



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CANCER BUCAL

10:30
[Handwritten signature]

T E S I S

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

SANTA SUSANA MARTINEZ ESTRADA

México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

" CANCER BUCAL "

INDICE

Página

INTRODUCCION

TEMA I

GENERALIDADES	1
1.1. Definición	1
1.2. Importancia y Objetivo	5
1.3. Factores Causantes	9
1.4. Diagnóstico y Valoración	13
1.5. Examen del paciente	14

TEMA II

LESIONES BUCALES PRECANCEROSAS	17
2.1. Benignas de Origen Epitelial	17
2.2. Malignas de Origen Epitelial	19

TEMA III

TUMORES BENIGNOS	25
3.1. De Origen en la Membrana Periodóntica.	25
3.2. De Origen en el Hueso Alveolar	26

TEMA IV

TUMORES MALIGNOS	31
4.1. Osteosarcoma	31
4.2. Condrosarcoma	32
4.3. Fibrosarcoma	32
4.4. Melanoma Maligno	33

TEMA V

TUMORES ODONTOGENOS	34
5.1. De Origen Ectodérmico	34
5.2. De Origen Mesodérmico	35
5.3. De Origen Mixto	36

TEMA VI

TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES 39

6.1. Benignos 39

6.2. Malignos 41

TEMA VII

TRATAMIENTO DEL CANCER BUCAL 45

7.1. Cirugía 45

7.2. Radioterapia 46

7.3. Quimioterapia 48

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Al terminar los estudios que se deben llevar a cabo para la profesión de Cirujano-Dentista, nosotros quedamos con nuestra mente y nuestra sensibilidad abierta para tratar diversos temas que las brillantes disertaciones durante la cátedra fueron motivo de reflexión y estudio, siendo terreno fértil que la vocación propicia, y que sabemos y sentimos que los conocimientos que obtuvimos deben tener un objetivo común que es el enfermo que sufre, principio y fin de nuestros esfuerzos y afanes que reviste una enorme responsabilidad y una enorme sublimidad en nuestras aptitudes.

Nuestra profesión, como todas las ciencias médicas tiene por definición mucho de arte, ya que una vez -- que prodigamos al enfermo todos los recursos científicos y logramos recuperar su salud, simultáneamente -- pensamos en la funcionalidad de nuestro trabajo y deseamos vehementemente recuperar la estética en su más alto significado.

He querido ocuparme de este tema, ya que el Cáncer es una enfermedad que se observa en todas las razas y en todas las edades, no sólo en el hombre, sino en todas las especies humanas. Se caracteriza por un crecimiento incontrolado de células, desarrollan tumores que comprimen, invaden y destruyen tejidos normales, acabando con la muerte.

Hemos de tener en cuenta que en nuestra profesión - tratamos con pacientes ambulatorios, no enfermos agudos, por tanto, nos interesamos principalmente por el diagnóstico sintomático fundándonos en la Historia -- Clínica y el examen de la Cavidad Bucal y partes expuestas del cuerpo, eventualmente con ayuda de algunas pruebas sencillas de laboratorio, en resumen, por --- "una medicina de sillón odontológico".

Con esto intentamos proporcionar conocimientos de los aspectos médicos de la profesión para que el odontólogo pueda ejercerla en condiciones óptimas y colaborar inteligentemente con el médico. Demostrando la estrecha relación que existe entre el estado de la boca y la salud general.

Esta disciplina tiene tantas variables que sólo la experiencia permitirá actuar con seguridad y con la expectativa de la evolución hacia la curación de cada paciente, llevando siempre en su mente el propósito indeclinable de lograr el éxito profesional que debe ser meta de todos y cada uno de nosotros.

TEMA I

GENERALIDADES.

- 1.1. *Definición.*
- 1.2. *Importancia y Objetivo.*
- 1.3. *Factores Causantes.*
- 1.4. *Diagnósticos y Valoración.*
- 1.5. *Examen del Paciente.*

TEMA I

1. GENERALIDADES.

1.1. Definición.

Cáncer - consta de una masa desorganizada de primitivas células asociadas, de tamaño diferente que no realizan una tarea funcional. Estas células se dividen rápida y desordenadamente en forma de tumor.

Tumor - indica formación patológica de un tejido.

Signos comunes del cáncer - los vasos sanguíneos de los tumores son frágiles y se rompen con facilidad y se producen las hemorragias, que es un signo común -- del cáncer, y el dolor es poco frecuente, ya que solo aparece cuando el tumor comprime los nervios vecinos.

Características principales de las neoplasias benignas y malignas:

BENIGNA

MALIGNA

1. Crecimiento.

- | | |
|---|---|
| a) Usualmente son circunscritos y tienen cápsula. | a) Bordes mal definidos no tienen cápsula. |
| b) Crecimiento lento. | b) Crecimiento rápido. |
| c) Crecimiento de tipo expansivo. | c) Crecimiento de tipo invasivo. |
| d) El crecimiento tiende a cesar. | d) El crecimiento continúa usualmente -- hasta la muerte. |

2. Metástasis.

Nunca hay metástasis.

Frecuentemente hay metástasis.

3. Tamaño.

Usualmente pequeños, pero ocasionalmente enormes.

Usualmente de gran tamaño.

4. Características Histológicas.

- | | |
|------------------------|------------------------|
| a) Bien diferenciados. | a) Menos bien diferen- |
|------------------------|------------------------|

BENIGNA

células tumorales tienden a copiar al tejido de origen tanto estructural como funcionalmente.

b) Estroma bien formado -- con poca tendencia a la hemorragia y necrosis.

c) Células de forma regular. Pocas mitosis.

5. Causas de muerte.

Usualmente no es fatal. Si ocurre muerte es debida a presión mecánica y efectos obstructivos.

MALIGNA

ciados y en ocasiones completamente -- anaplásicos.

b) Frecuentemente el estroma está pobremente formado. Comúnmente hay necrosis y hemorragia.

Casi invariablemente fatal si no es tratado. La causa de muerte es una combinación de efectos mecánicos y destructivos así -- como pérdida de san-

BENIGNA

MALIGNA

gre, infección secundaria, etc.

Forma de diseminación de las neoplasias malignas.

1) Diseminación directa.

- a) local.
- b) por linfáticos. Los carcinomas tienden a invadir los ganglios linfáticos en un estadio temprano. Los sarcomas, rara vez.
- c) invasión perineural y diseminación.
- d) invasión venosa.
- e) invasión arterial.
- f) invasión a vasos pequeños.
- g) invasión a espacios serosos.

2) Diseminación por metástasis.

- a) por linfáticos. El carcinoma de lengua en período temprano de metástasis a los ganglios cervicales.
- b) por el torrente sanguíneo.

Los sarcomas se diseminan en un período temprano por el torrente sanguíneo. En los carcinomas la diseminación sanguínea es posterior a la de los linfáticos.

c) diseminación en las cavidades serosas.

d) diseminación a lo largo de espacios cubiertos por epitelio.

1.2. Importancia y objetivo.

El cáncer oral empieza con una ulceración de la mucosa bucal, que se extiende de adentro hacia fuera -- produciendo necrosis, por lo general existe una salivación profusa. La zona gangrenosa se demarca rápidamente produciendo el secuestro del hueso subyacente -- y de los dientes, también se dice que el cáncer bucal es por propagación de una gingivitis necrosante aguda de los tejidos blandos, y de las enfermedades generales como son: Sarampión, Viruela, Paludismo, Gingivostomatitis herpética y la mala nutrición favorece al cáncer oral así como una higiene deficiente. Tam-

bién como todo cáncer no es una enfermedad contagiosa. Conjunto de neoplasias que podrían integrar el término genérico del cáncer bucal.

- Carcinoma de células escamosas.
- Carcinoma de células basales.
- Melanoma.
- Tumores de glándulas salivales.
- Tumores odontógenos.
- Tumores Mesenquimatosos.
- Tumor fibroso.
- Tumores metastásico.

Estas neoplasias reciben su nombre según su etapa clínica en que se localiza en la cavidad bucal, o --- bién por regiones anatómicas que serían, desde los -- bordes rojos y paladar duro por arriba y la línea de las pupilas circunvaladas por abajo, estas regiones - anatómicas se dividen en zonas específicas que serían:

- Labios: Forman las paredes anteriores, superiores e

inferiores de la cavidad bucal, constituidos por la mucosa de la unión mucocutánea hasta la línea de -- contacto del labio opuesto, incluyendo las comisuras, se dividen en labio superior e inferior.

- Mucosa Bucal: Esta incluye todas las membranas que recubre la superficie interna de carrillos y labios, desde la línea de contacto del labio opuesto hasta la unión de la mucosa del borde alveolar, y el rafe pterigomandibular.
- Borde Alveolar Inferior: Incluye las apófisis alveolares del maxilar inferior y la mucosa que los recubre, y se extiende desde la fijación de la mucosa en el surco bucal hasta la línea de la mucosa libre en el suelo de boca.
- Borde Alveolar Superior: En la apófisis alveolar -- del maxilar superior, mucosa del revestimiento, que va desde la línea de unión de mucosa al surco vestibular gingival superior hasta la unión del paladar-duro.
- Encla Retromolar (Triángulo Retromolar): Conocida como mucosa adherida que cubre la rama ascendente del

maxilar inferior desde el nivel de la superficie -- posterior del último molar hasta el vértice superior vecino de la tuberosidad del maxilar.

- Suelo de Boca: Es un espacio semilunar que está sobre los músculos milohideos e hiogloso, se sostiene desde la superficie interna del borde alveolar inferior a la superficie inferior de la lengua.

Su límite posterior es la base del paladar anterior de las amígdalas, está dividida en dos mitades por el frenillo lingual y contiene las bocas de los conductos de las glándulas submaxilares y sublinguales.

- Paladar Duro: Es una zona semilunar entre los bordes alveolares.

El cáncer no tratado puede afectar al funcionamiento de los órganos vitales, y producir una destrucción pro-desnutrición.

Microscópicamente:

Se observa una falta de madurez y tendencia a la -- difusión a partes distintas del cuerpo. Estos aspec-

tos son los típicos de las distintas formas de cáncer.

1.3. Factores Causantes.

El cáncer no es hereditario ya que se requiere una predisposición individual especial y ciertos factores desencadenantes, como la irritación crónica es un factor predisponente del cáncer bronquial. Hay algunas sustancias que se consideran carcinogénicas que favorecen la producción del cáncer, como son: el benzo-pireno, el alquitran del tabaco; aunque también puede ser producido por radiaciones como rayos "X" ultravioleta. Hay otros factores predisponentes como: la hormona sexual masculina, la producción de atmósfera consecuente del crecimiento industrial, motorización de vehículos.

Factores Causantes:

Tabaco.

Deficiencia nutritiva.

Alcohol.

Radiación.

Sífilis.

Irritación traumática.

Susceptibilidad genética.

Virus.

Tabaco.

Se ha visto que de 10 personas con cáncer en boca, - la mayoría son fumadores; así pues hay peligro relativo 6 veces mayor de desarrollo de cáncer bucal en fumadores que en los no fumadores. Se ha comprobado -- que la aparición de cáncer bucal en masticadores de tabaco, se localiza a nivel de las zonas bucogingivales donde el tabaco se quedaba; lo cual deduce que el uso de tabaco aumenta considerablemente el peligro de cáncer bucal.

Deficiencia Nutritiva.

Síndrome de Plumer. Es una manifestación de anemia por deficiencia de hierro.

Síntomas:

Grietas ó fisuras en los bordes de la boca.

Piel de còler (amarillenta).

Lengua lisa roja dolorosa.

Disfagia.

También Albom, definió la relación entre la atrofia de las mucosas, de las vías digestivas altas y la pre disposición del carcinoma y señaló que mujeres con -- carcinoma de hipofaringe, y parte alta del esófago, -- sufren el Síndrome de Plummer.

Alcohol.

Trieger, señala que enfermos con carcinoma en lengua y en suelo de boca, paladar ó fosas amigdalinas, -- también presentan cirrosis, comprobada del hígado. -- Esto se comprobó en grupos de personas que consumían -- mucho alcohol. Good, considera que el alcohol puede -- actuar en forma ambivalente como posible agente causal.

Radiación.

Se considera que las radiaciones en determinadas -- condiciones y según la dosis y la dirección de exposición, podrían producir cáncer, un ejemplo es: el cáncer producido por la bomba atómica.

También se cree que la radiación del cuello durante la infancia produce el desarrollo del carcinoma de Tiroides.

Sífilis.

Wynder y Trieger, sostienen que la sífilis, es causa que interviene en la producción de cáncer en lengua.

Teller, Moyer y Silverman, dicen que es por el consumo de alcohol y tabaco, y la mala nutrición de personas con sífilis.

Irritación Traumática.

De dientes desgarrados, restauraciones dentales ásperas, y dentaduras mal adaptadas, desde hace mucho - tiempo se cree que son posibles causas de cáncer bucal

Susceptibilidad Genética.

Es posible factor carcinógeno, es difícil de comprobar; como lo es el carcinoma nasofaríngeo, es un tumor relativamente raro. Como los alimentos ricos en especias, tabaco, opio, alcohol ó humo.

Virus.

Pueden provocar neoplasias.

Virus del sarcoma de Rous, (en gallinas).

Virus del papiloma de Shope, (en conejo).

Leucemia del ratón. Y pueden intervenir provocando -- cáncer en el hombre.

1.4. Diagnóstico y Valoración.

Una vez que el cáncer bucal ha avanzado, suficientemente y que ha producido metástasis en ganglios linfáticos; es una de las formas que tiene la proporción de supervivencia entre todas las formas de cáncer.

A la inversa, del cáncer bucal que fácilmente se -- presta a ser descubierto en fase temprana, ya que re-

sulta accesible para examen, y producir signos y síntomas definidos en diagnóstico temprano.

Siempre que se emplee el tratamiento adecuado, tan pronto como se haya evaluado al paciente, la mortalidad del cáncer pudiera reducirse en más de la mitad - si se prestara atención a los signos y síntomas iniciales, y las tempranas medidas terapéuticas eficaces.

1.5. Examen del paciente.

También tendremos que el examen sistemático de cabeza y cuello como parte del diagnóstico, es una fase - muy importante para descubrir el cáncer bucal en fases tempranas y trastornos pre-cancerosos. La cavidad bucal es una de las más accesibles y fáciles de examinar y nos brinda información muy importante.

Por eso, hay que examinar por orden, examinando las estructuras extrabucales primero, y luego las intrabucales anteriores, finalmente las bucales posteriores y faríngeas, observando la piel de los pacientes en busca de defectos, pigmentaciones, úlceras, asime----

trías e hinchazones. Asimismo el volumen, dureza y si hay dolor en dicha región; para un examen más minucioso de alguna sospecha de cáncer contamos con el estudio de biopsias:

- a) Biopsia de incisión.
- b) Biopsia de sacabocados.
- c) Biopsia de extirpación.

Biopsia. Se considera el único método realmente seguro para valorar la índole cancerosa ó precancerosa de una lesión.

La biopsia de Incisión. Se emplea cuando la lesión sospechosa es de gran volumen. Siempre debe incidir tejido tumoral, zona límite, y mucosa normal vecina.

La biopsia en Sacabocados. Es utilizada muchas veces para selecciones múltiples, cuando no se dispone tiene aspecto uniforme, cuando la zona no es muy grande y el tejido vecino normal no se necesita para comparar.

La biopsia de Extirpación. Se extirpa la lesión para efectuar al mismo tiempo un examen histopatológico; las lesiones de 1cm ó menos son las mejores para este

tipo de biopsias.

Metástasis.

Las metástasis del cáncer bucal tiene lugar en vías linfáticas afectando los ganglios regionales.

Esta se ha señalado en pulmones, hígado, vértebras y cerebro.

La muerte suele depender de complicación local directa de la lesión primera o de metástasis a distancia.

TEMA 11

LESIONES BUCALES PRECANCEROSAS.

2.1. Benignas de Origen Epitelial:

Leucoplasia Homogénea.

Leucoplasia Ulcerada.

Leucoplasia Moteada;

Eritoplasia.

Leucoqueratosis Palatina.

Fibrosis Submucosa Bucal.

2.2. Malignas de Origen Epitelial:

Carcinoma Epidermoide;

Carcinoma de Labio.

Carcinoma de Lengua.

Carcinoma de Piso de Boca.

Carcinoma de Encla y Mucosa Alveolar.

Carcinoma de la Mucosa Bucal.

Carcinoma Verrugoso.

TEMA II

2. LESIONES BUCALES PRECANCEROSAS:

2.1. Benignas de origen epitelial.

Para mayor facilidad en la interpretación de lesiones sospechosas, se ha usado mucho el término de leucoplasia, que significa clínicamente una mancha blanca en la mucosa bucal, y no es suprimida por raspado. tenemos tres tipos de leucoplasias:

1. Leucoplasia Homogénea.
2. Leucoplasia Ulcerada.
3. Leucoplasia Moteada.

La primera se caracteriza por placas elevadas múltiples, que varían en dimensiones y tienen bordes irregulares, la mayor parte son blancas, o de color amarillento grisáceas.

La segunda, es causada por traumatismo al masticar o quemar la mucosa, es muy observable en la India, por la costumbre de masticar betel, y hábito de fumar en-

dirección inversa. Las zonas afectadas tienen color-rojo uniforme.

En la tercera, se presentan nódulos de color blanco o placas sobre una base eritemarosa, ésta a su vez se subdivide:

- a) Eritoplasia.*
- b) Leucoqueratosis palatina.*
- c) Fibrosis submucosa bucal.*

Eritoplasia.

Se presenta en cavidad bucal, como una placa bien -definida o un parche de superficie aterciopelada de -color rojo vivo, y asociada a nódulos blancos, y casi siempre muestra cambios malignos o pre-malignos.

Leucoqueratosis palatina.

De nicotina, específica del paladar causada por fumar en exceso; la mucosa palatina tiene aspecto blanco y engrosado. Hay pequeñas excresiones nodulares, -con una mancha roja central, principalmente en la parte posterior del paladar.

Fibrosis submucosa bucal.

Se observa casi exclusivamente en habitantes del -- subcontinente, tiene presencia de bridas fibrosas -- palpables, que dificultan los movimientos de la boca.

Para el tratamiento de este tipo de leucoplasia, es la eliminación del factor irritante y predisponente y algunas extirpadas en su totalidad o cauterizadas.

Papiloma.

Neoplasia benigna común que se origina en el epitelio superficial.

Característica Clínica.- Es una proliferación exofítica compuesta de minuciosas proyecciones dactiliformes pequeñas que producen una lesión cuya superficie es rugosa, pueden crecer en cualquier parte de la cavidad bucal. Son pequeñas de color rosa claro, se -- cree que es de origen viral.

Tratamiento.- Consiste en la excisión de la base de la mucosa en la cual se inserta.

2.2. Malignas de Origen Epitelial.

Carcinoma Epidermoide:

Carcinoma del labio.

Carcinoma de la lengua.

Carcinoma de piso de boca.

*Carcinoma de encla y mucosa -
alveolar.*

Carcinoma del paladar.

Carcinoma de la mucosa bucal.

Carcinoma verrugoso.

Carcinoma Epidermoide:

Este carcinoma es en células escamosas, es un proceso maligno que se presenta frecuentemente en boca, y es el de más porcentaje de los cánceres bucales; y se le descubre como lesión primaria sobre toda la lengua, suelo de boca, mucosa alveolar, paladar y mucosa bucal.

Síntomas.- irritación o molestia de la boca, el dolor viene cuando la lesión se ulcera, y hay infección

secundaria.

Características Clínicas.- Se fija a los tejidos -- más profundos, es roja, de aspecto aterciopelado, lesión blanca moteada, lesión exofítica, o una linfadenopatía indolora.

Histopatología del Carcinoma Epidermoide.- Suele -- aparecer histopatológicamente formando masas, láminas, e islotes o cordones de células escamosas malignas.

Microscópicamente.- Un carcinoma bien diferenciado tiende a parecerse al epitelio plano normal, en diversos aspectos, las células malignas son células cuboides periféricas, células espinosas y células granulosas; hay cambios en dimensión en las células malignas, en el carcinoma poco diferenciado sus células malignas muestran poca o ninguna capacidad de producir queratina, presentan amplias variaciones de morfología, - núcleo hiper cromático. La invasión del tejido subyacente es rápida y extensa.

Carcinoma del labio:

Se localiza a nivel del borde rojizo del labio inferior

rior entre las líneas medias y las comisuras; esta --
lesión puede ocurrir en forma exofítica y verrugosa, --
aunque la forma ulcerada es la más frecuente y de ma-
yor malignidad. Presenta zonas blancas, a veces se --
ulcera y presenta costras con bordes elevados y duros.

Su pronóstico. Si se maneja temprana y adecuadamen-
te suele ser favorable y tendrá una metástasis tardía.

Tratamiento.- Por cirugía y radiación, según la ex-
tensión de la lesión.

Carcinoma de la Lengua:

Es intrabucal. Su localización es en el borde late-
ral del tercio medio de la lengua.

Síntomas.- Suele presentarse como una masa indolora,
mientras que el dolor es el síntoma más común, tam---
bién puede haber disfagia y linfadenopatía.

Características Clínicas.- Es en forma de engrosa-
miento focal o de úlcera indolora, que desarrolla un
borde elevado y duro, adopta aspecto exofítico. Es -
de gran mortalidad.

Se realiza mal pronóstico por casos avanzados.

Es de localización anteroposterior. Debe observarse su grado de diseminación, y la incidencia de metástasis.

Carcinoma en Piso de Boca:

Tumor intrabucal. La parte anterior suele ser la más avanzada y afectada, la primera lesión puede parecer inocua en forma de placas elevadas; y suele ser infiltrativa.

Síntomas.- Dureza, dolor, es neoplásica, y la metástasis es frecuente. El pronóstico es un poco favorable.

Carcinoma en Encía y Mucosa Alveolar:

Este es más común en encía del maxilar inferior y en molares inferiores. Hay crecimiento nodular de su superficie rugosa que penetra en masa exofítica; también suele aparecer como leucoplasia o una pequeña úlcera.

Pronóstico de supervivencia aproximado de 5 años --

por su relación con tamaño, localización, duración, -
evolución y aspecto histológico.

Carcinoma de la Mucosa Bucal:

Este puede aparecer en tres formas exofíticas:

Ulcerosa.

Infiltrante.

O verrugosa.

El tipo exofítico acompaña a la leucoplasia y forma una masa eritematosa fungosa, el tipo ulcerado es menos común e infiltrante, el tipo verrugoso suele ser un tumor poco o bastante diferido que causa metástasis.

Pronóstico bueno mientras el tratamiento sea adecuado.

Carcinoma de tipo Verrugoso:

Es de tipo clínico-patológico separado del epidermoide, crece en forma lenta e inexorable. Es similar al carcinoma que se observa en todo el surco bucal -- del maxilar inferior, en mucosa de boca y mucosa al--

veolar. Se presenta como masa voluminosa blanda con fisuras profundas, de blanco a rojo; no es frecuente que se ulcere.

TEMA III

TUMORES BENIGNOS.

3.1. De Origen en la Membrana Periodóntica:

Fibroma Cementante.

Fibroma Osificante.

Fibroma Cemento osificante.

Fibroma.

3.2. De Origen en el Hueso Alveolar:

Fibrosteoma.

Fibroma Osificante Juvenil.

Querubismo.

Displasia Fibrosa.

Tumor de células Gigantes.

Quiste óseo aneurismático.

Lesión Maxilar por hiperparatiroidismo.

Enfermedad de Paget.

3. TUMORES BENIGNOS:

3.1. Tumores de origen en la membrana periodóntica:

Están compuestos por fibras colágenas mucopolisacáridas y éste ligamento rodea a cada diente y tienen la capacidad de formar cemento, hueso alveolar y tejido fibroso; y en condiciones patológicas éstas células son capaces de producir tumores.

Fibroma cementante y osificante:

Estos tumores son benignos, de los tejidos conjuntivos son de los más frecuentes en mucosa oral. Y se dice, que los diferentes tipos de fibromas son hiperplásticos o proliferación de tejido conjuntivo.

Estos se localizan en mucosa bucal y lengua; y se cree que son por irritación. Por lo general son de consistencia dura, están bien delimitados, son sésiles o pediculados y recubiertos por mucosa; rara vez

hay síntomas molestos.

Tratamiento: extirpación quirúrgica.

3.2. Tumores de origen en hueso medular:

Todo este grupo de tumores suelen ser más agresivos, aunque en realidad sean benignos. No hay pruebas absolutas de que su origen sea en hueso medular.

Fibroma osificante juvenil:

Es una lesión destructora, de crecimiento activo -- compuesto por mezcla de hueso lamelar y tejido. Las trabéculas están tapizadas por osteoblastomas gruesos y la estroma está compuesta de células fusiformes --- gruesas, estrechadamente aglomeradas con una disposición espiral entrelazada, y el estroma es definitivamente basófilo.

Querubismo:

Es una lesión de tipo tumoral, se caracteriza por -

hinchazón bilateral indolora. Provoca prominencia de los carrillos hay masas alveolares intrabucales duras, y desplazamiento de dientes. Esta lesión se relaciona con un gen dominante. Sin embargo, la verdadera causa se desconoce.

Tratamiento:

Es clínico y quirúrgico. Así que puede ser activo; extracción de dientes en zonas afectadas, contorno -- quirúrgico de las lesiones dilatadas y raspado completo.

Diplasia Fibrosa:

Es un síntoma del Síndrome de Dibrigt, su etiología se cree que es un defecto congénito del hipotálamo, - se manifiesta en la infancia. En mujeres la pubertad aparece antes de lo normal, presentando sangrado vaginal.

En los huesos hay proliferaciones escleróticas con bombamiento. Ocasionalmente hay dolor óseo recurrente, ya que afecta a mandíbula. Hay disturbios en la-

erosión y desplazamiento de dientes radiológicamente se ve como un quiste multilocular.

Histológicamente:

Las células gigantes son multinucleares y están distribuidas a través de la matriz del tejido conectivo que forma el granuloma. Tratam: quirúrgico, sin exponerse a radiaciones.

Quiste óseo aneurismático:

Es una lesión con aspecto de esponja, sumergida en sangre con espacios cavernosos que ocurren en huesos largos. Pero no se considera como un quiste verdadero, por no estar revestido de epitelio. Se cree que es de origen en un hematoma de la médula; y tiene una comunicación circulatoria con los vasos lesionados. - Esta lesión es muy frecuente en mandíbula, y puede -- haber antecedentes de trauma.

Hay dolor que limita los movimientos del hueso afectado.

Radiográficamente el hueso se ve abombado y una zo-

na radiolúcida, con apariencia de burbujas.

Los espacios cavernosos pueden estar trombosados y obliterados, se pueden encontrar cantidades considerables de hemosiderina.

Tratamiento: la incisión o curetaje quirúrgico.

Lesión maxilar por hiperparatiroidismo:

Es común en mujeres.

Síntomas Generales: hay dolor e hipersensibilidad en huesos largos; adelgazamiento de corteza ósea y -- pérdida del detalle de las trabéculas, se caracteriza por desmineralización ósea.

Cambios bucales: notable afloramiento de los dientes. Presenta epulis y quistes de células gigantes recurrentes, en Maxilares.

Tratam: extirpación quirúrgica.

Enfermedad de Paget:

Es más frecuente en hombres.

Síntomas: dolor, afecta huesos largos, cráneo, ti---

bia, columna vertebral, su corteza ósea es engrosada.
Hay resorción y depósito óseo.

Cambios dentales: aflojamiento dentario y separa---
ción. Es común amplia lesión de proceso alveolar.

Tratam: extirpación quirúrgica.

TEMA IV

TUMORES MALIGNOS.

4.1. Osteosarcoma.

4.2. Condrosarcoma.

4.3. Fibrosarcoma.

4.4. Melanoma Maligno.

TEMA IV

4. TUMORES MALIGNOS.

Estos incluyen todas las neoplasias posibles derivadas de tejido conectivo, vasos sanguíneos y linfáticos.

4.1. Osteosarcoma:

Son raros los casos bucales.

Se caracteriza por hinchazón y va avanzando hasta convertirse en una masa dura, hay expansión y perforación de placas óseas.

Provoca dolor, embotamiento, deformidad facial, con resorción y pérdida de dientes. Su aspecto de rayos solares, por las trabéculas irregulares del hueso neoplásico, que se irradia hacia afuera, puede variar según el tipo de radiotransparencia a radiopacas, la membrana afecta muestra ensanchamiento simétrico.

4.2. Condrosarcoma:

También es raro. Presenta hinchazón y expansión de placas óseas. A veces provoca resorción y pérdida de los dientes, y destrucción ósea.

Es un tumor transparente con límites definidos de - aspecto moteado por calcificación de cartílago neoplá - sico.

Tratam: extirpación quirúrgica radical.

4.3. Fibrosarcoma:

Es un proceso poco frecuente. Que se localiza en - el interior del hueso. El tumor clínicamente parece - un épolis blando y sésil. Presenta pequeños focos de células gigantes del mismo tipo que es un granuloma - de células gigantes.

Su pronóstico es relativamente bueno.

Histopatológicamente se ve anaplásico.

Tratam: se practica la resección local del hueso -- subyacente.

4.4. Melanoma Maligno:

Es una lesión pigmentada de color oscuro que aumenta, se extiende, se ulcera, forma costras y sangra fácilmente.

Es un tumor raro dentro de la cavidad bucal.

Para su diagnóstico se usan los 3 siguientes signos:

1. Color variegado, característica común del melanoma en tonos rojo, blanco y azul.
2. Bordes irregulares, se observaba como una muesca - en el borde de la lesión.
3. Superficie irregular. Hay elevaciones irregulares en muchos melanomas que pueden verse o palparse.

Histológicamente:

Las células tienen aspectos cuboides o fusiformes, y se disponen en forma alveolar. En la mayoría de -- los casos las células están llenas de gránulos de melanina.

Tratam: extirpación quirúrgica adecuada con margen- amplio, esto es en la lesión temprana.

TEMA V

TUMORES ODONTOGENOS.

5.1. De Origen Ectodérmico:

Ameloblastoma.

Tumor Odontógeno Adenomatoide.

Tumor Odontógeno Epitelial.

5.2. De Origen Mesodérmico:

Fibroma odontógeno.

Mixoma odontógeno.

Fibroma osificante.

Fibroma cementante.

Fibroma cemento osificante.

5.3. De Origen Mixto:

Fibroma ameloblástico.

Odontoma ameloblástico.

Odontoma compuesto ó complejo.

TEMA V

5. TUMORES ODONTOGENOS.

5.1. Tumores de origen ectodérmico.

Ameloblastoma:

Es muy poco observable. Se localiza en maxilar inferior en la rama ascendente. Su aspecto radiográfico es radiotransparente multilocular.

Síntomas: hay hinchazón, invasión destructiva, maligna local, con poca metástasis.

Tratam: extirpación quirúrgica, raspado con bordes adecuados.

Tumor odontógeno adenomatoide:

Se encuentra mucho en personas entre 11 y 19 años.

Se localiza en maxilar superior, áreas cuspídeas.

Su aspecto radiográfico es radiotransparente, con pequeñas masas calcificadas.

Síntomas: expansión cortical sin invasión.

Tumor odontógeno epitelial calcificante:

Es localizado más en maxilar inferior, en áreas de premolar. Radiográficamente se observa radiotransparente, con islotes radiopacos.

Síntomas: hinchazón con invasión local destructora.

Tratam: extirpación quirúrgica con bordes adecuados.

5.2. Tumores de origen mesodérmico.

Mixoma odontogénico:

Tumor de los maxilares y mandíbula, que se origina del tejido mesenquimatoso del germen dentario. Se presenta en mandíbula, produce dilatación ósea marcada y deformación facial.

Puede haber dolor. Está formado de células estrelladas, con prolongaciones citoplasmáticas, y en algunos tumores, se observa epitelio odontogénico alrededor del borde del tumor.

Tratam: es la cauterización.

5.3. Tumor de origen mixto.

Fibroma ameloblástico:

Es una neoplasia odontogena mixta, por su proliferación de elementos epiteliales y mesenquimatosos, sin formación de esmalte y dentina. Es de crecimiento lento y no tiende a ser invasivo. Suele ser indoloro y asintomático, se localiza más en región de molares-mandibulares.

Histológicamente: está encapsulado por islas de células epiteliales que pueden ser cuboidales.

Tratam: eliminación quirúrgica por conservación.

Odontoma ameloblástico:

Tumor con numerosas células ameloblásticas y estructuras dentales sólidas.

Etiología: trauma o alguna infección, y otros es anomalía congénita. Aparece frecuentemente en niños y se desarrolla tanto en mandíbula como en el maxilar, es de lento crecimiento, puede causar expansión ósea,

en ocasiones hay dolor y hay absorción ósea.

Radiográficamente: encontramos epitelio ameloblástico y retículo estrellado. Se cree que la recurrencia asociada con destrucción de tejido ó microscópicamente en estos tumores se ven los mismos elementos que constituyen un diente: esmalte, dentina, cemento, tejido pulpar y tejido conjuntivo.

Tratam: extirpación quirúrgica.

Odontoma Compuesto ó Complejo.

El complejo se caracteriza por poca morfodiferenciación, es decir una masa simple e irregular de tejido.

Y el compuesto, tiene morfodiferenciación. La dentina y el esmalte están dispuestos de manera similar a la de los dientes normales.

Son muy comunes entre los 10-30 años de edad, no son malignos, suelen ser asintomáticos y son pequeños ó están asociados al desarrollo de un quiste dentígeno.

Radiográficamente. - se ven radiopacidades irregulares redondas de una línea radiolúcida. Y ambos pueden estar asociados al diente sin erupcionar, porque se puede situar en la raíz del diente.

TEMA VI

TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES.

6.1. Benignas:

Tumor Mixto (adenoma pleomórfico).

Cistadenoma papilar linfomatoso.

Oncocitoma.

6.2. Malignos:

Carcinoma Mucoepidermoide.

Tumor mixto Maligno.

Adenocarcinoma.

Carcinoma quístico adenoide.

Adenocarcinoma de células acinosas.

Carcinoma Epidermoide.

6. TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES:

No se sabe cual sea la célula que da origen a estas lesiones. Su diagnóstico es por palpación.

Signos y síntomas clínicos: presenta dolor, crecimiento brusco, parálisis del nervio facial, consistencia dura, límites precisos con infiltración de tejidos vecinos y difusión metastática. Se presenta en glándula parótida, submaxilar, sublingual y glándulas salivales menores.

Tratam: extirpación quirúrgica. O cirugía combinada con radioterapia, ya que éste es más eficaz.

6.1. Benignos.

Tumor Mixto:

Conocido también con el nombre de adenoma pleomorfo.

La mayor parte de ellos son encapsulados, afecta a ambos tipos de glándulas salivales. Sus lugares de predilección son: glándulas palatinas y submaxilares.

Síntomas: hinchazón en glándulas ó cavidad bucal.

Hay dolor. Y compresión del nervio facial en la parótida causando parálisis.

Cisto adenoma papilar:

Es un grupo histológicamente exótico. Constituido por una triple capa de proliferación epitelial. Dentro de una pared quística, que da un índole quística-encapsulado.

Hay poco crecimiento de la parótida, que se presenta bilateralmente.

Oncocitoma:

Está compuesto por células oncocíticas o sebáceas.

Oncocitos: son células poligonales eosinófilas relativamente grandes.

Es un cambio frecuente que tiene lugar con la edad de las glándulas, parótida y serosas pequeñas; y glán

dulas mucosas asociadas con papilas, y circundantes de la lengua.

Tratam: extirpación local.

6.2. Malignos.

Tumor Mixto Maligno:

De crecimiento lento y bien delimitado.

Se caracteriza por células: epiteliales, cuboides alargadas, escamosas y células mioepiteliales.

A veces parece que el tumor es de origen conjuntivo, ó el carácter incidioso es su malignización ocasional, y la valoración de la misma. Varía según la población. El crecimiento infiltrativo rebasa la cápsula sin invadir los órganos vecinos.

Tratam: extirpación quirúrgica.

Adenocarcinoma:

Aunque los sialocarcinomas adenoides quísticos y --

acinares siguen siendo clínicamente benignos, el adenocarcinoma parece ser más maligno.

Sus células son regulares y de aparición benigna.

Carcinoma de Células Basales:

Se cree que su etiología es por exposición a la luz solar, y el cáncer en piel. Este suele presentarse en superficies cutáneas sin pelo, en el tercio medio de la cara.

Clinicamente la lesión comienza con una pequeña pápula elevada que se ulcera, se cura y se desintegra nuevamente, y se repite el ciclo y a medida que aumenta más tarda el ciclo.

Histopatológicamente.- el tumor se presenta como nidos, islas o láminas de células malignas similares -- poco protoplasma y membrana celular poco distinta.

El pronóstico es bueno si se trata pronto adecuadamente por extirpación quirúrgica, o radioterapia.

Raramente produce metástasis, pero puede matar por destrucción y erosión de tejidos en estructuras vitales.

Se cree que se produce por medio de las glándulas -
serosas, por eso su frecuencia en las glándulas sali-
vales menores, su localización más frecuente es en la
tráquea, bronquios y en paladar duro y blando, en len-
gua, nariz, seno maxilar y labio superior.

Microscópicamente.- hay delimitación poco clara.

Tratam: extirpación quirúrgica.

Adenocarcinoma Celular:

Es un tumor de crecimiento lento, hubo un tiempo --
que se consideró un tumor benigno, se localiza esen-
cialmente en la parótida, y poco en glándulas sublin-
guales.

Es también un tumor pequeño, redondo y encapsulado.

Produce dolor y parálisis del nervio facial.

Es duro y puede estar desplazado o adherido.

Es amarillo grisáceo por sus componentes mixomato--
sos.

Está constituido esencialmente por láminas epitelia-
les solas.

Existen estructuras glandulares, sus células son poliginales.

Carcinoma Mucoepidermoide:

Está formado por tres tipos de células:

Células secretoras de moco.

Células epidermoides.

Células intermedias.

Estas células pueden disponerse a modo de estructuras glandulares con formación de microquistes.

Carcinoma quístico adenoide:

Está compuesto de pequeñas células que se tiñen uniformemente, que en su porción central pueden contener material mucoide o hialino. Este tumor es muy maligno.

Para su aspecto histológico es erróneamente benigno, ya que presenta nidos, islas y láminas de células malignas.

Tratam: extirpación quirúrgica

TEMA VII

TRATAMIENTO DEL CANCER BUCAL.

- 7.1. *Cirugía.*
- 7.2. *Radioterapia.*
- 7.3. *Quimioterapia.*

TEMA VII

7. TRATAMIENTO DEL CANCER BUCAL.

1. Cirugía.
2. Radioterapia.
3. Quimioterapia.

Pueden usarse distintamente o en combinación diversa, según la localización del tumor, sin embargo; la decisión terapéutica final puede estar influida por otros factores no médicos: como, rechazo por parte del paciente o situación y profesión, así como la edad, enfermedades generales graves, coexistencia de tumores.

7.1. Cirugía:

Se trata de la extirpación quirúrgica de todo el tumor. Su ventaja es el tratamiento inmediato y completo en breve tiempo.

Su inconveniencia es la necesidad de pérdida de tejido para extirpar todo el tumor.

La crio cirugía, consiste en una congelación, que provoca la destrucción local de los tejidos; por medio de nitrógeno líquido, y se puede emplear como tratamiento paliativo.

7.2. Radiación:

Es un tratamiento local eficaz para el cáncer, puede utilizarse empleando una fuente externa o interna de radiación.

Ventajas.- posibilidad de conservar tejidos normales y sus funciones.

Inconvenientes.- tiempo prolongado de tratamiento, y lesiones por radiación a tejidos normales.

Efectos secundarios.- incluye mucositis, epidermitis, xerostomía, alteraciones del gusto, caries, lesión pulpar, trismus, osteoradionecrosis.

7.3. Quimioterapia:

Es de tipo local y general de tratamiento del cáncer, hay diversos momentos en los cuales puede y debe pensarse en la quimioterapia. Aunque su mejor eficacia

cia es cuando ha sido combinado.

Condiciones.- en la etapa de la enfermedad y el grado de diferenciación de los tumores.

Las dosis más recomendadas en la aplicación de bleomicina por vía I.V. es de 13 U/M^2 dos veces por semana, y una dosis no mayor de 200 U/M^2 .

Reacciones o efectos de la quimioterapia:

Puede haber hipertensión.

Toxicidad para piel y mucosas.

y puede incluir úlceras bucales,
toxicidad pulmonar, con neumonitis.

Dolor local durante la inyección.

Otros medicamentos empleados son:

Metotrexato

Hidroxiurea

Dactinomicina

5- Fluorouracilo

y Ciclofosfamida.

Por último hay que tener un tratamiento sostenido de los pacientes con cáncer. Hay que pensar en la rehabilitación física y funcional, en los aspectos estéticos, psicológicos y sociales. Tenemos que emplear medidas de reconstrucción.

Y si su rehabilitación más productiva se iniciara al planear el tratamiento, valorando y consultando todas las disciplinas médicas. Para todo este tratamiento se requieren los servicios de los prostodontistas maxilofaciales, patólogos fonistas, dentistas, cirujano plástico, un psicólogo y sobre todo, tomar nota del estado general de salud, así como de cualquier dificultad específica.

CONCLUSIONES

La etiología y la patogenia de las neoplasias todavía están llenas de preguntas. El enfoque más satisfactorio y con mayores probabilidades de éxito lo constituye la prevención.

Algunos de los agentes carcinógenos físicos y químicos, los podemos eliminar. Por ejemplo: la incidencia del cáncer pulmonar se podría reducir al disminuir el fumar y la contaminación ambiental.

Otro aspecto sería el tratamiento de las lesiones precancerosas. Las observaciones hechas en el desarrollo del cáncer uterino nos ha llevado a creer que los tumores invasivos es el estadio final de las lesiones precancerosas. Esto se puede observar en la aparición anormal celular, lo cual puede detectar y tratar en el cervix con relativa facilidad, por lo tanto, el cáncer del cervix uterino es una enfermedad que se puede prevenir.

Por otro lado, podemos mencionar que en la rehabilitación de dichos pacientes hay que pensar también en-

los aspectos estéticos, psicológicos, sociales y económicos.

En donde entran: el especialista en prostodoncia maxilofacial, para la preparación de una prótesis.

El foniatra. Como secuela en cáncer bucal o laringeo.

El dentista. Para promover su higiene bucal y una buena dentición. En relación con la radioterapia.

El cirujano plástico. Para preparar tejidos necesarios para la reconstrucción facial.

Un psicólogo. Proporciona consejos y ayuda para que el paciente se reajuste a su vida social.

También deben llevarse a cabo exámenes periódicos de vigilancia. Ya que tiene un riesgo elevado para desarrollar un segundo cáncer primario. Estos exámenes incluyen radiografías de torax por el resto de su vida. Deben registrarse los signos de metástasis regionales o a distancia.

Por su desgracia, hasta aquí el pronóstico de la mayor parte de cánceres es malo, pero en un futuro, quizás se logre la solución del problema antes de conocerse perfectamente su teoría.

BIBLIOGRAFIA

Medicina Bucal de Burket. Diagnóstico y Tratamiento

Dr. Malcom A. Lynch

7a. Edición. 1980

Editorial: Interamericana.

Patología Bucodental

Dr. C.D. Ma. Teresa Montante Ruiz.

Colaboración: C.D. Javier Portilla Robertson.

C.D. Manuel Frías Pezqueira.

Sistema de Universidad Abierta U.N.A.M.

2a. Edición.

Patología Oral

Dr. Thoma

Robert S. Gorlinn

Henry M. Goldam

Editorial Salvat, S.A.

Apuntes de Patología Bucal

Dr.

3er. Semestre.

Enciclopedia Médica del Hogar

Dr. Agustín Pedro Pons

Editorial Cumbre

Edición Especial.

Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral

Dr. J.J. Pindborg

2a. Edición

Editorial Salvat, S.A.

Tratado de Patología Bucal

Dr. Williams G. Shafer

Maynard K. Hine

y Barnet M. Levy

México, Ed. Interamericana, 1977

846 pág.

Patología Oral

Dr. R.J. Gorlin

y H.M. Goldam

Ed. Salvat, S.A. 1980

1273 pág.

Patología Estructural y Funcional
Dr. Stanley L. Robbins
México, Ed. Interamericana, 1975
1516 pág.

Nociones Básicas de Patología
Dr. Adalberto Mosqueda
y Velia Ramírez.
Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco
MG Impresores.
Primera Edición, 1981
111 pág.