

2e, 513



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CARCINOMAS DE LA CAVIDAD BUCAL

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :
PATRICIA M. SANCHEZ RUBIO**

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA CAVIDAD BUCAL
MAXILAR
MANDIBULA
MUSCULOS MASTICADORES
NERVIO TRIGEMINO

CAPITULO II

EXAMEN BUCAL

CAPITULO III

DIAGNOSTICO

TECNICAS DE DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE LAS NEOPLASIAS
CLASIFICACION GENERAL DE LAS NEOPLASIAS.

CAPITULO IV

LESIONES PREMALIGNAS

CAPITULO V

DESCRIPCION HISTOLOGICA DE TUMORES ORALES
DEL EPITELIO ESCAMOSO
DEL EPITELIO GLANDULAR
DE TEJIDOS BLANDOS
DEL SISTEMA MELANOGENO
LESIONES PSEUDOTUMORALES

CAPITULO VI

DESCRIPCION CLINICA DE TUMORES ORALES
T.N.M.

CAPITULO VII

TRATAMIENTO

RADIOTERAPIA
QUIMIOTERAPIA
CIRUGIA

CAPITULO VIII
CARCINOMAS DE LA CAVIDAD BUCAL TRATAMIENTO
Y PRONOSTICO.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

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

Uno de los principales problemas que interesan sobre manera al Cirujano Dentista, es la patología del Cáncer. Su importancia consiste precisamente en la gran variedad de formas en que suele presentarse, además, y en un punto muy importante, los estragos que provoca en el organismo humano y la forma considerable en que merma sus defensas o simplemente las destruye.

Una forma sencilla de definir el Cáncer es: "Una proliferación atípica de los tejidos - que se inicia aparentemente de manera espontánea, de crecimiento progresivo, sin capacidad de alcanzar una forma definida de desarrollo, carentes de una finalidad determinada, regulada por leyes propias y cuya vida es más o menos independiente del organismo".

Esto nos da a entender la verdadera importancia del Cáncer, más aún al desconocer su etiología específica, y es por esto que los estudios realizados solo quedan en hipótesis.

El tratamiento clínico del Cáncer se remonta a 3000 años A. de C. Las nociones de su descripción surgen en el antiguo Egipto, inclusive hay algunos aspectos de él en el PAPIRO QUIRURGICO; donde se describen, tumores, úlceras y tratamientos, que son las primeras referencias históricas del Cáncer, la mayoría de los tratamientos realizados son a base de cauterización.

También en el PAPIRO DE EBERS, se mencion

na el Cáncer como formas clínicas de malignidad descritas por Galeno y Celsus.

El estudio del elemento en que el Cáncer actúa, es la célula cancerosa, de la que nadie se ocupó durante un largo período, hasta que se le valoró adecuadamente, y fue cuando se realizaron ciertas publicaciones, en donde se mostraban los trabajos de Johannes Muller en 1838, quien distingue microscópicamente varios tipos de tumores, y lo que es más importante, describe la malignidad como un problema celular.

A pesar que posteriormente muchos investigadores se ocuparon del estudio de la célula cancerosa, el conocimiento bioquímico del Cáncer tiene poca historia; su estudio se debe a Warburg, quién en 1923, expone que, el metabolismo oxidativo está disminuido y, esto predispone al aumento de la fermentación de células cancerosas.

Desde entonces los trabajos sobre investigación se han venido sucediendo uno tras otro, hace aproximadamente 15 años la bibliografía sobre el metabolismo intermedio de la célula cancerosa, aumenta notablemente en calidad y cantidad, siendo sumamente difícil poder llegar a una clasificación general, ya que los autores suelen llamar de diferentes maneras a un tumor que tiene las mismas características clínicas o son similares.

Actualmente, ya se cuenta con mayor información a este respecto, y se ha conseguido conjuntar los conocimientos de muchos investigadores para clasificarlos de acuerdo a los

tejidos en que se encuentra, y de esta manera formar una estadística de frecuencia, características, edad, etc., en que la neoplasia se presenta.

El resultado del tratamiento de Cáncer depende en gran parte, de la antigüedad de mal, en el momento en que se hace el diagnóstico. Con mucha frecuencia se culpa al paciente de la demora en acudir al médico, (en esto hay mucho de razón, ya que el paciente no acude al Dentista hasta que presenta un estado de malestar físico, que incluso es producido a veces por metástasis).

Es necesario que el paciente esté bien enterado acerca de los primeros signos y síntomas del Cáncer, para que tenga plena conciencia de los problemas a los que está expuesto, y sepa en qué momento debe acudir al Doctor, ya que el tiempo que se pierde antes de hacer el diagnóstico y seleccionar el tratamiento adecuado, es a causa de que el Doctor consultado no ha sospechado siquiera que pueda tratarse de una neoplasia maligna, esto puede deberse a incompetencia profesional o a falta de los conocimientos necesarios, y, por lo tanto no realiza una exploración a fondo, ni una historia clínica completa, en que se muestren tendencias y hábitos que predispongan al Cáncer. Pero no sólo se debe a las causas ya mencionadas sino que también hay que tomar en cuenta que la patología del Cáncer no es fácil de diagnosticar, debido a la naturaleza engañosa de la enfermedad.

En la mayoría de la neoplasia no se sabe realmente lo que es, hasta que se realizan las pruebas pertinentes, principalmente las del

histopatólogo en el laboratorio. El Dentista de capacidad más que mediana, con frecuencia, carece de los conocimientos adecuados sobre neoplasias orales; se cree que la presente enseñanza, no se da en el tiempo que se requiere para abarcar enteramente el tema y para -- que el alumno tuviera una mayor comprensión -- del problema del Cáncer, y por lo mismo los -- programas deberían ser más extensos.

Desde hace tiempo se reconoce que uno de los mejores medios para realizar el diagnóstico del Cáncer en el período incipiente, es efectuar un reconocimiento médico periódicamente en personas asintomáticas, que deberá -- realizarse por individuos debidamente capacitados, de lo contrario se corre el riesgo de hacer un diagnóstico falso o equivocado.

Si el pronóstico depende en parte del diagnóstico hecho al comienzo de la enfermedad, el perfeccionamiento del tratamiento ya sea, quirúrgico, radiográfico o quimioterápico es decisivo en lo que respecta a la curación o la muerte.

Es muy importante, que la selección -- fundamental del método o ejecución del tratamiento del Cáncer, solo se confíe a personas con el adiestramiento y capacidad adecuadas; -- con el descubrimiento de los métodos radioterapéuticos a principios de siglo, se puso -- cada vez más de manifiesto, la necesidad de -- coordinar y conjuntar los esfuerzos de la parte especializada con instituciones, en las -- cuales se les dé una mejor atención a los pacientes que requieran hospitalización o de un número elevado de estudios, inclusive cuando los tratamientos son largos.

Los cimientos de la ONCOLOGIA, descansan en el microscopio, y en la aplicación de este aparato al estudio de los tejidos normales y en enfermos, lo que se facilitó merced a las formas de preparación y tinción de dichos tejidos. De esta manera se pudo comprobar que las enfermedades neoplásicas se caracterizan por la proliferación anormal de células que continúan multiplicándose y se infiltran en tejidos contiguos destruyéndolos, trasplantándose a sitios distantes (metástasis).

En general esas células neoplásicas se asemejan a las de los tejidos normales, en donde se originan, o tienen parecido con algunos, en las formas de desenvolvimiento de las células de dichos tejidos.

C A P I T U L O I

ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA CAVIDAD BUCAL

ANATOMIA Y FISILOGIA DE MAXILAR SUPERIOR Y MAN DIBULA.

MANDIBULA.

Es un hueso impar, simétrico, que se encuentra en la parte inferior de la cara, está dividido en dos partes; el cuerpo, que se localiza en la porción central, y dos laterales que constituyen las ramas ascendentes de la mandibula.

El cuerpo tiene forma de herradura con la cavidad dirigida hacia adentro y atrás, posee dos caras; la anterior, presenta en la línea media, la sínfisis mentoniana que termina en la parte inferior en la eminencia mentoniana, a cada lado de la sínfisis mentoniana se localiza la línea oblicua externa, que se dirige, de la eminencia mentoniana al borde anterior de la rama ascendente, por arriba de ésta línea y a nivel del segundo premolar se localiza el agujero mentoniano por donde atravieza el paquete vasculonervioso que inerva la piel del mentón.

La cara posterior presenta: 1o.- en la línea media cuatro eminencias dispuestas de dos en dos, que son las apófisis geni, las superiores para la inserción de los músculos genioglossos, y, los inferiores para los geniohioideos; 2o.- una línea oblicuamente ascendente, que corresponde a la línea oblicua milohioidea, por encima y afuera de ésta línea, se localiza la foseta sublingual que aloja a la glándula del mismo nombre, por debajo de esta misma línea y a nivel de los tres últimos molares, se localiza la foseta submaxilar que aloja a la glándula submaxilar.

El cuerpo de la mandíbula tiene dos -- bordes: el superior también llamado alveolar, es donde se implantan los alveolos de las piezas dentales; el borde inferior tiene una forma redondeada, en la parte interna inmediatamente por fuera de la sínfisis se localiza la foseta digástrica para el músculo digástrico, en la parte externa, a nivel del comienzo de las ramas, se encuentra un canal por el cual pasa la arteria facial.

Las Ramas.- Son de forma cuadrilátera, más anchas que altas, dirigidas hacia arriba y atrás, presentan dos caras y cuatro bordes.

La cara externa es plana y presenta en la parte inferior unas rugosidades que sirven de inserción al músculo masetero.

La cara interna presenta en el centro, el orificio del conducto dentario inferior, - para el nervio y los vasos dentarios inferiores en el borde de este orificio, por delante y abajo de este mismo se encuentra una laminilla ósea triangular que corresponde a la Espinna de Spix, de la parte posteroinferior de -- este orificio sale un canal oblicuamente descendente que es el canal milohioideo, para el nervio y los vasos milohioideos. Por toda la parte inferior de esta cara se ven rugosidades para la inserción del músculo pterigoideo interno.

Los bordes como se menciona anteriormente, son cuatro; el posterior, ligeramente encorvado y redondeado, está relacionado con la parótida; el borde superior presenta en su parte media una gran escotadura: la escotadura sigmoidea, por la cual pasan el nervio y -

los vasos masetéricos, por delante de ésta escotadura se encuentra una eminencia que corresponde a la apófisis coronoides, que en ella se va a insertar el músculo temporal, por atrás de la escotadura sigmoidea, se encuentra una eminencia, que es el Cóndilo mandibular, de forma elipsoide aplanado de delante hacia atrás, con su eje mayor dirigido afuera y de delante a atrás sostenido por una porción más estrecha que corresponde al cuello del cóndilo, en cuyo interior se encuentran rugosidades para la inserción del músculo pterigoideo externo.

El borde inferior se continúa directamente con el borde inferior del cuerpo. El punto saliente que se encuentra por detrás del borde posterior de la rama, constituye el ángulo de la mandíbula.

MAXILAR SUPERIOR

Es un hueso par localizado en la parte inferior del tercio medio de la cara. Formado por dos caras y cuatro bordes.

La cara interna presenta en la unión de su tercio inferior con sus dos tercios superiores una eminencia transversal, la apófisis palatina, que al articularse con la línea media del lado opuesto forman un tabique transversal, esta unión va a formar el piso de las fosas nasales y la bóveda palatina. Sobre esta misma unión y hacia adelante, a nivel de las raíces de los incisivos centrales se localiza el agujero palatino anterior por donde pasa el nervio esfenopalatino que inerva las piezas dentales anteriores y el paladar. Por encima de la apófisis palatina, presenta de atrás hacia adelante, primeramente, unas rugosidades para la in-

serción del palatino, el orificio del seno -- maxilar, el canal nasal y la apófisis ascen-- dente del maxilar superior.

La cara externa, en la parte anterior a nivel de los incisivos, presenta la foseta mirtiforme, limitada hacia atrás por una eminencia longitudinal, llamada eminencia canina. Lo que resta de la cara externa corresponde a una gran eminencia que es la apófisis piramidal del maxilar superior, con su base dirigida hacia el maxilar, formando el cuerpo propiamente dicho, su vértice se articula con el maxilar, la parte superior forma parte del piso de la órbita y en ella se aloja el canal suborbitario, también aquí se encuentra el -- agujero infraorbitario, por el cual pasa el nervio del mismo nombre, la parte posterior de esta cara es ligeramente convexa y forma parte de la fosa cigomática, se localizan en ella, los agujeros dentarios posteriores, -- para los nervios dentarios posteriores. El borde inferior es cóncavo y redondeado, dirigido hacia el primer molar, el borde posterior corresponde al ala mayor del esfenoides formando la hendidura esfenomaxilar.

Los bordes son cuatro: El anterior es muy irregular, compuesto de abajo hacia arriba; por la espina nasal anterior la escotadura nasal y el borde anterior de la apófisis ascendente; el borde posterior es grueso y romo, formando la tuberosidad del maxilar, -- por arriba no se relaciona con ningún hueso, por abajo se articula con la apófisis pterigoides del esfenoides y con la porción vertical del palatino, entre los cuales se encuentra el conducto palatino posterior; el borde superior se articula con el unguis, hueso plano del etmoides y la apófisis orbitaria del --

palatino; por último, el borde inferior aloja a los alveolos de las piezas dentales, tabicados - por ambas partes del borde alveolar.

MUSCULOS MASTICADORES.

Son cuatro: MASETERO, TEMPORAL, PTERIGOIDEO EXTERNO y, PTERIGOIDEO INTERNO.

MASETERO.- Es un músculo corto y grueso, cubre la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

Tiene dos haces de fibras: el haz superficial y el haz profundo. El haz superficial, - se extiende del borde inferior del arco cigomático, al ángulo de la mandíbula; el haz profundo, se extiende de la cara interna de la apófisis cigomática, dirigiéndose hacia la cara externa de la rama ascendente de la mandíbula. -- Ambos haces están separados entre sí por tejido conjuntivo y a veces por una bolsa serosa.

Esta inervado por el nervio maseterino, rama del maxilar inferior que pasa a través de la escotadura sigmoidea.

Tiene la acción de elevar la mandíbula.

TEMPORAL.- Es un músculo de forma aplana da, distribuidos sus haces en forma de abanico, ocupa la fosa del temporal. Se inserta por arriba, en la línea curva temporal inferior, la fosa temporal, aponeurosis del temporal y, el arco cigomático, sus haces se dirigen desde estos puntos hasta la cara interna de la apófisis coronoides.

Esta inervado por los nervios: tempo--
ral anterior, medio y posterior, ramas del --
maxilar inferior, rama del trigémino.

Tiene la función de elevar la mandíbu-
la y retraer el cóndilo cuando éste ha sido -
conducido hacia adelante por el pterigoideo -
externo.

PTERIGOIDEO INTERNO.- Se encuentra por
adentro de la rama ascendente de la mandíbu--
la, esta dispuesto en igual forma que el masero
tero.

Se inserta por arriba en la fosa pteri-
glísea, de aquí se dirige hacia abajo, atrás
y por fuera, para llegar a la cara interna del
ángulo de la mandíbula, por abajo se inserta
frente a la inserción del mas

Es inervado por el nervio pterigoideo
interno, rama del maxilar inferior.

Su acción es principalmente elevar la
mandíbula, pero debido a su posición, también
proporciona al hueso pequeños movimientos de
lateralidad.

PTERIGOIDEO EXTERNO.- Tiene forma de -
cono, con la base dirigida hacia el cráneo, y
el vértice hacia el cóndilo y a la fosa cigomá-
tica.

Se inserta por arriba en la par--
te del ala mayor del esfenoides que for-
ma la bóveda cigomática. Por abajo en la

cara externa de la apófisis pterigoides. De la apófisis pterigoides salen dos haces, que se -- dirigen hacia atrás hasta llegar a la articulación temporomandibular donde se unen y se insertan en el cuello del cóndilo y el menisco articular.

Lo inerva el nervio temporobucal, rama -- del maxilar inferior.

Tiene la acción de contraer simultáneamente los músculos pterigoideos, determina la proyección de la mandíbula hacia adelante; contrae también aisladamente cada uno de ellos para -- efectuar movimientos de lateralidad.

NERVIO TRIGEMINO

El nervio trigémino, junto con el facial, va a inervar la parte de la cara, cuello y cavidad bucal que nos interesa.

Tiene tres ramas principales, que son: - OFTALMICO, MAXILAR SUPERIOR y MAXILAR INFERIOR o MANDIBULAR.

Cada una de estas ramas se subdividen y están distribuidas de la siguiente manera.

TRIGEMINO

- OFTALMICO
- MAXILAR SUPERIOR
- MAXILAR INFERIOR & MANDIBULAR

OFTALMICO

- NASAL
- FRONTAL
- LAGRIMAL

NASAL - Interno- Inerva las fosas nasales, tabique pared externa de fosas nasales hasta el lóbulo de la naríz, Nasolobar.

- Externo- Ascendente- Espacio interciliar.

- Descendente- Vías lagrimales y tegumento de la raíz de la naríz.

FRONTAL-Interno- Inerva el periostio, piel de la frente, parpado superior y ramas nasales para la piel de la raíz de la naríz.

-Externo- Ascendente-Periostio y piel de la región frontal.

- Descendente-Párpado superior y ramos óseos.

- LAGRIMAL-Interno- Inerva la porción externa del párpado superior y región temporal adyacente.
- Externo- Lagrimopalpebral y glándula lagrimal.

MAXILAR SUPERIOR

- MENINGEO MEDIO
- ORBITARIO
- ESFENOPALATINO
- DENTARIO POSTERIOR
- DENTARIO MEDIO
- DENTARIO ANTERIOR

MENINGEO

MEDIO - Meninges - Inerva las fosas esfenoidales.

ORBITARIO-Temporomalar-Inerva la piel del pómulo.

- Temporal - Se anastomosa con el temporal profundo.

-Lagrimopalpebral.- Se anastomosa con el lagrimal del oftálmico y termina en la glándula lagrimal y párpado inferior.

ESFENOPALATINO-Orbitarios-Inerva las células etmoidales.

- Nasales superiores - Inerva la mucosa de cornetes superior y medio.
- Nasopalatino - Inerva el tabique de las fosas nasales mucosa de la bóveda palatina mucosa del
- Pterigopalatino - Inerva la mucosa de la rinofaringe.
- Palatino Ant. - Inerva el cornete inferior, bóveda palatina y velo del paladar.
- Palatino Medio - Inerva la mucosa del velo del paladar.
- Palatino Post. - Inerva el velo del paladar, peristafilino interno, palatoglosos y faringostafilino.

DENTARIOS POST. - Inerva, los molares superiores, mucosa del seno maxilar y --

hueso.

DENTARIO MEDIO - Se anastomosa con el dentario posterior y anterior para inervar a premolares y canino.

DENTARIO ANT. - Inerva a incisivos y canino.

MANDIBULAR-TRONCO ANTERIOR
-TRONCO POSTERIOR

TRONCO ANTERIOR - TEMPOROBUCAL
- TEMPORAL PROFUNDO
MEDIO
- TEMPOROMASETERINO

TEMPOROBUCAL-Temporal prof.

ant. - haces anteriores del másculo temporal.
- Bucal - Cara externa del Buccinator piel y mucosa del ca-rrillo.

TEMPORAL PROF. MEDIO- Inerva los haces medios del másculo temporal.

TEMPOROMASETERINO - Asc. - Nervio temporal prof. post. y haces post. del temporal.
- Desc. Nervio maseteterino cara profunda del másculo masetetero.

TRONCO POSTERIOR

- Pterigoideo interno
- Peristafilino externo
- Músculo del martillo
- AURICULOTEMPORAL
- DENTARIO INFERIOR
- LINGUAL

PTERIGOIDEO INTERNO - Inerva el músculo pterigoideo interno.

PERISTAFILINO EXTERNO- Inerva al músculo peristafilino externo.

NERVIO PARA EL MUSCULO DEL MARTILLO

AURICULOTEMPORAL - Auriculares inferiores-Conducto auditivo ext.

- Auriculares - ATM
- Ramo anastomótico - para el dentario inferior.
- Ramo anastomótico - para el facial.
- Ramos parotídeos — Glándula Parótida.

DENTARIO INFERIOR- Ramos colaterales a nivel del mentoniano

- Ramo anastomótico - para el lingual.
- Milohioideo-Músculo milohioideo y vientre anterior del -- digástrico.

- Ramos colaterales a nivel del mentoniano.
- Ramo anastomótico para el lingual
- Milohioideo-- Músculo milohioideo y -- vientre anterior del di-gástrico.
- Ramos dentarios-Molares premolares, canino, maxilar inferior y encía que lo recubre.
- Ramas terminales-Incisivo-incisivo y canino-Mentoniano-mentón, lábio inferior y mucosa.

LINGUAL-RAMOS ANASTOMOTICOS Dentario inf.

- Facial
- Cuerda del -- tímpano
- Hipoglosos mayor
- Milohioideo
- RAMOS COLATERALES - Velo del pa--ladar, amígdalalas, mucosa - de encía, pi--so de boca, - glándula sub-

lingual, glándula submaxilar y fondo de saco.

C A P I T U L O I I
E X A M E N B U C A L

E X A M E N B U C A L

La exploración de los enfermos para -- que sea completa, decían los clásicos, debe ser ordenada y siguiendo un orden lógico. Comprende:

- 1.- Interrogatorio (Anamnesis)
- 2.- Inspección
- 3.- Palpación
- 4.- Mensuración
- 5.- Auscultación

Una vez obtenidos todos los datos y -- procediendo con criterio clínico, elaboramos un juicio diagnóstico, una exploración -- clínica concienzuda y detenida, además de suministrarlos más datos útiles para el diagnóstico.

INTERROGATORIO. - Es el primer acto médico que conduce al diagnóstico. Se trata de contacto interpersonal, protagonizado por el enfermo que sufre y por el médico en quien él confía y al que acude para que lo cure o alivie sus dolencias.

La relación entre el médico-paciente -- se desarrolla como un acto cerrado en el espacio y el tiempo.

El interrogatorio debe llevarse a cabo de acuerdo con las siguientes directrices:

Dejar que el enfermo exponga libremente sus molestias, el médico sigue con los -- ojos u los oídos las exposiciones, valorando,

entre otras cosas; las anomalías de la voz, afonías o de lenguaje, disartrias, afacias, etc., Cuando el enfermo se detiene por no saber ya -- que decir interviene el médico, con la finalidad de aclarar y completar lo expuesto consultando, si precisa, los datos aislados que ha estado anotando en la hoja clínica.

Al escuchar al enfermo hay que hacerlo sin prisas, con detención, el tiempo que se emplea para ello nunca está perdido. El médico debe ser un buen interrogador pero también un buen oyente. Nada hay más deprimente para un enfermo que comprobar que el médico no le presta la debida atención en lo que más le atañe.

Decir si el enfermo tiene o no derecho a conocer la verdad absoluta sobre su situación, es un problema que se ha abordado desde varios puntos de vista. Por supuesto que la verdad desnuda, salvo en casos de individuos de excepcional entera, no se puede comunicar tomándolo de sorpresa, hay que ir creando un clima adecuado para que sea el propio enfermo el que deduzca su situación.

El interrogatorio se continua durante el examen físico extendiéndose a la búsqueda de -- signos y síntomas, dolor, náuseas, provocados con ciertas manipulaciones.

En la boca hay que estudiar los labios y la cavidad bucal. Lo primero que se nota es la simetría; en los casos de parálisis floja unilateral del facial, la comisura bucal del lado enfermo se encuentra más baja que la del lado sano.

La parálisis facial ocasiona alteraciones de los movimientos de la boca, para hacer la más apreciable se le ordena al enfermo que infle los carrillos, es frecuente que estos - enfermos no puedan hacerlo porque el aire se escapa por la comisura del lado paralizado.

En el interior de la boca hay que estudiar el vestíbulo y la cavidad bucal propiamente dicha. Para estudiar el vestíbulo se le ordena al paciente que abra su boca moderadamente, con un abatelenguas se separan los carrillos de las encías y se hace la inspección. En la cara interna de los carrillos y en el borde de la lengua se observa normalmente las huellas de las piezas dentarias.

Las partes laterales del vestíbulo son sitios de predilección del noma y de estomatitis úlcero-membranosa; la mucosa posterior de los labios es sitio frecuente de aftas. Se nota el estado de las encías, y a los dientes se les estudia el número, implantación tamaño superficie y bordes.

Es conveniente hacer presión sobre la encía, de la raíz del diente hacia el borde libre, con objeto de hacer salir los exudados patológicos peridentarios, esta maniobra puede hacerse directamente o a través de los labios.

En el paladar se estudia su asimetría y profundidad.

Se ordena al enfermo que saque la lengua y se le estudia; superficie, humedad, simetría, y así puede ejecutar todos sus movi-

mientos. En la parálisis lingual unilateral, la lengua se desvía para el lado enfermo para ser proyectada hacia adelante.

Para inspeccionar al enfermo de la faringe se le ordena que abra la boca manteniendo la lengua detrás de los incisivos inferiores, para evitar el comprimir entre ellos y el abate lenguas y se recomienda al enfermo que respire profundamente por la boca para disminuir el reflejo nauseoso y se observan los pilares, la úvula, las amígdalas, su forma, tamaño y la superficie de la cavidad faríngea que puede alcanzarse.

Sin discusión, la cavidad oral es una de las estructuras corporales más accesibles a la exploración física; ésta se lleva a efecto por inspección palpación.

El equipo se requiere para una exploración adecuada de la cavidad oral, es mínimo; basta contar con una fuente luminosa adecuada, abatelenguas; dediles u guantes limpios no necesariamente estériles o mejor aún guantes desechables, gasas, aplicadores de algodón, laminillas portaobjetos, espejos dentales, lámpara de alcohol, anestésico tópico (nebulizador de xilo caína).

Para la exploración clínica de la boca sea completa, deben seguirse los siguientes pasos:

Observar a la inspección los rasgos generales de la cara pero sobre todo su simetría, la cual se hace más evidente en la configuración de los labios; algunos problemas patológicos de otros órganos repercuten en la coloración

ción de la mucosa de los labios, por eso es conveniente darse cuenta de ella el bermellón, cuando es violáceo (cianosis), expresa dificultad en la oxigenación sanguínea, consecutiva a enfermedades del tracto respiratorio del aparato cardiovascular.

Con la boca abierta rechazando la comisura labial hacia afuera, se aprecia la mucosa del carrillo; si se observa con cuidado, a veces se notará la salida de saliva a través del orificio del conducto Stenon. Aquí como en cualquier superficie mucosa, se debe de apreciar la humedad, vascularización, cambios de color anormal y ulceraciones. Con este mismo campo visual se aprecian las piezas dentales, cuyas características normales o patológicas, el cirujano odontólogo puede determinar con mayor precisión que el resto de los médicos.

La movilidad de la lengua puede orientarse hacia la presencia de lesiones malignas y localizadas en su base, limitado entonces la protrusión. Para investigar el movimiento de la lengua, se pide al enfermo que la exteriorice y que lleve la punta de la misma hacia la derecha, e izquierda, y hacia arriba tocando el paladar, con lo que tendremos a la vista el piso de la boca, que habitualmente pasa desapercibido, si no se tiene costumbre de explorarlo.

Con la lengua en posición de reposo, dirigiendo la luz hacia la parte superior de la cavidad, podremos explorar el paladar duro y el paladar blando; las lesiones tumorales más frecuentes de este órgano son: los torus palatinos y los tumores de glándulas saliva-

les accesorias. En el paladar blando notaremos la centricidad de la úvula y en la parte posterior la mucosa de la orofaringe; a ambos lados de ésta se encuentran las amígdalas limitadas por los pilares anteriores y posteriores.

Ahora con el auxilio de un espejo dental será conveniente observar las estructuras de la nasofaringe, para lo cual deprimimos la lengua con un abatelenguas y colocamos el espejo en la orofaringe, dirigiendo su cara reflejante hacia arriba, hacia la nasofaringe, pudiendo ver las cosnas y el tabique nasal; si tomamos con una gasa el tercio anterior de la lengua y la traccionamos, mientras el espejo se dirige con su cara reflejante hacia abajo, podremos observar la superficie de la base de la lengua, las estructuras de la hipofaringe y las estructuras laríngeas.

Frecuentemente estas maniobras deben efectuarse con anestesia tóptica, para evitar molestias innecesarias al enfermo.

Se completa la exploración por medio de la palpación.

C A P I T U L O I I I
D I A G N O S T I C O

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE LAS NEOPLASIAS (B I O P S I A)

La palabra BIOPSIA se deriva del griego BIOS-VIDA y OPIS-VISION.

Por Biopsia se entiende al procedimiento que designa la extracción en un ser vivo, de una porción de tejido u órgano con el propósito de investigar generalmente mediante examen microscópico, la naturaleza de la lesión.

El acto quirúrgico para la obtención de una biopsia es desde una cirugía menor, hasta una intervención de cirugía mayor "biopsia a cielo abierto". En ambos casos y debido a que de un adecuado espécimen dependerá el diagnóstico histológico y la terapéutica a seguir, el método debe ser efectuado por Médicos experimentados.

Se puede resumir en seis etapas la participación del Médico en el procedimiento de la biopsia:

- 1) Indicación de la biopsia.
- 2) Elección del tipo de biopsia indicada según el padecimiento.
- 3) Obtención de material adecuado
- 4) Información clínica completa.
- 5) Identificación del material.
- 6) Fijación.

1.- La indicación exacta de la biopsia es fundamental un diagnóstico para normar el tratamiento a seguir; existen otras indicaciones como son: seguir la evolución del padecimiento, respuesta a la terapéutica, conocer el

estado funcional de un tejido u órgano, etc.

2.- Los tipos de biopsia son los siguientes:

- a) Incisional
- b) Excisional
- c) En Sacabocado
- d) Punch
- e) Curetaje (raspado)
- f) Punción
- g) Trepanación
- h) Irrigación
- i) Presión
- j) Espontánea
- k) Transoperatoria.

Cada uno de estos tipos de biopsia -- tiene sus indicaciones. Se puede usar un -- solo método o la combinación de varios de -- acuerdo al tipo de tumor, a su localización y a la presencia de metástasis regionales o dis tan tes.

Biopsia Incisional.- Implica la remo-- ción de una porción de la lesión. Es el méto-- do de elección para el diagnóstico de las ne o plasias grandes, fijas y/o ulceradas.

El espécimen debe incluir tejido ne o plásico representativo con un borde de tejido normal. Es aconsejable obtenerla haciendo -- un corte orientado hacia el centro del tumor, que abarque suficiente tejido representativo y que termine con un borde de tejido normal.

Teniendo cuidado de individualizar -- cada caso, está indicado en las siguientes le

siones:

a).- Tumores ulcerados de piel como son carcinoma, basocelular y epidermoide, melanoma ulcerado, etc.

b).- Tumores de partes blandas grandes y/o ulceradas, piso de boca, carrillos.

c).- Tumores ulcerados de mucosas; carcinoma de cavidad oral, carrillo, encías, lengua, piso de boca, etc.

La biopsia incisional puede ser obtenida con diferentes instrumentos como pueden ser los comunes en cirugía menor o con instrumentos especializados como: la pinza de Novack.

Biopsia Excisional.- La biopsia excisional puede ser: diagnóstica y diagnóstico terapéutica. Implica la remoción total de la lesión, mediante una excisión tridimensional, tanto en profundidad como hacia los lados.

Es el método de elección para tumores de tamaño pequeño. Está indicada en: lesiones benignas y malignas pequeñas, en lesiones pigmentadas sospechosas de melanoma maligno que no es ten ulceradas.

El melanoma permite definir el tipo del mismo, la extensión en profundidad, criterio fundamental para determinar el procedimiento del tratamiento a seguir; una excisión más amplia, la necesidad o no de disección electiva linfática.

Biopsia en Sacabocado.- Es un procedi-

miento muy útil con el instrumental adecuado y en manos expertas, mediante el cual se obtiene un buen fragmento del tumor.

Pueden también obtenerse muestras del sitio planeado, dirigiendo el instrumento ya sea hacia el centro o hacia los bordes o al sitio elegido del tumor, (éstas deben ser cuidadosamente marcadas).

El método de abordaje de la lesión dependerá de su localización, usualmente es mediante un instrumento en cuya punta tiene un mecanismo para efectuar el corte en sacabocado. En otros casos el instrumento es un trocar en el cual se introduce el instrumento antes mencionado para el corte en sacabocado.

Las lesiones pueden ser abordadas por endoscopia con diferentes tipos de instrumentos para obtener biopsias de: laringe, esófago, traquea, bronquios, estómago, intestino delgado, sigmoides, vejiga, etc.

Está indicada también en tumores óseos, en tumores de tejidos blandos no accesibles a la biopsia incisional. En ambos casos si el fragmento no permite un diagnóstico histológico preciso, se debe recurrir a la "biopsia a cielo abierto".

Otras de sus indicaciones son en neoplasias diseminadas para comprobar metástasis, en neoplasias en las que no se planea tratamiento quirúrgico.

Biopsia por Punch. - Es una variante de

la biopsia por Punción para lesiones superficiales. Se obtiene un cilindro usualmente de la parte central de la lesión. Las limitaciones tanto de la biopsia en sacabocado como por Punch son: el espécimen comunmente es pequeño, generalmente no lleva área representativa entre tejido sano y lesión.

Biopsia por Punción. - Es un método poco útil en padecimientos neoplásicos, debido a que el material obtenido es tan pequeño que excepcionalmente es representativo para una completa clasificación y evaluación histológica del padecimiento.

Una de las indicaciones sería la de corroborar diseminación cuando ya se tenga diagnóstico histológico.

Biopsia por Curetaje. - (Raspado), Tejido obtenido de una cavidad con instrumentos como cucharillas o legras.

Indicadas en lesiones de: senos paranasales, cavidad uterina, etc.

Biopsia por Trepanación. - Procedimiento empleado generalmente en tumores del Sistema Nervioso Central, puede ser diagnóstico y/o diagnóstico-terapéutica.

Biopsia por Irrigación. - Método empleado en cavidades orgánicas. Se introduce una solución, la cual es aspirada. Esta es centrifugada para obtener del material sedimentado Frotis.

Biopsia por Presión o Masaje. - Generalmente se obtiene de la presión de una lesión; -

ejemplo, Secreción a través del pezón.

Del sedimento, y del material obtenido por presión; es conveniente además de obtener frotis e improntas, fijar el sobrante en formol al 10% para bloque celular.

Biopsia Inesperada.- Fragmentos o moldes expulsados por el paciente, generalmente procedentes de cavidades orgánicas por ejemplo: árbol respiratorio, cavidad uterina, etc.

Biopsia Transoperatoria.- Es la obtención de una muestra para la elaboración del diagnóstico histológico durante el acto quirúrgico. (Se logra mediante congelación del espécimen a bajas temperaturas, ya congelado se obtienen cortes que son teñidos inmediatamente. Debe ser interpretada por un Patólogo debidamente entrenado).

Tiene dos indicaciones:

a).- Diagnóstico Histológico durante el acto operatorio.- El resultado normará el procedimiento quirúrgico a seguir; ejemplos, un ganglio linfático en el que se estudie la presencia o no de metástasis, el resultado indicará una cirugía tal como: disección radical de cuello, excenteración pélvica, etc. Un diagnóstico positivo de malignidad en un tumor mamario indicará cirugía radical, etc. No debe efectuarse solamente por curiosidad del cirujano.

b).- El Estudio de los Márgenes Quirúrgicos.- Tanto bordes como lecho, el resultado

positivo o negativo, significará la ampliación o la terminación del acto quirúrgico.

3.- Por material adecuado se entiende, - tejido en buenas condiciones sin traumatizar, - representativo y suficiente.

Para lograr un buen espécimen, la biopsia debe ser manejada gentilmente, tanto, durante - la cirugía como después de ella: no debe ser -- traumatizado, no debe ser abandonado porque se desecada, se debe proceder a su fijación lo más rápido posible: por ejemplo, si se trata de un ganglio linfático, debe obtenerse completo, sin traumatizarlo, pinzando solo los tejidos que le rodean.

Si se trata de una lesión ulcerada, debe evitarse tocar el área necrótica.

4.- La información clínica completa debe ser proporcionada sistemáticamente: debe incluir nombre, sexo, edad del paciente, diagnóstico -- clínico presuntivo, datos breves y concisos de la evolución del padecimiento e información específica según el motivo de la indicación de la biopsia si es un espécimen ginecológico, el dato de la fecha de la última es de absoluta importancia; si es una lesión de hueso se incluirán además las radiografías para una correlación clinicopatológica y radiológica.

5.- Identificación: El material de biopsia debe ser etiquetado inmediatamente después de obtenido, para evitar confusión y para evitar pérdida del mismo.

6.- Fijación: En centros hospitalarios el material se envía inmediatamente al Patólogo. Fuera del medio hospitalario; la fijación es responsabilidad y esta debe ser inmediata.

Usualmente es recomendable el formol al 10% (el cual se puede preparar con formaldehído al 40%, del obtenido en el mercado; se diluye una parte de formaldehído y nueve de agua).

El fijador debe ser suficiente, 1 a 20 en relación con el volumen de la pieza. Si el espécimen es pequeño bastará con introducirlo al fijador. Si el espécimen es de volumen mediano o grande será necesario efectuar algunos cortes; sin destruirlo ni alterar su forma anatómica, con el objeto de que el fijador penetre hacia el interior de los tejidos.

Si se siguen metódicamente todos estos pasos seguramente se evitarán los errores -- como son:

Muestra insuficiente
 Muestra inapropiada (obtención de tej. necrótico)
 Tejido no representativo
 Material mal fijado
 Confusión de identidad
 Pérdida de material

El procedimiento de biopsia debe ser efectuado por manos expertas, bien manejado se pueden evitar al máximo las complicaciones, entre las cuales cabe mencionar:

Hemorragia
Infección
Mala cicatrización
Diseminación de células tumorales
Daño a órganos adyacentes

Si el médico sigue concienzudamente todos los pasos anteriores y se cuenta con un Patólogo experto; el diagnóstico histológico, debe ser preciso en un 99% de los casos.

TIPOS HISTOLOGICOS DE TUMORES ORALES Y OROFARINGEOS.

La siguiente clasificación de tumores orales es la recopilación de varios investigadores especializados en Patología Bucal, la cual ha tomado a bien, llamar a un determinado tumor por un nombre específico para su mejor estudio, es decir, tomando para ello las características histopatológicas y el tejido en que se localizan, derivándose así en el desarrollo y evolución de cada uno. La OMS para evitar precisamente que los investigadores llamaran de distinto nombre a un mismo tumor, clasificó de esta forma a los tumores bucales:

TIPOS HISTOLOGICOS DE TUMORES ORALES Y OROFARINGEOS.

I. TUMORES DEL EPITELIO ESCAMOSO

I.1 Benignos

- a) Papiloma Escamoso

I.11. Malignos

- a) Carcinoma Intraepitelial (Carcinoma *in situ*)
- b) Carcinoma Espinocelular
- c) Variedades de Carcinoma Espinocelular
 - Carcinoma Verrucoso
 - Carcinoma Fusocelular
 - Linfoepitelioma

II. TUMORES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

II.1 Benignos

- a) Fibroma
- b) Lipoma
- c) Leiomioma
- d) Rabdomioma
- e) Condroma
- f) Osteocondroma
- g) Hemangioma
 - Capilar
 - Cavernoso
- h) Hemangioendotelioma benigno
- i) Hemangiopericitoma benigno
- j) Linfangioma
 - Capilar
 - Cavernoso
 - Quístico
- k) Neurofibroma
- l) Neurilemoma (Shwannoma)

II.11 Malignos

- a) Fibrosarcoma
- b) Liposarcoma
- c) Leiomiosarcoma
- d) Rabdomiosarcoma
- e) Condrosarcoma
- f) Hemangioendotelioma maligno (Angio - carcinoma)
- g) Hemangiopericitoma Malignos
- h) Linfangioendotelioma maligno (Linfangiosarcoma)
- i) Neurilemoma maligno

III. TUMORES DEL SISTEMA MELANOGENO

II.1 Benignos

- a) Nevo Pigmentado
- b) Nevo no Pigmentado

III.11 Malignos

- a) Melanoma Maligno

IV. TUMORES DE HISTOGENESIS CONTROVERTIDA O INSEGURA

IV.1 Benignos

- a) Mixoma
- b) Tumor de células granulosas (mioblastomas)
- c) Mioblastoma Congénito

IV.11 Malignos

- a) Tumor maligno de células granulosas (mioblastoma no organoide) maligno de células granulosas).

- b) Sarcoma Alveolar de las partes Blandas
(Mieloblastoma organoide maligno de células granulosas)
- c) Sarcoma de Kaposi

V. TUMORES NO CLASIFICADOS

VI. LESIONES SEUDOTUMORALES

- a) Verruca Vulgaris
- b) Hiperplasia Papilífera
- c) Lesión Linfoepitelial Benigna
- d) Mucocele
- e) Proliferación Fibrosa
- f) Fibromatosis Congénita
- g) Xantogranuloma
- h) Granuloma Piogénico
- i) Granuloma Periférico de Células gigantes
(Épulis de células gigantes)
- j) Neuroma traumático
- k) Neurofibromatosis.

C A P I T U L O I V
L E S I O N E S P R E M A L I G N A S

LESIONES PREMALIGNAS.

La cavidad oral, es uno de los sitios predilectos para el desarrollo de numerosas enfermedades originadas por diferentes causas, algunas de estas enfermedades, ya sean congénitas o adquiridas cuando no son tratadas a tiempo -- pueden degenerar en otras de gran malignidad, -- tal es el caso de las lesiones que trataremos -- en este tema.

Las Lesiones Premalignas como su nombre lo indica son lesiones que van a preceder a -- otras de mayor importancia tanto clínica, como histológica y funcionalmente para el Cirujano -- Dentista.

Es sumamente importante que el médico -- tenga la aptitud y conocimientos necesarios -- para saber diferenciar una lesión de otra y elaborar un diagnóstico correcto sin temor a equivocarse, ya que las consecuencias que puede -- traer al hacer un diagnóstico falso, es inclusive, la vida del paciente.

Como mencionábamos anteriormente, el Cirujano Dentista debe estar enterado de toda la cantidad de enfermedades bucales, e inclusive -- de las no bucales pero que presentan signos y -- síntomas en la boca. Principalmente estar enterado de todos los trastornos que traen los tumores cancerosos, no solo en la boca, sino también, cuando se ha dejado avanzar y han ocasionado metastasis hacia algún órgano importante.

Es muy común, que un Dentista que se dedica a la práctica general, es decir, que no -- tiene ninguna especialidad, evite tratar a un --

paciente con alguna lesión cancerosa o premaligna, y lo remita con el especialista en Patología Bucal, Parodontista o directamente al Cirujano Bucodentomaxilar. Esto se debe principalmente a la falta de conocimiento sobre este tipo de lesiones.

Tal puede llegar a ser su ignorancia, que, al colocar cualquier accesorio dental, como lo son las prótesis fijas o removibles, y estas no sean bien ajustadas, la irritación crónica que provocan, desencadene posteriormente una lesión premaligna al pasar por sus diferentes etapas, y, termine en cáncer. Este tipo de profesionistas se conforman generalmente con la estética y funcionalidad inmediatas, sin ver las consecuencias.

Con lo anterior quiero hacer notar que no se le ha dado el interés necesario al problema del cáncer, ya que si no se ha encontrado una resolución que termine con él, cuando menos debemos como Cirujanos Dentistas tratar al máximo de que no se presente, es decir evitarlo, poniendo de nuestra parte los conocimientos y voluntad para poder diferenciar estas lesiones.

Las lesiones que a continuación se describen son histológicamente bien diferenciadas, pero clínicamente suelen confundirse, por lo que deben tratarse desde sus inicios, naturalmente elaborando el diagnóstico correcto.

PROCESO INFLAMATORIO

Las lesiones inflamatorias crónicas, son producidas en la cavidad oral por accesorios -- dentales mal ajustados, rotos, dientes de punta aguda, y por una mala higiene dental. La eliminación del agente causal permite que el proceso patológico disminuya. Microscópicamente se encuentra una combinación de epitelio hiperplásico, tejido fibroso y células inflamatorias en proporciones variadas. Las lesiones en que la proliferación fibrosa predomina, son algunas -- descritas como, fibromas de irritación, se observan a través del tejido fibroso, células gigantes multinucleadas y en forma de estrellas -- dispersas.

Bhaskar describió 341 casos de hiperplasia papilar inflamatoria de la mucosa oral asociada con el uso de accesorios dentales (protesis), el 82% de las lesiones se localizaron en el paladar. La localización del agrandamiento en el epitelio es frecuente encontrarlo con o -- sin ulceración, y no es raro encontrar pseudotumores grandes, formados por arriba del tejido -- fibroso y las células inflamatorias crónicas, -- entre las cuales puede haber prominencia de células plasmáticas.

La inflamación distorsiona las espigas -- epiteliales y puede producir áreas en las cuales las células escamosas son aisladas por el -- excesivo epitelio. Si el histopatólogo pone -- atención al hecho de que las células escamosas son bien diferenciadas, y estas células inflamatorias se presentan entre ellas, él puede diagnosticar la lesión correctamente.

La terapia con dilantin puede causar una tremenda hipertrofia de la mucosa, esta goma es

necesario removerla quirúrgicamente.

Un proceso reactivo de aspecto microscópico diferente del todo, es la fibrosis -- oral submucosa, se observa en habitantes de -- la India y Pakistan. Se pensaba que era el -- resultado de la hipersensibilidad al frío, se forma epitelio atrófico en exceso. Sugerían que tenía algún tipo de relación con el carci noma bucal, pero después se estableció que no había tal.

El término de Quiste mucoso o mucocel-- le, es aplicado a una lesión de la cavidad bu-- cal que se refiere a dos procesos diferentes. El primero y más común se refiere a la extra-- vasación del mucocel, y representa un foco -- de reacción de la mucosa para una glándula sa-- lival menor.

Muchas veces se observa en individuos jóvenes, clásicamente se localiza en el labio inferior, y el modelo microscópico es tejido -- de granulación alrededor de uno o más espa-- cios conteniendo mucina. El segundo tipo lla-- mado mucocel de retención, ocurre más fre-- cuentemente en pacientes de edad avanzada. En la boca se presenta en el piso de esta, carri-- llos, etc. Microscópicamente, es una mucosa -- saturada de quistes completamente ocupados -- por células cuboidales, cilíndricas y aplana-- das.

El mucocel de extravasación, ha sido microscópicamente distinguido como: mucinosis oral focal, lo simultáneo de mucinosis focal cutánea.

GRANULOMA PERIAPICAL DE CELULAS GIGANTES.- (Epulis) Se observa en pacientes de cualquier edad y principalmente en mujeres. El maxilar y la mandíbula son igualmente afectados, -- formada por una suave y firme masa que empuja a los dientes hacia un lado, también suele erosionar la mandíbula.

Microscópicamente muestra numerosos osteoclastos de células gigantes, un activo estroma vascular y al mismo tiempo pequeñas cantidades de hueso neoformado.

SIAMELOPLASIA NECROZANTE.- Ha sido recientemente descrita como una condición reactiva -- que va envolviendo las glándulas salivales menores. Ha llegado a confundirse con el carcinoma epidermoide o mucoepidermoide, pero de eso no hay nada cierto.

Esta enfermedad se presenta usualmente -- como una lesión ulcerada del paladar duro, caracterizado por la proliferación vascular, prominente infiltración inflamatoria y necrosis -- parcial de las glándulas salivales asociada con regeneración y metaplasia escamosa del conducto adyacente.

Casos similares han sido descritos en la cavidad nasal, encla, labios, hipofaringe, senos maxilares y glándulas salivales mayores. -- Los cambios morfológicos son un poco similares se observan en esta región, siguiendo la terapia radioactiva. La patogénesis es probablemente isquémica, y algunos casos que lo presentan se observan como una complicación de vasculitis y otros desordenes vasculares primarios. La configuración lobular que estas lesiones presentan es un importante signo diferencial con el carcinoma epi

dermoide.

INFLAMACION GRANULOMATOSA

TUBERCULOSIS. - Es una rara lesión de la cavidad bucal, se observa usualmente sobre la lengua como una úlcera dolorosa, pero también puede aparecer sobre la mucosa bucal.

Casi siempre esta asociada con una enfermedad pulmonar avanzada.

Las lesiones tuberculosas de la cavidad bucal incluyen: a) Lupis vulgar. b) Úlcera tuberculosa. c) Tuberculosis miliar diseminada y, d) Tuberculosis cutánea bucofacial.

Lupus Vulgar. - Empieza antes de la adolescencia y suele ser crónico, aparece más frecuentemente en la cara en forma de pequeños nódulos de color blanquisco, amarillento, a la presión, se observa un color característico de "jalea de manzana". Rara vez ataca la boca, y si lo hace es por continuidad desde los labios.

Cuando se presenta en el labio inferior, este se hincha y se fisura y se cubre con una costra, se forma tejido de granulación que se extiende hacia la boca. Cuando curan dejan cicatrices intensamente marcadas que deforman el tejido.

Microscópicamente, presenta tubérculos característicos de la enfermedad, son nidos de células epiteliales en la zona superior y media del corion, con células gigantes centrales rodeado por una zona de linfocitos.

El tratamiento es a base de estreptomicina y ácido paraaminosalicílico.

ULCERA TUBERCULOSA.- En la boca se observan dos clases de úlceras tuberculosas; la primaria y la secundaria. La lesión de tipo primario se localiza en labio y lengua y se presenta en pacientes no tuberculosos, como niños. Es -- parecida a la lesión primaria de la sífilis, es decir como un nódulo indurado bien definido seguida de ulceración. El diagnóstico se hace mediante la biopsia. Microscópicamente, se localiza un proceso granulomatoso, con bacilos tuberculosos.

El tipo secundario, es más frecuente en personas tuberculosas y se divide en nodular, -- ulcerativa y verrugosa. La nodular es más comun encontrarla en la punta de la lengua, es -- una evolución lenta, relativamente sin dolor y el nódulo se va agrandando sin sintomatología -- de ulceración.

El tipo ulcerativo se asemeja al goma sílítico especialmente cuando se localiza en la lengua, esta lesión es rara.

La lesión verrugosa es la más rara de -- este grupo, se localiza en el dorso de la lengua, papilas calciformes o labios. Suele con-- fundirse con el carcinoma epidermoide verrugo-- so.

TUBERCULOSIS MILIAR DISEMINADA.- Apare-- cen en el estadio terminal de la enfermedad. -- las lesiones tienden a romperse y se ulceran, -- estas úlceras son planas y dolorosas en cual-- quier parte de la mucosa bucal.

TUBERCULOSIS CUTANEA BUCOFACIAL. - Aparece por lo general en un proceso secundario al de la tuberculosis pulmonar de muchos años de duración. La afección comienza por un tejido de granulación localizado con ulceración, se complica por infección secundaria de microorganismos piógenos. El proceso es lento -- pero progresivo y abarca, labios, lengua, encía y mucosa de labios y carrillos.

Por lo general es doloroso, se presenta como una masa irregular de tejido de granulación bañado en un exudado mucopurulento.

SIFILIS. - Es una infección específica en el organismo producido por el **TREPONEMA -- PALLIDUM.**

En el Estadio Primario de la enfermedad, aparece el chancro y finaliza cuando desaparece. Este chancro es lo característico de la enfermedad, se forma en el lugar de inoculación de la espiroqueta después de 2 a 6 -- semanas. El 5 ó 10% de los chancros se encuentran en la periferia de los genitales, y alrededor del 70%, son lesiones localizadas -- en la boca, principalmente en labios.

Los chancros de labios e intrabucales, varían desde pequeñas lesiones levemente inducidas a ulceraciones profundas que no producen dolor. Hay agrandamiento de los nódulos -- linfáticos de la región cervical, si esta sobre la línea media o cerca de ella la adenopatía es bilateral. El tamaño del chancro es -- variable, puede ser desde una ulcera pequeña hasta un nódulo ulcerado bastante grande.

Cuando el chancro se localiza en el labio, está cubierto de una costra, pero, cuando es intrabucal presenta una superficie granulosa.

La lesión primaria generalmente no causa dolor, pero cuando se asocia con infecciones secundarias es muy sensible y dolorosa. Cuando aparece el chancro en la lengua, lo hace generalmente en la punta y es muy indurado. El de encía es relativamente raro, aparece como una úlcera indurada cubierta de una pseudomembrana y deja al descubierto las raíces dentarias si la lesión comienza en el margen gingival.

Puede llegar a confundirse con el carcinoma epidermoide, solo que este no presenta agrandamiento de los nódulos linfáticos en el estadio primario.

El Estadio Secundario, se caracteriza por los parches mucosos que aparecen en la cavidad bucal. Esta es la lesión más contagiosa de la sífilis, su superficie está cubierta de abundantes espiroquetas.

El Cirujano Dentista debe tener muchísimo cuidado, ya que puede contagiarse con los parches mucosos no tratados. Los parches mucosos son levemente elevados, bien demarcados, de color blanco grisáceos, con una superficie lisa brillante, rodeada de un halo eritematoso.

Al principio de la etapa secundaria existe un tipo macular de sífilide, que representa como una erupción generalizada de la piel. La lengua ofrece un cuadro clásico, son placas rojizas, redondas, múltiples, simétricas y no in-

duradas. Cuando se desprenden las papilas filiformes, se forma la denudación lenta de la cubierta normal de la lengua. Al principio - las lesiones son blandas y no erosionadas y - adquieren un color grisáceo o desaparecen y - se transforman en parches mucosos verdaderos.

La sífilide papular se localiza en el dorso de la lengua o en las comisuras externas del orificio labial.

El estadio terciario de la sífilis incluye, además de las lesiones bucales, otras viscerales y cutáneas. Las dos lesiones que se localizan en la boca son: el gomatoso y el intersticial. Las dos son alteraciones secundarias, que se presentan como perforaciones - en el paladar duro y blando y glositis intersticial respectivamente.

La reacción gomatosa, se caracteriza - por la proliferación de tejido epiteloide en el cual no hay espiroquetas. Evoluciona con - lentitud, como un nódulo relativamente indoloro que adquiere volúmenes grandes. Tiende a - ulcerarse y produce una secreción sanguinolenta y espesa. La curación de este deja - una cicatriz, que hace aparecer a la lengua - lobulada, también se localiza en el paladar - duro y blando.

La reacción intersticial, es más común en la lengua y es afectada por un proceso esclerosante, con aparición de glositis atrófica de la sífilis terciaria conocida como lengua pelada. La lengua se torna lisa, rojiza y brillante en su totalidad o puede presentar zonas normales, La lengua se arruga por la - -

sustitución de musculatura por tejido conectivo.

Más tarde, debido al proceso de esclerosis intersticial, junto con la disminución consecuyente de vascularización las papilas se atrofian y generan áreas lisas peladas sobre la superficie. La leucoplasia se presenta como una característica secundaria común, como consecuencia de la irritación de los productos de combustión y el calor de fumar. Esta leucoplasia puede sufrir evolución hacia la malignidad, causando carcinoma de lengua en pacientes con glositis sífilítica.

Sífilis Congénita.- Se producen pápulas agudas con fisuras en las comisuras labiales externas, la curación de éstas da lugar a cicatrices. El incisivo de Hutchinson, la queratitis intersticial y la sordera, componen la triada de Hutchinson de sífilis congénita. Esto no siempre aparece junto, pero siempre hay una de las características o más.

SARCOIDOSIS.- Afecta a la mucosa bucal, lengua, paladar duro y glándulas salivales mayores. Una biopsia aventurada del labio inferior, fue usado afortunadamente al confirmar un diagnóstico de sarcoidosis. En una serie de 75 pacientes consecutivos, se estableció el 58% de sarcoidosis por este procedimiento.

LEUCOPLAQUIA.- Es un término clínico. Ha sido definido por Pindborg, como una mancha o placa blanca de no menos de 5 mm. de diámetro, no puede ser removida con frotación y tampoco puede ser clasificada como ninguna otra enfermedad diagnosticable. King, propone que es más apropiado el diagnóstico de esta lesión micros-

cópicamente como una atrofia epitelial o hiperplásica, graduando la atipicalidad como, suavidad, moderación o severa.

La localización más común de la leucoplaquia es en el carrillo bucal. Waldron y -- Shaffer, establecen que la mayor incidencia de alteraciones epiteliales, desde lo que es la displasia hasta el carcinoma in situ, se observa en la leucoplaquia del piso de la boca, particularmente en hombres.

Es muy frecuente la relación con el -- carcinoma epidermoide de la cavidad oral. -- Pindborg, establece dos tipos de leucoplaquia, una mancha homogénea y otra moteada. El 60% de los casos que él revisó tenían infección secundaria por candida albicans, en el tipo de la moteada. En casos de leucoplaquia con cambios epiteliales atípicos, son morfológicamente similares a la queratosis actínica de la piel.

La leucoplaquia de encía, presenta espesamiento con hiperqueratosis, acantosis y cierto grado de disqueratosis es causada por irritación crónica, y tiene una capacidad muy especial de transformación maligna.

DISQUERATOMA VERRUGOSO. - Es considerada una condición de la piel por alguna variante de la queratosis actínica de la cavidad -- oral. Pindborg, siguió 248 pacientes con leucoplaquia oral de uno a diez años, únicamente el 4.4% degeneraron en carcinoma epidermoide, la mayoría de estas leucoplaquias son del tipo moteado.

En las series Einhorn y Wersall, de 782 pacientes con una edad por arriba de los 11,7 años, la incidencia del carcinoma ha sido del 2.4% después de 10 años y 4% después de 20 años. Otras series han sido similares, tocando desde 1.4 a 6%, indicando que aunque esa leucoplaquia puede realmente progresar a carcinoma epidermoide, la frecuencia de esta transformación ha sido sobreestimado en el pasado.

LIQUEN PLANO. - Es una enfermedad inflamatoria, de la piel, se presenta clínicamente como papulas anguladas de color violáceo brillante, de etiología desconocida, pero, en gran parte de los casos intervienen factores psicosomáticos. Esta lesión también puede presentarse en la piel, esto quiere decir que no es específica de la boca. En la cavidad oral suele aparecer en la mucosa que esta en relación con el plano oclusal de dientes, lengua, superficie vestibular de la encía paladar duro y labio inferior.

Esta lesión es simétrica, y tienden a ser dentríticas y papulares. Las dentritas con elevaciones acordonadas en una línea de color blanco grisáceo como papulas pequeñas independientes, del tamaño de una cabeza de alfiler, erosionados en los lugares de traumatismo por fricción, de color rojo brillante y causan síntomas de dolor, y sensación de sequedad.

Las ampollas se rompen fácilmente y provocan lesiones erosionadas de color rojo, muy dolorosas y se irritan con facilidad al contacto con los alimentos.

Microscópicamente, se caracteriza por un gran epitelio densamente espeso, infiltración -

de leucocitos en el tejido conectivo subyacente en la porción basal del epitelio. Este presenta hiperqueratosis y acantosis, degeneración hidrópica, edema intracelular y extracelular e infiltración leucocitaria. La invasión de líquido y células inflamatorias ocasiona la degeneración epitelial y la obliteración parcial en donde se demarca claramente los límites del epitelio y el conectivo.

Tiene tres etapas de degeneración; en la primera se denota la degeneración del citoplasma de células epiteliales. Los espacios intracelulares están agrandados y hay infiltración linfocitaria. En el segundo hay pérdida de fibras colágenas de la lámina propia superficial. En el estadio final existe degeneración y necrosis de las capas basal y espinosa inferior del epitelio con excepción de los desmosomas. La lámina propia superficial también se degenera y necrosa y ya no se observa la línea fundamental. Con frecuencia se observa la invasión bacteriana del tejido necrosado.

El tratamiento es de quimioterápicos basados en tranquilizantes, vitaminas y antibióticos y corticosteroides tópicos para el dolor local.

PENFIGO. - Es una enfermedad aguda de la piel que presenta lesiones bucales. La más común es el pénfigo vulgar. La duración de la enfermedad es variable, en personas de edad avanzada se vuelve crónica.

Se caracteriza por brotes sucesivos de ampollas que tienden a curar en los estadios primarios de la enfermedad y dejan áreas pig-

mentadas. Su etiología es desconocida, pero se presume que la autoinmunidad sea uno de los factores. Los anticuerpos, en el pénfigo, actúan como autoanticuerpos que también han sido comprobados antes de la aparición de las lesiones características.

En la boca se presentan como lesiones -- bulosas en la membrana de la mucosa, estas lesiones cuando son de paredes delgadas, se rompen y dan lugar a una área viva, que después se cubre de un exudado membranoso. Son del tamaño -- aproximadamente de una uña, están circunscritas, y son pocos. En el estadio primario, las lesiones son aisladas y curan entre los 10 días y las dos semanas. Si la enfermedad sigue avanzando las lesiones aisladas se van uniendo en -- ulceraciones más profundas muy dolorosas. Puede propagarse hasta la laringe, faringe y traquea, por lo que la masticación y deglución son difíciles.

Microscópicamente, presenta acantosis y vesículas intraepiteliales, en el epitelio hay grietas suprabasales la capa basal está unida -- al tejido conectivo inflamado, hay destrucción de materia cementante intercelular del epitelio.

El tratamiento, es a base de corticosteroides pero tiene efectos colaterales que pueden ser graves.

ERITEMA MULTIFORME. - Es una enfermedad -- eruptiva inflamatoria, más del 80% de los pacientes con esta enfermedad presentan lesiones bucales.

Clinicamente, se presentan como pápulas

de color rojo púrpura, la más afectada es la lengua, que presenta una afección severa con erosión de las ampollas seguido de ulceración. Son muy dolorosas y entorpecen la masticación y la deglución.

Microscópicamente, tiene apariencia de una tumefacción licuefacta del epitelio superior con el desarrollo de vesículas intraepiteliales, existen cambios degenerativos en la membrana fundamental.

El tratamiento no es específico, la terapéutica esteroide suprime los síntomas mientras la enfermedad sigue su curso.

EPIDERMIOLOSIS BULOSA DISTROFICA. - Es una rara enfermedad hereditaria, presenta -- erupción en la mayor parte de la superficie -- de la mucosa bucal, la formación del esmalte es defectuosa. La cubre una capa muy delgada de epitelio, que al formarse hace una ulceración y deja, después una cicatriz, las lesiones bucales son graves y complicadas causando alteraciones periodontales, inflamatorias, en la lengua también se forman ampollas que impiden su movimiento, y bandas cicatrizales entorpecen la deglución a nivel de la bucofaringe.

Microscópicamente las ampollas se forman en la parte profunda de la epidermis o en la unión del tejido conectivo subyacente, hay ausencia de tejido elástico y en el conectivo hay una inflamación moderada. Están asocia--das con las secuelas de leucoplasia o carcinomas.

No tiene tratamiento específico.

VERRUGA VULGAR. - Es una pequeña lesión - de 1 ó 2 mm. de diámetro, se localiza en la lengua, fondo de saco o mucosa. De color blanco - grisácea y sangra al traumatizarsele.

Microscópicamente, presenta marcada acantosis e hiperqueratosis del epitelio. Se concreta al epitelio sin extenderse al tejido conectivo.

El tratamiento es a base de cauterización y aplicación tópica de antiséptico.

C A P I T U L O V

DESCRIPCION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES ORALES

DESCRIPCION HISTOLOGICA DE TUMORES ORALES

En este capítulo nos referiremos a la descripción histológica, de los tumores que consideramos más importantes, poniendo especial interés en el carcinoma que se presenta en distintas partes de los tejidos blandos de la cavidad oral.

I. TUMORES DEL EPITELIO ESCAMOSO

I. I BENIGNOS

a) PAPILOMA ESCAMOSO.- Es un tumor benigno, sobresale de la superficie epitelial, constituido por un epitelio proliferativo, asentado en una base o pedúnculo de estroma o en mamelones de tejido conjuntivo, es irrigado por pequeños vasos de pared muy fina. Este tumor puede ser pedunculado o sésil, es decir sin pedúnculo, presenta grados variables de proliferación y una profunda invaginación de las prolongaciones epiteliales interpapilares, la capa que lo recubre es sumamente queratinizada. En la base, el tumor se continua con tejido normal y en las capas basales del epitelio suelen observarse células en mitosis.

I. II. MALIGNOS

a) CARCINOMA INTRAEPITELIAL.- También llamado, Carcinoma in situ, se caracteriza por un marcado pleomorfismo celular y por la desaparición de la polaridad, también hay pérdida de la estratificación superficial. El epitelio presenta signos de malignización celular, la membrana basal está intacta, los núcleos son hiper cromáticos, no tienen una forma o un tamaño definido, la relación entre el núcleo y el -

citoplasma se distorsiona. La cromatina se encuentra en forma de gránulos finos o gruesos conglomerados irregularmente distribuidos. Los núcleos son grandes y a menudo múltiples, en todas las zonas del epitelio se observan mitosis, con frecuencia anormales, los tejidos subepiteliales suelen presentar signos de inflamación crónica y aumento de la vascularización.

b).- CARCINOMA ESPINOCELULAR.- Es un tumor que está constituido por infiltración subepitelial de células epiteliales malignas que forman islotes, columnas o hileras irregulares. Las células tumorales suelen ser semejantes a las de las distintas capas del epitelio escamoso estratificado, o a las de algunas de ellas.

c) VARIEDADES DEL CARCINOMA ESPINOCELULAR.- Carcinoma Verrucoso.- Tiene una evolución y aspecto característicos, presenta un grado bajo de malignidad, es muy exofítico, y más que invadir los tejidos subyacentes, los erosiona, inclusive el óseo. Desde el punto de vista histológico se caracteriza por la presencia de grandes imágenes foliáceas, muy queratinizadas, con prolongaciones epiteliales interpapilares bulbosas, algunas de las cuales presentan una degeneración central. Las mitosis son raras.

- Carcinoma Fusocelular.- Suele confundirse con un sarcoma o carcinosarcoma por la forma de huso de parte o de la totalidad de sus células, algunos tumores presentan focos de queratinización. Pese a la falta de diferenciación, las mitosis pueden ser raras y el tumor no siempre presenta un alto grado de ma

lignidad.

-Linfoepitelioma.- El empleo de este término solo está justificado por su amplia utilización, en realidad se trata de una denominación incorrecta, ya que es una variedad del espinocelular. La presencia de células mal delimitadas confiere al tumor un aspecto sincicial. Las células son de tamaño regular, dispuestas en masas bastante compactas, o en hileras unidas en forma laxa, también pueden aparecer aisladas. Los núcleos, son pálidos, redondos u ovoides, con nucleolos bien visibles. El tumor se origina en zonas ricas en tejido linfoide, como el tercio posterior de la lengua, y en general presenta un estroma linfoide.

II. TUMORES DEL EPITELIO GLANDULAR

III. TUMORES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Los tumores formados en los tejidos blandos de la cavidad oral no difieren en lo esencial de los que afectan a esos mismos tejidos en otras partes del organismo. Lo mismo ocurre en los tejidos hematopoyéticos y linfoides.

IV. TUMORES DEL SISTEMA MELANOGENO

V. TUMORES DE HISTOGENESIS CONTROVERTIDA O INSEGURA

V.1 BENIGNOS

b) TUMOR DE CELULAS GRANULOSAS.- El origen de este tumor, está todavía sometido a discusión, y el término "MIOBLASTOMA" se emplea --

solo por razones de comodidad. La neoformación aparece sobre todo en la lengua y está constituida por grandes células gigantes caracterizadas por un citoplasma eosinófilo con granulaciones muy netas. Raras veces se observan mitosis, el estroma es escaso, en gran parte acelular y relativamente. El epitelio que recubre el tumor tiene un aspecto pseudopiteliomatoso.

c) "MIOBLASTOMA" CONGENITO.- Este tumor se origina en la cresta alveolar, presenta a veces hileras o islotes del epitelio odontogénico. No hay hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

VI. TUMORES NO CLASIFICADOS

Figuran en este grupo todos los tumores primitivos de la región oral que no pueden incluirse en ninguno de los demás apartados.

VII. LESIONES PSEUDOTUMORALES

a) VERRUGA VULGARIS.- Es el equivalente en la cavidad oral de la lesión observada corrientemente en la piel. Desde el punto de vista histológico la verruca vulgaris es a menudo indistinguible del papiloma escamoso, salvo cuando puede comprobarse la presencia de corpúsculos de inclusión.

b) HIPERPLASIA PAPILIFERA.- Esta lesión, observada sobretodo en paladar constituido por proyecciones papilares pequeñas, blandas y sésiles, en general de color rojo brillante el epitelio plegado es grueso, pero

no queratinizado. Es corriente la infiltración subepitelial de células de inflamación crónica. No se puede excluir la posibilidad de que las lesiones de ese tipo se deben a una infección vírica.

c) LESION LINFOEPITELIAL BENIGNA.- Esta es una lesión del tejido salival caracterizada por atrofia del epitelio glandular, infiltración linfocítica y formación de conglomerados de células mioepiteliales.

d) MUCOCELE.- Es una inflamación circunscrita originada por la acumulación anormal de secreción mucosa, pueden aparecer en cualquier lugar de la cavidad oral, pero son más frecuentes en el labio inferior, aumentan de tamaño y se parecen también a los tumores por su tendencia a reaparecer después de una excisión incompleta. El revestimiento está formado por células conjuntivas muy juntas, esto sucede en un tipo de este tumor. En el otro tipo, la cavidad quística está tapizada por epitelio; es típica la presencia de conglomerados de tejido glandular muy cerca del espacio pseudoquístico, estos conglomerados suelen presentar alteraciones inflamatorias o degenerativas.

e) PROLIFERACION FIBROSA.- La mayoría de las lesiones fibrosas que se observan en la cavidad oral, son manifestaciones reactivas, provocadas por irritaciones o traumatismos repetidos. Los fibromas auténticos son raros, suelen ser pedunculados o sésiles, lisas o fisuradas y aparecen en cualquier parte de la boca. Presentan abundancia de fibras colágenas y son relativamente acelulares. La vascularización no constituye una característica distintiva, excepto en el caso de que se haya producido una ulcera-

ción o una inflamación manifiesta. El número de células disminuye progresivamente con la edad, fenómeno que coincide con la reducción de la vascularización inflamatoria. Son frecuentes la calcificación y la osificación. No son raras las recidivas tras la ablación quirúrgica.

f) FIBROMATOSIS CONGENITA.- Se trata de una proliferación mesenquimatosa sumamente rara y de predominio fibroblástico, que aparece simultáneamente en múltiples localizaciones antes del nacimiento o en el primer año de vida. En las manifestaciones bucales de esa anomalía congénita, la lesión está integrada por masas mal delimitadas de tejido conjuntivo fibroso maduro.

g) XANTOGRANULOMA.- Presenta un cuadro histológico muy diverso, constituida por una mezcla de células xantomatosas, elementos de inflamación aguda o crónica y cantidades variables de tejido conjuntivo fibroso, y se comporta como una lesión infiltrante pseudotumoral, en ciertos casos presentan células de Touton.

h) GRANULOMA PÍOGENO.- Las características histológicas no son específicas y la lesión no siempre se puede diferenciar microscópicamente del granuloma gravídico de las malformaciones vasculares o del hemangioma. Todas esas lesiones si se infectan, pueden presentar tejido de granulación inflamatorio, proliferación excesiva de elementos endoteliales y numerosos espacios vasculares.

i) GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES.- La lesión se distingue por la profu-

sión de células gigantes multinucleadas, algunas de las cuales contienen hasta cincuenta núcleos o más. El estroma está muy vascularizado y es rico en células cuyos núcleos únicos recuerdan a los de células gigantes, en general se observan gránulos de hemosiderina. La presencia de hileras dispersas de tejido conjuntivo fibroso le da a la lesión un aspecto nodular.

j). - NEUROMA TRAUMÁTICO. - Aparece por lo regular en la región del surco bucal, con una localización típica cerca del agujero mentoniano, consiste en un nódulo blando, bien delimitado que sobresale de la mucosa del surco bucal, se trata de una proliferación de fibras nerviosas dispuestas en remolino.

C A P I T U L O . VI

DESCRIPCION CLINICA DE LOS TUMORES ORALES.

CLASIFICACION Y DESCRIPCION CLINICA DE TUMORES ORALES.

Esta clasificación se utiliza para determinar el grado de avance o estadio de las neoplasias orales. Lo vamos a describir por partes para su mejor entendimiento, tomando en cuenta primeramente la definición T N M, y después aplicandolo a la cavidad oral.

La definición T N M, describe clínicamente a los tumores, se realiza de la siguiente manera: T se refiere al foco primario o tumor primitivo; N describe la adenopatía regional, es decir, a los órganos a los que se irradia la sintomatología del tumor primitivo, casi siempre es en ganglios; M se refiere a la metástasis a distancia.

Una vez descrito lo anterior, lo aplicaremos a la boca después de haber realizado una comprobación histológica de la enfermedad, la extensión de la enfermedad se puede determinar basándose en el examen clínico, la endoscopia y la radiografía. Debemos hacer hincapie en que esta clasificación se aplica solamente al carcinoma.

La cavidad bucal se divide en seis regiones principales a estudiar, de las cuales se subdividen en varias zonas.

- | | |
|------------------|--|
| 1.- LABIOS | - Labio Superior |
| 2.- MUCOSA BUCAL | - Labio Inferior |
| | - Zona Comisural Hasta 1 cm ² |

- Zona Posterior a la Comisura
 - Espacio retromolar
 - Surcos gingivales Anteriores y laterales.
- 3.- ENCIA
- Apofisis alveolar superior
 - Apofisis alveolar inferior
- 4.- PALADAR DURO
- Paladar Duro
- 5.- PISO DE LA BOCA
- Anterior
 - Lateral
 - Unión entre Molares y Premolares
- 6.- LENGUA
- Superficie dorsal y bordes laterales anteriores al pliegue glosopalatino de la línea de las papilas linguales (dos tercios ant.)

T TUMOR PRIMARIO

a) LABIO

- TIS Carcinoma preinvasivo, llamado carcinoma in situ.
- T0 No hay pruebas de tumor primario
- T1 Tumor que mide 2 cm. o menos en su dimensión mayor, superficial y exofítico
- T2 Tumor que mide 2 cm. o menos en su dimensión mayor, con mínima infiltración en profundidad.

- T3 Tumor que mide más de 2 cm. en su dimensión mayor, o tumor con infiltración profunda, sin tener en cuenta su tamaño.
- T4 Tumor que afecta al hueso.

b) MUCOSA BUCAL

- TIS Carcinoma preinvasivo, llamado in situ.
- T0 No hay pruebas de tumor primario.
- T1 Tumor que mide 2 cm. o menos en su dimensión mayor, estrictamente superficial o exofítico.
- T2 Tumor que mide 2 cm. o menos en su dimensión mayor, con mínima infiltración en profundidad.
- T3 Tumor que mide más de 2 cm. en su dimensión mayor, o tumor con infiltración profunda, sin tener en cuenta su tamaño.
- T4 Tumor que afecta otras estructuras anatómicas tales como el músculo o el hueso, o que se extiende a más de una región vecina.

c) ENCIAS

- TIS Carcinoma preinvasivo, también llamado - carcinoma in situ.
- T0 No hay pruebas de tumor primario.
- T1 Tumor que mide 2 cm o menos en su dimensión mayor estrictamente superficial o exofítico.

- T2 Tumor que mide 2 cm. o menos en su dimensión mayor, con infiltración que alcanza al hueso, pero sin pruebas radiológicas de destrucción del hueso.
- T3 Tumor que mide más de 2 cm. en su dimensión mayor, tumor que causa destrucción del hueso del proceso alveolar.
- T4 Tumor que afecta a otras estructuras anatómicas, tales como el cuerpo de la mandíbula o maxilar, los músculos de la mejilla o el piso de la boca, o los tejidos blandos del cuello, o que se extiende a más de una región vecina.

d) PALADAR DURO

- TIS Tumor preinvasivo, llamado carcinoma in situ.
- T0 No hay pruebas de tumor primario.
- T1 Tumor que mide 2 cm. o menos en su dimensión mayor, estrictamente superficial o exofítico.
- T2 Tumor que mide 2 cm. o menos en su dimensión mayor, con infiltración que llega al hueso, pero sin pruebas radiológicas de destrucción ósea.
- T3 Tumor que mide más de 2 cm. en su dimensión mayor, o tumor que al margen de su tamaño, causa destrucción del hueso del paladar.
- T4 Tumor que afecta a otras estructuras anatómicas, tales como el maxilar, la fosa pterigoidea, o que se extiende a más de una región vecina.

e) PISO DE LA BOCA

- TIS Carcinoma preinvasivo, llamado carcinoma in situ.
- T0 No hay pruebas de tumor primario.
- T1 Tumor que mide 2 cm. o menos en su dimensión mayor, estrictamente superficial o exofítico.
- T2 Tumor que mide 2 cm. o menos en su dimensión mayor, con mínima infiltración en profundidad.
- T3 Tumor que mide más de 2 cm. en su dimensión mayor, o tumor con infiltración profunda, sin tener en cuenta su tamaño.
- T4 Tumor que afecta a otras estructuras anatómicas, tales como, el hueso, los músculos del piso de la boca o los tejidos blandos del cuello, o que se extiende a más de una región vecina.

f) LENGUA

- TIS Carcinoma preinvasivo, llamado carcinoma in situ.
- T0 No hay prueba de tumor primario.
- T1 Tumor que mide 2 cm. o menos en su dimensión mayor, estrictamente superficial o exofítico.
- T2 Tumor que mide 2 cm. o menos en su dimensión mayor, con mínima infiltración en profundidad.

- T3 Tumor que mide más de 2 cm. en su dimensión mayor, o tumor con infiltración profunda, al margen de su tamaño.
- T4 Tumor que produce una fijación completa de la lengua o que se extiende a más de una región vecina.

N. GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES

El clínico puede anotar si considera que los ganglios palpables son o no metastásicos.

- N0 No hay ganglios palpables
- N1 Ganglios homolaterales móviles.
- N1a Ganglios que se consideran no metastásicos.
- N1b Ganglios que se consideran metastásicos.
- N2 Ganglios móviles contralaterales o bilaterales
- N2a Ganglios que se consideran no metastásicos
- N2b Ganglios que se consideran metastásicos.
- N3 Ganglios fijos.

M. METASTASIS A DISTANCIA

- M0 No hay prueba de metástasis a distancia
- M1 Metástasis a distancia

Los dos factores anteriores se aplican a todas las zonas de la cavidad bucal.

C A P I T U L O V I I
TRATAMIENTO.

T R A T A M I E N T O

RADIOTERAPIA

Los principios de la radioterapia no difieren en mucho de otras especialidades médicas, al comienzo no se disponía con métodos adecuados para reconocer la sensibilidad de los tejidos, y, aunque se tuviera conocimiento de esto, no se sabía que tiempo y a que dosis se tendría que aplicar el tratamiento. La utilización desmedida y la ignorancia, ocasionaron muchos errores, de los cuales algunos fueron irreversibles, causando recidivas en los casos en que se aplicaba poca radiación o provocando necrosis por irradiación excesiva. Cuando se ha cometido un error, no es posible detectarlo con una valoración precoz de la irradiación, con lo que estos errores no se reconocen a veces, hasta en años.

Los pacientes tratados con irradiación deben observarse durante un largo período, aunque ya, en sí el tratamiento es muy largo, debido a este proceso tan lento, debe verse al paciente como una posibilidad de investigación y progreso para casos subsecuentes, pero desgraciadamente hay muy pocos centros que cuentan con los medios para este tipo de cuidados.

RADIOTERAPIA CLINICA. - La administración de irradiaciones ionizantes a los enfermos, es solo parte de la terapia. Para la mejor realización del tratamiento, debe tenerse la base de la valoración individual, tanto del paciente como de la neoplasia. Los cuidados que deben tenerse antes, durante y después del tratamiento, además de los conocimientos sobre radiobiología, radiofisiología y las características de

los rayos a emplear, para saber su comportamiento con respecto a las células neoplásicas.

Una vez que se conocen las características de crecimiento del tumor, y se valora la tolerancia a la irradiación de los tejidos normales circundantes, las técnicas para irradiar la superficie de más interés es relativamente sencilla, por esta razón puede ser que la dosis sea lo más importante en el tratamiento.

CONCEPTOS GENERALES EN RADIOTERAPIA. —

Lo ideal en el tratamiento del cáncer, es estar completamente seguro del diagnóstico y comprobarlo por todos los medios posibles, ya que de lo contrario podría retrasar todo el tratamiento adecuado, perjudicar una irradiación correcta, o tratar al enfermo a medias. — Cuando no es posible comprobar el diagnóstico, se debe proceder según el más probable, si se decide que esta indicada la irradiación debe aplicarse la dosis como si el diagnóstico sospechado fuera cierto.

Muchos pacientes se remiten al radioterapeuta después de una cirugía mal aconsejada argumentando una pequeña dosis de radiación para terminar con el plan de tratamiento, la irradiación aplicada después de una cirugía inadecuada puede resultar, pero también puede no ser efectiva. Un tratamiento quirúrgico a medias, con una radioterapia a medias, nunca harán un tratamiento con éxito.

Además de su acción curativa, la radioterapia es uno de los más valiosos remedios paliativos, en muchos tumores que se han cata

logado como de incurables por cualquier método, se ha logrado su regresión mediante irradiación, con ella se ayuda a la curación de úlceras cutáneas o mucosas infiltradas o sangrantes, reducen el tamaño de tumores que producen apresión obstructiva. Cuando una neoplasia no esta indicada para operación, no quiere decir que también lo sea para la irradiación, los pacientes que tienen este tipo de cáncer inoperable, debe realizárseles un estudio de la localización y extensión del tumor, del tipo celular y sus probabilidades de paliación. esto debe hacerse cuidadosa y deliberadamente, el solo informe del anatomopatólogo no justifica la decisión relativa a la irradiación.

En ciertos casos los tipos celulares más resistentes pueden afectarse por la irradiación mientras que los más indiferenciados no siempre se benefician de ésta. La radioterapia hecha por razones psicológicas, en la mayoría de los casos es una pobre psicoterapia y peor radioterapia. Los elementos citotóxicos así como las irradiaciones no deben administrarse pensando que quizá puedan dar resultado, por lo que el médico debe saber que pacientes mandar a irradiación para tratamiento paliativo y cuáles para curativo, y de esta manera evitar fracasos y excusas sin fundamento.

Negar un tratamiento que podría aliviar los sufrimientos es inexcusable, pero administrarlo sin la esperanza de producir alivio alguno, es manejar una pobre medicina. En la selección de los enfermos para tratamiento de radiación, es mucho más difícil negar, que administrar radioterapia, parece paradójico pero para aplicar irradiación paliativa se necesita un juicio más duro que para una radioterapia curativa.

Se habrá dado un gran paso cuando la radioterapia tenga una base completamente racional, se aprenderá a elaborar mejor el plan de tratamiento y además no se tendrá la incertidumbre de que se está empleando bien o no la radioterapia. Aunque el progreso sea lento se ha eliminado ya mucho empirismo, las razones del éxito o fracaso estarán entonces bien definidas, las técnicas se han mejorado y las ya existentes se han hecho más claras.

El aprendizaje del radioterapeuta debe incluir su experiencia clínica en cáncer, tener una relación continua con el físico especialista en radiaciones, con orientación clínica y con un patólogo quirúrgico afín a los problemas radioterapéuticos, conocer los conceptos básicos y los aspectos clínicamente aplicables de radiología.

RELACIONES ENTRE EL ANATOMOPATOLOGO Y EL RADIOTERAPEUTA. - Sin la colaboración experta del anatomopatólogo de confianza todos los tratamientos del cáncer tanto radioterapéuticos, como quirúrgicos o quimioterápicos tendrán un resultado incierto, sin su ayuda no sabremos que estamos curando y si realmente lo estamos haciendo o no.

El examen histopatológico es muy importante para determinar si el tratamiento debe ser, radioterápico, quimioterápico o quirúrgico, o una combinación de ellos. Si el tratamiento es por irradiación, el diagnóstico microscópico será uno de los factores más importantes para determinar la relación volumen, tiempo, dosificación, por ej., si el diagnóstico fuera de un linfosarcoma y no un carcinoma de células escamosas bien diferenciadas,

debemos aplicar unos campos más amplios y con menos dosis total. El anatomopatólogo influye en el diagnóstico para realizar la escisión si ésta, es la indicada y más adecuada, el mejor camino a seguir, puede ser el de más reconocimientos periódicos posteriores sin radioterapia.

Además de esta contribución, el anatomopatólogo, nos va a dar el origen, vías de diseminación y extensión de la infiltración metastásica, y la frecuencia con que se afectan ciertos grupos ganglionares, e indica si se han de tratar o no determinados volúmenes. Si se tiene la suerte de contar con este especialista junto a nosotros, no debemos desaprovechar la oportunidad de reconocer su capacidad y comprender lo importante que son sus informes. La discusión frecuente de nuestros problemas con el anatomopatólogo, ayudará a resolverlos y contribuirá a que su participación en el tratamiento sea más eficaz.

RELACIONES ENTRE EL CIRUJANO Y EL RADIOTERAPEUTA. - En la mayor parte de los casos de cáncer el tratamiento de este depende en gran parte de la cirugía y la irradiación, el estudio básico para ambos, radica en los tipos de tumores, vías de invasión, metastatización, métodos de tratamiento a emplear y causas del fracaso. Para elegir el tratamiento no basta solamente con valorar al paciente y escoger uno, sino determinar específicamente cuál es el adecuado, hay también casos en los que no hay un tratamiento favorito, si ambos resultaran equitativamente eficaces, es aquí donde la comunicación entre el cirujano y el radioterapeuta es muy importante.

Cada caso debe ser valorado por separa-

do, las discusiones preterapéuticas son muy eficaces y ofrecen la mejor posibilidad de una verdadera colaboración en el tratamiento.

Existen otros casos en los que se combina ambos métodos. Por ej: en el carcinoma de los dos tercios anteriores de la lengua, las lesiones primarias se irradian y se extirpan los ganglios cervicales. Existen fracasos terapéuticos, que pudieron haber sido paliados o curados por una u otra especialidad, pero la falta de comunicación la impidieron. La referencia a los pacientes y el humilde reconocimiento de las fallas por parte del cirujano y del radioterapeuta da como resultado que tiendan a trabajar estrechamente unidos.

RELACIONES ENTRE EL QUIMIOTERAPEUTA -- ONCOLOGICO Y EL RADIOTERAPEUTA. - Evidentemente este miembro bien preparado, compone la tercera persona del equipo terapéutico, la especialidad de la quimioterapia cancerosa, al igual que las otras terapias, necesita un conocimiento amplio de la evolución material de las diversas variedades de tumores, y posteriormente tener en cuenta la intervención de una cirugía o irradiación.

Con mucha frecuencia los agentes quimioterápicos, se dan después o simultáneamente a la radioterapia, estos agentes alteran los tejidos hematopoyéticos, ello puede limitar la radioterapia, o viceversa, otros tejidos, como el epitelio intersticial, la piel y el epitelio de la cavidad oral, pueden alterarse tanto por los productos químicos citotóxicos, como por las radiaciones. Evidentemente debe planearse con cuidado la combinación de ambos.

CONCEPTOS RADIOBIOLÓGICOS EN LA RADIOTERAPIA CLÍNICA. - La base de la irradiación hacia tumores malignos es la destrucción selectiva de éstos, tratando de no alterar la morfología de las células sanas. Por lo general, las células neoplásicas más susceptibles a la irradiación, son las más indiferenciadas, y las que se encuentran en proceso mitótico, la magnitud de la diferencia de vulnerabilidad a la irradiación entre el tejido normal y el canceroso, determina en gran parte, si la zona del tumor se debe erradicar o no.

La radiosensibilidad no es sinónimo de radiocurabilidad, por ej: el linfomasarcoma generalizado, es muy sensible pero no es fácilmente radiocurable; en cambio las células de un carcinoma de células basales de piel, son relativamente radioresistentes, pero muy radiocurables.

RADIOSENSIBILIDAD. - La radiosensibilidad de una célula depende directamente de su grado de diferenciación y morfología. Al comparar -- la radiosensibilidad entre células malignas debe hacerse desde puntos de referencia similares, así tenemos que, si se están usando cifras de muerte celular como punto de referencia, y se sabe que la muerte celular es más frecuente durante la mitosis, independientemente del tiempo de irradiación, se debe comparar solamente -- el intervalo entre irradiación y mitosis, el -- crecimiento rápido de un tumor es la respuesta a la gran actividad mitótica. Cualquier tipo de célula es más sensible en la etapa de la mitosis que en cualquier otra de ellas.

Algunos tipos de células vulnerables a la irradiación, si durante el tratamiento esta disminuye, la célula puede presentar una gran capacidad de recuperación.

Con todo lo anterior mencionado, podemos definir la radiosensibilidad como: la alteración relativa desde un punto de vista determinado, generalmente la disminución de tamaño del tumor, o la alteración de su función orgánica, producida en una célula, órgano o en un individuo por una relación dada de dosis-tiempo-volumen.

A pesar que esta definición no dice nada sobre radiocurabilidad, uno de los requisitos fundamentales para ésta es la radiosensibilidad suficiente para erradicar el tumor sin ocasionar necrosis. Los factores que alteran la radioterapia, evidentemente van a constituir un importante aspecto de la radiocurabilidad.

RESPUESTA CELULAR A LA IRRADIACION. - -

Muchas células malignas se estudian por medio de cultivos, en estos, la capacidad reproductora de las células, se usa como medida de viabilidad y crecimiento potencial; así el número de colonias que crecen después de erradicar un número conocido de células viables, es un índice de radiosensibilidad al mecanismo reproductivo.

Así, todo lo anterior se describe, en las gráficas de supervivencia y letalidad. La curva de supervivencia, indica el número de células que sobrevivieron a diversas dosis de irradiación, cuando la curva desciende, indica la radiosensibilidad celular, particular, el ambiente durante la irradiación, el tipo y método de administración, y, el estado biológico de las células. Cuando las células son más resistentes a la irradiación, la curva se presenta más ancha y el descenso menos marcado. La incurvación representa el acúmu-

lo de agresiones subletales, su existencia, indica que por más que se afecte la capacidad reproductiva, las pequeñas dosis, son definitivamente menos eficaces que las grandes. Por ej: - una dosis de 100 Rads, tiene una aplicación de menos de la mitad que una de 200 Rads.

La inclinación de la curva varía con la presión del oxígeno, las células anóxicas, son más resistentes que las que están bien oxigenadas. La relación que existe entre la primera y la segunda dosis, se conoce como relación de intensificación de oxígeno, su importancia estriba en que, los racimos celulares de varios mm. contienen células hipoxicas, éstas, a causa de su mayor resistencia explican una proporción -- considerable de recidivas cancerosas locales.

La radiosensibilidad varía durante las - diferentes fases del ciclo celular, la sensibilidad máxima se presenta inmediatamente antes - de la síntesis de DNA, y la mínima durante la - síntesis de DNA. Sin embargo, ya que no exis-- ten poblaciones celulares sincronizadas, esta - variación en la sensibilidad, no ha mayor aplicación clínica. Clínicamente las radiaciones - no solo toman en cuenta las colonias que se están reproduciendo, sino también, el número de - células ya existentes, también la velocidad de crecimiento, cuanto mayor es la dosis, menor es el crecimiento del clon. Otros factores que influyen sobre el tiempo necesario para la restauración hística, se relacionan más con la proporción de nuevas células que se están diferenciando que con las que están proliferando, con la - duración de ciertas fases del ciclo celular y, - con la longevidad de las células diferenciadas recién formadas.

El cáncer que se desarrolla en la mucosa

de la cavidad oral, presenta una radiosensibilidad similar a la de la membrana mucosa, y los linfosarcomas tienen una sensibilidad parecida a la del tejido linfoide normal. En una célula normal después de una división mitótica, una de las células hijas, se diferencian para realizar su función, mientras que la otra mantiene su potencial proliferativo para abastecer futuras necesidades. La actividad que se necesita para la existencia y crecimiento del cáncer, hace que las células neoplásicas sean más vulnerables a la irradiación.

FRACCIONAMIENTO. - Cuando una dosis determinada de irradiación se da en lapsos de días u horas, es decir se fracciona, los resultados no siempre son tan satisfactorios como si se empleara la irradiación en una sola dosis, esta disminución de la respuesta está directamente relacionada con la restitución celular dada entre la dosis y la capacidad de las células no lesionadas letalmente para adaptarse a las alteraciones radioinducidas.

Elkind, indica que las células que sobrevivían a los efectos de la irradiación, tenían una capacidad de recuperación subletal de aproximadamente 24 horas; a la segunda radiación se recuperarían de la misma forma, las células que se desarrollan a partir de células sobrevivientes, tienen un crecimiento más lento, por lo tanto la respuesta celular depende principalmente del número de fracciones y, en menor grado del intervalo de cada dosis siendo como mínimo de 24 horas.

Para tener un margen de comparación de

la destrucción rápida del tejido y del tumor, - con distintos patrones de fraccionamiento, se toma en cuenta la verdadera naturaleza del fraccionamiento, asociada a la recuperación del tejido normal, las alteraciones dinámicas del tumor y la modificación del estado general del enfermo, pero todos estos factores limitan la validez de la mayoría de métodos de comparación. - A falta de un concepto más exacto, se utiliza como guía, la dosis única normal (NSD), ésta es la dosis que produce una reacción clínica similar a la de una dosis fraccionada determinada. - Aunque ésta no puede recomendarse firmemente, - a lo largo de la experiencia radioterápica ha sido muy útil.

RELACION DOSIS-VOLUMEN. - Cuanto mayor es la neoplasia mayor debe ser la dosis necesaria para erradicarlo. De la misma manera, cuanto mayor es el volumen irradiado, menor es la tolerancia de los tejidos normales. Si se necesita un número mínimo determinado, para producir el rebrote del tumor, y al comienzo hay una considerable cantidad de células cancerosas, es evidente que se necesite una dosis mayor de irradiación para reducir el número total de células por debajo del número crítico.

El cáncer más grande no solo tiene mayor número de células, sino que además estas células son menos sensibles que las de una lesión más pequeña, incluso cuando ambos tumores sean del mismo tipo. La disminución de la radiocurabilidad al aumentar el volumen del tumor está comprobado clínicamente.

RELACION TIEMPO-DOSIS. - Esta relación se ha estudiado en muchos tejidos, buscando diversos propósitos, es decir, que el mismo objetivo

en una lesión del sistema nervioso no es el mismo que en una lesión cutánea. Cada tumor requiere de un cierto tiempo de irradiación en un determinado número de sesiones. Hasta el momento no hay una expresión matemática para expresar estas relaciones. Se deben definir los objetivos más importantes con las técnicas de fraccionamiento usando distintas dosis totales y tiempos. Debe manejarse con mucho cuidado el tratamiento cuando se realizan variaciones en la frecuencia.

EXPRESION DE LA DOSIS.- La expresión de la dosis se da en unidades de Rads, a menos que se especifique otra cosa, la irradiación debe aplicarse en el centro del punto de interés. La multiplicación de la dosis en el ROTGENS por un factor de conversión, no elimina ningún error de dosificación de importancia clínica. Las dificultades de expresar todas las dosis tejido en forma uniforme en Rads son más evidentes al revisar la literatura, de modo que este empeño no se ha conseguido hasta el momento. Cuando parece que pueden haberse cometido errores clínicos al convertir R en Rads la dosis se expresa en R.

T R A T A M I E N T O .

QUIMIOTERAPIA.

Las drogas que se manejan para el tratamiento del cáncer, no son específicos para las neoplasias orales, sino que su uso es generalizado, dependiendo claro está, del tejido en que se encuentra. La quimioterapia del cáncer esta dirigida idealmente para la destrucción de las células neoplásicas, infortunadamente la selectividad de los tejidos, es un factor imperfecto, y la disponibilidad de las drogas comunmente dañan los tejidos normales.

Todos los agentes quimioterápicos, causan significativa toxicidad, tengan o no algún beneficio, los médicos y sus pacientes, reconocen este factor. La evaluación de algún régimen quimioterápico, debe ser analizado como costo contra beneficio, en el cual, el beneficio sería la regresión del tumor, y el costo, la toxicidad como huesped.

SELECCION DE LA QUIMIOTERAPIA

Es importante conocer el origen del sitio del carcinoma. Con frecuencia nos encontramos con pacientes que presentan metástasis pulmonares y una gran masa pélvica; en este caso, es necesario establecer el sitio del primario, ya que será diferente; las drogas utilizadas si se trata de un cancer de ovario, endometrio o de origen trofoblástico.

Para la administración de los agentes quimioterápicos debemos tomar en cuenta algunos factores como: tener el diagnóstico histopatológico, haber recibido todo el beneficio de la ci

rugía y de la radioterapia, tener como mínimo dos semanas de postcirugía y cuatro semanas - de postradioterapia, tener un indicador de la actividad tumoral para valorar la respuesta; - los exámenes de laboratorio deben estar dentro de los límites normales y, por último, -- los enfermos deben tener un estado general sa tisfactorio.

AGENTES ESPECIFICOS USADOS EN LA QUIMIOTERAPIA DEL CANCER.

I. Agentes Alquilantes.

Mostaza Nitrogenada (HN2)
 Thiotepa
 Ciclofosfamida (Endoxan)
 Melfalan (Leukeran)
 Clorambucil (Alkeran)
 Busulfan

II. Antimetabolitos

Ametopterina (Methotrexate)
 6-Mercaptopurine (Purineto)
 5-Fluorouracil (5FU)
 Citosina arabinosida

III. Hormonas

Androgenos
 Estrogenos
 Progestágenos
 Corticosteroides
 Tryodotironina

IV. Agentes naturales

Vincalencoblastina (Velbe)
 Vincristina (Oncovin)

V. Antibióticos

Actinomicina D (Dismogen)
 Adriblastina

Bleomicina
Mitomicina C

VI. Otros Agentes

Metilhidrazina
Nitrosourea
Hidroxiurea
Imidazole carboximide
Procarbazina

Mecanismos de Acción.

Agentes Alquilantes.- Son citotóxicos - inespecíficos, caracterizados por poseer en su molécula- solo activa in vivo - dos o más grupos alquílicos que, por ser inestables, son capaces de unirse a otras moléculas con átomos de oxígeno, fósforo, nitrógeno de azufre. Los que aquí nos interesan son sustancias alquilantes - con capacidad preferente para unirse al ácido - desoxirribonucleico, sobre cuyo filamento molecular helicoidal se fija en forma de puentes de terminando la muerte celular y otras veces mutaciones de modo similar a las irradiaciones, por lo que también se les califica de fármacos radiomiméticos.

Todos pasa como si el agente alquilante, unido a modo de puente a dos moléculas de DNA, creará una situación incompatible para la vida celular y su descendencia.

Antimetabolitos.- Son antagonistas estructurales afines a los componentes químicos - de las nucleoproteínas y, específicamente, de los sillares que intervienen en su formación. - los antibióticos como la actinomicina D, se ha usado con buenos resultados en el coriocarcinoma de la mujer, el mecanismo de acción es desconocido.

Hormonas.- También este mecanismo es desconocido; la dependencia hormonal de algunos tumores es bien conocida: los estrógenos y andrógenos en el uso contra el carcinoma mamario son un ejemplo clásico.

Agentes naturales.- La vincalécoblastina o vinblastina es un alcaloide extraído de una flor azul denominada vincarosae.

CONTRAINDICACIONES:

- 1.- Pacientes moribundos
- 2.- Aquellos que han recibido la misma droga con anterioridad, sin haber tenido ningún beneficio a dosis suficientes
- 3.- Presencia de infección
- 4.- Sangrado activo
- 5.- Presencia de enfermedad sistémica
- 6.- Obstrucción intestinal
- 7.- Vómito, diarrea persistentes, incontrolable por medios habituales.
- 8.- Pésimo estado nutricional.

INDICACIONES:

- 1.- Tener el diagnóstico histopatológico
- 2.- Tener evidencia objetiva de actividad tumoral.
- 3.- Que exista posibilidad agotada de beneficio de radioterapia y cirurgía.
- 4.- Tener más de cuatro semanas de -- haber recibido radioterapia.
- 5.- Los datos de laboratorio deben estar dentro de los límites normales.

Es importante mencionar que la utilización de la inmunoterapia es cada día ocupando un lugar considerable en la combinación con quimioterapia, obteniéndose mejores respuestas y mayores sobrevivencias en algunas neoplasias malignas.

El futuro de la quimioterapia se basa exclusivamente en la obtención de nuevos fármacos con especificidad mayor antineoplásica y menor toxicidad para el paciente.

AGENTES ESPECÍFICOS UTILIZADOS EN QUIMIOTERAPIA DE CÁNCER

AGENTE	VIA DE ADMINISTRACION	DO SIS	TOXICIDAD INMEDIATA	TOXICIDAD TARDIA
Dicloroetil amina. (mostaza nitrogenada)	Intravenosa	0.4 mg x Kg. dosis total dividida en 4 dosis	Náuseas y vómito	Leucopenia trombocitopenia severa
Clorambucil	Oral	0.1 a 0.2mg x Kg x día 6 a 12 mg al día	Ninguna	Leucopenia Trombocitopenia moderada
Ciclofosfamida	Oral	40-60 mg x kg dosis - total divi dida en 4	Náuseas Vómito	Leucopenia Trombocitopenia Alopecia Cistitis hemo- rragica.
Vincalécoblastina	Intravenosa	0.1 mg/kg cada sema na.	Náuseas Vómito	Leucopenia Trombocitopenia Alopecia Constipación Arreflexia Polineuritis
L-sarco Lysin	Oral	1.0 mg x kg dosis - total divi dida en - 4-5 días	Ninguna	Leucopenia Trombocitopenia Alopecia modera da
Andrógenos				
Propionato de testosterona	Intramuscular	100 mg 3 x semana	Ninguna	Retención de líquidos Masculinización
Estrógenos				
Dietilestilbrestol	Oral	5 mg 4 x día	Náuseas y Vómito	Retención de líquidos feminización Sangrado uterino
Progestágenos				
Delalutina	Intramuscular	1 000 mg 2 veces a la semana	Ninguna	Ninguna
Corticosteroides				
Acetato de hidrocortisona	Oral	50-200 mg al día	Ninguna	Retención de líquidos Hipertensión

T R A T A M I E N T O

CIRUGIA

Las cirugías de los carcinomas de la cavidad oral requieren de una amplia extirpación, el tratamiento adecuado y rápido hace más fácil la erradicación total de la neoplasia.

La escisión debe ser más amplia porque los tumores por lo regular invaden tejido normal vecino, esta extensión no es palpable al examen clínico. Se puede realizar con escapelo o electrocauterio, si se realiza con este último, se corre el riesgo de que la cicatrización no sea inmediata, ya que la formación del tejido cicatrizal es extensa y se debe remover después de un tiempo este tejido siempre y cuando la cirugía haya tenido resultados satisfactorios, esto es para devolver al paciente la estética y función.

Por lo general el tratamiento por medio de cirugía es tajante, por ej: si la extensión de una neoplasia llega hasta periostio y hueso, puede ocasionar la resección de parte o toda la mandíbula, cuando solo ha sido afectado periostio esta indicada la resección parcial.

Las técnicas quirúrgicas no son específicas para la extirpación de las neoplasias malignas, estas dependen del cirujano que va a realizar la operación, de la extensión del tumor, examen radiográfico, estado general del paciente y del resultado histopatológico.

La extirpación tumoral puede ser desde -

una escisión para biopsia, hasta la extirpación total de los ganglios cervicales o resección de la mandíbula, parte del piso de la boca, resección parcial o total de la lengua, etc. Dependiendo específicamente de la extensión del tumor.

Después de la erradicación de la neoplasia maligna, sigue la parte complementaria, que es la de devolver la función y la estética, por medio de la cirugía plástica.

La cirugía tiene una parte muy importante en el diagnóstico histopatológico, y más aún cuando entra en juego el criterio del cirujano, para determinar el tamaño de la muestra para mandarla al examen histopatológico, ya que puede ser toda la neoplasia cuando es pequeña, o una parte cuando es grande. Cuando es esto, el cirujano debe tener cuidado al realizarlo, para no ocasionar una infiltración mayor, o extensión de la tumoración hacia otros tejidos con más rapidez.

C A P I T U L O V I I I

CARCINOMAS DE LA CAVIDAD BUCAL, TRATAMIENTO Y
PRONOSTICO.

RADIOTERAPIA DE CARCINOMAS DE LA CAVIDAD ORAL Y PRONOSTICO

CARCINOMAS DE LA CAVIDAD BUCAL TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El epitelio que reviste a la cavidad oral es moderadamente radiosensible, la vida media de las células de este epitelio, es -- más corta que las células de la epidermis. Sin embargo la respuesta a la irradiación no es -- siempre la misma en diferentes localizacio- -- nes. Coutard, toma en cuenta, que para erradicar el cáncer, es necesaria una irradiación para descamar el epitelio mucosa, creía que -- el tiempo y dosis en que se descamaba el epitelio, le daba una guía de entrada hacia el -- cáncer. Si una falsa membrana rodeaba comple- -- tamente al tumor, se consideraba que tanto -- las dosis como la superficie de la puerta de entrada eran suficientes. Aunque este tipo -- de guía, no se ha utilizado en cavidad oral, pero la aplicación de ésta en otras partes -- como la laringe, han dejado mucho que desear.

Las alteraciones postirradiatorias en la submucosa son de aspecto inflamatorio, en los primeros estadios se da ingurgitación capilar, edema e infiltración leucocitaria, apa- -- recen grandes fibroblastos multinucleados, me- -- ses después aparece una fibrosis progresiva -- que depende de la dosis y método de administra- -- ción.

Las respuestas histológicas inmediata y tardía varían con la dosis, localización -- anatómica y el volumen, las reacciones agudas en la región anterior de la boca se toleran -- mejor que en la orofaringe, por otra parte la

necrosis tardía es más frecuente en el piso de la boca que en la lengua o la mucosa bucal.

CARCINOMA DE LA CAVIDAD ORAL

En este tipo de tumores se encuentran -- una gran diversidad macroscópicos y microscópicos, más del 80% son carcinomas de células escamosas, las de células de transición, y linfopiteliomas tienen distinto porcentaje, dependiendo de la localización. Mientras tenga importancia diferenciar el carcinoma de células de transición y el linfopitelioma, del carcinoma de células escamosas, el plan terapéutico, no variará del señalado para este último. Se han propuesto diversas clasificaciones según los estadios clínicos de estos carcinomas, por lo que debe tenerse mucho cuidado al comparar los llamados estadios clínicos similares, tomando en cuenta la clasificación descrita en el capítulo anterior.

CARCINOMA DEL LABIO INFERIOR.

Constituye el 25% de todos los que se -- presentan en la boca, casi siempre son de células escamosas bien diferenciadas, metastatizan en el 13% y tienen curabilidad por irradiación y extirpación, cuando hay metastasis casi siempre es de ganglios submaxilares y submentonianos, estas adenopatías por lo general no pasan desapercibidas. De un grupo de 513 enfermos -- solo tuvo uno metastasis a distancia.

En sí el control de tumores malignos primitivos no es tan complicado, sin embargo, la cirugía plástica deja mucho que desear con respecto a la función y estética, una mala irradiación

ción, utilizando un haz equivocado o un fraccionamiento inadecuado, puede dar lugar a un labio deforme.

Para clarificar un poco las indicaciones de la irradiación del labio inferior se ha dividido en tres categorías para elegir la más adecuada en cuanto a función y estética, si ambos se presentan en la misma proporción se usa la más práctica.

1.- La primera se aplica en lesiones pequeñas, bien delimitadas, que necesitan irradiación o extirpación de menos de la tercera parte del labio, los resultados funcionales y estéticos son aceptables con ambos métodos, aunque se usa más la cirugía por ser más expeditiva. La irradiación da iguales resultados pero se lleva más tiempo.

2.- Se usa para lesiones más grandes, en las que la destrucción del labio es relativamente pequeña, en la que la extirpación requiere de cirugía plástica algo más complicada, es preferible usar la irradiación por los resultados funcionales y estéticos, en ésta, entran la mayoría de los carcinomas de labio.

3.- Son las lesiones destructivas extensas, el control debe ser tan bueno por extirpación como por irradiación. A esta categoría pertenecen muy pocos tumores. Lampe de muestra que en un estudio realizado con 67 pacientes con tumores de más de 3.5 cm. de diámetro, los efectos residuales fueron relativamente pequeños a pesar de la considerable destrucción del tejido que tenía antes del tratamiento.

Hay excepciones también, con respecto a las indicaciones, en la mayor parte de los casos tiene mejor resultado irradiación bien planificada. Si en un caso se ha intentado un método, y no ha dado resultado, se intentará con el otro, pero si en un tejido no ha tenido resultado la irradiación, es difícil que este resista otra más intensa, mientras que en un labio que ha sufrido una extirpación sin éxito, - necesitará una restauración plástica después de una segunda intervención, por este motivo se recomienda la irradiación de las recidivas quirúrgicas.

TECNICA. - Hay que valorar los tejidos -- que circunden o tengan relación con la zona que se va a irradiar, en este caso detrás de la lesión del labio, se extraerán los dientes enfermos que puedan servir como foco de irritación, - raras veces es necesario irradiar parte importante de la mandíbula. Si aparte de la lesión del labio hay alteraciones hiperqueratósicas o leucoplásicas deben incluirse en el campo a -- irradiar, por lo regular se irradia toda la porción del labio propiamente dicho, debe observar se con mucho cuidado, si hay degeneración en alguna comisura, porque puede haber extensión hacia la mucosa bucal.

La técnica no es específica, se han utilizado desde la más compleja, como la de doble molde de Radium, recomendada por Paterson, hasta la de irradiación fraccionada que es una de las más sencillas.

Cuando una lesión esta bien definida, se irradia 1 cm. más de tejido normal, si no lo -- esta o es infiltrativa, se deja un margen más -- amplio, se marcan los bordes con un sencillo --

dispositivo de plomo, además de que sirve -- para proteger dientes y encías. Las radiaciones generadas a 100 ó 150 Kv. filtradas con 0.25 mm. Cu más 1 mm. Al, serán suficientes para lesiones de 3 cm. o menos de longitud y 1 cm. de profundidad. Las lesiones de 1.5 mm. de diámetro, pueden tratarse satisfactoriamente con 3500 Rads en 8-10 días, mientras en lesiones mayores que abarquen todo el labio deben fraccionarse en dosis de 4700-5700 Rads en semanas o más.

El labio curado, debe protegerse de las radiaciones del sol y del tabaco. Cuando da metastasis a los ganglios linfáticos cervicales, se tratan con disección radial del cuello, cuando no es posible hacerlo, se trata con irradiación para control.

PRONOSTICO.- De un estudio de 72 tumores de menos de 2 cm. de diámetro, no hubo recidivas en una evolución mínima de 3 años. De 129 casos de 2-12 cm. de diámetro, 12 recidivaron, todas estas pudieron controlarse bien. Dick, señaló que de 287 casos seleccionados para radioterapia 5 recidivaron en menos de 3 años. En el 80% de los casos el pronóstico fue muy bueno desde el punto de vista estético, el 15% intermedio y el 5% malo. En general el pronóstico es bueno en el 90-95% de los casos.

CARCINOMA DE LENGUA Y PISO DE LA BOCA

Ambos tienen mucho en común, como su curso clínico y tratamiento, por lo general las lesiones primitivas se localizan dentro del arco formado por la rama horizontal de la mandíbula, la infiltración de las fibras mus-

culares estriadas de la lengua y piso de la boca es precoz, la fonación y deglución no son adelantadas sino hasta que el proceso está más avanzado. La metastasis es frecuente en los ganglios cervicales superiores a nivel del ángulo de la mandíbula y región submaxilar. Los tumores de células escamosas de piso de la boca y lengua no son muy radiosensibles, pero los exofíticos y proliferativos, pueden tratarse más fácilmente que las infiltrativas.

TECNICA.- Depende de las características del tumor las lesiones exofíticas y de células bien diferenciadas infiltran con más lentitud que las anaplasicas, aunque también se reducen lentamente. Las lesiones infiltrativas tienen un límite no definido, por lo que se deja un margen lo suficientemente amplio del volumen a irradiar. Cuando da metastasis la radiosensibilidad se presenta en mayor proporción en los tumores pequeños y son radiocurables al igual que si fuera un cáncer primitivo. Existen datos radiológicos que apoyan la teoría de la irradiación profiláctica de la zona ganglionar, al mismo tiempo que la lesión primitiva.

La técnica consiste en irradiación de la zona de manera homogénea sin hacerlo excesivamente en el hueso. Hay carcinomas de lengua que no responden satisfactoriamente a la irradiación, tal es el caso de la glositis sífilítica, las lesiones asociadas a edema masivo, los que fijan la lengua a la mandíbula y los carcinomas verrucosos.

La técnica puede ser: Radium intersticial, irradiación peroral e irradiación externa.

Reacciones después de la radiación.

Las reacciones precoces se parecen a las lesiones mucosas agudas y subagudas observadas en otras localizaciones.

Si la dosis se aplica rápidamente, se observa una falsa membrana en la primera semana del tratamiento, es inevitable la formación de ésta, al final de la irradiación. La salivación se vuelve espesa y pegajosa, inmediatamente después de empezado el tratamiento, la deglución dolorosa y mecánicamente difícil. A veces el enfermo desarrolla en forma simultánea una infección fúngica de la mucosa, que si no se trata pronto con los antibióticos adecuados, el trauma de la infección y la irradiación, da lugar a reacciones mucho más severas con dosis mucho más bajas, que las que aparecen después de la irradiación normal. Las secuelas tardías son menos frecuentes pero más importantes, se relacionan principalmente con la poca tolerancia de la mandíbula a la irradiación, esta tolerancia es variable y algunas veces difícil de predecir. Existe un riesgo del 70% de necrosis después de la irradiación curativa en tumores que son extensos, esta probabilidad se reduce gradualmente mientras sea más pequeño el tumor y esté más alejado de la mandíbula.

PRONOSTICO. - Por lo general la enfermedad se controla durante 5 años, la cifra promedio de supervivencia es del 27%.

CARCINOMA DE LA BASE DE LA ENCLIA INFERIOR

Los enfermos con carcinoma de la enclia

inferior, buscan con frecuencia la ayuda del -- Dentista, aquellos que llevan prótesis o protodoncias totales, pueden pensar que se debe a un defecto de la misma. Por esto el Dentista juega un papel muy importante en el diagnóstico -- precoz de estas lesiones. Estas lesiones pueden originarse en una zona de leucoplasia, o no -- hacerlo, aunque la leucoplasia está asociada -- con una gran cantidad de lesiones primitivas.

Conocemos dos tipos de carcinoma de en-- cía inferior: El tipo verrucoso que es notablemente exofítico, de invasión lenta y rara vez -- metastatiza.

El otro tipo es infiltrativo y metastati-- za con frecuencia, clínicamente puede ser exofí-- tico y ulcerado o plano e infiltrante, en algu-- nos casos la proximidad del hueso hace que apa-- rezcan adherencias óseas. Aunque no haya sospe-- cha de invasión hacia el hueso, este debe tra-- tarse como si estuviera afectado, de 36 casos -- con este carcinoma el 50% presenta afección man-- dibular. Presenta también, con frecuencia ade-- nopatías cervicales, generalmente en ganglios -- submaxilares o en los cervicales superiores cer-- canos al ángulo de la mandíbula.

Para que el plan terapéutico tenga éxito, se debe incluir el del tejido óseo subyacente, y en general de los ganglios linfáticos cervica-- les. La técnica quirúrgica supone la pérdida -- de un segmento de la mandíbula más la simultá-- nea disección del cuello.

Con la radioterapia se corre el riesgo -- de osteonecrosis con dolor y pérdida ósea aso-- ciadas, más la disección del cuello por separa-- do en caso de sospecha de metastasis ganglio--

nar.

Las complicaciones mandibulares varían desde hipersensibilidad intermitente en hueso, hasta una osteonecrosis extensa según la técnica y factores empleados.

En lesiones de mayor tamaño, es mejor usar la cirugía, por las complicaciones post-irradiativas; en cambio en lesiones pequeñas de menos de 3 cm. es más indicada la irradiación siempre y cuando no se necesite disección cervical.

TECNICA.- Es necesario una valoración dental preterapéutica, la técnica ideal debería ser suministrando una dosis homogénea a la encía lesionada y a la parte de la mandíbula con sospecha de afección. Se pueden aplicar las técnicas de irradiación externa, la rontgenoterapia peroral o una técnica con molde de Radium, pero nunca una implantación intersticial, a causa del hueso.

PRONOSTICO.- El pronóstico en sí es regular, en lesiones inoperables se ha logrado el control o regresión. Lampe señala, que de 33 pacientes, 11 vivieron más de 3 años, de estos 5 tenían pruebas radiográficas de invasión ósea.

CARCINOMA DE PALADAR DURO Y ENCIA SUPERIOR.

Este tumor se caracteriza porque crece con lentitud y suele estar mejor diferenciado que el carcinoma del antro. Lo usual, es que se diagnostique más precozmente y su pronóstico es mejor que en las neoplasias del antro,

son tributarios al tratamiento quirúrgico, mientras que los del antro se controla mejor con irradiación.

Se comportan clínicamente similar al carcinoma de la mucosa bucal, aunque están estrechamente relacionados con hueso y esto, modifica el plan de irradiación. La eliminación quirúrgica de una parte del maxilar superior es menos deformante que la del segmento opuesto de la mandíbula. Una lámina adaptada cuidadosamente con un obturador correcto suele tolerarse bien y su funcionalidad es tolerable.

La irradiación, produce las mismas secuelas que con la encía inferior, por esto el tratamiento de elección es la cirugía, pero si por una u otra razón se tiene que irradiar la lesión se utilizarán las mismas dosis y técnicas descritas para la encía inferior.

Cualquier intento para valorar los índices de supervivencia obtenidos con radioterapia tiene poca importancia si se tiene en cuenta la rareza de estos casos.

CARCINOMA DE LA MUCOSA BUCAL

También este tumor tiene cierta similitud clínica con la neoplasia de encía inferior, ambos se asocian con frecuencia a las leucoplasias, metastatizan a similares grupos ganglionares con parecida frecuencia, y según se interprete, desarrollan múltiples lesiones primitivas o recidivas. Incluso a dosis elevadas, las recidivas son lo suficientemente frecuentes como para elegir mejor la cirugía.

Muy pocas lesiones pueden tener éxito con cualquiera de los dos métodos. Las lesiones de 3 cm. o más que infiltran en profundidad en la mejilla, probablemente se puedan -- tratar mejor en un principio con la cirugía.

La cirugía está indicada en las lesiones primitivas de la encla, mientras que la irradiación puede recomendarse en las lesiones más extensas o inoperables, en algunos casos la cirugía supone una pérdida considerable de tejido blando, pérdida del maxilar y disección radical del cuello. A veces la restauración plástica puede ser satisfactoria, -- sin embargo, en las lesiones avanzadas, la -- evolución frecuente es la recidiva en los extremos de la incisión y la muerte rápida sin llegar a cerrar el defecto, en estos casos la irradiación es el método más adecuado, evidentemente los índices de curación serán bajos, pero no así los paliativos.

TECNICA.- Para las lesiones pequeñas se utiliza la técnica peroral, las lesiones de mayor tamaño que aún no se han extendido a la encla, necesitarán habitualmente irradiación externa, complementada con irradiación intersticial. La dosis que puede darse, utilizando solo campos externos, es de 220 Kv, -- pero muy pocas veces serviría para controlar las lesiones. Puede usarse el Radium intersticial suministrando una dosis máxima posible para obtener una distribución más homogénea.

Durante la irradiación externa, las estructuras normales de la cavidad oral pueden protegerse con plomo intraoral, de esta forma se protege la lengua y parte de la encla se aplican haces de Co o de alto voltaje, en la

boca se introduce un protector de plomo de 2 a 3 cm. de diámetro para bloquear una parte importante de la salida del haz.

Si no se puede realizar una buena implantación, la dosis proporcionada por los medios externos debe ser más elevada y se corre el riesgo de secuelas tardías.

PRONOSTICO.- El pronóstico es bueno en el 60% de los casos, a los cinco años pueden controlarse perfectamente.

C O N C L U S I O N E S

C O N C L U S I O N E S

El estudio del cáncer bucal es muy extenso, se ha venido realizando desde tiempos remotos hasta nuestras fechas, en las que se han logrado avances muy importantes, como el haber conseguido su control, regresión e inclusive, en algunos casos su erradicación total.

El cirujano Dentista debe tener la capacidad de reconocer todas las enfermedades bucales ayudado de los medios necesarios como es, el diagnóstico histopatológico y los múltiples factores con que cuenta para su curación parcial o total, como son los tratamientos con cirugía, radio y quimioterapia. Los medios no son pocos para tratar a los carcinomas orales, por lo contrario, son muchos y muy extensos, por lo que el Dentista puede escoger el más adecuado al carcinoma que se presente y al estado general del paciente. Si el médico cuenta con personas experimentadas a su lado, como el especialista en radioterapia, el físico en radiología, etc. tendrá más probabilidades de éxito en el tratamiento de las neoplasias.

También es muy importante que el Dentista tenga cuidado, no solo de los carcinomas ya existentes, sino de los que pueda provocar al hacer una prótesis que esté mal ajustada o cualquier otro tipo de tratamiento dentro de la boca que pueda ocasionar una irritación crónica sin importancia, que con el tiempo pueda convertirse en una lesión precancerosa.

Desafortunadamente en esta tesis no se ha abarcado el tema como se hubiese querido, sin embargo, espero haber aportado las nociones

de lo que significa el cáncer bucal para la -
Odontología y en especial para el C.D. y la -
importancia que tiene para ambos.

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

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

ACKERMAN L.V., RAMIREZ G.A.: INDICATIONS FOR
AND LIMITATIONS OF FROZEN SECTION DIAGNOSIS

ACKERMAN L.V., McGRAVRAN M.H.
PROLIFERATING BENIGN AND MALIGNANT EPITHELIAL
LESIONS OF THE ORAL CAVITY.
J ORAL SURG 1968

ACKERMAN L.V.
SURGICAL PATOLOGY

ALVIN L MORRIS, HARRYM BOHANNAN
LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRACTICA
GENERAL
ED. LABOR 1980

BYERS R M, BLAND;
THE PROGNOSTIC AND THERAPEUTIC VALUE OF
FROZEN SECTION DETERMINATIONS IN THE SURGICAL
TREATMENT OF SQUAMOUS CARCINOMA OF THE HEAD
AND NECK
ED. 1978

DE LA GARZA SALAZAR JAIME G
ESTADO ACTUAL DE LA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLA-
SICA EN PADECIMIENTOS NO HEMATOLÓGICOS

E WAITE DANIEL
CIRUGIA BUCAL
ED. CONTINENTAL 1978

FECHNER R. E.
NECROTIZING SIALOMETAPLASIA. A SOURCE OF
CONFUSION WITH PALATE
ED 1977

FRIEDMAN MICHAEL A
SERIOUS TOXICITIES ASSOCIATED WITH CHEMOTHERAPY
ED. 1978

GORLIN R. J., GOLDMAN H. M., THOMA'S
ORAL PATHOLOGY
ED 6 st. LOUIS 1970

GLICKMAN IRVING
PERIODONTOLOGIA CLINICA
ED. INTERAMERICANA 1972

J.J. PINDBORG, I.R.H. KRAMER, H TORLONI
CLASIFICACION HISTOLOGICA INTERNACIONAL DE
TUMORES No. 5
OMS 1972

QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO
ANATOMIA HUMANA
ED. PORRUA TOMO I

P.N. WAHI, B COHEN. H TORLONI
CLASIFICACION HISTOLOGICA INTERNACIONAL DE
TUMORES No. 4
OMS 1971

KRUGER GUSTAV O
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
ED. INTERAMERICANA 4a. EDICION