumoral de consistencia dura.

Puede decirse, sin embargo, que la presencia de ulceración puede deberse a otras enfermedades crónicas, como son la tuberculosis o la sífilis, pero esta consideración no nos autoriza a no incluir a una neoplasia en la lista de las sospechas diagnósticas.

También es importante señalar que no todas las lesiones cancerosas se ulceran, y esto es particularmente cierto en las lesiones pequeñas y tempranas.

Rigidez e Induración. A la palpación, la mayoría de las lesiones malignas son rígidas, fijas o adheridas a los tejidos circundantes y zonas adyacentes, éstas también con cierta dureza. A esto se le llama induración y viene a ser una característica importante de las lesiones malignas.

Linfadenopatía metastásica Debido a la penetración linfática, que es la vía más frecuente de metastatización del cáncer oral, los ganglios linfáticos se ven invadidos por tejido neoplásico, desplazando y sustituyendo al tejido linfático, produciéndose la hipertrofia y del ganglio afectado. Esto explica la presencia de ganglios palpables duros, indoloros y adherentes. De aquí la importancia de que la palpación se extienda a las diversas regiones ganglionares, incluyendo las cadenas cervical, submandibular, sublingual, yugular, etc. Los que se ven más frecuentemente afectados son los ganglios submandibulares.

Las metástasis suelen ser unilaterales, excepto en las lesiones cercanas a la línea media, que tienden a dar tumores secundarios bilaterales.

Habría que señalar que la ausencia de ganglios palpables no es una razón para pensar que no existe cáncer, ya que algunos tumores, como el de los labios por ejemplo, no metastatizan sino hasta etapas tardías de su evolución.

2.4. LOCALIZACIONES DEL CANCER DE LA BOCA

El cáncer de la cavidad oral se puede dividir en varios grupos en función del foco ocupado por la lesión inicial, y por su diferente evolución clínica. Los tumores malignos que se originan en hueso, tejido conectivo o estructuras dentales, no se consideran como cánceres bucales, sino como lesiones de la zona de origen: sarcoma osteogénico, fibrosarcoma, ameloblastoma, etc.

2.4.1. CANCER DE LA LENGUA

El cáncer de la lengua comprende un 25-50% de los cánceres intrabucales y suele ser de los más malignos. La leucoplasia es una lesión comúnmente asociada al carcinoma lingual. Las regiones donde más frecuentemente aparece es en la porción ventral y en los bordes, siendo más rara en el dorso.

Etiología

Tanto las lesiones sífilíticas y leucoplásicas crónicas parecen tener una relación directa con la aparición del carcinoma lingual, sin embargo no existen pruebas suficientes que confirmen esta hipótesis.

De la misma manera se han observado zonas localizadas de inflamación en los bordes de este órgano musculoso, el parecer causadas por los bordes afilados o ásperos de dientes, y en donde el carcinoma ha aparecido en el sitio de irritación.

El alcohol y el tabaco, así como la higiene deficiente se consideran como otros factores etiológicos coadyuvantes posibles.

Características Clínicas

Comúnmente se presenta como una ulceración, la cual puede ser dolorosa, dependiendo de su localización y de si ha habido infección secundaria. Existen algunos carcinomas que permanecen más o menos ocultos y que son asintomáticos. Estas lesiones pueden ser encontradas en la parte más posterior o base de la superficie ventral.

La sospecha de un cáncer lingual oculto puede basarse en los siguientes signos:

- Si el paciente al sacar la lengua al máximo, la desvía, puede deberse a que la masa tumoral obstruye el movimiento normal; también puede deberse a una parálisis incompleta del nervio motor.
- Si se observa cierta dificultad en la pronunciación.
- Si a la palpación se descubre el área de induración.

El examen radiográfico puede mostrar la invasión a la mandíbula. Los ganglios se afectan tempranamente y casi siempre bilateralmente. Por lo general, el carcinoma lingual tiene un curso rápido y suele terminar al término de año y medio, cuando sobreviene la muerte por neumonía o sefocación.

Sin el tratamiento oportuno tiene un pronóstico discreto.

Tratamiento

Por la rápida evolución que sufre la lesión, casi siempre será necesario el tratamiento quirúrgico. Se realiza la disección del cuello, ya que más del 60 % de los tumores producen metástasis a esa región.

Otra alternativa de tratamiento es la radiación externa, con la que pueden obtenerse buenos resultados, siempre y cuando se trate de

un cáncer incipiente. La radioterapia hace necesarias las medidas de protección para las otras zonas de la boca, y a la vez contrarrestar los efectos de la radiación, como es la sequedad dolorosa.

2.4.2. CANCER DE LOS LABIOS

El labio inferior es el más afectado y principalmente en el borde mucocutáneo, entre la línea media y la comisura labial. Es más común en el sexo masculino que en el femenino en una proporción de 9 a 1. La edad promedio en que se presenta es entre los 40 y 60 años.

Etiología

Uno de los factores etiológicos más importantes parece ser el tabaquismo. De cualquier manera no puede ser desechado como un factor predisponente, ya que el hábito de fumar va acompañado por otros microirritantes, como es el uso de boquillas, pipas o el humo.

Otros agentes desencadenantes podrían ser los traumatismos crónicos, como el morserse continuamente los labios, o los ocasionados por dientes agudos fracturados u obturaciones defectuosas.

Características Clínicas

Una neoplasia en el labio puede aparecer inicialmente como una pequeña zona ulcerada o como una mancha blanca elevada. En el caso de las úlceras, suelen tener un fondo rojo, sobre el cual se encuentran depósitos blanquecinos escamosos, que al ser removidos, dejan una superficie sangrante. Los bordes de la lesión son duros, elevados y enrollados. Sin embargo, como estas características corresponden a una inflamación común o grieta, generalmente son tratadas como tales durante semanas o meses, antes de que se descubra su verdadera natu-

raleza maligna. Aún más, el carcinoma tiene la particularidad de ser indoloro durante las primera etapas, y si se produce el dolor, suele tener un grado mínimo por lo que el paciente, a fin de aliviarlo, usa enjuagatorios u otros medios paliativos, antes de acudir al médico.

En las últimas etapas el tumor degenera y cause dolor intenso.

El carcinoma suele ser tardío para dar metástasis, las cuales van a los ganglios submaxilares, submentonianos y cervicales.

Debe tenerse cuidado en confundir el carcinoma incipiente, sobre todo en forma de úlcera, con lesiones tuberculosas, sífilis, leucoplasia, lesiones herpéticas o traumáticas.

Tratamiento

No hay discusión sobre el tratamiento del tumor primario; se necesita de una biopsia y de la extirpación radical, lo cual permitirá un estudio patológico más detallado. Una vez logrado el diagnóstico positivo, puede plantearse la necesidad de una intervención más radical del labio o de la aplicación de alguna forma de radiación.

Generalmente la disección bilateral alta del cuello es suficiente para limpiar la zona de diseminación de un carcinoma labial. Ello abarcaría la región del músculo omohioideo hasta la mandíbula en ambos lados, y la cadena cervical, con todo el contenido del triángulo submaxilar.

Como medida segura para todas las lesiones de la cara, boca lengua y maxilares, puede tomarse como base lo siguiente: si una lesión dura dos semanas o a lo sumo cuatro, sometida a un tratamiento corriente contra la infección o irritación, deberá efectuarse una biopsia

inmediatamente para descartar las posibilidades de un tumor maligno.

2.4.3. CANCER DE LA MUCOSA VESTIBULAR

Al cáncer de la mucosa vestibular le corresponde un 9 % de la frecuencia de todos los casos de cáncer bucal. Es más común en los hombres que en las mujeres y la edad promedio de aparición es a los 60.

Etiología

Sus causas no son mejor conocidas que las del carcinoma de otras zonas, pero algunos factores de importancia podemos mencionar, como es el hábito de mascar tabaco, ya que es en la zona vestibular en donde se conserva "la mascada"; la leucoplasia es un precedente común, al igual que en otras zonas de la boca; el traumatismo crónico ocasionado por la mordida del carrillo o irritación por dientes fracturados.

Todos estos agentes son condiciones que no se descartan como coadyuvantes en la aparición de la neoplasia.

Características Clínicas

Las lesiones suelen ser de tipo ulcerativo, con induración e infiltración a los tejidos profundos. También hay algunos en que son superficiales y parecen desarrollarse hacia el exterior en lugar de invadir los tejidos. Los tumores de este tipo reciben el nombre de proliferaciones exofíticas o verrucosas.

La incidencia de metástasis del cáncer de la mucosa vestibular varía mucho. Las localizaciones más comunes son los ganglios submaxilares.

Tratamiento

Este responde satisfactoriamente a la radioterapia, o en su defecto, a la cirugía. Se pueden obtener buenos resultados mediante irradiación externa de alto voltaje. La boca de aplicación debe ser lo bastante amplia para que cubra toda la zona tumoral.

Si la lesión ha recidivado tras una aplicación previa, el tratamiento consistirá en la resección quirúrgica, cuya profundidad depende de si la musculatura ha sido invadida o no, siendo a veces necesaria la extirpación del carrillo. Si la lesión está cerca de la encía, se resecará el hueso, y se procederá quirúrgicamente como si se tratara de un carcinoma gingival.

2.4.4. CANCER DE LA ENCIA

El carcinoma de la encía constituye un grupo muy importante dentro de las neoplasias orales.

La similitud de las lesiones cancerosas tempranas de encías con las infecciones dentales comunes, ha llevado con frecuencia a una demora o, aún más, a diagnósticos erróneos. El 10 % de todos los tumores malignos de la cavidad bucal aparece en la encía alrededor de los 60 años de edad. Sólo un 2 % en personas menores de 40 años. También es más frecuente en el sexo masculino.

Etiología

La etiología del carcinoma gingival parece no ser más específica o definida que la de otras zonas bucales. La sífilis no parece tener relación precisa como en el cáncer lingual.

Se ha dado el caso de la aparición de un carcinoma posterior a la extracción de un diente, desarrollándose por fuera del alvéolo. El

fenómeno tal vez se deba a que el carcinoma crezca en el periodonto y luego prolifere tras la extracción. Estos tumores pueden ser también consecutivos a una neoplasia leucoplásica.

Características Clínicas

El carcinoma de encía se observa con mayor frecuencia en mandíbula. Suele manifestarse inicialmente como una ulceración, con crecimiento exofítico, granular o verrucoso. La encía adherida está más comúnmente involucrada y la lesión puede ser dolorosa o presentar sólo molestias tolerables.

La proximidad del hueso subyacente ocasiona una invasión temprana con la consiguiente erosión de la mucosa y exposición de las raíces dentarias y necrosis, la cual produce olor desagradable. Puede haber también hemorragia al lesionarse los vasos sanguíneos.

Cuando el tumor ocupa el maxilar, el seno puede ser invadido o extenderse al paladar o pilares amigdalinos.

En la mandíbula se extiende al piso de la boca o carrillo. La fractura ósea y la invasión directa al hueso crea problemas para el tratamiento, que exige procedimientos quirúrgicos radicales.

Las metástasis mandibulares, más frecuentes que las maxilares, van a las cadenas linfáticas cervicales y submaxilares.

Tratamiento

La radioterapia en esta zona tiene grandes riesgos por sus efectos sobre el hueso. Por esta razón el carcinoma representa un problema quirúrgico, el cual consiste en la extirpación total del tumor, algunas veces incluyendo el maxilar o la mandíbula, si están invadidos,

2.4.5. CANCER DEL PISO DE LA BOCA

El cáncer del piso de la boca representa aproximadamente el 15% de los casos de tumores malignos intraorales. La edad promedio es a los 55 años, y es más frecuente en el sexo masculino.

Con frecuencia se localiza a ambos lados de la línea media, cerca de los orificios de las glándulas salivales de Wharton; a veces en las regiones más posteriores, a nivel de los molares. No es rara la invasión directa hacia la base de la lengua, encías y zona lingual de la mandíbula.

Etiología

Aunque es escasa la evidencia que el hábito de fumar tiene sobre la aparición del tumor, permanece junto con las principales irritaciones locales dentro del cuadro etiológico.

Características Clínicas

Esta neoplasia se produce con mayor frecuencia en la porción anterior de la boca y a causa de esta localización se puede expandir a la lengua, mandíbula y encía.

Usualmente aparece como una úlcera indurada, de tamaño variable y puede ser dolorosa.

Las metástasis van a las cadenas submaxilares y contralaterales.

Tratamiento

Resulta difícil por su situación anatómica y por su tendencia a recurrir, pero la radioterapia ofrece buena alternativa, siempre y cuando no se involucre la mandíbula, ya que se impondrá su extirpación además de la dirección cervical completa.

2.4.6. CANCER DEL PALADAR

Los tumores malignos del paladar, aunque no son lesiones particulares de la cavidad oral, presenta casi la misma proporción de incidencia que el correspondiente a la mucosa vestibular, piso o encía. Sin embargo, también es cierto que es menos frecuente que los cánceres de otras localizaciones, como el de lengua y labios, por ejemplo, pero el cilindroma y el carcinoma epidermoide resultan más comunes en esta zona.

Etiología

Como en otras lesiones malignas, las causas no se conocen con exactitud. Algunos autores como Sharp y Hazlet encuentran una correlación reducida entre las cámaras de succión de las protodoncias y el carcinoma palatino, no así entre el carcinoma del límite de los paladares duro y blando y el borde posterior de la dentadura, donde resulta más significativa. De cualquier manera, ambas irritaciones son crónicas y no pueden descartarse por completo.

Otros factores considerados son el hábito de fumar, el de tomar alimentos líquidos muy calientes, etc., pero no debe olvidarse que las personas responden de distinta manera a estos irritantes. Algunas veces parece no existir un efecto observable, mientras que otras, se generan lesiones queratósicas, como leucoplasias o casos de estomatitis, o, definitivamente un carcinoma franco que parece tener relación directa con el agente irritante.

Estas reacciones variables pueden depender del tiempo o de una susceptibilidad individual.

Características Clínicas

El cáncer palatino suele manifestarse como lesión definida, ulcerada y dolorosa, a un lado de la línea media, desde donde puede alcanzar el pilar amigdalino o la úvula. El tumor puede invadir el hueso, involucrando el seno maxilar y las fosas nasales, mientras que el del paladar blando puede infiltrarse a la nasofaringe.

Estas neoplasias dan metástasis a los ganglios linfáticos cervicales y submaxilares.

Tratamiento

El método terapéutico está basado, primero, en el establecimiento del diagnóstico con la ayuda de la biopsia. Tan pronto como se llega a identificar la malignidad, el tratamiento de elección es la cirugía radical realizada por un cirujano calificado. Algunas lesiones poco diferenciadas responden a la terapéutica de irradiación.

Cuando ha sido hecha la cirugía, el odontólogo debe considerar la elaboración de una prótesis, siendo esta zona favorable para tal procedimiento.

En ocasiones, el paladar se ve invadido por tumores surgidos en el seno maxilar o nasofaringe y son siempre malignos.

El odontólogo puede ser quien tenga la primera oportunidad de diagnosticarlos, ya que el primer signo clínico puede estar dado por una tumefacción en el paladar y que el paciente crea que esté vinculada a los dientes, los que pueden estar adoloridos o con movilidad.

Otro signo que lleva al paciente a consulta es una falla que encuentra en el ajuste de la prótesis superior que antes quedaba bien adaptada.

CAPITULO

III

DIAGNOSTICO DEL CANCER

ORAL

CAPITULO I I I

DIAGNOSTICO DEL CANCER ORAL

De acuerdo al significado de la palabra diagnóstico, "identificación de una enfermedad por medio del estudio de los signos y síntomas", es necesario señalar la dificultad que representa el diagnosticar las neoplasias malignas intrabucales, ya que en su comienzo y etapas tempranas de su evolución, pueden ser completamente asintomáticas, a menos que haya una infección o inflamación secundarias.

Por lo dicho anteriormente entonces, es evidente que, para llegar a un diagnóstico precoz de un tumor maligno, la primera condición indispensable sea sospecharlo, y de aquí, agotar todas las medidas posibles para establecer su naturaleza.

El diagnóstico médico consistirá en llevar a cabo la observación y exploración directas, hacer uso de métodos radiológicos y especialmente, microscópicos. Específicamente realizar una biopsia. Esta última constituye el único medio definitivo para completar los anteriores o, en algunos casos, por sí sola, cuando las evidencias son mayores. Nos referiremos a ella más adelante.

Otro aspecto importante en el diagnóstico, es el papel que la Historia Clínica desempeña, como paso fundamental, de la cual, sin embargo, deben conocerse sus limitaciones. Es frecuente que en el interrogatorio, el profesional se percate de que la lesión cancerosa ha existido durante algún tiempo y el paciente dé antecedentes de una evolución rápida de una o dos semanas.

En lo que a la exploración física se refiere, hay que recordar la importancia de la localización de masas de tejido de origen sospechoso, por lo que el examen deberá ser lo más cuidadoso posible.

Una técnica de exploración adecuada parece ser la siguiente:

3.1. TECNICA DE EXPLORACION

Para el examen bucal y faríngeo resulta útil disponer de dedos de caucho para cada índice, así como de un abatelengua y de una lámpara frontal de preferencia, para una mejor observación de las amígdalas y raíz de la lengua. También, y es buena medida para el paciente, se deben humedecer los dedos de hule para quitar el polvo protector que generalmente tiene un sabor desagradable.

Deberá observarse y palpase con un dedo la totalidad de la cavidad bucal y se sugiere la siguiente secuencia que incluye el examen de las regiones de cara y cuello:

Estando el paciente sentado y el examinador frente a él, sentado o de pie, y bajo una adecuada iluminación, se observará la piel, buscando cualquier lesión pigmentada sospechosa, una queratosis, etc.

Enseguida se examinarán los labios, buscando algún indicio de atrofia o leucoplasia incipientes, teniendo en cuenta que los tumores de labio suelen aparecer con aspecto benigno.

Deberá palpase el borde cutáneomucoso de los labios, observar y palpar el vestíbulo labial, extendiendo la exploración hasta el fondo de saco superior e inferior, superficie bucal, áreas retromolares y superficie externa de la encía.

A continuación se examinará los paladares blando y duro, incluyendo la encía palatina y lingual. Se pedirá al paciente que saque la lengua al máximo y se sujetará por la punta con una gasa, desplazándola hacia un lado con la mano y haciendo la palpación con la otra, al tiempo que se observa la mucosa en busca de leucoplasia, atrofia, úlceras o zonas de induración.

El examen del piso de la boca se hace palpando a dos manos los triángulos submaxilares y submentonianos, así como los ganglios linfáticos de esta región.

De aquí puede continuarse a examinar el cuello y proseguir con la cavidad oral más adelante.

Colocada una mano sobre la cabeza del paciente que se inclina del lado por explorar, se palpa la zona submaxilar con la mano que queda libre. Esto se inicia desde la región submentoniana y se sigue hacia atrás.

Enseguida, con las yemas de los dedos se palpa la cadena ganglionar yugular.

Se examina luego la zona supraclavicular. La palpación de la tiroides se hace especialmente con los dedos pulgares y se pedirá al paciente que trague saliva para observar el movimiento normal.

Se puede ahora reanudar el examen bucal, con un espejo que puede ser ligeramente calentado para que no se empañe, se examinarán las amígdalas, raíz de lengua, aquí deslizando el dedo índice de un lado hacia el otro de dicho órgano.

De esta manera se termina la exploración, lo que sería recomendable que se realizara en todo paciente asintomático.

La importancia de realizar este examen en forma minuciosa radica en el hecho de que las metástasis cervicales sólo se manifiestan clínicamente después de cierto tiempo de evolución del cáncer. Cuando ya se produjeron, las probabilidades de curación disminuyen notablemente.

3.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las lesiones con las que se confunde el carcinoma de células escamosas, son más frecuentemente las siguientes:

Glositis sífilítica

gomas (sífilíticas)

tuberculosis

leucoplasias (sífilíticas o no)

úlceras de Vincent (de pilar anterior, zona retromolar o amígdala)

afta crónica

úlceras o fístulas traumáticas indoloras

papiloma

verruca

linfangioma

amigdalitis crónica

abscesos gingivales

De todas las lesiones mencionadas, resultan especialmente importantes: Lesiones sífilíticas. Cualquier paciente con úlcera bucal, ya sea sobre la lengua, labio o mucosa, y que tenga una reacción de Wasserman positiva, probablemente tenga cáncer. Es importante notar que 30% de los

enfermos con carcinoma de lengua, tienen pruebas serológicas de sífilis positivas.

Leucoplasias No debe perderse de vista la lesión leucoplásica, como lesión precancerosa que es y acompañada de sífilis y si se produce hiperplasia, engrosamiento o úlcera, deberá tomarse una biopsia para excluir la posibilidad de cáncer. La degeneración maligna puede ocurrir, sin embargo, sin cambios manifiestos.

Angina de Vincent Es, quizás, la lesión que más se presta a confusión, por el hecho de encontrarse semejanzas del cáncer a las lesiones inflamatorias de este tipo.

El diagnóstico clínico deberá complementarse con otros métodos como es principalmente la biopsia, de métodos adicionales como la citología exfoliativa. Estos métodos los vemos a continuación.

3. 3. LA B I O P S I A

La biopsia es un estudio microscópico de las muestras de tejido obtenidas de lesiones sospechosas de cáncer, y pueden ser tomadas de la boca, piel o de cualquier región del cuerpo.

Consiste en tomar un fragmento del tumor y observarla al microscopio, aunque también puede ser la extirpación total del tumor para su estudio.

El realizar una biopsia tiene como objetivo confirmar el diagnóstico clínico, establecer un pronóstico y planear el tratamiento, así como verificar sus resultados.

No existen contraindicaciones para su realización. El peligro de diseminación del tumor no aumenta si se hace correctamente.

En lo que se refiere al lugar más indicado para obtenerla, se aconseja evitar las zonas cercanas al hueso, cartílago o dientes, vasos sanguíneos grandes, donde el espesor del tumor es mínimo. También deben evitarse los focos necrosados.

La cantidad de tejido que se obtiene debe ser suficiente (.5 cm³) y tomada de una de las zonas del tumor que crecen más activamente, como son los bordes y no de las partes más superficiales.

Existen criterios que recomiendan incluir en la muestra una parte del tejido sano, y otros que dicen que basta tomar el tejido canceroso. Aquí nos inclinaremos hacia el segundo punto de vista, ya que es preferible conservar la barrera natural contra la invasión neoplásica formada por el propio organismo.

3.3.1. TIPOS DE BIOPSIA

La BIOPSIA INCISIONAL se realiza por medio de unas pinzas de biopsia, directamente del tumor y tomando un fragmento de éste.

La BIOPSIA EXCISIONAL consiste en retirar totalmente el tumor. Este tipo se usa cuando son tumores pequeños, de piel, por ejemplo.

La BIOPSIA POR PUNCIÓN se hace con aguja de Silverman, y es especial para tumores profundos, como en hígado o hueso. Esta biopsia debe utilizarse sólo cuando otro tipo esté contraindicado, ya que por la pequeña cantidad de tejido obtenida, el diagnóstico suele ser difícil.

La BIOPSIA POR ASPIRACION se realiza con una jeringa de Martin y se utiliza en tumores que no están ulcerados. No debe practicarse en tumores de origen glandular (tiroides, parótidas), ya que si poseen cápsula será destruida por la aspiración.

3.3.2. TECNICA PARA REALIZAR UNA BIOPSIA

En la preparación de la región de donde se tomará la muestra, así como en las maniobras quirúrgicas, deberán observarse estrictas medidas de asepsia.

Tanto el lugar que se va a incidir, como los tejidos vecinos deben emplearse yodo, mercurocromo u otros antisépticos coloreados que tiñan el tejido y efecten el análisis.

La anestesia se induce por infiltración local o por bloqueo nervioso, nunca directamente sobre el tumor. Una vez lograda se procede a hacer la incisión, siguiéndolo un orden de la periferia al centro de la lesión. El tejido se manejará con cuidado para no rozarlo o aplastarlo. La muestra se recoge inmediatamente en el fijador (formol 10%). Si se ha

hecho la extirpación completa del tumor, se cierra la herida con puntos aislados. Si en cambio ha sido una biopsia incisional y hay hemorragia, ésta se controla con algún hemostático o por compresión durante algunos minutos.

Reporte

Si el resultado del análisis es negativo y la biopsia fue bien hecha, esto sólo indicará que los cortes de ese fragmento no mostraron cáncer, y no que el paciente no tiene. Si la lesión es muy sospechosa se hará otra biopsia.

En el caso de diagnosticarse cáncer, el odontólogo debe avisar al paciente y/o al médico al cual será enviado.

Podría ser de utilidad que el odontólogo conociera a los radiólogos, cirujanos y oncólogos de cabeza y cuello de la localidad.

3.4. CITOLOGIA EXFOLIATIVA

Otro método utilizado para el diagnóstico del cáncer es la citología exfoliativa.

Los estudios realizados con este método han demostrado que las células exfoliadas de las lesiones epiteliales malignas pueden diagnosticarse en forma exacta y suelen proporcionar una señal más precoz de la presencia de procesos malignos. Este medio se ha utilizado especialmente en casos de diagnóstico de cáncer de cérvix.

La citología exfoliativa oral es un método relativamente nuevo en el campo del diagnóstico citológico (1950).

Hay que aclarar, sin embargo, que la citología exfoliativa no sustituye a la biopsia y que debe usarse como un método adicional de diagnóstico de las lesiones malignas en sus estudios precoces. Siempre que se encuentre una lesión sospechosa de cáncer, la biopsia es el método diagnóstico de elección.

El estudio citológico oral resulta útil también en la elección de datos obtenidos que se complementen con la biopsia; como un método preventivo en exploraciones sucesivas en el postoperatorio, y como medio de revisar las lesiones orales no malignas con peligro de degeneración.

La técnica de obtención de una muestra es muy sencilla y puede realizarse en cualquier consulta dental o médica. De igual modo, si no se dispone de un equipo específico para citología, puede obtenerse el siguiente material por separado:

- 1 escarbador en forma de depresor lingual
- 1 fijador (alcohol etílico 95%)
- 1 lápiz para marcar los portos
- 1 historia clínica

La técnica sería la siguiente:

1. Hacer la historia clínica completa del enfermo, descripción de la lesión y diagnóstico clínico.
2. Etiquetar los portos con los datos del paciente y la fecha.
3. Limpiar la superficie de la lesión con una gasa humedecida.
4. Raspar firmemente con el escarbador toda la superficie de la lesión.

Puede haber hemorragia si la lesión está ulcerada; cuando está queratinizada, es mejor desprender la capa de queratina antes de obtener la muestra.

5. Inmediatamente extender el material obtenido por toda la superficie del porta, dejando una capa muy fina.

6. Rápidamente colocar unas gotas de fijador sobre el porta y sumergirlo en el frasco que contiene el resto del fijador. Aquí debe permanecer por unos 15 minutos. Pasado este tiempo, se retira del fijador y se deja secar al aire libre.

Procurar mandar los portos y la historia clínica al laboratorio para el estudio citológico lo antes posible.

Reporte

El informe citológico establece generalmente un diagnóstico que cae dentro de una de estas 5 categorías:

- | | | | |
|---------|---|----------|---|
| Tipo I | Células normales | Tipo III | Alteraciones nucleares indefinidas. Atipia nuclear. |
| Tipo II | Ligera atipia pero sin señales de malignidad. | Tipo IV | Sugiere cáncer |

Tipo V Cáncer

Cuando se obtiene tipo II, el enfermo debe someterse a otros exámenes citológicos sucesivos para obtener mayor valoración de la atipia observada.

Cuando las muestras están dentro de los grupos II a V, la biopsia y el diagnóstico histológico son el paso inmediato.

CAPITULO IV

CARCINOMA LINGUAL

(CASO CLINICO)

HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARIA DE
SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

Unidad de Oncología

CASO: CARCINOMA LINGUAL

HISTORIA CLINICA

NUMBRE: L.P.P. EDAD: 55 años SEXO: Femenino Nac. mexicana

GRADO DE INSTRUCCION: primaria OCUPACION: Artesana

DIAGNOSTICO PREVIO: Probable carcinoma en lengua.

OBSERVACIONES: Paciente que proviene de familia desorganizada; vive con su hija y mantiene el hogar trabajando como artesana.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

PADRE: Muerto a los 60 años por probable cáncer de riñón.

MADRE: Muerta a los 65 años con úlcera péptica.

HERMANOS: Dos muertos recién nacidos.

HIJOS: Una hija viva de 17 años, sana.

Antecedentes diabéticos, fímicos, epilépticos: Negativos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

HABITACION: En condiciones regulares de higiene.

ALIMENTACION: Suficiente aporte calórico y proteínico.

TABAQUISMO: Positivo, desde los 20 años de edad, uno a dos cigarros al día

ALCOHOLISMO: Negativo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

PADECIMIENTOS INFANCIA: Sarampión, luxación del tobillo izquierdo.

ANTECEDENTES MEDICOS: Refiere crisis convulsivas de tipo epileptoide desde los 14 años controlados a base de Epamin.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS: Ninguno

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS

MENARCA: a los 12 años, ritmo 28 x 3-4 días, normorreica.

F.U.R.: hace 7 años. PARA I. ABORTOS I hace 27 años. F.U.PARTO: 17 años.

V.S.A. a los 20 años. GESTA: II LACTANCIA: Único producto 3 meses.

EXPLORACION FISICA

Paciente del sexo femenino, con edad aparente a la que dice tener, de complejión media. Coopera para su estudio.

CRANEO: Normocéfalo, sin exostosis ni hundimientos.

OJOS : Conjuntiva normal, pupilas simétricas que responden a estímulos luminosos; reflejos fotomotor y consensual normales.

OIDOS Y NARIZ: S.D.P.

BOCA: Mucosa bien hidratada, ausencia de algunos dientes, higiene regular.

TORAX: Normolíneo, movimientos normales, frecuencia respiratoria de 16 x minuto.

REGION PRECORDIAL Y C.: Normales

ABDOMEN: Ligeramente globoso, S. D. P.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

El resto de aparatos y sistemas S. D. P.

EXPLORACION LOCAL Y REGIONAL

A nivel de la cara ventral y del lado derecho de la línea media de la porción móvil de la lengua, se observa una lesión úlceroestructiva aproximadamente de 2 x 1 cm de diámetro, cubierta por algunas zonas blancas.

La lesión es de bordes bien limitados y sangra fácilmente. Se tomó biopsia de la lesión. A la exploración del cuello, por debajo del mentón se palpa un ganglio de aproximadamente 1 cm de diámetro, de consistencia dura, móvil no doloroso, con características de ser metastásico.

Antecedentes

Refiere haber iniciado el padecimiento hace 6 meses al notar una pequeña tumoración en la cara ventral de la lengua, en su porción móvil y hacia la derecha de la línea media, cerca del frenillo. El tamaño inicial era de 0,5 cm y fue aumentando de tamaño en forma lenta hasta alcanzar el diámetro actual.

Como única sintomatología la paciente refiere sensación de cuerpo extraño que se acompaña de sensación dolorosa a la ingesta de alimentos. Con dicha sintomatología la paciente se instituyó tratamiento a base de antibióticos bucales, no obteniendo mejoría alguna, motivo por el cual asiste a esta unidad para su diagnóstico y tratamiento.

DIAGNOSTICO

Probable **CARCINOMA LINGUAL** con metástasis submentoniana.

OBSERVACIONES

Se ordenan exámenes de rutina, tele de tórax, valoración cardiovascular y se cita con resultados, también de la biopsia, para valorar el caso.

Unidad de Patología

Sección; Patología Quirúrgica

RESULTADOS DEL ESTUDIO Y TRATAMIENTO

DESCRIPCION MACROSCOPICA

Se recibe material etiquetado como biopsia directa de la lesión ulcerada de la cara ventral de la lengua. Consta de un fragmento irregularmente triangular de 0.6 x 0.3 x 0.2 cm de color blanco amarillento.

DESCRIPCION MICROSCOPICA

Se observa una neoplasia maligna, de estirpe epitelial, constituida por células poligonales, de límites precisos, citoplasma eosinófilo, el núcleo grande y central, con nucleólo prominente; se observan algunos con tres nucleólos. Se agrupan en nidos rodeadas de bandas delgadas de tejido fibroso conectivo; en algunas zonas hay formación de perlas córneas. Se observan escasa mitosis atípicas.

La neoplasia ulcera el epitelio pero no penetra profundamente. No existe tumor en los bordes ni lecho quirúrgicos; existe además infiltrado inflamatorio, linfoplasmocitario que forman folículos linfoides sin centros germinales.

Se identifican células neoplásicas en 2/13 ganglios linfáticos cervicales de nivel superior. Hay hiperplasia linforreticular de 11/13 ganglios de nivel inferior. La glándula submaxilar muestra focos de infiltrado inflamatorio linfocitario.

DIAGNOSTICO

Carcinoma EPIDERMÓIDE bien diferenciado en la cara ventral de la lengua sin tumor en el lecho quirúrgico o bordes, y con metástasis en 21/23 ganglios linfáticos cervicales derechos; sialodentitis crónica focal inespecífica de la glándula submaxilar derecha.

TRATAMIENTO

SE REALIZO LA GLOSECTOMIA PARCIAL Y LA DISECCION RADICAL DEL CUELLO, SUPRAMIOHIOIDEA Y CONTRALATERAL.

POSTOPERATORIO: La paciente salió a recuperación en buen estado. Se le administraron sondas de succión y de alimentación con dieta de Berkoff.

Se le administró ampicilina IV cada 6 horas y se le indicó movimiento.

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS

ORALES

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS ORALES

En general, podemos decir que, la terapéutica del cáncer obedece a evitar que la enfermedad germine o siga evolucionando a etapas más avanzadas.

Aunque la cirugía sigue siendo hasta ahora el principal medio de curación, con los últimos adelantos en el campo de la radioterapia se obtienen buenos resultados en algunos casos sin necesidad de recurrir a la acción mutilante que muchas veces el tratamiento quirúrgico implica.

Métodos complementarios de los anteriores se consideran a la Quimio terapia, con su derivada la Hormonoterapia, y a la Inmunoterapia. El uso alternado de estos métodos terapéuticos (Terapia Combinada) quizá resulte la manera más eficiente y racional para curar el cáncer, si se considera que su producción puede deberse no a uno, sino a la acción simultánea de varios agentes. Así tenemos que, las combinaciones terapéuticas más utilizadas son, por ejemplo, la Quimioterapia-Radioterapia (leucemias); Cirugía-Radioterapia; Cirugía-Quimioterapia.

La elección del tratamiento dependerá de la localización, tipo histológico de la lesión, de si ha habido tratamiento previo, y de que la lesión sea primaria o metastásica. En el caso de una lesión inicial, siempre y cuando no sea demasiado amplia, la irradiación puede proporcionar buenos resultados. No puede decirse lo mismo de lesiones metastásicas, ya que aquí la radiación aplicada resultaría demasiado conservadora, siendo muchas veces la cirugía radical la última medida

para lograr la curación.

Debemos añadir que el tratamiento previo afecta grandemente al método terapéutico a seguir, ya que si una zona ha sido irradiada, por ejemplo, y el tumor persiste o ha recidivado, no deberá emplearse nuevamente la irradiación.

De la misma manera, si una lesión ha sido extirpada y se presenta la recidiva, habrá que elegir entre una nueva intervención y la irradiación.

5.1. QUIMIOTERAPIA

La Quimioterapia se basa especialmente en el uso de combinaciones de drogas inhibidoras de la división y metabolismo celulares.

Se han obtenido grandes progresos, sobre todo para el tratamiento de algunos casos de leucemias y linfomas.

Básicamente las sustancias químicas son de 3 tipos:

1. ALQUILANTES. Las cuales al ponerse en contacto con la célula cancerosa, la destruyen. Ejemplo: mostaza nitrogenada y otros elementos nitrogenados, que no sólo matan las células, sino que detienen su reproducción. Algunos elementos de este grupo químico tienen efectos semejantes a los de la radiación.

2. ANTIMETABOLITOS. Estos interfieren en el metabolismo celular, especialmente en lo que se refiere al ciclo respiratorio (Ciclo de Krebs). Ejemplo: amidas del ácido nicotínico, el fluoruracilo. Este último utilizado eficazmente en casos de cáncer de estómago.

3. ANTIBIOTICOS. En forma accidental se observó en un caso de cáncer que al combatir una infección con cramicina, ésta actuaba también contra las células cancerosas.

De igual forma, la actinomicina D ha dado buenos resultados, sobre todo en pacientes jóvenes. Su acción es igual que en la infección, eliminando las células e impidiendo su reproducción.

La DESVENTAJA de este método terapéutico radica en el efecto perjudicial que ejerce sobre las células sanguíneas, especialmente los glóbulos blancos.

5.1.1. ENDOCRINOTERAPIA U HORMONOTERAPIA

Su uso está dirigido a tumores hormonodependientes, como los de próstata y los de mama. En cuanto a éste último, se había observado que los signos del tumor se exacerbaban durante la menstruación y que retrocedían al extirpar los ovarios. Sin embargo, esto no sucede en todos los casos, por lo que se llegó a la conclusión de que no todos los tumores son hormono dependientes.

5.2. TRATAMIENTO QUIRURGICO

Martin estableció que el cáncer puede curarse definitivamente si se hace la cirugía radical en bloque y regional, o sea, retirando el tumor primario y las metástasis a un mismo tiempo. Con él se iniciaron las disecciones de cuello, axila e ingle, grupos linfáticos importantes que tienen que ser extirpados para evitar recidivas.

Por lo general cuando se realiza la disección radical del cuello en forma bilateral, se extirpan las yugulares, y es por esta razón que el paciente queda incapacitado para realizar esfuerzos, ya que puede morir por falta de retorno sanguíneo a la cabeza.

Dentro de la cirugía rigen los criterios de operabilidad y resecabilidad.

La condición de Inoperable se presenta por ejemplo, cuando el paciente es cardíopata y la anestesia está contraindicada.

Un cáncer es irresecable cuando el tumor no puede eliminarse por estar adherido a estructuras vitales.

En estos casos se juzgará la conveniencia de recurrir a otros métodos terapéuticos.

Los problemas que llegan a presentarse a la cirugía, en especial tratándose de las regiones que nos ocupan, es decir, cabeza y cuello, son los siguientes:

El aspecto estético, cuando la lesión afecta zonas extensas de la cara y del cuello y la mutilación resulta amplia.

La traqueotomía, lo cual debe realizarse muchas veces como medida profiláctica, para evitar que el edema resultante de las maniobras quirúrgicas extensas obstruya las vías respiratorias aéreas.

El control de la infección, lo cual es especialmente importante si se toma en cuenta la cantidad de microorganismos que existen en la boca y pueden contaminar hasta capas de tejido profundas.

La alimentación por sonda se lleva a cabo con el fin de evitar la contaminación si la lesión se encuentra en la cavidad bucal, protegiéndose la herida, evitando el esfuerzo de masticación y deglución; a la vez se mantiene una nutrición adecuada durante el postoperatorio.

Resumiendo puede decirse que la cirugía puede intervenir de varias maneras para el tratamiento del cáncer bucal, como en la excisión de lesiones precancerosas, extracción de dientes, tratamiento de tumores que no sean sensibles a las radiaciones (adenocarcinomas, ameloblastomas)

y, finalmente, la cirugía plástica y reparadora.

Muchas veces, después de una irradiación, una cirugía radical es el único medio que queda para salvar la vida del paciente.

En el caso particular de intervenciones intraorales, se recomienda al odontólogo recordar la importancia del tratamiento prequirúrgico de los dientes, el cual consiste en:

1. El tratamiento de las inflamaciones periodontales y gingivales.
2. Supresión de infecciones, extirpando dientes muy cariados.
3. Extracción de los dientes con lesiones periapicales que no pueden restaurarse.
4. Restauración provisional de caries avanzada.
5. Preservación de los dientes que puedan facilitar la rehabilitación.

5.3. RADIOTERAPIA

Este método terapéutico tiene por objeto destruir por medio de radiaciones ionizantes, el tumor maligno primario y metastásico, administrando dosis cancericidas en un tiempo apropiado y a un volumen tisular adecuado evitando los efectos sistémicos por la radiación, así como el daño permanente a los tejidos sanos circunvecinos al tumor y empleando modalidades técnicas universalmente aceptadas.

Las posibilidades de curar el cáncer por medio de la radioterapia, ya sea que se utilice sola o combinada con la cirugía y la quimioterapia, son muchas en el momento actual, y dependen de los principios de este método terapéutico, que son los siguientes.

5.3.1. PRINCIPIOS DE LA RADIOTERAPIA

A) La célula neoplásica es más sensible al efecto de la radiación que la célula normal del tejido de donde se deriva. Por lo anterior, se pueden administrar dosis de radiación letales para los tumores malignos sin ocasionar un daño severo y permanente a los tejidos u órganos de donde se originan.

B) No todas las células cancerosas tienen la misma sensibilidad a la radiación. Son más sensibles aquellos tumores que se derivan del tejido linfóideo y hematopoyético, de las gónadas, los carcinomas de piel, los de epitelio de órganos genitales, de orofaringe, laringe, esófago, vejiga y ureteres. Por ejemplo: el cáncer de piel se controla en el 100% en las etapas tempranas; el de cuello uterino, uno de los tumores más frecuentes en nuestro medio, se cura en el 98 % de los casos tempranos cuando se trata por medio de la aplicación intrauterina y vaginal de Radium o de cargas diferidas de alta energía (Catatrón), seguida de la radioterapia externa parametrial con Cobalto 60.

La importancia del tratamiento con radiaciones en casos de linfomas y leucemias en la actualidad es indiscutible, ya que los tratamientos combinados con la quimioterapia logran mejores períodos de supervivencia en 75% hasta 5 años en algunos linfomas en etapas clínicas iniciales no diseminadas.

Son menos sensibles a la radiación aquellos tumores malignos que se derivan del tejido conectivo, tejido vascular; y, de muy baja sensibilidad, son los derivados del tejido cartilaginoso, muscular, de glándulas salivales, sudoríparas, de riñón, pulmón, tiroides, hígado, páncreas, suprarrenales e hipófisis. Todos estos tumores son sometidos sólo a radioterapia paliativa, casi siempre cuando la cirugía no está indica-

da, cuando no es posible realizarla o en recidivas postquirúrgicas del padecimiento. A veces se logra buen control temporal de estas neoplasias.

b) La radiación logra destruir la neoplasia maligna o detener el crecimiento con escasa morbilidad y sin provocar mutilaciones. Ejemplo de esto es el carcinoma localizado en las cuerdas vocales de laringe, que es controlado con radioterapia, en lugar del tratamiento quirúrgico que implica laringectomía total, ocasionando mutilación importante, con la consecuente pérdida de la voz.

Lo mismo puede decirse de tumores de la cabeza y del cuello en los que como hemos dicho ya, la cirugía suele ser muy mutilante.

B) La radiación a dosis terapéuticas es bien tolerada. Los tratamientos radicales ocasionan sintomatología, la cual es casi siempre pasajera, y va estrechamente relacionada al estado general del paciente, ya que se intensifica en individuos desnutridos y anémicos o con enfermedades infecciosas intercurrentes. Las manifestaciones locales tisulares como radiodermitis y radiomucositis han disminuido con los nuevos equipos de radiación de alta energía y con las nuevas técnicas de tratamiento de múltiples campos o rotatorias. Ahora es más raro ver necrosis por radiación.

C) Con la radiación es posible tratar el tumor primario, las vías de diseminación linfática y las metástasis. Esto quiere decir que se puede dar tratamiento radical al tumor en el sitio donde se ha originado, y se puede administrar un tratamiento también radical a las vías de diseminación linfática locales como son las áreas ganglionares de la región donde el tumor se ha originado, lográndose un control del tumor adecuado.

Se puede con la radioterapia, después de curado un tumor primario, tratar las metástasis ganglionares a dosis también radicales, para lograr un control siempre que la cirugía radical esté contraindicada. Esto sucede frecuentemente con carcinomas de la cabeza y del cuello, donde se ha controlado el tumor inicial y posteriormente es necesario instituir tratamientos a los ganglios cervicales metastásicos que se consideran inoperables o la cirugía está contraindicada.

Sin embargo, debe mencionarse que en este tipo de tratamiento también existen las posibilidades de no obtener el éxito deseado en todos los casos.

Un fracaso en los resultados puede darse por las siguientes causas:

a) Selección defectuosa del tumor maligno para someterlo a este tipo de tratamiento. Esto puede suceder cuando se aceptan neoplasias derivadas de tejidos u órganos que son de una sensibilidad mediana o baja a las radiaciones ionizantes.

b) Selección defectuosa del paciente para el tratamiento radioterápico, con mal estado general, desnutrición, anemia, edad avanzada, presencia de alguna enfermedad.

c) Una selección inadecuada de la técnica de tratamiento o de la modalidad de la radioterapia, puede ocasionar un fracaso.

Al mismo tiempo de planear el tratamiento radical, también se toman en cuenta el tamaño, sitio y extensión del tumor, para seleccionar el tipo de radiación más indicado para cada caso en particular.

Esto es importante si se toma en cuenta que existen neoplasias fácilmente manejables con rayos X superficial, como son las de la piel, pero

para los más profundos es necesario seleccionar entre un haz de electrones o una radiación X o gama de alta energía. La dosis y el tiempo son también importantes. Estos pueden ir de siete mil, ocho o nueve mil rads en en siete a diez semanas, que épocas pasadas nunca se pensó llegar a administrar por el riesgo de aumentar la morbilidad.

Actualmente se continúan las investigaciones sobre la dosis tumor-tiempo-volumen; y sobre cómo aumentar la sensibilidad de la célula cancerosa, ya sea utilizando sustancias radiosensibilizadoras, o la oxigenación o la hipotermia; las combinaciones con la quimioterapia y las re-combinaciones de la inmunoterapia con la radiación.

Otras áreas de investigaciones son la elección del tratamiento en la enfermedad subclínica y la radiación fraccionada a todo el cuerpo principalmente en leucemias.

En el aspecto técnico, se trata de introducir la computación en la radioterapia para lograr la planificación automática del tratamiento; han aumentado las investigaciones sobre la calidad de la radiación y se han logrado equipos de alta energía de rayos X, gama y haces de electrones, neutrones y partículas subatómicas.

5.3.2. REACCIONES DE LA RADIOTERAPIA

Tomando en cuenta que la radiación no es selectiva de los tejidos tumorales, sino que también la absorben los tejidos sanos, la aplicación correcta y las medidas de protección a los tejidos adyacentes con filtros o barreras de plomo evitarán las necrosis de cartílagos y huesos.

La radiación excesiva puede provocar trastornos severos. Algunos síntomas pueden ser el vómito, letargia, adinamia. También existen au-

jetos que no resisten la irradiación. Deberá advertirse al paciente sobre los efectos del tratamiento y hacerle saber que puede presentarse una dermatitis e inflamación de las mucosas que, en el caso de la boca, hará dolorosas la masticación y la deglución. El efecto sobre las glándulas salivales puede alterar el sentido del gusto y ocasionar una sequedad en la garganta por varios meses; la saliva puede hacerse más viscosa. En todo caso el terapeuta debe mencionar estas alteraciones como "reacciones" y no como "quemaduras".

Las reacciones cutáneas y mucosas suelen culminar dentro de los primeros 10 días posteriores a la radiación y luego, ceder lentamente.

OSTEONECROSIS

La exposición a una radiación intensa en los huesos maxilares puede causar osteonecrosis, que es una alteración patológica que se presenta después de la radiación del hueso sin protección, en especial de la mandíbula y que se traduce en secuestros óseos dolorosos. Aparece algún tiempo después de la exposición y pueden producirse grandes deformidades o hasta la pérdida completa de la mandíbula.

Es importante señalar que el maxilar intensamente irradiado, y por lo tanto, asiento de osteítis, puede presentar características macroscópicas y radiológicas normales y ser clínicamente asintomático.

También puede darse el caso que aún frente a signos clínicos evidentes radiográficamente sea normal por mucho tiempo.

Es bien sabido que la radiación de alta energía es menos absorbida por los tejidos óseos que la de voltaje normal. Esto permite la recuperación del hueso hasta cierto grado después de dosis bastante altas.

Síntomas de la Osteonecrosis

Los principales son el dolor y la inflamación. El dolor intenso lo describe el paciente como "un dolor de muelas" pero mucho más intenso, y la inflamación abarca toda la cara y el cuello.

Se comprende que la gravedad de los signos síntomas dependerá del volumen de tejido óseo irradiado y de la dosis aplicada. Por ejemplo, si sólo se somete una zona reducida, la osteonecrosis podrá ser relativamente benigna y tal vez no se pierda todo el maxilar.

La inyección de alcohol en el ganglio de Gasser o en sus ramas, es la manera más general para eliminar el dolor. (Anestesia completa a nivel de las tres ramas del trigémino).

Otro punto de igual importancia, es el control de la infección. El fármaco de elección para tal efecto, es la penicilina, pero en casos de hipersensibilidad, se recurre a la ampicilina, aureomicina o tetraciclina.

Es fundamental, por último, mantener una nutrición adecuada. Con frecuencia se requiere de una alimentación por sonda nasal.

5.3.3. ATENCION ODONTOLÓGICA ANTES DE LA IRRADIACION

Actualmente no siempre está indicada la extirpación de todos los dientes antes de la irradiación, pero en ciertos casos, incluso los dientes sanos pueden crear dificultades para una técnica de radiación determinada, por ejemplo, por vía bucal, siendo necesaria su extracción.

Más aún, deben extraerse los dientes cariosos, con enfermedades pulpares lesiones parodontales, y permitir su cicatrización durante diez o catorce días.

Durante las extracciones se suprimirán y corregirán bordes irregulares y agudos de los procesos alveolares, regularizando cualquier prominencia ósea, ya que esto no podrá hacerse después de la irradiación.

En caso de dientes impactados, completamente cubiertos de hueso y tejido blando, no se extraen, ya que se prolongaría demasiado el tiempo de cicatrización.

5.3.4. ATENCION DENTAL DURANTE LA IRRADIACION

La higiene es fundamental durante la radiación de la cavidad oral.

Al intensificarse las reacciones, las molestias obligan al paciente a pasar a una alimentación blanda, relativamente adherente que produce una placa de gran tamaño, al mismo tiempo que va aumentando la xerostomía.

El paciente abandona su dieta mixta normal cuando las mucosas se hacen más dolorosas, y aún más, deja de usar su cepillo dental, ocasionando el aumento de la placa y caries. Por esta razón el radioterapeuta envía al paciente al dentista para establecer un programa de mante-

nimiento integrado por tratamientos parodontales profilácticos y aplicaciones locales de fluoruros (los que no deben entrar en contacto con la mucosa) y enjuagues para ayudar a evitar la formación de placas ácidas viscosas durante el período de mucositis y xerostomía.

5.3.5. ATENCION DESPUES DE LA IRRADIACION

La caries constituye un problema importante después de la exposición y se debe a sus efectos mismos, a la xerostomía y a otros factores, tales como sensibilidad, recesión gingival con exposición del cemento y a la mala higiene.

Por esta razón deberá mantenerse un cuidadoso tratamiento bucal, para evitar tanto la caries como la gingivitis, más aún si persiste la xerostomía.

Para mejores resultados, el cepillado, la remoción de placa, lavado bucal y aplicación diaria de fluoruro deben continuarse mientras existan dientes que se puedan conservar.

Finalmente, se recomienda dejar transcurrir de 18 a 24 meses antes de emplear prótesis.

Si se irradian intensamente los procesos alveolares, constituyen un punto débil, y cualquier traumatismo puede iniciar una cadena de acontecimientos que terminen en una osteonecrosis de gravedad variable.

También debe mencionarse que existe la tendencia a no aplicar radiaciones en el tratamiento de carcinomas de encía o regiones anteriores de la lengua y piso de la boca.

CAPITULO VI

RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO

ANTE EL CANCER

CAPITULO VI

RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO ANTE EL CANCER

Como se ha dicho al principio de este trabajo, el Cirujano Dentista, por pertenecer al equipo de salud, adquiere, al igual que el médico general, el compromiso ético de servir a sus semejantes. Pero más importante aún resulta el deber de prepararse y entrenarse continuamente para poder cumplir al máximo con ese compromiso.

Debido a la creciente frecuencia con la que el cáncer bucal es confundido con otros trastornos de la boca, la importancia de un diagnóstico inmediato o la corrección de un tratamiento mal encaminado, viene a ser para el odontólogo una de sus preocupaciones principales. Su ayuda puede resultar valiosa para aconsejar, por ejemplo, sobre la extensión de la intervención quirúrgica, en la preparación de la boca antes y después de la radioterapia, y en algún momento, en el diseño de la prótesis intraoral.

Al estudiar una lesión en la boca, el profesional no debe olvidar por ningún instante que, la tardanza en su identificación podría significar la muerte para el paciente. Las lesiones descubiertas tempranamente tinen menos probabilidades de haber establecido metástasis, por lo que, una vez sospechado el cáncer, deberá remitirse al paciente a un tratamiento especializado.

Debemos enfatizar que, el pensar en cáncer y equivocarse, es un error que produce alivio al paciente y satisfacción al médico; pero no pensar en cáncer y equivocarse, resulta fatal.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Actualmente el cáncer es CURABLE, siempre y cuando haya un diagnóstico temprano y se instituya el tratamiento oportuno.

Los factores etiológicos comunes a todas las localizaciones intraorales del cáncer son las irritaciones crónicas, la susceptibilidad individual y otras deficiencias, todo esto aunado a la edad avanzada.

La rápida evolución del cáncer hace de él una enfermedad de urgencia. Cuando no recibe el paciente ningún tratamiento, se calcula que la muerte sobreviene en un término de dieciocho meses.

El diagnóstico definitivo sólo puede establecerse por medio de una biopsia, complementada ésta con todos los demás datos clínicos del paciente.

La biopsia está obligada para cualquier lesión con la mínima sospecha de cáncer, especialmente ante úlceras o nódulos que no responden a tratamiento en un término de dos semanas.

Ante una prueba de Wasserman positiva, no debemos descartar un cáncer y practicar seguidamente una biopsia.

Se deben evitar las extracciones en pacientes sospechosos de tener cáncer, sin consultar antes con el oncólogo. La misma regla rige para pacientes que han sido irradiados.

El odontólogo como parte del equipo médico, debe tomar conciencia de su responsabilidad como instrumento de orientación y difusión al público sobre la prevención del cáncer.

El odontólogo es un valioso medio de lucha contra la enfermedad, ya sea realizando la detección temprana de las neoplasias malignas, o remitiéndolas a los especialistas para su tratamiento.

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

1. Lester W. Burket Dr. MEDICINA BUCAL, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, Edit. Interamericana, Méx. 1954.
2. Garth L. Nicolson, CANCER METASTASIS, Revista Scientific American, vol. 240, Nº 3, p. 66, marzo 1979.
3. Zegarelli Edward V., Kutscher Austin H., Hyman George A. DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL, Salvat Editores, Barcelona, 1972.
4. Cairns John, CANCER , SCIENCE AND SOCIETY, USA 1978.
5. Folk Judah, VASCULARIZATION OF TUMORS, Revista Scientific American mayo 1976.
6. Hayes Louis V., DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA., Edit. Uteha Méx. 1954.
7. Kurt H. Thoma, PATOLOGIA BUCAL, Edit. Uteha , Tomo II, 1959.
8. Tiecke Stuteville Calandra, FISIOPATOLOGIA BUCAL, Edit. Interamericana, Méx. 1960.
9. Hans Von Euler, QUIMIOTERAPIA Y PROFILAXIS DEL CANCER, Edit. Científico-Médica, Barcelona 1965.
10. P. Denoix, CANCER , edit. Ex Pxs, Barcelona, 1972.