



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES**

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**“ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS
NEOPLASIAS ORALES MAS FRECUENTES ”**

T E S I S

**Que para obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a
HUBERTO MONDRAGON GARCIA**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pag.
Introducción.	1
Primeros investigadores y sus experiencias.	3
Descripción de neoplasias y evolución.	5
Caracteres generales de las neoplasias.	7
Teorías etiológicas.	15
El exámen clínico.	21
Tipos de diagnóstico.	24
Clasificación de neoplasias.	28
Frecuencia de neoplasias en la cavidad oral.	32
Descripción de las neoplasias benignas más frecuentes, en la cavidad oral.	34
Descripción de las neoplasias malignas más frecuentes, en la cavidad oral.	45
Neoplasias malignas originadas en tejido epitelial.	45
Neoplasias malignas originadas en tejido conectivo.	62
La oncología en nuestro país.	73
Conclusiones.	86
Bibliografía.	89

INTRODUCCION

El diagnóstico de neoplasias en la cavidad oral y en estructuras adyacentes, constituye una fase importante en la Odontología, por el papel que debe desempeñar el Cirujano-Dentista en la localización y diagnóstico de dichas neoplasias.

No obstante, que las neoplasias constituyen una frecuencia menor de los estados patológicos observados por el Odontólogo, son de gran importancia por que amenazan la salud y la longevidad del paciente.

Si el diagnóstico se elabora en los inicios de la lesión, el paciente tendrá mayores probabilidades de recuperación, que si el diagnóstico llega cuando la neoplasia se encuentra en una etapa más avanzada, con mayor razón tratándose de una neoplasia maligna, cuya diferenciación con la benigna definiremos mediante los estudios pertinentes.

En cuanto a las neoplasias malignas, no existe inicialmente una clara diferenciación, entre el estado de salud y el de enfermedad, por ello, normalmente el interesado no acude al médico en el momento adecuado.

El Cirujano Dentista, debe adoptar una postura activa para localizar y prevenir que la enfermedad avance, y así facilitar el o los medios para evitar una complicación, o por lo menos orientar al paciente para su tratamiento, antes que sea demasiado tarde.

Este debe ser el objetivo principal del profesionalista, el cual debe definir su posición ante la presencia de estos padecimientos, basado en los conocimientos obtenidos, tratar de determinar su malignidad y gravedad, mediante el o los estudios necesarios y posteriormente canalizar al paciente con el especialista para su tratamiento.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.- PRIMEROS INVESTIGADORES Y SUS EXPERIENCIAS.

En el año de 1775, por primera vez, Sir Percival --- Pott, hizo los primeros descubrimientos sobre el cáncer es crotal en los deshollinadores de chimeneas, y publicó sus estudios sobre el hollín, que se quedaba en los pliegues - del escroto de estos trabajadores, el cual causaba una gra ve irritación en esta zona, provocando una lesión de dege neración celular (cancerosa).

En el siglo XIX predominó la teoría de Conheim, en - la cual, el cáncer se debía a la reactivación de grupo^s ce lulares de origen embrionario, que habían permanecido está ticos o pasivos por mucho tiempo.

En 1911, Payton Rous, dijo que el cáncer era produci do por un virus filtrable, Rous encontró en un pollo, un - sarcome que podía ser transmitido a otros animales de la - misma especie por medio de inoculaciones libres de células afectadas.

En 1915, Yamagiwa e Ichicawa, obtuvieron el modelo - experimental químico del cáncer, pincelando repetidamente la oreja de un conejo con extracto de alquitrán de hulla, - provocada la irritación, apareció la lesión; fortaleciendo con esto la teoría de Sir Percival Pott.

Por el año de 1918 a 1920, Sir Ernest Kenaway y col-
lograron aislar algunos hidrocarburos policíclicos del ti-
po del benzantraceno entre ellos el 20-meticolantreno, en
uno de los líquidos normales del organismo: la bilis.

Shope en 1932, descubrió en el conejo, un papiloma -
que lleva su nombre y que puede transmitirse a otros cone-
jos con filtrados libres de células.

Bittner en 1936, describió un carcinoma mamario que-
se transmitía por la leche; con el microscopio electrónico
se pudo demostrar, que el núcleo del virus salía del nú-
cleo de la célula epitelial del acino galactóforo, migraba
a través del citoplasma, se recubría de una membrana pro-
pia al pasar por la membrana celular, y solo al caer en el
conducto galactóforo, estaba en capacidad de ejercer su ac-
ción carcinógena.

Los avances científicos, han ayudado para que en la-
actualidad los investigadores de todo el mundo, cuenten --
con mayores facilidades y se logren descubrimientos mas in-
portantes; a pesar de que no se ha llegado al objetivo, ca-
da vez es más próximo, gracias a los pioneros que ya men-
cionamos y a los actuales investigadores.

2.- DESCRIPCIÓN DE NEOPLASIAS Y EVOLUCIÓN.

Neoplasia es una proliferación de tejido que crece - independiente del organismo y con su propia velocidad. Todo tejido del organismo que puede dividirse, es capaz de - originar una neoplasia, que al mismo tiempo es una reacción del tejido a diversos estímulos, en el cual el mecanismo - de regulación del crecimiento es defectuoso.

Se considera neoplasia benigna, cuando las células - neoplásicas guardan semejanza con las del tejido donde se originaron, no así las neoplasias malignas, en donde las - células varían desde las bien diferenciadas, hasta las células indiferenciadas, anárquicas y de aspecto primitivo.

La célula normal puede comportarse y transformarse - en neoplásica, por la acción de estímulos encadenados o -- que se suceden, hasta constituir el cambio.

Parece ser que la transformación de células normales - en neoplásicas o malignas, no es de una sola vez o de golpe, sino que se requieren varios pasos o desviaciones y ca da una de estas desviaciones va apartando cada vez en su - semejanza con la célula normal, a partir de una sola y úni ca desviación, que se supone es la única desencadenante.

Las células transformadas tienen una intensa actividad bioquímica, que les permite multiplicarse aceleradamen te, pero no realizan las funciones propias de una célula - normal, o bien adquieren funciones anormales.

Parece ser que estas funciones de la célula, son ignoradas por el organismo y no alertan suficientemente sus mecanismos de reacción y control.

Esta transformación se transmite a la descendencia - de las células afectadas, de este modo se origina un foco o clan de células, de crecimiento anormal que no resulta útil al organismo, sino que progresa a sus expensas mermando su economía.

Estas células, consumen un exceso de energía en su - multiplicación y no pueden abastecer las funciones para -- las que se requiere su especialización, así puede explicarse, que una célula neoplásica sea altamente competitiva, - hasta el punto de imponerse, desplazar y destruir células sanas, con la hipótesis de que los mecanismos energéticos de estas mismas células, sean deficitarios, defectuosos y primitivos.

3.- CARACTERES GENERALES DE LAS NEOPLASIAS.

A).- PARENQUIMA.

El parénquima es el tejido que constituye propiamente la neoplasia, puede mantener el parecido más o menos del tejido en el que se origina la neoplasia, además podemos encontrar células parenquimatosas semejantes al mismo tejido, hasta células notablemente atípicas que no tienen semejanza alguna con células normales; la diferenciación de una neoplasia se basa en gran parte, en la semejanza que pueda haber entre las células neoplásicas y las normales.

Se suponía que todas las neoplasias, surgían en células completamente especializadas de tejidos y órganos, a estas células se les llama anaplásicas, que etimológicamente quiere decir que se forman en sentido retrógrado, - las neoplasias de este tipo son invariablemente malignas - y sus células guardan apenas alguna o ninguna semejanza con sus equivalentes normales.

B).- ESTROMA

El estroma es el lecho donde se desarrolla la neoplasia y es vital para el crecimiento y supervivencia de la misma, ya que la capacidad de proliferación del parénquima, depende de la suficiencia del riego sanguíneo y el sostén del estroma.

Cuando el crecimiento neoplásico excede la capacidad del riego sanguíneo, la parte central de la neoplasia más alejada de este riego, experimenta necrosis isquémica y a veces hemorragia como reacciones secundarias.

El estroma esta constituido principalmente por tejido conectivo, la riqueza de este tejido rige la consistencia de la neoplasia, algunos sarcomas (neoplasias carnosas), tienen muy poco estroma fibroso y presentan la consistencia de carne cruda de pescado o de cerebro, en el estroma tambien se advierten a veces islotes de cartilago o hueso metaplástico y en algunos casos se observa infiltración importante de linfocitos, células plasmáticas e histiocitos.

CARACTERES QUE PRESENTAN LAS NEOPLASIAS BENIGNAS.

CRECIMIENTO.- La mayoría de estas neoplasias crecen con un ritmo lento durante años y casi siempre uniformemente, algunas pueden entrar en estado de latencia durante el que no crecen, otras alcanzan determinadas dimensiones y dejan de crecer; esta suspensión del crecimiento puede depender de factores de la índole de dependencia de hormonas, o de compresión del riego sanguíneo, con atrofia de las células neoplásicas bien diferenciadas.

ENCAPSULADA.- Casi todas las neoplasias benignas, - crecen con masas localizadas que se expanden rodeadas de una cápsula fibrosa, esta consiste en una membrana de envoltura que deriva en parte del estroma fibroso de los tejidos normales, en parte es elaborada por la neoplasia.

Esta encapsulación tiende a contener la neoplasia - como una masa discreta fácilmente palpable y móvil que se puede enucleare quirúrgicamente; a veces el crecimiento - de una neoplasia benigna causa atrofia por compresión en - órganos adyacentes.

Existen casos raros de neoplasias benignas que no - están encapsuladas y que algunos, como los linfangiomas, - son de naturaleza infiltrante y se consideraban benignas; ahora con los avances modernos se estudian dentro de las - neoplasias malignas, como es el caso de los linfomas que - veremos más adelante.

NO DA METASTASIS.

NO ES MORTAL.- Lo común es que no sea mortal con - ciertas excepciones como ya mencionamos, por compresión - de órganos adyacentes vitales.

CELULAS TIPICAS NORMALES.

POCAS MITOSIS.- Debido a su crecimiento lento, y a - veces debido a periodos de latencia, o a suspensión defi - nitiva de crecimiento.

CARACTERES QUE PRESENTAN LAS NEOPLASIAS MALIGNAS.

CRECIMIENTO INFILTRADO Y RAPIDO.- A diferencia de - las benignas, las neoplasias malignas tienen un crecimien - to rápido, errático, que se propaga y puede matar al hues - to.

El crecimiento de este tipo de neoplasias se debe principalmente a la proliferación celular incontrolada, y no al crecimiento de las células mismas; de hecho la rapidez del crecimiento de las neoplasias depende en gran parte de las dificultades que pueda presentar el medio en el que se desarrollan.

La diferencia principal con el crecimiento normal de un tejido, es que éste, se adapta y modula a las necesidades del organismo, y el crecimiento neoplásico no se adapta, sino se impone sobre el organismo, y con algunas reservas la neoplasia crece autónoma, atípica y sin limitaciones.

FORMAS DE CRECIMIENTO NEOPLÁSICO.

FORMA FUNGOSA O EXOFÍTICA.- Se suele encontrar como una masa tumoral anormal de aspecto impresionante, rápidamente detectable, además presenta consistencia dura a la palpación, con aumento de la densidad debido a lo muy agrupadas que están las numerosas células proliferativas; esta forma tiene un pronóstico bueno o sea que responde bien al tratamiento, porque su tendencia a infiltrarse en vasos sanguíneos y linfáticos es baja.

FORMA INVASIVA O INFILTRATIVA.- No se puede detectar tan rápido como la anterior, porque se presenta como una prominencia anormal pequeña, con el núcleo neoplásico principal profundo y algo oculto a la vista, en estos casos se debe palpar totalmente la zona, hasta los repliegues más profundos.

La masa neoplásica es dura y firme, se extiende hacia zonas inaccesibles, su tendencia a metastizar es alta y su pronóstico es grave.

FORMA VERRUGOSA.- Suele ser una masa anormal más extensa que crece superficialmente, su consistencia es dura y su extensión es lateral; se le llama verrugosa, porque presenta prominencias pequeñas, a veces del tamaño de la cabeza de un alfiler o mayores, tienen un color blancuzco o blanco, en otras ocasiones tienen prominencias filiformes con revestimientos de color gris y consistencia dura, su pronóstico sería bueno por su crecimiento superficial; pero no es así, ya que esta variedad de neoplasia es más frecuente en encía y paladar, donde el tejido blando es de poco espesor y muy cercano a la mandíbula y al maxilar, permitiendo que el hueso subyacente se invada, esta afección contribuye a que el pronóstico sea malo.

SI DA METASTASIS.- Las neoplasias malignas sí tienen la propiedad de producir metástasis o sea el hecho de que células neoplásicas sean llevadas a un sitio diferente del organismo, ya que estas células tienen la particularidad de implantarse o sembrarse, las metástasis que se presentan con mayor frecuencia, son las que se presentan en los ganglios próximos a la neoplasia primaria, estas células tumorales invaden todo el ganglio, que es reemplazado por el tejido neoplásico, dando lugar a una hipertrofia y endurecimiento apreciables en el ganglio afectado.- Por eso cuando el médico se enfrenta a una lesión oral -- sospechosa, debe palpar las diversas regiones ganglionares linfáticas.

Aparte de las metástasis ganglionares, se pueden encontrar por vía sanguínea o a través de los tejidos, cuanto más indiferenciadas sean las células neoplásicas, más rápido e infiltrante será el crecimiento y tanta mayor la posibilidad de producir metástasis.

Vías por medio de las cuales las neoplasias malignas pueden dar metástasis:

- 1.- Siembra en las cavidades corporales.
- 2.- Trasplante directo.
- 3.- Propagación linfática.
- 4.- Embolia en los vasos sanguíneos.

1.- Las neoplasias malignas suelen dar metástasis - en las cavidades peritoneales, pericárdica, pleural, sub-aracnoideas y articulares.

2.- Trasplante directo.- El transporte mecánico de segmentos neoplásicos, por mal manejo de instrumentos o uso prolongado innecesario de los mismos y manos enguantadas, esto se comprueba ampliamente por la facilidad con que se trasplanta tejido neoplásico en circunstancias adecuadas en animales, un ejemplo de esto es la introducción de una aguja en un tumor para obtener una biopsia por aspiración, el procedimiento va seguido de siembra de células neoplásicas en el trayecto de la aguja.

3.- Diseminación linfática.- Esta vía de metástasis es más frecuente en carcinomas y muy rara en sarcomas.

La propagación linfática, tiende a seguir los conductos naturales de drenaje, las células neoplásicas se detienen en los ganglios como depósitos de drenaje y casi por sistema cuando se practica cirugía, se extirpa la neoplasia primaria junto con los ganglios afectados y los interpuestos entre ellos.

4.- Embolia de vasos sanguíneos.- Es la vía característica en sarcomas y muy poco en carcinomas, la embolia sigue la vía de los flujos venosos; los órganos más afectados son los pulmones, el hígado, el cerebro y los riñones.

MORTAL SI NO SE TRATA.

La neoplasia maligna resulta mortal cuando su tratamiento se retrasa y se deja avanzar, debido casi siempre a que no se detecta a tiempo, a la falta de servicios en el medio, o a lo más común, la ignorancia y/o decidia del paciente.

CELULAS ATIPICAS, TAMAÑO Y FORMA ANORMAL.

La diferenciación imperfecta que presentan estas células les da apariencias, tamaño y propiedades diferentes en los diversos grados de su desarrollo en comparación con sus predecesoras normales, ya que adquieren caracteres propios, como son su facilidad de migrar, que puede ser por la cohesión disminuida, también presentan pérdida de inhibición de contacto con sus vecinas, lo que no sucede con las células normales.

Aumenta también su motilidad, o sea su facilidad de alejarse del centro de un explante, de ahí su gran capacidad de invasión.

GUIA DE CONTACTO.- Las células normales crecen de acuerdo a una red estructural o arquitectónica, las células neoplásicas crecen formando masas sin orden ni concierto, son también capaces de elaborar enzimas u otros productos como puede ser la hialuronidasa, o pueden producir hiperactividad celular en los tejidos normales, con lo que las células malignas a diferencia de las benignas y de las células normales, tienen mayor capacidad de transplantarse a pesar de la respuesta inmune del huésped; la proliferación celular es el principal factor de expansión, debido a ello, existen mitosis en abundancia, que por medio de una intensa actividad bioquímica, se multiplican aceleradamente, -- constituyendo la neoplasia.

ES FRECUENTE LA RECURRENCIA.

Después de la resección, debido a las propiedades ya descritas de las neoplasias malignas, la intervención quirúrgica no siempre es aconsejable, cuando haya que intervenir órganos vitales o que el área afectada sea muy extensa y complicada, también cuando la metástasis ya haya hecho su aparición, se debe observar al paciente intervenido quirúrgicamente durante un tiempo razonable para constatar -- que no hay recurrencia.

TEORIAS ETIOLOGICAS

1.- TEORIA EMBRIOLOGICA.

Según Ribbert, durante el desarrollo fetal, algunos nidos celulares fracasan al diferenciarse, conservando sus posibilidades de crecimiento, estos nidos celulares, por razones ajenas, traumatismos, irritaciones o cicatrices, posteriormente se activarán independientemente aislados de su crecimiento tisular normal y que por su poca diferenciación darán lugar a células anormales. También se cree que algunas neoplasias se pueden formar de células componentes con malformaciones congénitas, ejemplo de esto es un acúmulo anormal de vasos sanguíneos que se denominan hemangiomas y que se observan en el recién nacido, pero estas no son verdaderas neoplasias pues solo crecen o aumentan de volumen con el crecimiento del niño.

2.- TEORIA VIRAL.

El principal exponente de esta teoría fué Shope, en el año de 1932 descubrió en el conejo, un papiloma que lleva su nombre y que puede transmitirse a otros animales de la misma especie en filtrados libres de células. También Bittner, al cual ya mencionamos, con ayuda del microscopio electrónico, describió un carcinoma mamario en ratones, -- que se transmitía por la leche y en el que los virus estaban recubiertos por una membrana propia, que solo al caer en el conducto galactóforo estaba en capacidad de ejercer su acción carcinógena.

Esto es una explicación de porqué el efecto de la neoplasia no necesariamente se transmite a los ratones hijos de la portadora del virus, sino específicamente a los que se amamentaban de ella.

Los infiltrados libres de virus en animales de laboratorio, son más efectivos cuando se hacen con animales recién nacidos en los cuales los resultados son más rápidos. Sara Stewart, inyectó filtrados de cultivo leucémico a ratones recién nacidos, obtuvo el resultado sorprendente de que dicho agente leucémico, provocaba la aparición de una considerable variedad de tipos histológicos de neoplasias, en cuyas primeras generaciones era posible identificar partículas virales que desaparecieron posteriormente, la variedad de neoplasias encontrada en la infección de este virus, por ello llamado polioma, parece indicar que el tipo histológico no es específico para algún agente en especial, lo cual lo haría depender de la cronología de la infección.

En aves y roedores se conocen neoplasias de tejido hemopoyético que son producidas por virus, esto hace que en el hombre se busquen patologías virales en neoplasias semejantes; la gran frecuencia de linfomas infantiles en Africa, ha proporcionado una oportunidad más para estos estudios, en estas afecciones si se observan al microscopio electrónico, se notan partículas virales semejantes al herpes; actualmente se trabaja en laboratorio con cultivos de tejido a los que se inoculan virus directamente y en los que puede observarse su efecto en pocos días.

Algunos virus se multiplican rápidamente, provocando la destrucción de las células, otros las transforman, observándose un crecimiento excesivo y desordenado de las mismas, por una supervivencia casi ilimitada y anomalías de la forma de los componentes celulares en la membrana y el núcleo; tales células cultivadas producen neoplasias al ser inculadas a animales de experimentación.

Existen grandes diferencias en la capacidad transformadora de los virus, así como en la susceptibilidad de las células a la acción de los mismos, quiere decir esto, que un virus puede existir en la célula sin producir necesariamente una transformación. No todas las células transformadas por virus llegan a originar neoplasias, quizá -- porque la química de la membrana pone en marcha el sistema de control inmunitario del organismo.

Una clase de virus que contiene ácidos nucleicos -- (RNA) o desoxirribonucleico, produce neoplasias, en las que el virus se reproduce y sale de las células sin lesionarlas, se cree que estos virus podrían ser causantes de algunas leucemias humanas en las cuales las células de la sangre, se multiplican extraordinariamente. Los virus ribonucleicos o (DNA) que pueden producir neoplasias, son los herpes virus, adenovirus y los papavovirus; un herpes virus, produce una neoplasia maligna en el sistema linfático de las gallinas, que provoca una gran mortalidad entre ellas, por invasión del sistema nervioso y por parélsis; contra el cual se ha fabricado una vacuna eficaz.

Parece probable que los virus pueden en alguna forma causar una neoplasia en el organismo, pero puede ser posible, que se encuentre en una neoplasia como parásito, sin ser la causa de su desarrollo.

3.- TEORIA TRAUMATICA.

Esta teoría está relacionada indirectamente con la teoría embriológica y dice que un traumatismo violento -- puede desprender un gérmen embriológico, el que se desarrolla para constituir una neoplasia; se requieren tres condiciones indispensables para aceptar esta teoría:

- 1.- Que sea un traumatismo sumamente violento.
- 2.- Que no haya transcurrido mucho tiempo entre el traumatismo y la aparición de la neoplasia.
- 3.- Que la neoplasia aparezca exactamente en el lugar del traumatismo.

4.- TEORIA IRRITATIVA.

Es una teoría bastante aceptada, ya que se ha observado cáncer de lengua en los fumadores de pipa, debido a que la irritación la sufren en un solo sitio durante muchos años; el cáncer de labio, se observa en las personas que se exponen demasiado a los rayos solares, acentuándose este problema en las personas de tez clara, también se observan neoplasias en personas expuestas a irritaciones causadas por sustancias como el alquitrán y el berilio. Las personas expuestas a los rayos X, como son los radiólogos que tienen un mayor porcentaje de probabilidades de adquirir la enfermedad.

Entre 10 y 15 años, después de las bombas atómicas de Hiroshima y Nagasaki, se presentó una epidemia de leucemia en esas ciudades, que aumentó la incidencia de 2 -- por 100,000 a 15 por 100,000 personas, y se pudo relacionar esta incidencia con la dosis de radiaciones recibidas durante las radiaciones atómicas, posteriores a éste hecho.

Se piensa que la energía radiante actúa del siguiente modo:

- a.- Acelera el envejecimiento celular, lo cual significa, mayor frecuencia de mutaciones espontáneas y cáncer.
- b.- Activa virus oncógenos.
- c.- Altera el microambiente de las células.
- d.- Estimula a las células para que proliferen, originando errores mitóticos y que se desarrollen los mutantes más vigorosos, constituyendo las neoplasias.

El pincelado de esferas de reloj con radio, ha provocado sarcoma osteógeno y cáncer entral en los trabajadores de este ramo, quienes afilaban sus pinces mojóndolos con los labios.

Otras causas de neoplasias por irritación pueden ser las prótesis mal ajustadas, cúspides rotas, la mordedura habitual sistemática de los carrillos y lengua.

5.- TEORIA GENETICA.

Según esta teoría, la predisposición es general para todos en potencia y que solo los factores ecológicos contribuyen a su proliferación.

Las más recientes investigaciones dicen que la herencia es el primer factor o mecanismo de control, de la forma y función de los seres vivos a través de las sucesivas generaciones; las alteraciones de este mecanismo -- pueden dar lugar a una neoplasia.

Se han citado casos de familias humanas en las que se preseta una elevada incidencia de cáncer; se ha comprobado que un reducido número de neoplasias malignas muestran carácter hereditario; para estudiar la posible transmisión del cáncer por vía hereditaria, los investigadores se han visto obligados a recurrir a animales de experimentación, con los que obtienen cepas puras por cruces sucesivos entre hermanos, algunos con individuos altamente -- predispuestos y otros prácticamente libres de cáncer espontáneo y resistentes a la cancerización experimental; -- debemos tener en cuenta que estas pruebas son artificiales, producto de cruces de laboratorio y muy diferentes -- de la población humana, en la que la libertad de cruces, -- impide normalmente el establecimiento de herencias cancerosas. Así también debemos considerar los factores, no solo hereditarios, sino también ambientales y de resistencia de cada individuo.

EL EXAMEN CLINICO.

La importancia del examen clínico, radica principalmente en que el Odontólogo sepa aquilatar debidamente la presencia de una lesión en la cavidad oral, debemos saber descubrir la anomalía, lo mismo que reconocer e identificar una lesión específicamente, de preferencia debemos saber de que proceso patológico se trate y cuando exista alguna duda, debemos adquirir datos de otras fuentes, como por ejemplo datos anamnésticos y de los resultados de técnicas de laboratorio; y debemos familiarizarnos con la diferenciación, evolución y desarrollo de cada lesión.

El Odontólogo puede observar al paciente en cada cita por medio del examen sistemático cuidadosamente planificado; existen afecciones que son identificables con facilidad a simple vista, otras presentan características que sugieren varias entidades patológicas; en estos casos es cuando es necesario disponer de mayor cantidad de información para establecer un diagnóstico exacto.

La observación es la clave de la conservación de la salud bucal; ya que la cabeza, el cuello y la cavidad bucal son zonas que se ven fácilmente. Al conocer lo que es normal y lo que se espera ver, se puede efectuar un examen sistemático, planificado de antemano, no se debe pasar por alto ninguna zona, la exploración incluye los procedimientos de inspección, palpación, exploración instrumental, percusión, y revelación de colutorios.

La siguiente técnica de exploración puede ayudarnos a lograr un orden sucesivo y lógico:

- 1.- Labios y comisuras labiales.
- 2.- Mucosa labial, vestibular y bucal; encías, carrillos, papilas y conductos parotídeos.
- 3.- Paladar duro y encía palatina.
- 4.- Paladar blando.
- 5.- Áreas amigdalinas y bucofaringe.
- 6.- Lengua: dorso, bordes laterales y superficie inferior.
- 7.- Piso de la boca.
- 8.- Dientes.

La palpación es una técnica de exploración en la que el operador, por medio del sentido del tacto, percibe las estructuras del organismo; la palpación se hace de 5 maneras y cada una de ellas está reservada para un área determinada. Palpación manual, digital, lateral, palpa- ción de los dientes y palpación por compresión, de preferencia bimanual para establecer una comparación entre un lado y otro.

La auscultación es una técnica, para escuchar sonidos producidos por el chasquido de la articulación temporomandibular, durante los movimientos de la mandíbula, -- trastornos foniátricos por prótesis mal ajustadas que hacen ruido cuando se habla; también alguna neoplasia que -- por su localización obstruya el paso libre del aire, así como la percepción con agudeza de cualquier estructura -- fuera de lo normal.

Los ganglios linfáticos pueden agrandarse como resultado de procesos infecciosos, inflamación o neoplasias; en estos casos tamaño y consistencia varían, pueden estar sensibles o no, movibles o fijos, cuando no hay enfermedad suele ser difícil palpar los ganglios, sin embargo algunos persisten y se palpan muchos años después de concluida la enfermedad, o sea que no siempre es claro el significado de la palpación de un ganglio linfático. Los ganglios infectados crónicos son dolorosos e indurados mientras que los agudos son blandos y dolorosos.

Los ganglios linfáticos se perciben como hinchazones bajo la piel, suelen sentirse como pequeños chicharos y se encuentran en áreas anatómicas definidas, por tanto, el orden de exploración va desde el área submentoniana hasta la submaxilar y luego hacia el cuello, se recomienda la palpación bimanual y en el área submaxilar puede hacerse por dentro como por fuera de la boca.

La revelación de colutorios es un método de diagnóstico que consiste en la recolección del enjuague que hace el paciente de una solución salina; la cual será centrifugada y el sedimento se analiza en el microscopio para el descubrimiento de alteraciones, neoplásicas básicamente, de las células de descamación de mucosa bucal e igualmente con gargarismos de la bucofaringe y cuerdas bucales. Si el paciente usa alguna prótesis, es aconsejable tomar una muestra del enjuague con la prótesis puesta y otra posterior sin ésta.

TIPOS DE DIAGNOSTICO

Existen diferentes tipos de diagnóstico, señalemos brevemente los más importantes:

DIAGNOSTICO CLINICO.

Este diagnóstico, nos ayuda a la identificación de un proceso de enfermedad basado solamente en la observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la entidad patológica, sin acudir a datos o información de otro tipo, este método de diagnóstico no es completo y solo tiene aplicación cuando no existe margen de error y los signos de la enfermedad son patognómicos.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO.

Existen algunas enfermedades o padecimientos que requieren de este tipo de diagnóstico, por ejemplo la mayoría de odontomas se identifica rápidamente al ver en la imagen radiográfica la presencia, de dos o más formaciones dentarias supernumerarias en una o varias regiones del maxilar, también algunos quistes o algún proceso neoplásico interno de difícil localización, y aunque es un excelente método de diagnóstico no debe tomarse como único y definitivo, ya que los signos radiológicos pueden ser idénticos en dos o más afecciones.

DIAGNOSTICO A TRAVES DE DATOS ANAMNESICOS.

La historia clínica, es importante para el mejor y más acertado diagnóstico, algunas enfermedades de la boca son características de ciertas edades, por ejemplo, el -- herpe simple en los adolescentes, otras son características de cada sexo, como el cementoma en el sexo femenino, -- otras del tipo de trabajo, por ejemplo, el depósito de me tales pesados en las encías de pintores y tipógrafos, algunos hábitos causan trastornos, el cigarrillo es uno de ellos; algunas neoplasias con desarrollo muy lento deben -- revisarse periódicamente, para su correcto diagnóstico.

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO.

Un recuento globular, un valor elevado de la glucemia, el resultado de un cultivo microbiológico o el resul tado de una biopsia, nos pueden dar la pauta para estable cer un diagnóstico, en realidad viene a ser como un re -- fuerzo a los estudios anteriores para reafirmar nuestra -- posición ante la anomalía.

DIAGNOSTICO QUIRURGICO.

Este tipo de diagnóstico, se debe hacer sólo en casos en que no se puede determinar la afección por otros -- medios, la exploración quirúrgica puede confirmar cualquier sospecha, como por ejemplo, el caso del quiste óseo idiopático cuyas características clínicas y radiográficas pueden sugerirnos el diagnóstico, pero sólo puede identificarse en forma definitiva por medio del diagnóstico qui rúrgico.

DIAGNOSTICO TERAPEUTICO.

Algunas enfermedades las podemos establecer dentro de un diagnóstico después de iniciado algún tratamiento, - que con la rápida respuesta a él, nos da la clave del -- diagnóstico. Esta forma de diagnóstico, debe limitarse no sólo a los periodos adecuados, sino también, al ver que - no hay mejoría, debe suprimirse el tratamiento para progredir a la consideración de otras alternativas de diagnósti-
co.

DIAGNOSTICO INMEDIATO.

Este se hace basado en datos mínimos, en una o dos - sugerencias clínicas o radiográficas y no se debe recurrir a él, si la información viene de terceras personas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Es el que contiene el empleo de métodos de diagnós- tico amplios y completos, es decir, acumulación y elección de datos importantes a partir de todas las posibles fuentes, antes de establecer un diagnóstico definitivo, que - es el que debemos aplicar.

Para emplear esta técnica de diagnóstico con éxito; son de gran importancia tanto los conocimientos como la - habilidad. Debe haber una perfecta familiarización, con - la forma en que el proceso patológico afecta a la boca y - los maxilares.

Debemos saber interpretar los resultados de laboratorio y tener la destreza necesaria en la preparación de las partes diagnósticas del caso, todo ello de vital importancia en el diagnóstico diferencial.

CLASIFICACION DE NEOPLASIAS

TEJIDO DE ORIGEN	BENIGNOS	MALIGNOS
Tejido conectivo y derivados		
Tejido fibroso	Fibroma	Fibrosarcoma
Tejido mixomatoso	Mixoma	Mixosarcoma
Tejido adiposo	Lipoma	Liposarcoma
T. Cartilaginoso	Condroma	Condrosarcoma
T. Oseo	Osteoma	Sarcoma osteógeno
Tejido notocordal	Cordoma	Cordosarcoma
Tejido endotelial		
Vasos sanguíneos	Hemangioma Capilar Cavernoso Esclerosante Hemangioendo- telioma	Angiosarcoma Endoteliosarcoma
Vasos linfáticos	Linfangioma Linfangioen- dotelioma	Linfangiosarcoma Linfangioendo- teliosarcoma
Sinovia	Sinovioma	(Sinoviosarcoma)
Mesotelio (Células de revestimiento de cav. corporales)	Mesotelioma	(Mesoteliosarcoma)
Membranas cerebrales	Meningioma	
Glomus	Tumor glómico	
Vasos sanguíneos de médula ósea		(Tumor de Ewing?) Endoteliosarcoma

Células sanguíneas y afines		Leucemia granulocítica Leucemia monocítica
Células hemopoyéticas tejido linfoide		Linfomas malignos Leucemia linfocítica Plasmocitoma
Sistema retículo endo- telial		Sarcoma de células del retículo (Linfoma maligno tipo histiocítico) (Enfermedad de Hodkin?)
Músculos		
Músculo liso	Leiomioma	Leiomiোসarcoma
Músculo estriado	Rabdomioma	Rabdomiosarcoma
Tejido epitelial		
Escamoso estratificado	Papiloma de cél. escamosas.	Carcinoma de cél. escamosas o epider- moide. Carcinoma de células basales
Glándulas de anexos de piel y folículos pilosos.		
Glándulas sudoríparas	Adenoma de glándulas sudoríparas	Carcinoma de glándu- las sudoríparas
Glándulas sebáceas	Adenoma de glándulas sebáceas	Carcinoma de glándu- las sebáceas.

Epitelio de revestimiento		
Glándulas o conductos	Adenoma	Adenocarcinoma
Grupo bien diferenciado.	Papiloma Adenoma papilar	Carcinoma papilar Adenocarcinoma papilar
	Cistoadenoma	Cistoadenocarcinoma
Grupo mal diferenciado		Carcinoma medular Carcinoma indiferenciado simple
Epitelio respiratorio		Carcinoma broncogénico, "Adenoma" bronquial
Neuroectodermo	Nevo	Melanoma (melanocarcinoma)
Epitelio renal	Adenoma renal tubular	Carcinoma de células renales (hipernefróide)
Células hepáticas	Adenoma de células hepáticas	Carcinoma de células hepáticas o hepatoma
Vías Biliares	Adenoma de vías biliares.	Carcinoma de vías biliares (colangiocarcinoma)
Epitelio del aparato urinario (de transición)	Papiloma de células de transición.	
Epitelio placentario	Mola hidatídica	Cariocarcinoma Carcinoma embrionario

Mixtos (varios tipos de células neoplásicas, generalmente de rivados de una germinativa)

Glándulas salivales

Tumor mixto originado en glándulas salivales

Tumor mixto maligno originado en glándulas salivales

Primordio renal

Compuestos (varios tipos de células neoplásicas derivados de dos o más capas germinativas)

Células totipotenciales en las gónadas o en restos embrionarios

Teratoma dermoide

Uno o más elementos se tornan malignos, ejem: carcinoma de células escamosas originado en teratoma.

FRECUENCIA DE NEOPLASIAS EN LA CAVIDAD ORAL.

Aproximadamente el 5% de todas las neoplasias aparecen en la cavidad bucal, los sitios son variados, las neoplasias benignas son las que se encuentran con mayor frecuencia en la cavidad bucal, y son a la vez las que podemos eliminar con más facilidad, podemos encontrarlas en carrillos, paladar blando, paladar duro, lengua, piso de boca, labio inferior y superior.

Esto no es una regla, ya que los sitios de elección de las neoplasias varían según los estados patológicos que se presenten, hábitos del paciente, nutrición, higiene, -- prótesis mal ajustadas o dientes rotos, predisposición, medio ambiente y factor herencia.

El fibroma es una neoplasia benigna, que se presenta con mayor frecuencia en la mucosa vestibular, lengua y labios; pero que puede variar su presencia de acuerdo a algún factor de los que ya mencionamos.

Las neoplasias malignas son menos frecuentes, pero se debe tener mayor cuidado, ya que puede aparecer en el sitio de la boca menos indicado o menos pensado; mediante algunas estadísticas podemos decir que los hábitos, las deficiencias, las enfermedades, las irritaciones, los traumatismos, nos van a proporcionar un sitio aproximado del lugar de la neoplasia

Las neoplasias malignas de las que haremos mención es el carcinoma de labio. Se presenta principalmente en varones de edad avanzada, ataca con mayor frecuencia al labio inferior que al superior, con un porcentaje de 88% en inferior, 3.5% en superior, 8.5% en comisuras; la edad promedio de la aparición de ésta afección, es de 62 años, en pacientes que oscilan entre los 25 y 91 años, uno de los principales factores predisponentes es el consumo de tabaco en pipa; Cross y colaboradores, señalan un estudio con 100 pacientes, todos con cáncer labial, de los cuales 64 eran fumadores de pipa y 94 consumían tabaco; Widmann, en 363 casos comprobó que el 40% eran fumadores de pipa.

El carcinoma de lengua, se presenta en varones con relación de 4 a 1 con respecto a las mujeres, encontramos en ciertas zonas geográficas, como en los países Escandinavos, en donde la alta incidencia del Síndrome de Plummer-Vinson, hace que se eleve la incidencia en mujeres. El promedio de edad en la aparición de esta enfermedad es de 63 años y la sífilis parece ser uno de los factores etiológicos de este tipo de cáncer, esta relación se explica sobre la base de una glositis crónica producida por la sífilis, reconocida como carcinógeno en ciertas circunstancias. La leucoplasia es una lesión común en la lengua, que fué observada muchas veces asociada con el cáncer de lengua. Martin confirmó que el 46% de sus pacientes con cáncer de lengua, habían presentado leucoplasia, aunque también existe leucoplasia en pacientes que persisten durante años sin degeneración maligna.

DESCRIPCION DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS MAS FRECUENTES EN LA CAVIDAD ORAL.

FIBROMA

Este tumor de tejido conectivo, es la neoplasia benigna más frecuente que se produce en la cavidad bucal, - se presenta en personas de todas las edades y en ambos sexos, además puede proceder de casi cualquier tejido blando de la boca.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El fibroma se presenta como una lesión elevada, de color normal de superficie lisa y - base sésil y a veces pedunculada; la neoplasia puede ser pequeña y a veces alcanzar varios centímetros, al proyectarse sobre la superficie, el tumor llega a irritarse o - inflamarse e incluso a presentar ulceración superficial, - casi siempre es una lesión bien definida, de crecimiento lento, su consistencia es semisólida o dura, existen también fibromas blandos, esto debido a que su consistencia fibrosa es menos compacta.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El fibroma se compone de - haces de fibras colágenas entrelazadas, intercaladas con cantidades variables de fibroblastos o fibrositos y pequeños vasos sanguíneos, está recubierto de un epitelio escamoso estratificado, que frecuentemente parece estirado, - en algunos fibromas se encuentran zonas de calcificación difusa o focal, principalmente en los de encía.

El fibroma se puede confundir con la hiperplasia inflamatoria, que es un crecimiento del tejido conectivo -- que se forma como parte de una reacción inflamatoria, que no es clara en su distinción, y si se confunden con tanta facilidad, el fibroma no es tan frecuente como se cree.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica total, la lesión raras veces recidiva y cuando sucede es producida por una extirpación defectuosa. El pronóstico suele ser excelente, la transformación de un fibroma en una neoplasia maligna, es decir, en un fibrosarcoma, casi nunca llega a suceder.

PAPILOMA.

Es una neoplasia benigna común, que se origina en el epitelio superficial.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El papiloma es una proliferación exofítica, compuesta de numerosas proyecciones dactiliformes que producen una lesión cuya superficie es rugosa o verrugosa o en forma de coliflor, de color gris o blanco grisáceo, siempre es un tumor pedunculado, bien circunscrito, ocasionalmente sésil; se le puede localizar en lengua, labios, mucosa bucal, encía y paladar, particularmente en la zona adyacente a la úvula. La mayoría de los papilomas son pequeños y los mayores sólo miden algunos milímetros, se presentan a cualquier edad incluso en niños muy pequeños.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-Las proyecciones dactiliformes estan compuestas por epitelio escamoso estratificado y que contiene un núcleo central delgado de tejido conectivo, que sostiene los vasos sanguíneos nutritivos, la característica esencial es una proliferación de las células espinosas en estructuras papilares y el tejido conectivo es nada más estroma de sostén, la actividad mitótica de las células epiteliales tienen algunas veces prevalencia anormal.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.-El tratamiento del papiloma consiste en la extirpación de la base de la mucosa en la que se inserta el pedículo, si la extirpación es apropiada, la recidiva es rara. La posibilidad de una degeneración maligna del papiloma bucal es remota, aunque siempre hay que mirar con desconfianza la fijación de la base o la duración de los tejidos profundos.

VERRUGA COMUN O VULGAR.

La verruga común o verruca vulgaris, es una neoplasia frecuente en la piel, sin embargo puede presentarse en la cavidad bucal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-Tiene casi el mismo aspecto que el papiloma, sólo que su tamaño es menor y frecuentemente es múltiple, generalmente la verruga vulgar, se presenta en mucosa labial o en la mucosa bucal vecina, es frecuente verla en los pacientes que tienen verrugas en las manos o en los dedos y las lesiones bucales se generan por autoinoculación al succionarse los dedos o morder las uñas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Su duración es corta lo que la diferencia de los papilomas verdaderos y el tratamiento es el mismo que éstos.

HEMANGIOMA.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Existen dos variedades, el capilar y el cavernoso, estos pueden observarse a cualquier edad y en ambos sexos, no obstante la mayoría son congénitos y se manifiestan clínicamente a cualquier edad.

Se presentan como lesiones elevadas, parcialmente elevadas o sumergidas, circunscritas o difusas, de color rojizo o azulado, de superficie lisa y de tamaño variable. Por lo general son blandos y renitentes a la palpación y suelen blanquearse cuando se ejerce presión.

Se localizan con mayor frecuencia en lengua y mejillas, las lesiones pueden producir un agrandamiento del lugar afectado y por tanto puede dificultar la fonación o la masticación, los hemangiomas son benignos, casi nunca van a experimentar transformaciones malignas, no crecen o lo hacen lentamente; debido a la hemorragia interna pueden experimentar fibrosis y regresión espontánea.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El hemangioma consiste en características, como gran cantidad de capilares revestidos de endotelio y llenos de sangre que pueden infiltrar difusamente la mucosa o presentarse en numerosos racimos;

el hemangioma cavernoso, está compuesto por pequeña o gran cantidad de amplios espacios de paredes delgadas llenos de sangre y revestidos de células planas, el epitelio que cubre las lesiones suele estar intacto.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Las lesiones superficiales, pueden tratarse quirúrgicamente, o puede inducirse fibrosis mediante soluciones esclerosantes como el tetradecilsulfato sódico, nieve de dióxido de carbono, inyecciones de agua hirviente, crioterapia o electrocauterización, también es posible una regresión espontánea de una lesión accidental, la radioterapia está contraindicada. El pronóstico de este padecimiento es bueno, por que no se transforma en maligno, ni recidiva después de la eliminación o destrucción.

LIPOMA.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Es una neoplasia benigna de crecimiento lento, se origina en diversos sitios, la lengua, piso de la boca y pliegue mucovestibular son algunos de ellos, puede ser sessil o pediculada, el epitelio es delgado y los vasos sanguíneos se ven a través de la superficie, su color es amarillento, es blando a la palpación; el diagnóstico del lipoma depende de la superabundancia de tejido adiposo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El lipoma se compone de una masa circunscrita de células adiposas maduras, que pueden presentar cantidades variables de cordones colágenos que pasan a través de la lesión y sostienen algunos vasos sanguíneos pequeños.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento del lipoma es la extirpación quirúrgica, la recidiva es rara.

LINFANGIOMA.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Es una neoplasia compuesta por vasos linfáticos, se observa con materia linfática, y por lo regular la lengua es el sitio de elección, cuando son superficiales se presentan como un racimo de excrescencias blandas e indoloras, de paredes delgadas en la mucosa, el el agrandamiento de la lengua puede ser muy acentuado -- (macroglosia linfomatosa).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Microscopicamente la mayoría de los linfangiomas bucales, muestran espacios cavernosos que yacen inmediatamente debajo del epitelio.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Los linfangiomas pueden experimentar transformaciones malignas, no responden a las irradiaciones ni a soluciones esclerosantes, en cambio la extirpación quirúrgica puede ser el tratamiento de elección, aunque aquí las consideramos dentro del grupo de las neoplasias benignas, debemos entender que son lesiones premalignas, y las mencionaremos también cuando veamos neoplasias malignas.

MIXOMA.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El mixoma de tejidos blandos, no muestra preferencia por ningún sexo o edad, y puede afectar tanto al maxilar como a la mandíbula.

Es de crecimiento lento, pero produce un agranda--
 miento en la zona afectada, también puede haber migración
 y aflojamiento de los dientes, es un tejido de textura lig
 xa que contiene cantidades moderadas de delicadas fibras-
 de reticulina y material mucoso, probablemente ácido hig
 lurónico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Existen cantidades varia--
 bles de células estrelladas intercaladas, que a veces tie
 nen forma de huso, la neoplasia no está encapsulada y pue
 de invadir tejidos circundantes.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento del mixoma debe
 ser quirúrgico, ya que los rayos X son de poco beneficio,
 la recidiva es común pero no es grave por que no metastiza,
 para evitarla se debería extirpar también tejido sano ad-
 yacente, pero en boca no es recomendable la incisión dema
 siado amplia.

CONDROMA.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Es una neoplasia que se presen
 ta con rareza, aún así los casos reportados nos señalan -
 que se presenta a cualquier edad y en ambos sexos; se ini
 cia como una hinchazón indolora y lentamente progresiva -
 en el maxilar, que también es capaz de producir afloja --
 miento de los dientes.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- La radiografía muestra -
 una zona radiolúcida irregular o moteada en el hueso, que
 a veces produce resorción radicular en los dientes adya -
 centes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- La neoplasia se compone de una masa de cartilago hialino que presenta zonas de calcificación o necrosis, tiene una variación de aspecto de un lugar a otro, algunas lesiones malignas presentan zonas de aparente benignidad.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento es quirúrgico, se recomienda una enucleación algo más que conservadora; debido a la escasez de casos comunicados, el pronóstico de esta enfermedad es incierto; pero hay mayor probabilidad de que ésta, sea benigna.

OSTEOMA.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Es una neoplasia benigna, rara en los maxilares y que se puede confundir con otros padecimientos como la exostosis y la endostosis; se puede presentar con mayor frecuencia en el adulto joven, se manifiesta como una tumefacción circunscrita del maxilar que produce una asimetría obvia.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El osteoma está compuesto de hueso compacto en extremo denso o de hueso esponjoso con espacios amplios, es de crecimiento lento, rara vez hay dolor asociado, en ocasiones se encuentran focos de cartilago en cuyo caso se emplea el termino "osteochondroma".

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.- El tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica, sobre todo si estorba para confeccionar algún aparato protésico, no recidiva.

NEUROMA.

El neuroma casi siempre es por amputación o traumático, en sí no es una neoplasia verdadera, sino un intento de reparar un tronco nervioso por el organismo, cerrando el espacio con una proliferación de las células de -- Schwan, fibroblastos y crecimiento de los cilindroejes, - su mayor frecuencia se encuentra en el agujero oval, casi siempre se presenta después de una extracción o cualquier técnica quirúrgica en esta zona.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Se observa como un nódulo prominente y duro, por lo general de color rosa pálido, suele no tener la localización y bordes definidos como la mayoría de las neoplasias benignas, su palpación puede ser dolorosa, también se localiza en la lengua, el labio inferior y a veces en el interior del maxilar.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Microscópicamente se observa con una cantidad variable de tejido cicatrizal (tejido colágeno), en el cual es posible ver numerosos troncos -- nerviosos seccionados en sentido transversal y longitudinal.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica; su pronóstico es bueno.

MIOMA.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Compuesto de músculo liso (leiomioma) y estriado (rabdomioma), son neoplasias muy raras en la boca.

Se localizan principalmente en la lengua y paladar, son masas limitadas de consistencia dura, prominentes, lisos y redondeados, de color rosa pálido, sésiles o pedunculados, tienen parecido con el fibroma de la lengua.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO. Se recomienda una exploración - biopsica antes de la extirpación quirúrgica.

MIOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES.

Se le ha asignado su origen en células musculares, - fibroblastos e histiocitos, recientemente se ha descubierto en las células de Schwan de la vaina nerviosa su posible procedencia.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- En la cavidad bucal, se localiza en la parte lateral y dorsal de la lengua y se han dado casos de lesiones múltiples, se presenta como una ex - crecencia pequeña, ligeramente elevada de la mucosa, de - superficie lisa y no ulcerada, el tumor yace debajo del epitelio, aunque es encapsulado puede estar circunscrito.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Consiste en células granulosa muy aumentadas de tamaño y con núcleos pequeños y - redondos, estas células se disponen en hojas y frecuentemente se asocian a fibras musculares y vainas nerviosas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Su tratamiento es la extirpación quirúrgica y su pronóstico es favorable.

ODONTOMA.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El odontoma puede ser descubier to a cualquier edad y en cualquier sitio del arco superior e inferior, se encuentra en niños muy pequeños y puede per sistir toda la vida, su tamaño es pequeño y solo en conta das ocasiones excede al tamaño de un diente; si en torno - al odontoma se llega a formar un quiste dentífero, la ex - pansi3n del hueso afecta a la simetría facial.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Los odontomas se descubren en el exámen radiográfico normal, se localiza por lo regu lar en las raices de los dientes y presenta una masa irregu lar de material calcificado, rodeado por una banda radió lúcida estrecha con una perifería lisa.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Histológicamente se locali za esmalte o matriz adamantina, dentina, tejido pulpar y - cemento de aspecto normal, si llegan a existir similitudes morfológicas con dientes, las estructuras suelen ser unirá diculares.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento del odontoma es la extirpaci3n quirúrgica y el pronóstico es bueno.

NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA BOCA

La descripción de las neoplasias malignas de la boca está sujeta a las variaciones que éstas presentan, ya que su aspecto clínico no es único y específico, este aspecto dependerá del tiempo de duración de la lesión, a su localización y a las degeneraciones secundarias, así una lesión de doce meses de duración, será distinta a una de pocas semanas y una lesión cancerosa que se desarrolla a partir de la mucosa bucal, tendrá aspecto diferente a una que se desarrolla en los tejidos gingivales o el paladar, también el tipo celular influirá en el aspecto clínico, - el estado de diferenciación de las células contribuye a - las variaciones del cuadro clínico; a pesar de estas variaciones, existen ciertas cualidades o características - específicas que despiertan la sospecha de la existencia - del cáncer.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE O DE CELULAS ESCAMOSAS.

Es la forma más común de cáncer en la boca, ya que representa el noventa por ciento de las neoplasias orales.

Es más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación de siete a uno, se presenta a cualquier edad y - con mayor frecuencia después de la cuarta década, aparece más a menudo en los labios que en el interior de la boca, existen zonas geográficas, como en Estados Unidos, en donde es la octava forma de cáncer en el hombre y duodécima en la mujer; en Hong Kong, es la forma más común de cáncer humano.

En el Lejano Oriente los carcinomas bucales, representan el setenta por ciento del total de las afecciones malignas en el hombre.

CARACTERISTICAS ETIOLOGICAS.- La causa es desconocida, si bien es cierto que algunos factores desempeñan algún papel en su desarrollo: mala adaptación de aparatos protésicos, irradiación actínica, tabaco, glositis sífilítica, alcoholismo, virus, mala higiene bucal y deficiencias nutricionales pueden ser algunas de estas causas.

Se ha comprobado que las personas con procesos cancerosos, asocian dos o más factores de los mencionados; - el alcoholismo casi siempre va asociado con el consumo de tabaco, mala higiene y deficiencias nutricionales; se mencionan en particular a los pacientes cirróticos, que presentaban menor porcentaje de sobrevivencia después del tratamiento, en comparación con los pacientes no cirróticos -- tratados de cáncer. El síndrome de Plummer-Vinson en mujeres, parece ser otro factor predisponente al carcinoma bucal, el síndrome consiste en una deficiencia de hierro en la sangre, puede aparecer a cualquier edad, pero se presenta con mayor frecuencia en mujeres de treinta a cuarenta años; los síntomas son grietas o fisuras en las comisuras de los labios, palidez color de limón en la piel, lengua lisa, roja y dolorosa con atrofia de papilas piliformes, y posteriormente de las fungiformes, la mucosa de la cavidad bucal y el esófago está atrofica y carece de queratinización normal, se observa coloiniquia (uñas en forma de cuchara o uñas frágiles que se rompen con facilidad ya que no tienen consistencia).

Este síndrome es signo etiológico del carcinoma epidermoide y se presenta con mayor frecuencia en los países escandinavos. La anemia reacciona bien a la administración de hierro y a una dieta rica en proteínas, pero se debe iniciar el tratamiento en las etapas tempranas de la enfermedad.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El carcinoma epidermoide - bien diferenciado, se compone de capas y nidos de células cuyo origen obvio es el epitelio escamoso, estas células suelen ser grandes y presentan una membrana celular definida, los núcleos de las células neoplásicas son grandes y tienen gran variabilidad en la intensidad de la reacción tintorial, los núcleos que se tiñen intensamente con hematoxilina se denominan hiperromáticos, también existen figuras mitóticas aunque no muy abundantes, muestran queratinización celular individual y formación de numerosas perlas epiteliales o de queratina de diferentes tamaños.

Los carcinomas epidermoides menos diferenciados tienen células que presentan menor semejanza con el epitelio escamoso, puede estar alterada la forma característica de la célula, así como su disposición típica de una con respecto de otra, el crecimiento es más rápido y se refleja en la mayor cantidad de figuras mitóticas, variación de tamaño, forma y reacción tintorial, además del incumplimiento funcional de la célula escamosa diferenciada por la que es la formación de queratina.

GRADUACION CLINICA DEL CANCER

La graduación clínica se refiere a una determinación de la extensión de la enfermedad antes de emprender el tratamiento y tiene como finalidad:

- 1.- Selección del tratamiento más apropiado.
- 2.- Comparación valorada de los resultados finales obtenidos de diferentes fuentes.

El sistema se conocido como TGM.

(T- Tumor primario, G- Ganglios linfáticos regionales, M- Metástasis a distancia), en 1967 fué adoptado para su aplicación al carcinoma de la cavidad bucal.

Definición de las categorías TGM de tumores malignos de la cavidad:

- T - tumor primario
- T15 - carcinoma in situ.
- T1 - tumor cuyo diámetro mayor es de 2 cm. o menos
- T2 - tumor cuyo diámetro mayor es de más de 2 cm. pero menor de 4cm.
- T3 - tumor cuyo diámetro mayor es de más de 4 cm.
- G - ganglios linfáticos regionales.
- G0 - no existen ganglios linfáticos cervicales palpables clínicamente o hay ganglios palpables pero no se sospecha metástasis.
- G1 - ganglios linfáticos homolaterales palpables clínicamente, se sospecha metástasis.
- G2 - Ganglios linfáticos contralaterales sin fijación, palpables clínicamente, se sospecha metástasis.
- G3 - Ganglios linfáticos fijos, palpables clínicamente.

- M- metástasis a distancia.
- MO - no hay metástasis a distancia.
- M1 - evidencias clínicas, radiográficas o ambas, de metástasis diferentes de los ganglios linfáticos -- cervicales.

Agrupamiento por grados clínicos del carcinoma de la cavidad oral:

Grado I	T1, G0, MO.
Grado II	T2, G0, MO.
Grado III	T3, G0, MO. - T1, G1, MO. - T3, G1, MO. T2, G1, MO.
Grado IV	T1, G2, MO. - T2, G2, MO. - T3, G2, MO. T2, G3, MO. - T1, G3, MO. - T3, G3, MO. o cualquier categoría T o G con M1.

CARCINOMA DE LABIO

Este padecimiento se produce principalmente en varones de edad avanzada, ataca al labio inferior con mayor facilidad y frecuencia que al superior, como apuntamos anteriormente, la incidencia es mayor en hombres que en mujeres.

ETIOLOGIA.- El factor etiológico que se señala como el de mayor peligro, es el consumo de tabaco y el uso de pipa, - ya que el calor, el traumatismo de la pipa y los productos de combustión del tabaco, vienen a ser predispuestos al - carcinoma labial.

Algunos pacientes relatan alguna experiencia traumática aislada, como por ejemplo, una quemadura con cigarrillo, un corte en el labio o traumatismo crónico por dientes irregulares o fracturados; frecuentemente se ha asociado la leucoplasia con la aparición del carcinoma, ya que la leucoplasia clínica es una lesión frecuente en el labio, esto no se ha comprobado y las lesiones se encuentran casualmente en el mismo sitio.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Los tumores suelen comenzar en el borde bermellón del labio a un lado de la línea media, al principio es una pequeña zona de engrosamiento, induración y ulceración o irregularidades de la superficie; a medida que se agranda la lesión va tomando forma de cráter, o se produce un crecimiento exófitico o proliferativo de tejido neoplásico, algunos se ven como masas fungosas en muy corto tiempo, otros son de avance lento.

La metástasis tarda en hacer su aparición y puede producirse una lesión voluminosa antes de la afección de los ganglios linfáticos regionales; las costras pueden estar hemorrágicas, pardas o negras, serosas o purulentas (tostadas, pajizas o amarillas).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- La mayoría de los carcinomas de labio son lesiones bien diferenciadas, por lo general clasificadas como de grado I, este tipo de cáncer, suele hacer metástasis en las fases tardías de la evolución.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Son muchos los factores que influyen en el éxito o el fracaso del tratamiento, tales como, el tamaño de la lesión, su duración, ganglios linfáticos metastásicos o el grado histológico de la lesión.

Se puede tratar con extirpación quirúrgica o con rayos X, con éxito casi igual; la recidiva es rara y el porcentaje de curación después del tratamiento, es del ochenta por ciento aproximadamente.

CARCINOMA DE LENGUA

Es una lesión que aparece principalmente en el sexo masculino, a excepción de los países escandinavos, que se presenta en mujeres debido a una alta incidencia del síndrome de Plummer-Vinson preexistente.

La lengua es después de los labios el lugar donde aparece con mayor frecuencia, y provoca mayor cantidad de muertes que las lesiones malignas de otras regiones, ya que se trata de un órgano extraordinariamente móvil, muy irrigado por vasos linfáticos y sanguíneos que facilitan la metástasis.

ETIOLOGIA.- La sífilis parece ser un padecimiento predisponente del carcinoma de lengua, por la glositis crónica que se presenta en esta enfermedad, el carcinoma también puede estar relacionado con la arsenoterapia con que se trata la sífilis antes de los antibióticos y no directamente con este padecimiento; también la leucoplasia puede ser un factor predisponente.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El signo más común del carcinoma de lengua, es una masa o una úlcera indolora, aunque - en algunos pacientes, la lesión se hace finalmente dolorosa, especialmente cuando se infecta en forma secundaria.

La neoplasia comienza con una úlcera indurada en la superficie, con bordes levemente elevados y evoluciona para convertirse en una masa fungosa exofítica o se infiltra en las capas profundas de la lengua. La lesión típica se produce en el borde lateral o en la parte ventral de la lengua, rara vez en el dorso.

Las lesiones que aparecen en la parte posterior tienen mayor peligro debido a su inaccesibilidad al tratamiento, y a que hacen metástasis antes.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento del cáncer de la lengua es un problema difícil, no se pueden hacer afirmaciones positivas sobre la eficacia de la cirugía, comparada con la irradiación de rayos X, muchos radioterapeutas prefieren el uso de agujas de radio o perlas de radón, ya que son capaces de limitar la irradiación del tumor, cuidando el tejido normal adyacente. Los nódulos metastásicos son factores altamente complicantes, pero es inútil tratarlos sin controlar antes la lesión primaria.

El pronóstico del cáncer en esta localización no es bueno, según estudios el índice de supervivencia a cinco años de pacientes tratados de carcinoma de lengua, está debajo del veinticinco por ciento y del ochenta y uno cuando no había metástasis.

CARCINOMA DE PISO DE BOCA

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Se presenta a los lados de la línea media, como una úlcera indurada, de tamaño variable cerca de los orificios de las glándulas salivales, a veces se presenta en regiones posteriores a nivel de los molares y se puede extender hacia la mucosa lingual de la mandíbula, al igual que a la lengua.

Puede invadir los tejidos más profundos e incluso extenderse hacia las glándulas submaxilares y sublinguales, la cercanía de la neoplasia con la lengua, puede inducir a un peculiar engrosamiento o embotamiento de la vibración de la voz.

Las metástasis se presentan con mayor frecuencia en los ganglios linfáticos submaxilares y suelen hacer metástasis contralaterales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Las irradiaciones con rayos X y el uso de radio pueden brindar resultados mucho mejores que la cirugía, y el paciente tratado puede tener un promedio de sobrevivida a cinco años del cincuenta y seis por ciento.

CARCINOMA DE MUCOSA VESTIBULAR

ETIOLOGIA.- Existen factores de indiscutible importancia, como el mascado de tabaco o el hábito de mascar nuez de betel muy difundido en el Lejano Oriente.

Al señalar estos factores, se había observado de antemano que el carcinoma aparecía en la mucosa contra la que se apoyaba el tabaco o la nuez, el carrillo puesto estaba normal; la leucoplasia también es predecesora común del carcinoma de mucosa vestibular; no así el mordisqueo crónico del carrillo y la irritación producida por dientes irregulares o fracturados, que parece no tener relación con este tipo de carcinoma.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El aspecto clínico es variable, puede aparecer a lo largo de la línea correspondiente a la oclusión o debajo de ella, otros casos se dan --cerca del tercer molar; la lesión es ulcerativa y dolorosa, en la cual es común la induración e infiltración de los tejidos más profundos, las neoplasias que proliferan hacia la superficie se les llame exofíticas o verrugosas. Los sitios más comunes de las metástasis son los ganglios linfáticos submaxilares.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- En el tratamiento, el resultado puede ser similar con irradiaciones de rayos X, o por medio de cirugía, el empleo combinado de estas formas --también tiene un lugar en la terapéutica de este tipo de neoplasia.

El pronóstico de la neoplasia depende de la presencia o ausencia de metástasis, y la sobrevivida a cinco años después del tratamiento oscila entre el veintiocho y treinta y cinco por ciento de promedio.

CARCINOMA GINGIVAL

Las infecciones dentales que se asemejan con lesiones cancerosas incipientes, hacen que se demore el diagnóstico o que se equivoque, por tanto se retrasa el tratamiento y el pronóstico final es peor. La edad promedio de la aparición del carcinoma gingival es de sesenta años y la frecuencia es mayor en hombres.

ETIOLOGIA.- La irritación crónica debida a calculos y acumulación de microorganismos, con la consecuente inflamación, es uno de los factores etiológicos, a veces se origina un carcinoma después de la extracción de un diente, pero el diente se extrae debido a la lesión o afección gingival. En algunos casos después de la extracción, el carcinoma evoluciona fuera del alveolo, probablemente se debe a que el carcinoma prolifera bruscamente después de la extracción; su presencia es mayor en la mandíbula que en el maxilar, y suele aparecer con mayor frecuencia en zonas desdentadas.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El carcinoma gingival se manifiesta como una zona ulcerada, la encía fija puede presentar lesiones primarias más a menudo que la encía libre, el hueso y el periostio con frecuencia son invadidos por la neoplasia, y a veces en fases tardías se producen fracturas patológicas; la metástasis es común en el carcinoma gingival.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Se recomienda la cirugía, por los riesgos que se corren al aplicar rayos X; El pronóstico no es bueno, sobre todo si existen metástasis.

CARCINOMA DE PALADAR

Es una lesión mal definida, ulcerada y dolorosa - que se produce a un lado de la línea media, la que a veces cruza para afectar la mucosa gingival o hacia atrás para afectar a veces el hueso y a veces la nasofaringe; - las metástasis casi siempre son hacia los ganglios linfáticos regionales, el tratamiento puede ser quirúrgico o por medio de rayos X, el pronóstico es parecido al del carcinoma gingival.

CARCINOMA DE SENO MAXILAR

El carcinoma del seno es una lesión sumamente peligrosa, afortunadamente no es frecuente.

ETIOLOGIA.- Su etiología es desconocida, ya que ni la eg nusitis crónica la predispone, su característica principal consistente en que las enfermedades avanzan irremediablemente sin que el paciente tenga conocimiento de su presencia; por lo tanto el Odontólogo debe estar completamente advertido de las potencialidades de esta neoplasia.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- El primer signo clásico del carcinoma entral es la hinchazón o el abultamiento del reborde alveolar superior, el paladar o el pliegue mucovestibular, aflojamiento o movimiento de los molares superiores e hinchazón del sector inferior de la cara y el costado del ojo.

La molestia primaria puede ser la obstrucción unilateral o la descarga nasal, en pacientes desdentados -- portadores de prótesis completa, el desajuste de ésta, - puede producirse antes de cualquier manifestación clínica y la extensión de la lesión nos dará la pauta de ella, si sólo está afectado el piso del seno, las manifestaciones clínicas serán intrabucales; si son las paredes, habrá obstrucción nasal, la afección del techo del seno, - produce el desplazamiento del ojo, puede producirse ulceración de la cavidad oral, pero sólo en fases tardías.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Para tratar esta forma neoplásica, se ha empleado tanto la cirugía como los rayos X, - la hemimaxilectomía ha dado buenos resultados en algunos casos; el pronóstico no es bueno, sobre todo si ya se ha producido metástasis.

CARCINOMA IN SITU O INTRAEPITELIAL

El carcinoma in situ, se refiere a un carcinoma superficial, cuyas características neoplásicas quedan limitadas únicamente al epitelio escamoso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- La lesión puede parecerse a la leucoplasia en la mucosa bucal, puede presentarse como una placa aterciopelada y eritematosa, elevada o no, - en la cual hay en algunos casos placas blanquesinas; su distribución entre hombres y mujeres es la misma y tiende a aparecer en personas ancianas y que observan malos hábitos orales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Histológicamente se caracteriza por hiperqueratosis, acantosis y sobre todo disqueratosis (variación del tamaño y forma de las células, núcleo hiper cromático e imágenes mitóticas características), abultamiento del epitelio y capa basal intacta.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento habitual es la extirpación quirúrgica, es importante intervenir completamente para evitar la transformación en un carcinoma infiltrativo.

CARCINOMA VERRUGOSO

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Se observa en forma de coliflor, en personas mayores de cincuenta años y por lo general masticadores de tabaco, la mayoría de estos carcinomas se localiza en la mucosa vestibular y encía; la neoplasia es fundamentalmente exofítica o de naturaleza papilar, con superficie guijarrosa.

Las lesiones de encía proliferan hacia el tejido blando que las cubre y se fijan rápidamente al periostio, para invadir y destruir en forma gradual la mandíbula; los ganglios linfáticos regionales, suelen estar sensible y crecidos simulando un tumor metastásico, el dolor y la dificultad para masticar son molestias comunes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Existe una marcada proliferación epitelial y penetración hacia el tejido conectivo, pero sin llegar a una verdadera invasión.

Microscópicamente existen espacios cubiertos de parakeratina, ésta es la marca distintiva del carcinoma verrugoso, muchas veces no es posible determinarlo en la -- primera biopsia, siendo necesaria una segunda toma.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Muchos investigadores recomiendan la extirpación quirúrgica antes que la radioterapia, -- pues se cree que pueda haber transformaciones anaplásicas; además como la lesión es de crecimiento lento y tarde en hacer metástasis, puede hacerse una extirpación realmente conservadora.

CARCINOMA BASOCELULAR

Es probable que sea la forma más común de carcinoma en el ser humano, aparece en superficies expuestas de la piel, cara y cuero cabelludo, en personas de edad mediana o ancianos; este tipo de lesión no tiene propensión a metástasis y por ello se le denomina "carcinoma benigno", -- pero puede tener consecuencias fatales por invasión directa.

ETIOLOGIA.- El factor específico de la luz solar que produce cáncer, es la luz ultravioleta, cuyos efectos son atenuados por la pigmentación dérmica, existen otros carcinógenos que originan esta lesión, también la atrofia que presenta el envejecimiento puede predisponer al cáncer de piel.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Esta afección se presenta como una pequeña pápula levemente elevada, que se ulcera, cicatriza y después aparece de nuevo, sigue agrandándose siempre con intentos de cicatrización, al final la Úlcera forma un borde liso y engrosado; las lesiones que no son tróficas, infiltran los tejidos vecinos y pueden llegar a cartilago y a hueso; esta forma de carcinoma, no se origina en mucosa bucal y puede llegar a ella por infiltración.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Se ven como nidos, islas o capas de células, como membranas celulares imprecisas, -- con grandes núcleos intensamente teñidos y cantidades variables de figuras mitóticas. La célula basal es una célula pluripotencial que se desarrolla en varias direcciones, puede formar pelos, glándulas sebáceas, sudoríparas o epitelio escamoso y eventualmente queratina, es previsible -- que el carcinoma basocelular, haga por lo menos intentos -- malogrados de formar estas estructuras.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Se pueden esperar resultados -- buenos, de la extirpación quirúrgica o de la radioterapia.

El pronóstico del carcinoma basocelular es bueno, -- ya que la neoplasia crece con lentitud, no tiene tendencia a la metástasis y responde bien al tratamiento. La mayoría de las dificultades que pueden llevar a la muerte -- al paciente, se debe a que éste se descuida, ya que concurre a la consulta médica, cuando la lesión está muy avanzada.

MELANOCARCINOMA O MELANOMA MALIGNO.

El melanocarcinoma constituye una neoplasia altamente maligna, que contiene melanina, y afecta a la piel, la mucosa y el ojo; la lesión puede desarrollarse a partir de un nevo limítrofe preexistente o de la piel sana, es raro en la cavidad bucal, los pacientes por lo general están arriba de los cincuenta años, los hombres son afectados con mayor frecuencia que las mujeres.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- Se localiza con mayor frecuencia en el paladar duro y en la cresta alveolar del maxilar superior, la mucosa bucal y cresta alveolar inferior.

Se inicia como una zona indolora pigmentada o no, posteriormente se ulcera y sangra, su borde es rojo y la pigmentación aumenta rápidamente, acompañándose de linfoadenopatías metastásicas; cuando el tumor contiene pigmento, el diagnóstico es relativamente fácil, sin embargo -- los tumores no pigmentados, llamados melanomas melanóti - cos, pueden presentar problemas para el diagnóstico microscópico; en estos casos ciertos colorantes especiales (como la Dopa), que ponen en relieve las células formadoras de melanina.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.- El pronóstico del melanoma maligno de la cavidad bucal, es desfavorable y la muerte en el término de cinco años, es el desenlace en la mayor parte de las lesiones.

NEOPLASIAS MALIGNAS ORIGINADAS EN TEJIDO CONECTIVO.

FIBROSARCOMA

El fibrosarcoma es una neoplasia maligna común del tejido conectivo, aparece en personas relativamente jóvenes, tiene tendencia a metastatizar por el torrente sanguíneo y no por el linfático como los carcinomas.

La mayor parte de los fibrosarcomas, crecen en las extremidades, pero un diez y seis por ciento se encuentra encima de las clavículas e incluyen localizaciones orales como el periostio de la maxila y la mandíbula, el labio, la lengua, la encía, la mucosa bucal y el paladar.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Cuando el fibrosarcoma se encuentra en la boca, se presenta como una masa sólida, sin dolor, mal definida, recubierta de mucosa con color normal. En etapas avanzadas se observan úlceras, hemorragias e infección secundaria, pero los hallazgos más típicos son la tumefacción y la deformación asimétrica.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Existe proliferación de fibroblastos y formación de fibras colágenas y de reticulina, existe variación de una lesión a otra, algunas pueden estar bien diferenciadas, las células presentan todas las características típicas de una neoplasia maligna, otras - pueden no presentarlas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- La terapéutica más aceptada para el fibrosarcoma es la extirpación quirúrgica radical.

El pronóstico es favorable, Stout, estudió ciento-cuarenta y cinco pacientes de fibrosarcoma bucal, encontrando que el cincuenta por ciento de los pacientes, tuvo recidiva después del tratamiento; pero solo el diez y siete por ciento murieron de su enfermedad, podemos decir -- que entre mayor grado de diferenciación, menor será la posibilidad de curación.

RABDOMIOSARCOMA

Es un tumor maligno del músculo estriado, presenta combinaciones de diversos tipos histomorfológicos que son alveolar, pleomórfico, embrionario y botroide, en cada -- uno de ellos se observan signos de su origen celular, ya que las células tumorales se parecen en mayor o menor grado a las células embrionarias o en desarrollo de la musculatura voluntaria; la forma embrionaria es la más común -- en cabeza y cuello.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.- El rhabdomyosarcoma embrionario se compone principalmente de cuatro tipos de células:

- 1.- Células fusiformes eosinófilas dispuestas en fascículos entrelazados.
- 2.- Células eosinófilas redondas de tamaño mediano y grande con núcleo pequeño.
- 3.- Células eosinófilas alargadas y anchas con algunas estrías cruzadas.
- 4.- Pequeñas células redondas y fusiformes con núcleos oscuros y poco citoplasma.

CARACTERISTICAS CLINICAS .- Los rhabdomiomas se localizan con mayor frecuencia en la lengua, no así el tipo embrionario, el cual se presenta principalmente en niños, y su localización es el paladar blando, donde se presenta como una masa blanda, no dolorosa, fácil y polipode, la mucosa que la recubre puede ser hiperhémica; pero no ulcerada.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento de elección para los cuatro tipos, es la extirpación quirúrgica, la que para que tenga éxito, debe ser amplia. La debida disección cervical, está indicada solamente en caso de metástasis confirmadas. El rhabdomioma de metástasis precoces en los pulmones y la muerte suele suceder en el plazo de dos años.

LINFOMA AFRICANO DE LOS MAXILARES TUMOR DE BURKITT

En 1958, Burkitt describió un tipo de linfoma maligno observado con suma frecuencia, que afectaba principalmente a los niños nativos de Kampala, Uganda, en Africa Oriental. Una vez reconocido, se comprobó que constituía el cincuenta por ciento de los tumores malignos en los de esa zona, además se ha encontrado en otros países.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- La enfermedad es casi exclusiva en los niños de dos a catorce años, comienza como una masa tumoral de los maxilares, de proliferación rápida, destruye hueso y afloja los dientes.

Por lo general se extiende hasta alcanzar los senos maxilares, así como la órbita, provocando quemosis y exoftalmos, que suelen ser el motivo de la consulta.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Consiste en una proliferación uniforme de células linforeticulares, monomórficas - indiferenciadas, que suelen presentar intensa actividad - mitótica; se pueden observar macrófagos con citoplasma un poco claro, que contienen restos celulares distribuidos - uniformemente en el tumor, que dan una apariencia de "ciglo estrellado", lo cual es patognomónico.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- La radioterapia es el tratamiento de elección; la extirpación quirúrgica de los ganglios linfáticos superficiales, seguida de radioterapia, se ha usado también con éxito, se han usado también drogas citotóxicas como el Citoxán, con los cuales se han logrado resultados sorprendentemente exitosos.

Cuando no se trata la enfermedad, es rápidamente fatal, produciendo habitualmente la muerte en un plazo de seis meses.

CONDROSARCOMA.

Se produce en cualquiera de los maxilares, al igual que en muchos huesos del organismo; antes se confundía -- con el osteosarcoma, pero estudios más avanzados, han dado mejor pronóstico al condrosarcoma. Se pueden clasificar en tumor primario y secundario, el primario se produce de células originales, y el secundario de un condroma.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El condrosarcoma no presenta signos patognómicos, aparece a cualquier edad entre los veinte y los sesenta años. El primer síntoma es una masa dura no dolorosa, lobulada y no ulcerada, que se adhiere al hueso y al crecer lo destruye movilizándolo los dientes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Consiste en hojas e islotes de condrositos atípicos, en varias etapas de diferenciación. Radiográficamente, aparece como una masa radiolúcida, plana, mal definida con zonas radiopacas que corresponden al cartilago maligno que se ha calcificado.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento del condrosarcoma, es la extirpación quirúrgica radical; el promedio de supervivencia a cinco años es del treinta por ciento; las lesiones dan metástasis rápidas a los pulmones por vía venosa, pocas veces afectan a los ganglios linfáticos regionales.

OSTEOSARCOMA

El osteosarcoma de tipo esclerosante, se presenta casi siempre en personas jóvenes, entre los diez y veinticinco años, los varones están afectados con mayor frecuencia que las mujeres; casi en el cincuenta por ciento, el paciente relata una historia de traumatismo, previo a la formación o descubrimiento del tumor. Es difícil suponer una proliferación del callo, consecutiva a la fractura. En el osteosarcoma osteoblástico, el crecimiento es más rápido y por lo mismo produce una lesión de mayor tamaño.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Los síntomas más frecuentes de presentación pueden ser, una hinchazón de la zona afectada, que amenudo produce deformación facial y dolor seguido de aflojamiento de los dientes, parestesia, dolor dental y hemorragia.

Parece ser que el hueso sometido a radiaciones con rayos X puede experimentar transformación maligna, la radiografía puede indicar una radiopacidad con trabéculas óseas que irradian hacia la periferia de la lesión y tienen apariencia de "rayos de sol", característico del osteosarcoma, son comunes las zonas radiolúcidas entretejidas por los focos de destrucción ósea; a medida que el tumor progresa, las tablas corticales son atacadas, se expanden y se perforan.

Una manifestación bucal temprana puede ser el ensanchamiento simétrico del ligamento periodontal en uno o más dientes, esto visto en radiografías periapicales, que se presenta antes de que haya alguna otra manifestación radiográfica notable; es de gran importancia diagnóstica, puesto que no llega a ocurrir en ninguna otra enfermedad, excepto en el escleroderma o la esclerosis.

La forma osteolítica presenta menos rasgos característicos en las radiografías, la lesión es esencialmente destructiva; produce una imagen radiolúcida irregular, con expansión y destrucción de las tablas corticales.

LEUCEMIA.

Esta neoplasia maligna afecta a las células formadoras de los elementos sanguíneos, se caracteriza por la superproducción progresiva de leucositos que aparecen en la sangre circulante con formas inmaduras.

La alteración afecta a cualquiera de las células blancas, y por ello la enfermedad se clasifica según los diferentes tipos:

- 1.- Leucemia mielóide (mielógena, mielocítica), afecta a la serie granulocítica.
- 2.- Leucemia linfóide (linfógena, linfocitaria, linfática) afecta al tipo linfocitario.
- 3.- Leucemia monocítica, afecta a la serie monocítica.

Esta serie puede ser modificada para indicar el curso de la enfermedad mediante los términos, aguda, subaguda y crónica.

ETIOLOGIA.- La etiología es desconocida, algunos investigadores pensaron en un origen infeccioso, otros como Stewart y Eddy, creen que los virus son los principales causantes de la enfermedad y comprobaron que el poliovirus es capaz de producir en diversos animales, diferentes tipos de neoplasias entre ellas la leucemia; la radiación y los productos químicos también tienen un lugar en estos estudios, ya que los radiólogos presentan leucemias unas diez veces más que los médicos generales.

Los datos revelan también una incidencia en la frecuencia de la enfermedad, en Japoneses expuestos a las explosiones atómicas de Hiroshima y Nagasaki, además la exposición crónica al benzol, anilinas y sustancias químicas afines, guardan relación con la leucemia.

El virus de Epstein Barr, (EB), virus de tipo herpético, fué considerado como el virus leucemógeno más factible en el ser humano, debido al elevado número de anticuerpos contra ese virus en pacientes leucémicos, así como al hallazgo de células leucémicas de virus, con similitud morfológica con el virus EB.

Se ha observado en pacientes leucémicos, alteración que afecta a uno de las cuatro autosomas más pequeños, el cual se conoce como cromosoma Filadelfia (Ph^1), este cromosoma se encuentra en las células de la sangre periférica y en las células medulares de las series eritrocítica y granulocítica, pero no en las células de otros tejidos.

La incidencia de leucemia aguda es elevada entre los pacientes con el síndrome de Down, en los cuales existe un cromosoma adicional (Trisomía 21), la anomalía cromosómica del grupo 21-22, parece asociarse a este tipo de leucemia.

Leucemia aguda.- Características Clínicas.- Las manifestaciones clínicas son similares en todos los tipos, los síntomas guardan relación con la anemia, la trombocitopenia, la infiltración leucémica de los tejidos, y la disminución de la resistencia a la infección.

Se observa una marcada palidez, fatigabilidad y agtonia, se pueden producir hemorragias de las mucosas, petequias y equimosis en el curso de la enfermedad.

A menudo se produce un aumento de tamaño de los ganglios linfáticos; el dolor a la presión en el esternón, - es un signo frecuente en los niños, puede haber lesiones cutáneas, dolor óseo, dolor abdominal y a veces está afectando el sistema nervioso central.

MANIFESTACIONES BUCALES.- Puede haber hemorragias gingivales asociadas a palidez de la mucosa, una hemorragia persistente, después de una extracción dental, puede ser el primer aviso clínico de la enfermedad; otras veces, la extracción dental, la ulceración y la hemorragia, actúan como exacerbadores del proceso leucémico.

En la leucemia aguda monocítica, es más frecuente el aumento de tamaño de las encías debido a la infiltración leucémica, el aumento de tamaño puede ser tan ostensible, que los dientes pueden estar casi totalmente cubiertos, las papilas interdentales presentan una coloración azulosa, están turgentes, son blandas, fofas y sangran con facilidad; se pierden dientes debido a la infiltración leucémica en la región periodontal; puede presentarse un cuadro de estomatitis necrótica aguda ulceromembranosa (infección de Vincent), las úlceras presentan una cubierta de fibrina, y sangran con facilidad; la sequedad de la boca es común, la lengua es a menudo saburral, está teñida de sangre y tiene un olor fétido.

CARACTERÍSTICAS HEMATOLOGICAS.- La gran diferenciación celular es un rasgo importante de la leucemia aguda, y no siempre es posible la identificación morfológica, puesto que los mieloblastos, linfoblastos y monoblastos, tienen una forma muy similar.

Son grandes células con un diámetro de quince a veinte micras, el núcleo tiene una fina malla regular de cromatina con uno o más nucleolos y ocupa la mayor parte de la célula, el citoplasma es intensamente basófilo.

La anemia y la trombocitopenia, acompañan a la leucemia de un modo invariable; es frecuente un nivel de hemoglobina de tres a ocho gramos en cien centímetros cúbicos de sangre; el recuento de leucocitos está típicamente aumentado entre veinte mil y cien mil por cada milímetro cúbico y algunas veces mayor número.

Leucemia Crónica.- Características Clínicas.- Este suele darse en los adultos, siendo rara antes de los veinte años de edad, su desarrollo es lento, pero a medida que avanza la enfermedad, puede aparecer en la boca, cara y cuello, signos y síntomas que lleven al paciente al consultorio, puede quejarse de tumefacción en los ganglios del cuello, de palidez en las encías o palidez de los labios y las mucosas; en estos casos está indicado el reconocimiento hemático; lo mismo que en la leucemia aguda, en la crónica existe el síntoma de anemia y trombocitopenia debido a acumulaciones leucémicas en la médula ósea, que inhiben la actividad hemopoyética.

Existen también infecciones gingivales, ulceraciones de mucosas, y a veces signos de moniliasis bucal.

CARACTERISTICAS HEMATOLOGICAS.- El recuento de leucositos, puede estar por encima de los cien mil por milímetro cúbico, hasta los quinientos mil por milímetro cúbico, se observa una marcada desviación a la izquierda respecto a la madurez de los glóbulos, también se observan signos de anemia y trombocitopenia, pueden ser poco marcados en los periodos iniciales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- No hay tratamiento curativo para la leucemia, pero se han logrado remisiones de la enfermedad alargando un poco la vida; para ello se emplea la radioterapia en la médula ósea, bazo y ganglios linfáticos, algunos quimioterápicos, como el Clorambucil, el Citoxán, (que se usa en la leucemia linfocítica crónica), el Mireland (en la leucemia crónica granulocítica; el pronóstico de la leucemia es malo.

▪ LA ONCOLOGIA EN NUESTRO PAIS ▪

LA ONCOLOGIA EN NUESTRO PAIS.

En la República Mexicana, como en el resto del mundo, no estamos exentos de la presencia del cáncer, este - mal nos aqueja al igual que a los demás países; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, 15 millones - de habitantes en el mundo padecen cáncer, estando repartidos en igual proporción en ambos sexos.

En México se calcula una cifra de 125 mil cancerosos y posiblemente más, siendo la mortalidad anual de 25 mil afectadas de cáncer; en el año de 1973, la Dirección de - Bioestadística de la Secretaría de Salubridad y Asistencia el número de defunciones certificadas y registradas, causadas por cáncer fué de 19963, ocupando el quinto lugar, - entre las causas de mortalidad en nuestro país.

En relación con el dato anterior es de anotarse que se considera, que el número de fallecimientos por cánceres mayor, por que con frecuencia se omite la palabra cáncer, en las certificaciones, y también por la existencia de inhumaciones sin certificación médica.

Existen dos zonas principales de población, la urbana y la rural; la diferencia es enorme, mientras la población urbana cuenta con los servicios necesarios, la población rural carece casi en su totalidad de ellos; teniendo que remitirse estas personas a los centros asistenciales-urbanos cuando ya la afección está muy avanzada.

En el mundo existe un constante incremento del número de habitantes, y además con aumento en las posibilidades de vida, es decir, con mayor persistencia de las personas, es indudable que existen más cancerosos y por lo tanto, más fallecimientos por esta causa.

En el año de 1900, se calculaba una muerte por cáncer por cada 30 fallecimientos; en 1930 se indicaba una muerte por cáncer de cada 10 defunciones, en el presente se afirma que en los países en desarrollo o desarrollados de cada 5 defunciones, una es por cáncer. En México el número de cancerosos es indudable y por lo tanto, el de las muertes que origina es mayor.

Comparando con las enfermedades transmisibles, está en desventaja el cáncer, aquellas han bajado en promedio; en cambio el cáncer ha aumentado su promedio; en 1934, se observaban 636 defunciones por cada 100 mil habitantes; y el promedio de muertes por cáncer era de 22 por cada 100-mil habitantes; en la actualidad las enfermedades transmisibles solo llegan a 54 muertes por cada 100 mil habitantes, en cambio las muertes por cáncer ascendieron hasta 42 por cada 100 mil habitantes.

Respecto al sexo los cánceres afectan por igual a los dos, siendo un poco menor 45% en el hombre, y en la mujer del 55 %, en cuanto a la edad, el cáncer puede verse desde el nacimiento y así mencionamos los casos de tumores congénitos; sin embargo, es un hecho aceptado que el cáncer es más frecuente en las personas a partir de la cuarta década.

En México y en los países Latino Americanos, el cáncer se presenta con mayor frecuencia en el cuello uterino, ocupando el 16.7%, del total de defunciones por este mal; del estómago el 14%; del pulmón el 9%; de la mama el 5%; de la cavidad bucal y la faringe el 1.6%; y así sucesivamente hasta cifras menores, como veremos en los cuadros presentes.

La Organización Mundial de la Salud y La Unión Internacional Contra el Cáncer, crearon una campaña internacional contra el cáncer, en México esta campaña está funcionando desde el año de 1941 y sus propósitos se refieren a:

- 1.- Reunir, concordar y poner en acción todas las fuerzas científicas, sociales y económicas, con el objeto de desarrollar la lucha contra el cáncer en sus diversos aspectos.
- 2.- Difundir entre el público los conocimientos que toda persona debe tener sobre el cáncer, para protección de su salud.
- 3.- Procurar que el canceroso llegue tempranamente, y con oportunidad, al médico y a las instituciones anticancerosas.
- 4.- Procurar que el canceroso sea debidamente atendido, cualquiera que sea su situación social o económica.
- 5.- Facilitar la actualización de los conocimientos cancerológicos de los médicos.

- 6.- Promover el progreso de la cancerología, y la realización de trabajos de investigación científica, colaborando para ello con los médicos e instituciones respectivas.
- 7.- Hacer labor de cooperación y de mejoría en los centros anticancerosos existentes en el país.
- 8.- Colaborar en la creación de nuevas clínicas para la detección de los cánceres y la atención de los cancerosos.

Los resultados en nuestro país han sido halagadores en el sentido de que ahora los enfermos de cáncer acuden al médico en etapa menos tardía que antes.

Hace 30 años, el 75 a 80% de los enfermos de cáncer eran vistos por primera vez en etapa avanzada, incurable; en la actualidad esto acontece en una proporción que varía entre el 40 a 45%, es decir, que se ha obtenido mejoría del 25 a 30% en las probabilidades de curación, en relación con la temprana consulta de los pacientes.

La campaña se ha realizado por los más diversos métodos y ha tenido dos finalidades principales: dar mayor información al médico y hacer campaña educativa en el público, procurando evitar cancerofobia y creando conciencia de cáncer, es decir, haciendo notar la existencia de peligro; pero informando que el enfermo de cáncer, oportunamente tratado, con mucha frecuencia obtiene su curación.

Las tablas de mortalidad por tumores malignos expuestas a continuación, nos proporcionarán un mejor panorama del estado actual del cáncer en nuestro país.

CUADRO # 1

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS SEGUN AÑOS Y SEXOS EN LA
REPUBLICA MEXICANA.
de 1965 a 1973.

AÑOS	HOMBRES		MUJERES	
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA
1965	6269	30.4	9171	44.2
1966	6398	30.0	9331	43.5
1967	6536	29.6	9188	41.4
1968	6521	28.5	9415	41.0
1969	7166	30.5	9967	42.0
1970	7751	31.6	10664	43.4
1971	7594	29.9	10795	42.4
1972	8132	31.0	11086	42.0
1973	8497	31.2	11466	42.0

TASA POR 100,000 HABITANTES.

DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. S.I.C.

CUADRO # 2

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS SEGUN GRUPOS DE EDAD Y
AÑOS.

GRUPOS DE EDAD	1970		1971	
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA
TOTAL	18,415	38.2	18,389	36.2
1 año	124	5.8	112	5.0
1 - 4	305	4.7	276	4.0
5 - 14	498	3.5	479	3.2
15- 24	495	5.4	507	5.3
25- 34	701	12.0	766	12.4
35- 44	1676	37.7	1657	35.4
45- 54	2636	93.2	2550	85.5
55- 64	3944	204.2	3934	193.4
65- 74	4473	375.6	4612	367.5
75- 84	2513	579.6	2449	535.9
85 y más	1050	628.8	1046	594.3

TASA POR 100,000 HABITANTES.

DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA S.I.C.

Cuadro No. 2 Bis

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS SEGUN GRUPOS DE EDAD Y
AÑOS.

GRUPOS DE EDAD	1972		1973	
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA
TOTAL	19,218	36.6	19,963	36.5
1 año	187	8.0	121	4.7
1 - 4	313	4.4	291	4.0
5 - 14	514	3.3	540	3.4
15- 24	545	5.5	594	5.8
25- 34	750	11.7	775	11.7
35- 44	1642	33.8	1859	37.0
45- 54	2781	90.1	2886	90.2
55- 64	4013	190.5	4061	186.1
65- 74	4694	361.1	4983	370.1
75- 84	2549	538.6	2670	544.6
85 y más	1228	673.7	1182	626.0

TASA POR 100,000 HABITANTES.

DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA S.I.C.

CUADRO # 3

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS SEGUN CAUSAS Y AÑOS EN LA
REPUBLICA MEXICANA

CAUSAS	Def.	1970		Def.	1971	
		%	Tasa		%	Tasa
De la cavidad bucal y faringe	223	1.2	0.5	259	1.4	0.5
Del esófago	303	1.7	0.6	310	1.7	0.6
Del estómago	2645	14.3	5.4	2630	14.2	5.2
Del intestino recto y recto sigmoide	764	4.1	1.6	881	4.8	1.7
Del hígado, vesícula y vías biliares	1010	5.5	2.1	1214	6.6	2.4
Del páncreas	492	2.7	1.0	1032	5.6	2.0
De la laringe	254	1.7	0.7	375	2.0	0.7
De la traquea, Bron quios y pulmones	1539	8.4	3.1	1646	9.0	3.2
De los huesos	207	1.4	0.4	271	1.5	0.5
De la piel	198	1.4	0.4	219	1.2	0.4
De la mama	725	3.9	1.5	809	4.4	1.6
Del útero	2938	16.0	6.1	2897	15.8	5.7
Del ovario, de la trompa de falopio y ligamento ancho	442	2.4	0.9	518	2.8	1.0
De la próstata	704	3.8	1.5	734	4.0	1.4
De la vejiga	201	1.1	0.4	176	1.0	0.3
Del tejido linfático y órganos hemopoyéti cos	1435	7.8	3.0	1550	8.4	3.0
Los demás T. Malignos	4233	23.0	8.0	2868	15.6	5.6

Tasa por 100,000 Habitantes

Dirección General de Estadística S.I.C.

Cuadro No. 3 Bis

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS SEGUN CAUSAS Y AÑOS EN LA
REPUBLICA MEXICANA

CAUSAS	Def.	%	Tasa	Def.	%	Tasa
		1972			1973	
De la cavidad bucal y faringe	332	1.7	0.6	273	1.4	0.5
Del esófago	335	1.7	0.6	316	1.6	0.6
Del estómago	2715	14.4	5.2	2646	13.3	4.9
Del intestino recto y recto sigmoide	-	-	-	-	-	-
Del hígado, vesícula y vías biliares	911	4.7	1.7	905	4.5	1.7
Del páncreas	-	-	-	-	-	-
De la laringe	642	3.3	1.2	707	3.5	1.3
De la traquea, Bron quios y pulmones	535	2.8	1.0	564	2.8	1.0
De los huesos	354	1.9	0.7	409	2.0	0.8
De la piel	-	-	-	-	-	-
De la mama	1734	9.0	3.3	1834	9.2	3.4
Del útero	207	1.3	0.5	285	1.4	0.5
Del ovario, de la trompa de falopio y ligamento ancho	233	1.2	0.4	225	1.1	0.4
De la próstata	798	4.2	1.5	842	4.2	1.5
De la vejiga	2896	15.2	5.5	2969	14.9	5.4
Del tejido linfático y órganos hemopoyéti cos	-	-	-	-	-	-
Los demás T. Malignos	1347	7.0	2.0	1722	8.6	3.3
	4895	25.5	9.3	5075	25.5	9.3

Tasa por 100,000 Habitantes.

Dirección General de estadística S.I.C.

CUADRO # 4

MORTALIDAD POR TUMORES SEGUN GRUPOS DE CAUSAS EN LA
REPUBLICA MEXICANA.

1973

GRUPOS DE CAUSAS	DEFUNCIONES	%	TASA
TOTAL	20,994	100	38.4
Tumores malignos de la cavidad oral y la faringe.	273	1.3	0.5
Tumores malignos de los órganos digestivos y peritoneo.	5223	24.9	9.6
Tumores malignos del aparato respiratorio.	2306	11.0	4.2
Tumores malignos de los huesos, del tejido conjuntivo y de la piel y mama.	1452	6.9	2.7
Tumores malignos de los órganos genito urinarios.	4592	21.9	8.4
Tumores malignos de otras localizaciones y los no especificados.	4394	21.0	8.1
Tumores malignos del tejido linfático y los órganos hemopoyéticos.	1722	8.1	3.2
Tumores malignos de naturaleza no especificada.	903	4.4	1.7

DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA S.I.C.

CUADRO # 5

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS SEGUN ENTIDADES FEDERATIVAS EN LA REPUBLICA MEXICANA.

1973

ENTIDAD FEDERATIVA	DEFUNCIONES	%	TASA
Michoacán	934	5.0	37.2
Morelos	305	5.3	41.9
Nayarit	239	5.7	39.0
Nuevo León	888	6.6	44.6
Oaxaca	348	1.4	14.8
Puebla	750	2.2	27.5
Queretaro	156	2.8	28.8
Quintana Roo	014	3.8	13.0
San Luis Potosí	415	2.9	30.1
Sinaloa	569	6.0	38.8
Sonora	700	7.4	56.7
Tabasco	190	3.0	21.2
Tamaulipas	848	7.8	51.4
Tlaxcala	124	2.5	27.5
Veracruz	1446	4.0	33.6
Yucatán	453	6.3	55.4
Zacatecas	304	3.5	30.3

Cuadro No. 5 Bis

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS SEGUN ENTIDADES FEDERATIVAS EN LA REPUBLICA MEXICANA.

1973

ENTIDAD FEDERATIVA	DEFUNCIONES	%	TASA
Aguascalientes	170	5.4	44.7
Baja California Norte	497	7.2	47.6
Baja California Sur	77	7.6	49.3
Campeche	102	4.9	35.2
Cochuila	717	6.3	59.8
Colima	182	8.3	65.9
Chiapas	343	2.1	19.9
Chihuahua	967	6.8	54.4
Distrito Federal	3587	6.5	46.2
Durango	315	4.6	31.1
Guanajuato	724	2.8	29.0
Guerrero	373	3.0	21.0
Hidalgo	280	2.0	22.0
Estado de México	1174	2.8	23.9
Jalisco	1772	5.7	48.3

CONCLUSIONES.

1.- La boca constituye una región orgánica muy importante, cuyos padecimientos tienen o pueden tener graves consecuencias.

2.- El Dentista debe tener un conocimiento adecuado de la boca y las lesiones que en ella se presentan, para poder diagnosticar con certeza, y así lograr curarlos.

3.- El examen clínico debe ser completo para poder detectar a tiempo alguna neoplasia y encausar al paciente para su curación.

4.- Cuando se presente alguna lesión sospechosa en la boca, el Cirujano Dentista debe promover un examen citológico o practicar una biopsia, para determinar el grado de malignidad de la misma.

5.- Se debe insistir en los pacientes sanos o no, practicar hábitos que puedan conservar su boca sana, por ejem:- No fumar, no mascar tabaco, no ingerir sustancias irritantes, evitar caries dentarias, cumplir con la higiene bucal, evitar prótesis molestas o traumáticas, tratarse de inmediato lesiones sospechosas en la boca y alimentarse en forma equilibrada para evitar avitaminosis.

6.- Se debe tener presente, que muchos cánceres de la boca pueden prevenirse y que en su periodo clínico inicial, muchos son curables.

7.- En la República Mexicana, hace falta una labor más -- exhaustiva para orientar, diagnosticar y poder curar a todas las personas que sufren de lesiones en la boca.

8.- El cáncer en México, es más probable en las personas mayores de 35 años, y el sexo femenino es mayormente afectado que el masculino.

9.- En el futuro, la reducción global de morbilidad y mortalidad por cáncer, se deberá, principalmente a una mejor coordinación de todos los profesionales de la medicina, a una mejora en los conocimientos de prevención y a una mayor disposición de la población a someterse a exámenes de rastreo y también a las técnicas de diagnóstico precoz.

El interés que pongo en el estudio de las neoplasias, se debe a que en nuestro medio, es muy difícil que algún caso sea remitido al Cirujano Dentista, no sin razón, puesto que el Odontólogo, tanto el especialista como el de práctica general, ha perdido en su gran mayoría, el afecto por la investigación patológica, considerádonos -- por ello, como subprofesionales.

Es por esto que no llegan a nuestras manos, casos -- que realmente nos incumben y corresponden; al tratar de -- solicitar datos en las instituciones correspondientes, no siempre existe cooperación de parte de los encargados de -- estos centros, arguyendo que para poder dar acceso a los -- datos, debe existir algún beneficio específico para la -- institución hospitalaria.

Exorto a todos los colegas que tengan interés por la superación Odontológica, a que no nos conformemos con malas traducciones de libros extranjeros e investigaciones que nos lleguen de terceros; sino que debemos estar preparados como Cirujanos Dentistas que somos, a poder -- descubrir, diagnosticar, investigar, tratar y curar males que involucren nuestro campo, de cualquier índole patológico, haciendo y contando siempre con un equipo de profesionales.

Que este sencillo trabajo tenga alguna utilidad, para las personas que tengan a bien consultarlo, que yo -- en lo personal, trataré de seguir adquiriendo conocimientos, para ser útil a mi País, a mi comunidad y a mi mismo.

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

- 1.- Albores S. Jorge.
Sarcomas y lesiones pseudosarcomatosas de partes blandas.
Editorial: La Prensa Médica Mexicana., 1969
- 2.- American Medical Association Publication.
Archives Of Pathology and Laboratory Medicine.
Volume 101, January through December, 1977
- 3.- American Cancer Society, Published by the.
CA-A, Cancer journal for Clinicians.
Volume 25, January Through December, 1975
- 4.- Bernier Joseph L.
Tratamiento de las enfermedades orales.
Editorial; Bibliográfica Omeba, Buenos Aires, 1959
- 5.- Biblioteca Salvat de Grandes Temas, Editado por.
El Cáncer.
Salvat Editores, Barcelona, 1973
- 6.- Correa Pelayo Et All.
Texto de Patología.
Editorial: La prensa Médica Mexicana, 1975
- 7.- Dechaume, Michel.
Estomatología.
Editorial: Toray- Mason, S.A. Barcelona, 1969

- 8.- Dunphy, J. Englebert Et All.
Diagnóstico y tratamientos quirúrgicos.
Editorial: El Manual Moderno S.A. México, 1976
- 9.- Giunta, John.
Patología Bucal.
Editorial: Interamericana, México, 1978
- 10.- Mayo Clinic Proceedings.
Editorial: Board.
Volume 51, January through December, 1976.
- 11.- Revista del IMSS.
Mortalidad por tumores en la República Mexicana,
Datos estadísticos. Subdirección General Médica, 1974
- 12.- Robbins, Stanley L.
Patología Estructural y Funcional.
Editorial: Interamericana, México, 1975
- 13.- Shafer, William G. Et All.
Tratado de Patología Bucal.
Editorial: Interamericana, México, 1979
- 14.- Zegarelli, Edward V. Et All.
Diagnóstico en Patología Oral.
Editorial: Salvat, Barcelona, 1977
- 15.- Zuckerman, Conrado.
Neoplasias de la boca, benignas y malignas.
Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.
Volumen XLVIII No. 2 Abril-Junio, 1979