

24/80

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



GENERALIDADES DE CANCER BUCAL EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
LUCRECIA ANGELINA AVILES RANGEL
MEXICO, D. F. 1982



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.

I N D I C E.

	Pág.
I.- CANCER EN GENERAL.	1
HISTORIA DEL CANCER	2
ETIOLOGIA	7
CLASIFICACION Y NOMENCLATURA	12
CARACTERISTICAS GENERALES	14
EVOLUCION	19
MECANISMOS DE DISEMINACION.	20
II.- CANCER ORAL. ETIOLOGIA DEL CANCER ORAL.	23
III.- TRATAMIENTO	26
RADIOTERAPIA	28
QUIMIOTERAPIA	29
INMUNOLOGIA	32
HORMONOTERAPIA	33
IV.- REHABILITACION.	35
DESEQUILIBRIO E INVALIDEZ POR CANCER	35
ESPECIALIDADES MULTIDISCIPLINARIAS	38
MANEJO DEL PACIENTE DENTRO DE LA CLINICA.	42

	P&g.
REPERCUSIONES PSICOLOGICAS Y SOCIALES	46
V.- CONCLUSIONES	50
VI.- BIBLIOGRAFIA.	52

P R O L O G O

En el transcurso de esta tesis, con la motivación principal de obtener el título de Cirujano Dentista, pretendo al mismo tiempo de tratar un panorama general de lo que comúnmente llamamos "Cáncer" hacer surgir la necesidad de una participación activa y conjunta del Odontólogo con otras especialidades para enfrentar los problemas que se relacionan con esta enfermedad.

Desde el diagnóstico precoz hasta la rehabilitación del paciente con Cáncer, para la Odontología se abren amplios caminos para nuevas especialidades que darán la pauta a técnicas que revolucionarán antiguos conceptos y mayores posibilidades de dar al paciente Oncológico mejor atención profesional.

Hacer penetrar en la conciencia del Cirujano Dentista la importancia que en muchos casos, se presentan en nuestras manos, los medios para diagnosticar veraz y oportunamente un caso que puede salvarse y sobre todo rehabilitarse mejor sin llegar a la dramática muerte que en la mayoría de ellos es casi inevitable.

Lucrécia A. Avilés Rangel.

INTRODUCCION

La Cancerización no es un proceso que surja mágica y súbitamente, así como tampoco se trata de la evolución incesante de un fenómeno cuya iniciación desconocemos.

En el estado actual de nuestros conocimientos hemos de considerar que la Cancerización de un órgano procede por etapas, descritas en el transcurso de esta tesis.

Vamos diferentes agentes que inducen una mutación somática que transforma la célula normal en un ente que genéticamente le es extraño. En una segunda etapa, la célula permanece en estado de latencia, durante la cual está mutada, permaneciendo sin capacidad de proliferación si es que no fue antes aniquilada por la reacción inmunológica del huésped que no la reconoció como propia a su organismo.

Quizá debamos preguntarnos, más bien por qué no se produce cáncer, que por qué no se produce con mas frecuencia, dado que estos hechos mutativos distan de ser seguramente excepcionales.

En el segundo tiempo de la cancerización, todos aquellos agentes o mecanismos que deprimen la respuesta inmune permitirán que aquella célula mutada quiescente y latente proliferare y llegue a constituir el tumor verdadero.

Por lo tanto una galaxia de enfermedades en las cuales la anatomía patológica ha impreso una imagen estática es lo que hasta ahora por comodidad semántica, denominamos "CANCER".

Esta imagen: destrucción tisular, infiltración, progresión y diseminación impregna tanto el concepto médico como el difícilmente influenciado terror popular a la enfermedad.

Resumiendo diríamos que cáncer, cancerología, son un mundo en el cual se agitan conocimientos dispersos, valiosos sin duda, - pero que no llegan a establecer entre sí la coherencia que exige el establecimiento de una verdadera doctrina.

I

CANCER EN GENERAL.

CONCEPTO DE NEOPLASIA CANCEROSA.- Se ha descrito ya que "neoplasia" y tumor son sinónimos, por lo tanto es en sentido estricto "un tejido anormal de nueva formación que se desarrolla con independencia del resto del organismo y que no sirve a ningún propósito útil.

Ahora bien los tumores o neoplasias, en consideración a su comportamiento biológico se han distinguido en benignas y malignas, siendo estas últimas las que se han considerado "cancerosas".

El tumor maligno es aquel que se forma por crecimiento exorbitante de sus células, mismas que se ensanchan hacia los tejidos vecinos en forma desordenada, grotesca, a gran velocidad y es casi siempre mortal.

Podemos decir que las lesiones malignas se distinguen -- porque se tornan invasoras, desconociendo los tejidos de donde provienen, convirtiéndose en extrañas y atípicas.

Resumiendo, diremos que las características de las lesiones malignas son:

- 1.- Proliferación incontrolada de células atípicas.
- 2.- Infiltración e invasión de los tejidos circunvecinos.
- 3.- Rigidez o adherencia a los tejidos circundantes.
- 4.- Induración (dureza) de las zonas contiguas.
- 5.- Linfadenopatía metastásica.

HISTORIA DEL CANCER.

La palabra "carcinoma" deriva del griego y significa -- cangrejo. Su forma latinizada es "cáncer", con la misma significación.

En el lenguaje astronómico sirve de denominación a la - constelación del mismo nombre que se encuentra entre Leo y Gémini. En sentido médico es utilizada ya en 1600 con significación médica y mas precisa que la de "kanker" aplicada en un sentido vago a la úlcera roedora. Quizás el nombre era aplicado en vista de que grandes venas rodeaban al crecimiento maligno y morfológicamente sugerían las pinzas de un cangrejo.

Paul de Aegina (625-690 A.D.) añade la siguiente anotación: Bien que el término "cáncer" se aplique con la significación antes dicha, quizás también haya de mencionarse que la lesión así llamada se adhiere con tal obstinación al órgano que -- afecta, de la misma suerte que un cangrejo, no puede ser separado sin gran dificultad del tejido afectado.

Existe en aquellos tiempos la superstición de que la - enfermedad cáncer está asociada al signo del zodiaco del mismo - nombre y que las personas que nacen bajo este signo están predestinadas a morir de cáncer.

Esper de Erlangen describe en 1734 la lesión de un oso cavernario perteneciente al período pleistoceno que creyó se trataba de un osteosarcoma del fémur, sin embargo, posteriores investigaciones piensan era un callo producido en torno a una fractura infectada.

Hay mención del cáncer en el Papyrus de Evers aparecido - 2,500 años antes de Cristo.

Las manifestaciones externas del cáncer fueron ya descritas por Hipócrates y su escuela en el intento de clasificaciones de las neoplasias, que aún persisten. Celsus, 53 años antes de Cristo diferenció claramente los tumores malignos de las neoplasias benignas y de las lesiones inflamatorias.

Galeno, con su nefasta influencia de los 4 humores también opina sobre cáncer al decir que aquellas personas en las que predomina la bilis negra son propensas a cáncer, ya que aquella tiende a solidificarse en ciertos puntos de elección: labios, ~~mama~~ y -- lengua.

Cáncer según él, representa una enfermedad interna que ha de ser tratada con purgantes. Esta concepción del cáncer permaneció inalterada durante un milenio y, a pesar de que representa una interpretación totalmente errónea, ya apunta a una concepción interna sistémica de la enfermedad.

El Renacimiento no es capaz de aniquilar las doctrinas -- de Galeno y corresponde tal mérito al Cirujano de París Henri Francois / b Dran al oponerse de una manera terminante a la teoría de -- los humores de Galeno, en lo que concierne al cáncer, y en su memoria publicada en 1757, expresa la opinión de que el cáncer es una lesión local que difundiría a través de los vasos linfáticos y de los ganglios regionales y que tiende a recidivar. Su concepción de la -- enfermedad fue basada en estudios post-mortem y su teoría linfática era una consecuencia lógica del descubrimiento de Harvey concerniente a la circulación sanguínea y de los estudios de Olaus Rudbeck en su descripción de los vasos linfáticos.

El siglo XVIII significa en Inglaterra un desarrollo importante en la Historia del Cáncer, ya que en 1775 Sir Percival Pot describe la primera enfermedad profesional en el cáncer del escroto.

En 1802 es fundada en Londres una sociedad para la investigación de la naturaleza y de la causa del cáncer, y el Edinburgh Medical and Surgical Journal publica en 1806 sus trece preguntas -- elaboradas por un comité médico donde se ven involucrados una serie de conceptos que impregnan ya nuestra actual concepción del cáncer.

En 1801 Xavier Bichat, sin ayuda del microscopio, distingue claramente entre "estroma canceroso" y el "parénquima canceroso" de un tumor.

Récanier en 1829 atrae la atención sobre la tendencia del cáncer a desarrollarse en lesiones névicas descritas como la invasión venosa por células cancerosas e introduce por primera vez el término "metástasis" que aplicó a un nódulo cerebral secundario a un cáncer de la mama.

Aparece entonces en el campo de la cancerología Johannes Müller que muestra un conocimiento muy avanzado para su época, de diversos tipos de tumores; describe por primera vez la anaplasia celular como fenómeno frecuente en la malignización celular.

Surge entonces la figura de Rudolf Virchow que tan sólo tenía 26 años cuando funda los archivos que llevan su nombre. En 1858 propone la teoría de que el origen del cáncer está en el tejido conectivo. En 1865 Karl Thiersch de Erlanger impugna esta teoría pronunciándose por el origen epitelial del cáncer y sus ideas fueron confirmadas 2 años después en 1867 por Waldeyer-Hartz.

Julius Cohnheim en 1877 propone la teoría del desarrollo del cáncer sobre restos embrionarios ectópicos, teoría de la cual al Ribbert (1905) es el moderno protagonista.

Aparece después una segunda época. Sigue una serie de interminables investigaciones que hablan de agentes cancerígenos y de la descomposición y estructura de los mismos. Los nombres de Russel Peyton Rous, de Kennaway, Maynard, y toda una serie de investigadores japoneses van asociados a esta etapa del problema, en la que no solamente son invocados agentes químicos sino también bacterias y filtrados acelulares.

Casi simultáneamente con esta época comienzan a entremezclarse en ella hallazgos que reconocen la potencia cancerígena de agentes intrínsecos al organismo y procedentes de elementos vivos. Antoine Lacassagne, en 1932, demuestra que la administración persistente de estrógenos produce en ciertas cepas de ratones, cáncer mamario, siendo el primero que establece con rigor, la hormonodependencia de un tumor, la cual es brillantemente confirmada por Huggins en 1940, en relación con los cánceres mamario y prostatico.

Aparecen ahora en la escena del cáncer los virus. Fueron Borrell en 1903 y Ross también en el mismo año los que lanzaron la hipótesis de que el cáncer puede tener un origen viral, basados ambos en la observación de que los virus ejercen un efecto proliferativo sobre los tejidos. Poco tiempo después se descubre el origen viral de la leucosis de las aves por Ellermann y Bang (1908) y tres años después Peyton Rous identifica un virus como origen de tumores mesodérmicos espontáneos del pollo (1911).

Francisco Durán Reynals en 1953 afirma: de los virus, su habilidad para compartir efectos biológicos sobre virus cancerígenos; su capacidad para actuar sobre un sustrato genético específico; su

especificidad celular, que sin embargo puede sufrir variaciones; su capacidad para permanecer latentes e inactivos durante períodos muy largos, y la posibilidad de producir variedad de lesiones, según que actúen sobre huéspedes jóvenes o adultos; por último, la versatilidad que poseen, al aparecer libres, enmascarados, en proliferación, o en inactividad.

Quizás si existe una pequeña resistencia del huésped, se producen lesiones inflamatorias. Si la resistencia del huésped es - muy poderosa no se produce lesión alguna y si el huésped se encuentra en una situación de resistencia intermedia conduciría la acción del virus al desarrollo de un tumor.

ETIOLOGIA DEL CANCER EN GENERAL.

Como ya hemos visto en lo anterior, no existe un conocimiento determinante sobre el origen del Cáncer, pero a continuación resumiremos las condiciones y teorías que puedan orientarnos en la etiología de éste.

A)CONDICIONES ETIOLOGICAS GENERALES: Son los factores ocasionales predisponentes y se refieren a la herencia, edad, sexo, clima, raza, situación geográfica, etc.; así en un ambiente citadino, existen muchas probabilidades de contraer cáncer, ya por los gases tóxicos desprendidos de fábricas y vehículos, que son propicios para provocar alteración de las células normales y --- transformarse en malignas.

Se ha dicho también que la frecuencia de la neoplasia maligna, aumenta con la edad, así se tiene -- que alcanzar un medium a partir de los 30 años, predomina el sarcoma y rebasando esa edad el epiteloma; en lo que respecta al sexo, los tumores cancerosos, tienen -- predilección hacia los varones.

Los factores constitucional y cósmico, ejercen una gran influencia en los procesos que evolucionan en la boca, así por ejemplo la nutrición, secreciones -- internas, vitaminas, enfermedades de la sangre, así como las causas exógenas que hemos visto antes, tienen mucha importancia en la aparición del cáncer.

B) **CONDICIONES ETIOLOGICAS LOCALES.**- Son causas determinantes, el traumatismo o su cicatrización que pueden crear un foco de desenvolvimiento de una lesión - maligna, como las irritaciones, inflamaciones crónicas, que pueden producir cáncer cutáneo y también las cicatrices de quemaduras.

A continuación se describen las teorías exis-tentes para explicar la etiología del cáncer.

C) **TEORIA HUMORAL.**- Esta teoría afirma que el cáncer es más susceptible a desarrollarse en personas -- adultas que en jóvenes, tanto para el hombre como para los animales.

Lo anterior puede deberse a probables desgas-tes celulares o a padecimientos orgánicos sufridos por - el paciente a lo largo de su vida y que han desarrollado un camino para la incubación de la enfermedad.

Esta corriente afirma también que el coleste-rol es causante del cáncer, porque pertenece a las gra-sas y con los años se asienta en un tejido óseo.

Sin embargo consideramos que la edad, en sí no es un factor etiológico de cáncer, sino que las substan-cias cancerígenas encuentran un camino óptimo en personas de más de cuarenta años. Se piensa también que la edad peligrosa ocurre durante el climaterio generalmente en las mujeres en la etapa de la menopausia.

D) **TEORIA CELULAR.**- Deriva de los adelantos de la citología y se explica a partir de las anomalías que tienen lugar en la división de las células cancerosas.

Los científicos han logrado provocar por medios físicos y químicos modificaciones celulares en órganos de animales, utilizando rayos ultravioletas, rayos X, radiaciones de otra índole, o valiéndose de compuestos, desde colorantes de anilina, hasta hidrocarburos, etc.; comprobándose que con algunos agentes físicos, se han logrado provocar una serie de mutaciones celulares capaces de transmitirse por herencia.

Esta teoría afirma que el cáncer es fenómeno que se causa por agentes químicos o físicos, así las características nuevas encontradas en las células cancerosas se trasladan a las células vecinas.

Las hormonas también han actuado como tóxicos (agentes químicos) y provocan igualmente células atípicas, no se ha comprobado si son productoras de cáncer.

E) TEORIA VIRAL .- Según esta teoría los causantes de tumores malignos o benignos son microorganismos denominados "virus filtrables", porque al transmitir experimentalmente el líquido filtrable de un tumor de animal a otro sano, se encontró con que la neoplasia también se transmitía, pensándose que los virus responsables, eran de este tipo.

Estos virus también se encontraron presentes en gripe, sarampión, etc., afirmándose que el virus canceroso sería "in situ", ello quiere decir que el mismo estaría presente en todas las células orgánicas, siendo capaz de que mediante influencias endógenas y exógenas, se tornase en virulento, apto para transmitir tumores malignos.

Se interpreta también que los elementos celulares biológicos normales, encierran o pueden absorber sustancias que los convierten en patógenos pero mientras tanto se encuentren en período de simbiosis.

F) TEORIA BIOQUIMICA .- (en animales) Esta teoría logra reunir los argumentos específicos de la anterior y se ha ocupado en examinar al microscopio electrónico, la constitución química de los virus filtrables, determinando haber encontrado como uno de sus elementos el ácido nucléico.

Dicha substancia en sus modalidades de ácido-ribonucléico (RNA) y ácido desoxirribonucléico (DNA) alterado, está presente en todas las células, desempeña un papel importante en ellas y en los genes, de tal modo que se llega a pensar que si el mencionado componente se altera, aquéllas también sufren algo similar, produciéndose una mutación específica en las células.

Pero actualmente no existe descubrimiento que demuestre que lo que puede acontecer en animales, también acontezca en humanos.

Lo que si se puede aplicar universalmente es que un microorganismo se desarrolla en un cuerpo previo contagio de los virus gérmenes del cáncer.

Esta teoría endógena celular del cáncer nos da lo siguiente:

- 1.- Que el cáncer no es contagioso.
- 2.- Que es difícil su transmisibilidad.
- 3.- Se presenta excepcionalmente entre animales de la misma especie.
- 4.- No hay reacciones de suero-diagnósticas.
- 5.- Producción experimental de tumores en diversas especies de animales por medio de agentes mutógenos.
- 6.- Fracaso a la terapia anti-infecciosa.
- 7.- Aumento del cáncer con la edad.
- 8.- Susceptibilidad hereditaria.

CLASIFICACION Y NOMENCLATURA.

La anatomía patológica estudia las alteraciones morfológicas producidas por la enfermedad en el organismo, a nivel de sus órganos estudiados en las necropsias o en intervenciones quirúrgicas, en porciones de órganos o tejidos en operaciones o por biopsia y en células estudiadas en biopsias, líquidos o secreciones ya sea en microscopio de luz o electrónico. El cáncer reviste infinidad de formas clínicas, macroscópicas y microscópicas, con caracteres peculiares a cada variedad.

Por lo que deducimos que la clasificación mas correcta es histogenética, utilizando los mismos tejidos que se estudian en la histología normal, con la apreciación de benignos o malignos, se forman grupos afines en ciertos caracteres

Mencionaremos una clasificación general y los caracteres macro y microscópicos mas frecuentemente encontrados en las neoplasias malignas.

CLASIFICACION GENERAL

Tejido	Neoplasia benigna	Neoplasia maligna
Epitelio:		
de revestimiento	Papiloma	Carcinoma
glandular	Adenoma	Adenocarcinoma
Tejido conjuntivo:		
fibroso	Fibroma	Fibrosarcoma
Adiposo	Lipoma	Liposarcoma
Tejido muscular:		
liso	Leiomioma	Leiomiomasarcoma
estriado	Rabdomioma	Rabdomiosarcoma
Tejido cartilaginoso:		
	Condroma	Condrosarcoma
Tejido óseo		
	Osteoma	Osteosarcoma
Tejido vascular:		
Sanguíneo	Hemangioma	Hemangiosarcoma
Linfático	Linfangioma	Linfangiosarcoma
Tejido nervioso:		
Nervios	Neuroma	
Vaina nerviosa	Neurofibroma y Neurilemoma	Schwannoma maligno
Neuroglia	Glioma	Glioblastoma
Tejido pigmentario:		
		Melanoma

CARACTERES MACROSCOPICOS GENERALES DE LAS NEOPLASIAS.

Indudablemente, son las características que debe conocer el médico clínico, o Cirujano Dentista, ya -- que los otros caracteres: microscópicos, ultraestructurales, bioquímicos, genéticos, etc. pertenecen al campo de los especialistas respectivos:

1. ASPECTOS.

- a) Tumorción, masa aumentos de volumen.
- b) Ulceración con pérdida de tejidos más o -- menos amplia.
- c) Endurecimiento o reblandecimiento (consistencia).
- d) Combinación de los anteriores.

2. FORMA.

- a) Nodular, de límites imprecisos.
- b) Esferoidal.
- c) Polipoide.
- d) Papilar.
- e) Granulosa.
- f) Fungosa, vegetante.
- g) Placas induradas.
- h) En anillo de servilleta.
- i) Fusiforme.

3. COLORACION.

- a) Blanquecina: carcinomas.
- b) Rosácea: sarcomas.
- c) Negra: melanomas.
- d) Verde: cloroma.
- e) Verde obscuro: hepatoma
- f) Amarillo naranja: carcinoma renal
- g) Rojo: Hemangiomas.

4. DIMENSIONES.

Varían desde las muy pequeñas, invisibles a simple vista como los carcinomas intraepiteliales o los llamados ocultos por tener apenas unos milímetros de diámetro, hasta alcanzar masas de más de un kilogramo de peso.

5. LIMITES.

- a) Encapsulada. Algunos órganos que la tienen previamente como ganglio, riñón, ovario.
- b) Bien limitada pero no encapsulada.
- c) Infiltrante, sin bordes precisos.

6. SUPERFICIE.

- a) Lisa.
- b) Nodular.
- c) Granulosa.
- d) Papilar.
- e) Necrótica.
- f) Irregular.

7. CONSISTENCIA.

- a) Firme por aumento de células.
- b) Blanda por necrosis.
- c) Viscosa, semilíquida o mixoide.
- d) Renitente por quistes.
- e) Semidura en cartílago.

8. SECCION.

- a) Aspecto homogéneo: algunos carcinomas.
- b) Aspecto granulomatoso: Ca. cérvico uterino.
- c) Aspecto de comedón: comedocarcinoma de mama.
- d) Aspecto fibrilar: fibrosarcoma.
- e) Aspecto grasoso: liposarcoma.

- f) Aspecto coloide: adenocarcinoma mucoproductor.
- g) Aspecto amorfo: mixosarcoma.
- h) Aspecto perlado: carcinoma epidermoide que ratoblástico.
- i) Aspecto quístico: cistoadenocarcinoma de ovario.
- j) Aspecto hemorrágico: carcinoma de células de la granulosa.
- k) Aspecto heterogéneo: teratomas.
- l) Aspecto caseoso: Linfomas en ganglios.
- m) Aspecto cartilaginoso: condrosarcoma.

9. ORIGEN APARENTE.

- a) Piel. Epidermis: carcinomas.
Dermis: fibrosarcomas.
- b) Mucosas: carcinomas.
- c) Músculo: miosarcomas.
- d) Tejido adiposo: liposarcomas.
- e) Hueso: periostio: fibrosarcomas.
medula: mielomas.
- f) Serosas: mesotelomas.

10. ESTRUCTURAS INVADIDAS.

- a) Bordes quirúrgicos.
- b) Fondo o lecho
- c) Cápsula.
- d) Vasos sanguíneos.
- e) Organos vecinos.
- f) Organos distantes.

11. OTROS CARACTERES ESPECIALES.

Resumiendo puede decirse que los tumores malignos son de tres caracteres:

- 1.-Carcinomas. /bs que tienen lugar en el -- epitelio de revestimiento cutáneo, mucoso o glandular.
- 2.-Sarcomas.-Los que tienen lugar en los tejidos de sostén o de locomoción como el - muscular, óseo, cartilaginoso, conjuntivo adiposo, y tejidos de órganos sanguíneos formadores.
- 3.-Leucemias y /Infomas.- /bs que tienen lugar en la sangre u órganos hematopoyéticos y en el torrente linfático.

CARACTERES MICROSCOPICOS EN GENERAL.

/bs neoplasias están formadas por tejidos y, - al igual que ellos, se encuentran constituidas por células tumorales y estroma conjuntivo de soporte:

PARENQUIMA: Constituye lo que es la masa tumoral, sus características son semejantes al tejido que - ha invadido, tanto en su funcionamiento normal como en el caso de metaplasia.

ESTROMA: Se denomina así el lecho en que tiene su asiento la neoplasia.

Casi siempre los tumores cancerosos se identifican por su exagerada hiperplasia, hipertrofia, pleomorfismo, atipia, hiper cromatismo, mitosis anormal, pérdida de inhibición de crecimiento por contacto por lo que las células están mas unidas íntimamente,

Además encontramos que el crecimiento del tumor es erosivo, no aparecen encapsulados, se extienden por planos de menor resistencia.

Otra característica es que no cura por sí misma o en forma espontánea , su evolución es irreversi - ble, produce metástasis, es decir las células son des - prendidas y llevadas por la circulación sanguínea o -- linfática hacia sitios distantes.

Encontramos que a mayor malignidad, menor - es la diferenciación de sus elementos celulares.

EVOLUCION CLINICA DEL CANCER EN GENERAL

Tiene lugar en tres etapas muy específicas, descritas a continuación:

1.- ETAPA LOCAL.

La multiplicación celular se efectúa localmente, en esta fase no hay metástasis, es la mejor oportunidad para el ataque, la intervención quirúrgica deberá ser la indicada.

2.- ETAPA REGIONAL.

La neoplasia se desarrolla excéntricamente a los tejidos adyacentes, da metástasis regionales.

3.- ETAPA GENERALIZADA.

De los ganglios linfáticos, el cáncer alcanza otras áreas más lejanas haciéndose problemático su tratamiento.

MECANISMOS DE DISEMINACION DE LAS NEOPLASIAS.

INVASION.

Podemos decir que la invasión es la capacidad de las células para penetrar en los tejidos circundantes y una característica muy propia de este fenómeno es la agresividad con que lo hacen, destruyendo -- cuanto tejido encuentran a su paso, instalándose en él o lesionándolo definitivamente y reproduciéndose en -- proporción geométrica.

Ello se lleva a cabo, utilizando vías accesibles, cavidades o conductos preformados, así como espacios intersticiales, abarcando después estructuras -- mas firmes como huesos y cartílagos.

En la mayoría de los casos, las neoplasias -- malignas sufren diseminaciones; las vías más comunes -- de éstas se pueden agrupar en tres grandes grupos:

1.- DISEMINACION LINFATICA.

Los vasos son caminos para que las células -- cancerosas, viajen hasta las linfoglándulas que corresponden. Afectan primeramente los ganglios de drenaje -- profundo normal circunvecino al tumor original. Se le denomina Linfadenopatía metastásica.

2.- VIA HEMATICA.- que puede ser:

A) VIA VENOSA.- Las venas son caminos accesibles para su infiltración, espe- cialmente las de pared delgada, dañando pulmones, hígado, etc.

B) VIA SANGUINEA ARTERIAL.- Se valen de las arterias como medio de infiltra- ción, afectándose riñones, glándulas endócrinas y médula ósea.

3.- POR TRANSPLANTE O IMPLANTACION.-

Puede ocasionarse por desprendimiento de células malignas por movimientos normales, por ejemplo el labio con carcinoma puede dañar al labio opuesto por - el contacto normal. También puede ser por traslado di- recto de células malignas a tejidos sanos de una perso- na cuando ésta practica una intervención quirúrgica, -- aunque es raro, si es susceptible de ocurrir especial- mente en un descuido del profesional, al manejar el -- instrumental sin los cuidados pertinentes; o por la -- utilización inadecuada de instrumental contaminado y - guantes no esterilizados o contaminados.

METASTASIS.

Existe este fenómeno cuando tiene lugar un - disgregamiento de la colonia neoformada, la autonomía deja entrever esta peculiaridad, por virtud de la cual, una célula cancerosa o grupos de ellas se desprenden del tumor original y se diseminan a sitios distantes, incor- porándose a órganos sanos utilizando vías o caminos que en forma somera hemos visto, dando lugar a neoplasias -

secundarias y haciendo más difícil la sobrevivencia del paciente.

En general, los carcinomas se desarrollan, metastásicamente por vía linfática y los sarcomas, por la vía sanguínea, pero puede ocurrir lo contrario y cuando el riego sanguíneo o linfático no es suficiente para el organismo, se produce necrosis de los tejidos.

Las metástasis que tienen lugar en la cavidad oral, por focos primarios situados en otras zonas de la economía pueden producir parestesia, seguida de anestesia, como consecuencia de la presión a que se somete el nervio maxilar superior.

Las neoplasias primarias que generalmente desarrollan metástasis a los maxilares son: mieloma, melanoma, neoplasia de riñón, próstata, tiroides, testículos, cerebro, aparato digestivo, pulmón y de mama.

II

ETIOLOGIA DEL CANCER ORAL.

Como ya se mencionó, todavía no se tienen amplios conocimientos para determinar con claridad el porqué las células siendo normales súbitamente se tornan malignas; tal vez la explicación esté corroborada por la teoría viral en el sentido de que -- todas ellas poseen un virus en estado "ubícuo", que adquiere todas las características correspondientes al cáncer, cuando se altera uno de sus componentes fundamentales: el ácido nucléico.

Dentro de la etiología del cáncer oral, cabe decir que no tenemos un conocimiento claro de una causa esencial, sino sólo de carácter predisponente o local.

CLASIFICACION DE LOS FACTORES CARCINOGENOS. -- Estos agentes se han clasificado como sigue:

IRRITANTES FISICOS:

Rayos solares. -- Origina reacción citotóxica a nivel del estrato córneo y epidermis

Rayos X. -- / las exposiciones frecuentes producen alteraciones cromosómicas, degeneraciones y necrosis celular.

Calor. -- En caso de hipersensibilidad se producen quemaduras y ulceraciones crónicas que pueden degenerar hasta un cáncer, estas pueden ser producidas por bebidas calientes o por calor de la boquilla de una pipa.

IRRITANTES QUIMICOS.

Como el alcohol, tabaco (benzopireno), gasolina, dime -
 til-sulfato, ácido-acetil-salicílico, perborato de so -
 dio, polvos de alquitrán, polvos de cromo, arsénico.

Todos éstos producen irritaciones y ulceraciones cróni -
 cas en las mucosas, que en personas susceptibles pueden
 degenerar en cáncer.

IRRITANTES MECANICOS.

Traumatismos crónicos.- ocasionados por bordas cortan --
 tes de restauraciones y dentaduras mal ajustadas; dien -
 tes cariados con bordes cortantes y mordedura constante
 de carrillos.

HABITOS.

Masticación de tabaco.

Fumar con la colilla del cigarro al revés.

Hábitos nerviosos de morderse carrillos y labios.

Masticación de nuez de betel

**EVOLUCION BIOLOGICA DE ALGUNOS PROCESOS PATOLOGICOS ELI -
 CALES:**

Leucoplasia.

Sífilis.

Síndrome de Plummer-Vinson.

Eritroplasia.

OTROS FACTORES ETIOLOGICOS GENERALES:

Estados de desnutrición.

Higiene bucal deficiente.

Condiciones socio-económicas (pobreza).

Factores ambientales.

Factores endógenos (herencia).

III.

TRATAMIENTO.

GENERALIDADES:

Para aplicar un tratamiento eficaz, el médico o el ---- odontólogo deberán tomar en cuenta varios factores:

- 1) Estadio clínico de la lesión.
- 2) Su localización.
- 3) Resultados de la biopsia.
- 4) Radiosensibilidad.
- 5) Edad y resistencia del paciente.
- 6) Grado de metástasis.

El médico o el odontólogo al observar una lesión cancerosa, nunca deberá olvidar al paciente; es imprescindible observar la cicatrización y practicar un examen nuevo en un lapso de 10 días, porque " LAS LESIONES CANCEROSAS NO CICATRIZAN".

Gordon Castigliano aconseja dividir la evolución de los carcinomas en cuatro períodos:

- PERIODO I - El paciente descubre la lesión y busca asistencia médica.
- PERIODO II - Consulta al médico y éste emite su diagnóstico - no mayor de un lapso de 10 días.

PERIODO III - Tratamiento adecuado.

PERIODO IV - Observación después del tratamiento, a intervalos graduales por lo que este período abarca todo el resto de su vida.

TIPOS DE TRATAMIENTOS.

INTERVENCION QUIRURGICA.

La Cirugía de los padecimientos malignos puede ser radical, preventivo, reconstructiva o de rehabilitación según el caso.

La cirugía sigue conservando en la actualidad su posición preeminente, entre los tratamientos más adecuados e importantes para atacar el cáncer, mediante la extirpación o amputación de los tejidos malignos y aún de los sanos, ya que de no haberlo puede haber recidiva, en virtud de metástasis profundas o supervivencia de células anaplásicas.

Procurará conservar la integridad anatómica, sin destrucciones innecesarias de tejido que provoquen el repudio del paciente, familiares y medio social.

Este método es el más radical y resolutorio, pero su eficacia está condicionada a lo siguiente:

- 1.- Que se aplique lo más precozmente.
- 2.- Que complete la extirpación de ganglios linfáticos regionales infiltrados, más una buena parte de tejido subyacente.

- 3.- De ser posible y si es necesario aplicar la operación coman"o en la cual se sacrifican las venas yugulares interna, externa y anterior, con resección amplia de tejido, hemimandibulectomía o maxilar y disección radical de cuello

RADIOTERAPIA.

Constituye por si sola un método, pero suele asociarse a la cirugía. . La dividimos en tres tipos:

- 1) RADIUM TERAPIA O CURIETERAPIA.- Este método utiliza los rayos gamma, emitidos por el radio, su eficacia es parecida a los rayos X, su finalidad es lograr la muerte celular sin la ablación del tumor y no dañando las células y tejidos vecinos. Entre los métodos más usados está la bomba de cobalto, subtrabajo de los trabajos atómicos (cobaltoterapia).
- 2) ROENTGENOTERAPIA O RADIOTERAPIA.- Utiliza las radiaciones ionizantes de los rayos X o Roentgen.

Se les denomina ionizantes, porque desprenden energía en forma de ionización cuando entran en contacto con la materia, de tal manera que se puede dosificar como si fuese un medicamento.

Este tratamiento se utiliza en endocrinopatías, y neoplasmas de localización unicéntrica de naturaleza local o cuando mucho regional. Está contraindicada en tumores altamente indiferenciados, y metástasis linfáticas ampliamente diseminadas.

Se emplean también para la localización y diagnosi

Se emplean también para la localización y diagnóstico de los neoplasmas.

- 3) ADMINISTRACION DE ISOTOPOS RADIOACTIVOS.- Sus resultados son semejantes a los logrados por radioterapia y roentgenoterapia. Se introducen en el organismo y sus radiaciones se extienden através de los tejidos.

QUIMIOTERAPIA.

Realizada por medio de fármacos capaces de ejercer acción antitumoral parecida a los rayos X.

Está todavía en fase experimental, su uso se restringe a casos de cáncer generalizado avanzado, cuya acción terapéutica es solo paliativa.

El tratamiento del cáncer con medicamentos es relativamente nuevo y se inició cuando fue descubierto que el nitrógeno de la mostaza (1945) es activo contra los linfomas. Con la excepción de la L-asparaginasa, una enzima que inhibe específicamente el crecimiento de algunas células leucémicas.

Todas las drogas usadas en el tratamiento del cáncer -- son inespecíficas, esto es, son citotóxicas no sólo para las células neoplásicas, sino también para las células normales. Las células normales que tienen proliferación activa, tales como las células del sistema hematopoyético y de la mucosa intestinal, están particularmente expuestas a los efectos citotóxicos de estas drogas.

El mecanismo de acción de los mismos se resume en:

- 1) Interfieren en la biosíntesis de los ácidos nucleicos por competición con metabólico esencial.
- 2) Inactivan o desnaturalizan el DNA.
- 3) Inhiben la formación de RNA (a partir de la desnaturalización del DNA).

Alcanzar efectos terapéuticos buenos a menudo implica mayor toxicidad y esto requiere de facilidades que sólo un centro especializado puede ofrecer. No existe droga capaz de curar un neoplasma, se emplea para prolongar la vida mejorar los síntomas y siempre combinada con radioterapia y cirugía. Las infecciones deben ser controladas durante la quimioterapia como en la leucemia aguda por ejemplo y esto puede ser hecho mejor en un aislador libre de patógenos.

CLASIFICACION DE DROGAS.

- 1.- Agentes alquilantes polifuncionales.- Substancias sintéticas de acción semejantes a las radiaciones.- impiden la duplicación de DNA y por lo tanto de la actividad mitótica.

Incluyen drogas que pertenecen a varias categorías:

- a) Nitrógenos de mostaza.
- b) Etileniminas, incluyendo trietilenmelanina (TEM) Trietilthiophosphoramida (Thiotepa, TSPA)
- c) Esteres del ácido sulfónico (Busulfan).
- d) Agentes alquilantes nitroso-urea (BCNU), una -- substancia polifuncional y cloroetil-ciclohexil-nitroso-urea (CCNU).

2.- Antimetabolitos.- Interfieren la función de los --- metabolitos esenciales en la formación de las bases púricas y pirimídicas de los ácidos nucleicos. Estas drogas pertenecen a varios grupos químicos.

- a) Antifólicos (metotrexate);
- b) Antipurinas y anti-pirimidinas (6-mercaptopurina 6 - Thioguanina).
- c) Cistocina arabinosida (ARA-C) Un nucleótido que difiere de los nucleóticos que ocurren habitualmente.

3.- Antibióticos.- Antineoplásicos.- inhiben la síntesis del RNA a partir de la alteración del DNA, provocan do lesión y muerte celular.

Actinomicina D.
Daunorubidomicina
Adriamicina
Estreptonigrina y
Mitomicina C.

4.- Alcaloides vegetales.- Inhiben la síntesis del RNA a partir de la alteración del DNA.

Extractos de plantas obtenidos de las plantas: Vinca incluyen vinblastina y vincristina.

Asparaginasa (L-asparaginasa) es una enzima (proteína) que se presenta naturalmente en el suero de animales y en cultivos de *Escherichia Coli*. Esta sustancia tiene la propiedad de interferir con el metabolismo de algunas células neoplásicas, particularmente las células de la leucemia linfocítica aguda.

5.- Metilhidrazinas.- Destruyen por oxidación el DNA, - alargan la interfase y por ende inhiben la mitosis.

Metilhidrozina (procarbozina, natulane, nutulan).

Hidroxiurea

Quinacrina (atefrina)

Cloroquina (arolén)

INMUNOTERAPIA.

Se hacen intentos de inmunoterapia en el cáncer humano. La inmunoterapia del Cáncer se encuentra aún en fase experimental.

Es una defensa natural orgánica que se puede reforzar - mediante mecanismos específicos (pasivos) o inespecíficos (activos).

Los mecanismos específicos o pasivos son productos elaborados, se ha aplicado en leucemias y en tumor de Burkitt, inyectando células tumorales irradiadas de los tumores de Burkitt y -- leucemias.

Los mecanismos inespecíficos o activos, con linfocitos y anticuerpos de otro individuo inmunizados que se aplican al paciente. Hay evidencia de que la vacunación con BCG puede producir remisiones en pacientes con leucemia aguda.

Es inoperante en casos de cáncer avanzado, y como ya dijimos está en fase experimental y sólo es utilizada en forma paliativa en casos graves para mejorar los síntomas.

TRATAMIENTO HORMONAL.

El tratamiento hormonal puede no sólo detener el desarrollo del cáncer sino inducir regresiones importantes del tumor primario y de las metástasis, que en algunas ocasiones duran --- largo tiempo.

Hay dos maneras de producir alteraciones hormonales: proporcionando dosis masivas de hormonas (tratamiento aditivo) o -- removiendo las fuentes fisiológicas de hormonas que están relacionadas con el crecimiento del cáncer (tratamiento aditivo o su presor)

- 1.- Tratamiento aditivo .- Ejemplos: tratamiento con - hormonas esteroides o tiroideas; las hormonas este-- roides son mas comunmente usadas en hombres y mu-- jeres con cáncer de la mama (estrógenos, andróge-- nos, corticosteroides), en cáncer del cuerpo del útero (progesteronas) o en la leucemia (corticoss teroides). Las hormonas tiroideas, las que actuan probablemente suprimiendo la hormona tirotrópica, se aplica algunas veces en casos avanzados de tiro ides.

2.- Tratamiento ablatorio.- Se practican la castración, la adrenalectomía y la hipofisectomía. La castración por cirugía o por irradiación es el más común y sencillo procedimiento ablativo.

La adrenalectomía y la hipofisectomía se practican con el fin de suprimir todas las fuentes de producción de hormonas esteroides sea por cirugía o por implantación de semillas radiactivas.

IV

REHABILITACION.

DESEQUILIBRIO E INVALIDEZ POR CANCER.

Las personas afectadas por cáncer, sufren transformaciones radicales y muchos de ellos claudican a sus responsabilidades ante tal conocimiento, ya que para la gran mayoría, el cáncer es sinónimo de muerte, por lo cual declinan sus deseos de vivir e incurrir en estados de ansiedad, depresión, frustración, etc.

DESEQUILIBRIO PSIQUICO.- El equilibrio emocional se altera a tal grado, que muchos pacientes adoptan actitudes negativas aún contra su propia persona como el abandono personal. El paciente rehuye el medio exterior, se retrae y es poco comunicativo.

DESEQUILIBRIO FAMILIAR.- El paciente se torna una persona difícil, aún contra sus familiares, con lo cual puede llegar a adoptar actitudes de violencia o de indiferencia. Las palabras de aliento muchas veces no suelen serlo y así deprimir más el estado de ánimo del familiar afectado. Al igual el ambiente familiar se encontrará tenso y alterado como consecuencia del sinnúmero de problemas que consigo acarrea el cuidado de la persona querida.

IV

REHABILITACION.

DESEQUILIBRIO E INVALIDEZ POR CANCER.

Las personas afectadas por cáncer, sufren transformaciones radicales y muchos de ellos claudican a sus responsabilidades ante tal conocimiento, ya que para la gran mayoría, el cáncer es sinónimo de muerte, por lo cual declinan sus deseos de vivir e incurrir en estados de ansiedad, depresión, frustración, etc.

DESEQUILIBRIO PSIQUICO.- El equilibrio emocional se altera a tal grado, que muchos pacientes adoptan actitudes negativas aún contra su propia persona como el abandono personal. El paciente rehuye el medio exterior, se retrae y es poco comunicativo.

DESEQUILIBRIO FAMILIAR.- El paciente se torna una persona difícil, aún contra sus familiares, con lo cual puede llegar a adoptar actitudes de violencia o de indiferencia. Las palabras de aliento muchas veces no suelen serlo y así deprimir más el estado de ánimo del familiar afectado. Al igual el ambiente familiar se encontrará tenso y alterado como consecuencia del sinnúmero de problemas que consigo acarrea el cuidado de la persona querida.

DESFIGURAMIENTO FACIAL.- Suele ser la etapa mas crítica, el paciente se encuentra incrédulo a su realidad y no se resigna a tal hecho, pueden sentir repugnancia por el desfiguramiento que presentan. La duración de esta etapa variará de acuerdo a cada paciente, ya que habrá quienes acepten la realidad, otras permanecerán indiferentes y habrá quienes no la acepten.

Decimos que es la etapa mas crítica porque durante esta, se agudizan todas las actitudes negativas que anteriormente mencionamos.

El paciente resignado será quien obtenga mejores resultados en su rehabilitamiento, ya que al exponérsele las posibilidades de mejorar su vida mediante el rehabilitamiento integral, ésta deja entrever la posibilidad de rehacer nuevamente su vida. Desde luego es necesario aclarar todas las ventajas y desventajas que traerá consigo su rehabilitación.

Ante esta situación el paciente cambiará notablemente hacia una actitud positiva.

Los procesos en material de terapéutica y la ampliación de la cobertura de los servicios de atención médica han influido, significativamente en la disminución de la mortalidad general. Pero en ciertas frecuencias, a costa de daños permanentes a órganos y funciones, que aunque compatibles con la vida, causas variadas influyen y originan invalidez.

ES INVALIDO POR CANCER.:

Todo paciente que como consecuencia del mismo, por el tratamiento del proceso morboso en sí, o por sus complicacio

nes tiene limitaciones para realizar independencia de sus actividades cotidianas de cuidado personal, educación y/o trabajo.

La atención de la invalidez por cáncer debe ser dirigida en dos sentidos:

- a) Prevención de la invalidez.- Son las medidas pendientes a evitar el establecimiento de secuelas invalidantes ó el aumento de la invalidez, independientemente del pronóstico de sobre-vida.
- b) La rehabilitación.- La rehabilitación integral debe comprender los aspectos físicos, psíquicos sociales, educativos y vocacionales-ocupacionales.

Teniendo en cuenta que como resultado de los mejores recuros para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer cada día consigue la curación de un número mayor de casos y el control de otros, con aumento de su tiempo de sobrevida.

Que 1 porcentaje considerable de pacientes con cáncer cubren de invalidez como consecuencia del mismo, del mismo tratamiento o de complicaciones de éste.

Que los considerados inválidos por cáncer como consecuencia del mismo, del mismo tratamiento ó de sus complicaciones presentan limitaciones para desempeñar independientemente las actividades cotidianas de cuidado personal, educación y/o trabajo.

Que los inválidos por cáncer, además de sufrir las limitaciones como consecuencia de las funciones orgánicas alteradas representan un importante desajuste emocional derivado del conocimiento, frecuentemente del pronóstico inexacto de la propia enfermedad y de su evolución.

ESPECIALIDADES MULTIDISCIPLINARIAS.

Para la rehabilitación integral de los pacientes con defecto adquirido por cáncer en cabeza y cuello es necesario contar para ello con un Equipo multidisciplinario.

Se trata de determinar las secuelas invalidantes que pueden ser físicas (anatómicas y funcionales), psíquicas y sociales.

Las secuelas anatómicas comprenden las pérdidas de partes blandas y/o óseas, deformidades faciales, desequilibrio de la mecánica músculo-esquelético, lesiones del sistema nervioso y tetania, por lesiones de la paratiroides.

Las secuelas funcionales comprenden alteraciones de la masticación, deglución, expresión oral, dicción, audición, olfatorio, gustativas, obstrucción de las vías aéreas superiores.

Las repercusiones psíquicas de esta localización del cáncer son mayores debido a que está alterada la parte más visible y expresiva del organismo, traduciéndose en repercusiones de la imagen corporal y estados de depresión e inseguridad.

Las secuelas sociales están representadas por las repercusiones dentro del seno familiar de la sobre-carga económica -- inesperada como consecuencia de la falta de aporte del inválido o por el costo que significa la atención del mismo.

También se altera el estado emocional de la familia --- por el conocimiento falso o incompleto del pronóstico de la enfermedad.

Para la rehabilitación de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello se requieren las siguientes especialidades:

- 1.- Cirujano oncólogo.
- 2.- Valoración de invalidez.
- 3.- Protésista maxilo-facial.
- 4.- Cirujano plástico y maxilofacial.
- 5.- Terapia física.
- 6.- Terapia de la voz.
- 7.- Terapia ocupacional.
- 8.- Enfermería.
- 9.- Enfermería en rehabilitación.
- 10.- Psicoterapia.
- 11.- Socioterapia.
- 12.- Asistencia social.
- 13.- Orientación vocacional
- 14.- Educación.
- 15.- Higiene mental.

A continuación describiremos sólo 5 de ellas, aclarando que es necesario la intervención de todas conjuntas, pero creemos que éstas son básicas durante el inicio de la rehabilitación.

A) CIRUJANO ONCOLOGO.

Es la persona que lleva consigo la tarea de eliminación de tejido maligno, creemos que sea la persona que mayor responsabilidad asume al practicar este tipo de cirugía pues es considerable el riesgo que presenta la realización de la misma ya -

que en muchas ocasiones estarán involucradas zonas nobles (decimos así a estructuras que son vitales como sistemas, aparatos u órganos).

B) PROTESISTA MAXILO-FACIAL.

Está a su cargo la reintegración del individuo por medio de la restitución de la forma y función adecuadas y así también la conservación de tejidos remanentes ya sean duros o blandos. La consecución del primer objetivo lleva consigo a veces no menos principal como es la reintegración del individuo a la sociedad.

Los objetivos de la prótesis maxilo facial son: restaurar o mejorar las funciones fisiológicas, mejorar la estética del paciente y mantener la salud de tejidos duros y blandos.

C) CIRUJANO PLASTICO Y MAXILO-FACIAL.

Es quien se encargará de la corrección de los defectos y eligen la técnica adecuada para cada caso en base a la evaluación multidisciplinaria.

El cirujano plástico dentro de la clínica de labio y paladar, lleva a cargo la corrección de estas estructuras que son el mayor número de casos que se presentan dentro de dicha clínica así como las correcciones que sean necesarias para la rehabilitación.

El cirujano maxilo-facial está facultado para intervenir en casos que requieran intervenciones de los tejidos de la cavidad oral, eliminación de procesos patológicos y correcciones que están a su cargo.

Ambos cirujanos exponen a los familiares o tutores la necesidad de dicha intervención y advierten el riesgo que lleva consigo esta parte de la rehabilitación.

D) PSICOLOGO.

Los pacientes con defectos adquiridos que son rehabilitados, presentan problemas que deberán ser valorados por un psicólogo que es la persona que determinará si existen factores de tipo emocional que alteren la conducta y comunicación de estos pacientes.

Ahora bien, el psicólogo se encuentra con que el paciente tendrá circunstancias adversas que impedirán su desarrollo -- "normal", tan solo éstas traerán consigo una serie de comportamientos inadecuados (casi siempre) y que alteran el desarrollo físico emocional y social del ser humano.

E) TERAPISTA DEL LENGUAJE.

Es la persona que devuelve la capacidad al paciente de comunicarse con sus semejantes en una forma normal, mediante una serie de tratamientos y ejercicios que le permitirán corregir el defecto en cuestión y en muchas ocasiones, para ello deberá contar con el auxilio de las demás especialidades.

MANEJO DEL PACIENTE DENTRO DE LA CLINICA.

En este capítulo describiremos de una manera práctica - la secuencia que lleva el período de rehabilitación desde su ingreso hasta cuando es dado de alta.

A) PRIMERA CITA:

Ingreso: / hs pacientes acuden por referencias a comentarios de diversas personas o también de quienes han sido rehabilitados con el propósito de solucionar su problema.

El primer paso a seguir es la elaboración de la Historia clínica (dependiendo del tipo de defecto), durante esta primera entrevista, el paciente relata su problema desde las primeras manifestaciones hasta la fecha actual, generalmente acuden -- acompañados por un familiar o bien por otra persona, ya que muchas debido al defecto que presentan no pueden dar la información necesaria.

Obtenida la información correspondiente, se le explica al paciente que deberá ser evaluado por el equipo multidisciplinario.

Durante esta primera cita se obtienen modelos de estudio que nos permitan una mejor evaluación del caso, dichas impresiones deberán abarcar todo el defecto y áreas adyacentes a ella con hidrocoloide irreversible.

Se debe tener sumo cuidado en la toma de impresión ---- cuando esta sea intraoral, ya que debido al defecto se puede correr el riesgo de que parte del material de impresión se deposite en las vías respiratorias superiores y esta puede ocasionar serios problemas. Aunque es conveniente hacer hincapié en el hecho -- de que con una correcta técnica, porta impresión adecuado y el -- buen manejo del material impresor no suele suceder ésto, pero en todo caso el riesgo disminuye casi por completo, y cuando la impresión sea extraoral, previamente el defecto será cubierto por gasa o algodón y el porta impresión se sustituirá por una matriz de yeso.

B) SEGUNDA CITA:

Una vez reunido el equipo multidisciplinario cada uno expondrá diferentes puntos de vista y de criterio, los cuales se -- irán unificando para determinar el o los tipos de rehabilitación-- que sean adecuados y necesarios para el paciente; obtenido el programa de rehabilitación se procede a hacer un de conocimiento a los familiares y pacientes del riesgo, ventajas y desventajas que consigo acarreará dicho tratamiento (tiempo, costo, cuidados, etc)

C) TERCERA CITA:

Previamente a esta cita se habrán de elaborar porta -- impresiones individuales de acrílico (cuando la toma de impresiones sea intraoral) con el objeto de tomar una segunda impresión -- con materiales de mayor exactitud y de esta manera obtener los -- modelos de trabajo. Cuando se vayan a tomar impresiones extraorales los modelos de trabajo deberán elaborarse con yesos de mayor resistencia para que sobre éstos se fabriquen las prótesis.

En las subsecuentes, variará notablemente, a partir de -
ésto es conveniente describir su manejo.

La gran mayoría de pacientes con cáncer en cabeza y -- -
cuello han recibido tratamiento de radioterapia y para ello es ne-
cesario que el protesista maxilo-facial posea un claro conocimien-
to de la terapéutica radiológica y de sus efectos sobre los teji -
dos intra y extraorales.

Es conveniente en cada cita inspeccionar por completo y
detalladamente el área irradiada para que en caso de advertir un -
cambio repentino, sea remitido con la persona indicada y de esta -
manera evitar serias complicaciones.

Tomando en cuenta lo anterior y de no existir complica-
ciones se sigue llevando a cabo el tratamiento como es la fabrica-
ción de la prótesis intraoral o extraoral, y en muchas ocasiones
la combinación de ambas.

Cuando el paciente ha sido rehabilitado se le detallarán
los cuidados que deberá practicar para obtener resultados óptimos,
tanto en el uso y manejo de la prótesis como en el cuidado de su -
persona, y posteriormente acudirá en nuevas citas a revisión, para
poder observar el tiempo de sobrevivida de estos pacientes oncológi-
cos.

El tratamiento psicológico y de terapia del lenguaje es-
llevado a cabo simultáneamente y previo a la corrección y después
de ella.

La rehabilitación de estos pacientes no se logra inmedia-
tamente, va que intervendrán diversos factores para lograr ésta, -
entre los que podemos citar: la disposición que presentan el pa -
ciente y los familiares para seguir las indicaciones, el apoyo ha-
cia el paciente y el deseo del paciente para querer rehabilitarse,
auna o a éstos son también importantes el aspecto económico, el --
tiempo, distancia, la corta edad del paciente en muchos casos para
entender su problema, la cicatrización y normalización de los teji -
dos entre otros,

En las subsecuentes, variará notablemente, a partir de -
ésto es conveniente describir su manejo.

La gran mayoría de pacientes con cáncer en cabeza y cue-
llo han recibido tratamiento de radioterapia y para ello es necesa
rio que el protesista maxilo-facial posea un claro conocimiento de
la terapéutica radiológica y de sus efectos sobre los tejidos in
tra y extraorales.

Tomando en cuenta lo anterior y de no existir complica -
ciones se sigue llevando a cabo el tratamiento como es la fabrica-
ción de la prótesis intra o extraoral, y en muchas ocasiones la --
combinación de ambas.

Cuando el paciente ha sido rehabilitado se le detallarán
los cuidados que deberá practicar para obtener resultados óptimos,
tanto en el uso y manejo de la prótesis como en el cuidado de su -
persona, y posteriormente acudirá en nuevas citas a revisión, para
poder observar el tiempo de sobrevivencia de estos pacientes oncológi-
cos.

El tratamiento psicológico y de terapia del lenguaje es
llevado a cabo simultáneamente y previo a la corrección y después
de ella.

La rehabilitación de estos pacientes no se logra inme--
diatamente, ya que intervendrán diversos factores para lograr ésta
entre los que podremos citar: la disposición que presentan el pa-
ciente y los familiares para seguir las indicaciones, el apoyo ha-
cia el paciente y el deseo del paciente para querer rehabilitarse,
aunado a éstos factores son también importantes el aspecto económi-
co, el tiempo, distancia, la corta edad del paciente en muchos ca-
sos para entender su problema, la cicatrización y normalización de
los tejidos entre otros.

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.

Todos los miembros que forman parte del equipo salud, -- deben entender y comprender lo que significa para el enfermo la -- comprensión de la gravedad de su padecimiento así como la pérdida que ha sufrido, como la complejidad y dificultad de los problemas personales y psicológicos y prácticos a los que tendrá que enfrentarse.

Contra la aparición del cáncer, la persona se transforma instantáneamente de un estado de independencia a otro de dependencia y de desesperación.

Y todavía soportar un problema más, el de su poca habilidad para comunicarse adecuadamente aumentando con esto sus sentimientos de desamparo, miedo, depresión, etc., anulando la oportunidad de aligerar su carga de conflictos, comunicando sus necesidades y temores a otros.

El intento de rehabilitar al enfermo oncológico requiere una atención multidisciplinaria ya que los problemas físicos, económicos y psicológicos se derivan de sus pérdidas físicas o de sus problemas personales y prácticos.

Los pacientes oncológicos, como cualquier ser humano, -- tienen necesidades de afecto, de reconocimiento, de independencia de esperanza y particularmente de amor propio. Sufren un fuerte sentido de pérdida y no solamente pérdida de potencia física, sino --

sino también por el rompimiento y frecuente destrucción de las relaciones humanas y familiares, pérdida de compañerismo comprensivo pérdida de empleo y quizá también de la seguridad económica así - como la pérdida de los lazos familiares y frecuentemente de la esperanza.

Casi en su totalidad los enfermos oncológicos se enfrentan con nuevas barreras en sus intentos de satisfacer sus necesidades económicas, aunque el tipo de barrera varía en cada uno de los pacientes.

También percibe que se va a encontrar barreras para satisfacer sus necesidades, sabe también que no tendrá las mismas oportunidades para lograr las satisfacciones de trabajo, el núcleo familiar, los entretenimientos o un fácil intercambio de ideas.

Quizás la mayor necesidad psicológica de los humanos sea el amor propio; podríamos incrementar el amor propio de cada paciente, con satisfacciones que se derivan de otras necesidades psicológicas tales como afecto, reconocimiento, sentimientos de utilidad, esperanza e independencia.

La insatisfacción de todo esto llevará al paciente a una autocompasión, aislamiento, llanto, dependencia, desamparo y apatía.

Es necesario que el grupo que coopera en el tratamiento del paciente sepa dar la interpretación correcta a esta conducta - como un intento del paciente para satisfacer las necesidades no satisfechas.

Desgraciadamente el personal en ocasiones no sabe utilizar todas las oportunidades posibles para ayudar al paciente en las satisfacciones de sus necesidades básicas, aumentando innecesariamente los problemas de éste.

Es casi cierto que con una mayor comprensión de los problemas psicológicos del enfermo oncológico y los intentos para dar soluciones parcial o total a estos problemas, podrá incrementar la efectividad del tratamiento.

REPERCUSIONES SOCIALES.

Con esto se quiere decir que cualquier paciente de este tipo que ha sido curado, puede desempeñar un trabajo siempre que éste no vaya más allá de sus posibilidades, o que supone su posibilidad de aceptación como un miembro productivo del grupo.

La sociedad tendrá que atender esta exigencia, ya que el paciente como humano tiene los derechos que se derivan de la naturaleza: vida, libertad, matrimonio y propiedad.

Para comensar el tratamiento, obtener la cooperación del paciente, quien tendrá que comprender sus necesidades individuales lo que variará según la edad y la educación.

Se tomará en cuenta el aspecto social, emocional, al considerar el beneficio de reanudar su rol tan valioso en el círculo familiar.

La meta que se persigue desde el punto de vista protésico, es la adaptación del paciente oncológico a la sociedad en que vive, solucionando sus problemas psicológicos ocasionados por su enfermedad.

Si persiste en la necesidad de ejecutar un trabajo por simple que este sea, que mantenga al enfermo ocupado por largas horas ó alguna del día y crearle la obligación de hacerlo continuamente, buscando trabajos que sean de las satisfacciones psicológicas del paciente, tomando en cuenta su preparación, nivel cultural etc., para que sirvan las actividades de distracción y recreo del paciente.

Lo convenceremos también de la necesidad de seguir manteniendo contacto con su círculo de amistades y que asista a las reuniones que se realizan en lugares públicos, sin consentir la reclusión del paciente oncológico en su domicilio y mucho menos en la cama que agravaría su estado anímico y emocional.

V

CONCLUSIONES

- 1.- Para el Cirujano Dentista se abren amplios caminos en sus nuevas especialidades con Técnicas que den al paciente oncológico mayor atención, ya que muchas veces en sus manos está la detección de un Cáncer en etapa primaria, así como su intervención en su tratamiento y sobre todo en la rehabilitación de estos pacientes.
- 2.- El Cáncer presenta la imagen característica de 4 etapas importantes que son: destrucción tisular, infiltración, progresión y diseminación.
- 3.- No se ha llegado a ningún acuerdo generalizado sobre el origen del Cáncer, ya que sólo nos apoyamos en teorías, válidas todas pero sin conclusión total.
- 4.- El tratamiento para ser aplicado eficazmente debe considerar:
 - 1) Estadio clínico de la lesión.
 - 2) Localización.
 - 3) Resultados de biopsia.
 - 4) Radiosensibilidad.
 - 5) Edad y resistencia del paciente.
 - 6) Grado de metástasis.

- 5.- El tratamiento de elección más radical y resolutorio es el quirúrgico.
- 6.- Los tratamientos de quimioterapia e inmunoterapia y hormonal están aún en experimentación.
- 7.- Para la rehabilitación de un paciente oncológico es necesario la actuación del Cirujano Dentista con los especialistas de distintas áreas multidisciplinarias.

VI

BIBLIOGRAFIA

- ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA.- Cáncer Actualización.- México, 1971.
- ALONSO MARTIN.- Diccionario del Español Moderno, Aguilar, S.A., Ediciones Madrid.- 1960-75.
- ARIEL, I.M. - Progresos en Cancerología Clínica, Vol. IV, Editorial Científico Médica, Barcelona, España, - 1971.
- AKERMAN AND DEL REGATO.
- BATTISTA, O.A. - Hacia la Conquista del Cáncer, Herre^{ro} Hnos., Suc^s, S.A., México, 1962.
- BARNIER L. JOSEPH.- Tratamiento de las Enfermedades - Orales, Edit. Libreros, Buenos Aires, 1952.
- CERVANTES LEON GREGORIO.- Tumores de los Tejidos Blan dos de la Cavidad Oral, Tesis UNAM, 1963.
- FERNANDEZ CRUZ A.- El Libro de la Salud, Ediciones Da nae, Barcelona, Barcelona, España - 1963.
- GRANT, A. Daniel.- Parodoncia de Orban.- Teoría y --- Práctica, Interamericana, México, 1972.

- GUARLNIK WALTER.- Tratado de Cirugía Oral, Tomo II,-- Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1971.
- INC.- Revista del Instituto Nacional de Cancerología, Vol. 26, 1976.
- I.M.S.S. - Anuario de Actualización en Medicina, Vol. IV, Fascículos 10, 11, Oncología, México, 1972.
- IPSO.- Información Profesional y de Servicios al Odontólogo, 2a. Edición, 1976.
- KRUGER GUSTAVO.- Tratado de Cirugía Bucal, Edit. Interamericana, México, 1959.
- MAISIN, J.H.- El Cáncer, Espasa Calpe, Buenos Aires,- 1959.
- MAURICE, SULTON.- El Cáncer explicado, Edit. Diana,-- México, 1968.
- O RAHN ARTHUR y J. BOUCHER LOUIS.- Prótesis Maxilofaciales, Ediciones Toray, S.A. Barcelona, 1973.
- PELAYO CORREA y PEREZ TAMAYO.- Texto de Patología.
- PINBORG, J.J., Atlas de las Enfermedades de la Mucosa Oral, Barcelona, 1974.
- SHAPER, W. HINE M. LIVY B.- Tratado de Patología Buccal, Editorial Interamericana, México, 1977.

- S.S.A. - Manual de Cancerología Básica, México, 1963.
- TRIBUNA MEDICA.- 1er. Número de Feb., no. 45.- Tomo - XXXVIII, No. 3, 1960.
- THOMMA.- Patología Oral, Salvat Editores, S.A. Barcelona 1979.
- TAPIA CAMACHO JUAN.- Apuntes de Histología y Embriología Bucal y Apuntes de Patología General.
- PEREZ TAMAYO RUY.- Introducción a la Patología, 1a. - Edición del Inst. Nal. de nutrición, México, 1976.
- ZUCKERMAN CONRADO.- Prevención y Tratamiento de los - Cánceres, Campaña Anticancerosa, México, 1938.