



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA-U.N.A.M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**INVESTIGACION ESTADISTICA A CERCA DE LA
INCIDENCIA DE CANCER LINGUAL EN MEXICO**

T E S I S

Que para obtener el título de:

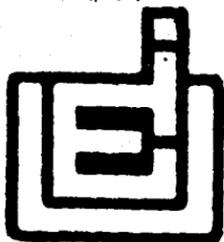
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

María Herlinda Perea Roldán

Alicia Vita Pancardo Tobías

San Juan Iztacala, México 1980





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	<u>PAGINA</u>
PROLOGO	I
1.- DATOS ANATOMICOS DE LA LENGUA	2
a) SITUACION	2
b) IRRIGACION	13
c) INERVACION	21
2.- GENERALIDADES SOBRE TUMORES MALIGNOS	24
a) COMO LLEGAR A UN DIAGNOSTICO	27
b) ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO POR REALIZAR	33
3.- EXPLORACION EXTRA E INTRAORAL PARA REALIZAR UN DIAGNOSTICO CLINICO DE CANCER LINGUAL	37
a) EXAMEN EXTRABUCAL	37
b) EXAMEN INTRABUCAL	42

	<u>PAGINA</u>
4.- ESTADISTICA DE LA INCIDENCIA DEL CANCER LINGUAL EN MEXICO	68
a) SITUACION ANATOMICA DEL CARCINOMA LINGUAL	70
b) CANCER DE OTRAS ESTRUCTURAS DE LA BOCA QUE INFILTRAN A LA LENGUA	73
c) ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA QUE PRESENTARON CARCINOMA EPIDERMIOIDE	78
d) EDADES EN QUE SE PRESENTA MAYOR INCIDENCIA	81
e) INCIDENCIA DEL CARCINOMA LINGUAL CON RELACION AL SEXO	84
5.- ALGUNOS TRATAMIENTOS USADOS EN CANCER LINGUAL	86
a) CIRUGIA	89
b) RADIOTERAPIA	100
c) QUIMIOTERAPIA	103
d) COMBINADOS	107
e) PORCENTAJE DE LOS TRATAMIENTOS UTILIZADOS	110
6.- CONCLUSIONES	111
BIBLIOGRAFIA	113

PROLOGO

Al hablar del problema del cáncer en México, un hecho cardinal negativo es la deficiencia de información estadística. Con excepción de algunas publicaciones sobre prevalencia del cáncer de la lengua y la información clínica, no -- uniforme que existe en archivos de hospitales institucionales, consultorios privados etc., no se cuenta con más información al respecto.

Por ello nos decidimos a abordar este tema para que --- exista un trabajo que dé a conocer la reducida o elevada incidencia de cáncer lingual en el País.

Uno de los principales objetivos es el de ayudar didácticamente a los estudiantes del área médica con un trabajo -- en el que se den datos precisos, concisos y reales.

Se incluyen datos de importancia para la detección del cáncer lingual tales como: tipos más frecuentes de aparición, tipos de cáncer, así como los tratamientos empleados.

Se dan a conocer también los datos personales de cada -- paciente como lo son: edad, sexo y situación geográfica.

Este trabajo abarca un estudio de cien casos de cáncer lingual registrados en el Hospital General perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, efectuándose una revisión de Historias Clínicas y demás información recopilada en esta Institución.

ANATOMIA DE LA LENGUA

CAPITULO I

a) SITUACION

La lengua, órgano del gusto, de la masticación, deglución, succión y fonación se encuentra contenida en la cavidad bucal. Tiene la forma de un cono colocado en sentido sagital y fuertemente aplanada de arriba a abajo, estando la punta inclinada hacia adelante.

Se distinguen en ella dos porciones: una anterior o bucal, dispuesta horizontalmente, y la otra posterior o faríngea colocada en posición vertical. Se consideran en ella dos caras, dos bordes, la base y la punta.

CARAS.- La cara superior es convexa, la cual se divide en dos porciones para su estudio: una anterior o palatina, que está hacia arriba, visible al abrir la boca y una porción posterior o faríngea que está hacia atrás, hacia la cavidad de la farínge, formando parte de su pared posterior.

Las dos porciones palatina y faríngea están separadas por un surco en forma de V, llamado V lingual; las ramas de esta V, abierta hacia adelante, llegan hasta los bordes de la lengua, mientras que el vértice de la V está hacia atrás.

La mucosa que recubre esta cara (mucosa lingual) se explora muy detalladamente en el examen clínico de todos los-

pacientes. En estado normal es de color rosado y húmeda, de aspecto aterciopelado debido a las numerosas papilas filiformes y fungiformes.

En la parte posterior y ocupando el surco en V antes citado, hay una fila de papilas también en forma de V, son las papilas caliciformes, las más grandes de todas. Por detrás de la V lingual, la mucosa presenta numerosas eminencias también redondeadas que no son precisamente papilas sino nódulos linfáticos producidos por los folículos análogos o los folículos linfáticos de las amígdalas y cuyo conjunto constituye la amígdala lingual.

La cara inferior menos extensa descansa en el piso de la boca, con la que se une por un repliegue mediano, llamado frenillo de la lengua. En la parte anterior, el frenillo está sustituido por un surco medio más o menos marcado. En la parte inferior del frenillo y a cada lado de la línea media se levantan dos pequeños tubérculos; en el vértice de los mismos se ven los orificios de los conductos excretorios de la glándula sublingual.

Además, en las paredes laterales de esta cara son de notar las dos venas raninas.

BORDES: Son libres y redondeados, más delgados por delante que por detrás, correspondiendo a los arcos dentales.

BASE: Ancha y gruesa, está en relación sucesivamente de delante a atrás con los músculos milohioideo y genihióideo;

con el hueso hiodes y con la epiglotis.

PUNTA O VERTICE: Aplanada de arriba a abajo cuando está en relajación, pero es redondeada si se encuentra en protracción, está en relación con los incisivos.

CONSTITUCION ANATOMICA:

Desde el punto de vista de su constitución anatómica la lengua presenta: un esqueleto osteofibroso, los músculos de la lengua y la mucosa lingual.

El esqueleto osteofibroso comprende: el hueso hiodes y dos membranas que son; la membrana glosohiodea y el septum o tabique medio.

a) Hueso hiodes.- El hiodes se haya en la parte anterior del cuello, entre la mandíbula y la laringe, no se articula con ningun otro hueso, sino que se haya suspendido de la apófisis estiloides del cráneo por los ligamentos estilohiodeos. En el hueso hiodes se distinguen un cuerpo y un par de cuernos que se denomina asta s mayores y astas menores.

La cara anterior del cuerpo se encuentra hacia adelante y arriba. La posterior se haya separada de la membrana tirohiodea por una bolsa serosa.

El asta mayor del hiodes se proyecta hacia atrás y arriba a partir de la zona lateral del cuerpo del hueso, al que está unido por una articulación cartilaginosa o mas tarde -- por una fusión ósea. Los vértices de las astas mayores se hayan recubiertos por los músculos esternocleidomastoideos.

Las astas menores son pequeñas formaciones dirigidas hacia arriba, que se sitúa en la unión del cuerpo y la correspondiente asta mayor.

El asta menor se haya unida al cuerpo del hueso por tejido fibroso, y a las astas mayores a veces por articulaciones sinoviales.

b) La membrana glosohiodea parte del borde superior del hueso hiodes y se dirige transversalmente hacia arriba y adelante, en el espesor de la base de la lengua, en donde desaparece después de un recorrido de 10 cms. aproximadamente.

c) El séptum medio o tabique lingual es una lámina fibrosa colocada en la línea media entre los dos músculos genio-glosos. Tiene la forma de una pequeña hoz, cuya base se continúa con la membrana glosohiodea y, por mediación de esta con el hueso hiodes. Su punta, dirigida hacia adelante se pierde insensiblemente en medio de los fascículos musculares del vértice de la lengua. Su borde superior, convexo, se dirige paralelamente a la cara dorsal de la lengua. Su borde inferior es cóncavo y está en relación con las fibras más internas del geniogloso.

MUSCULOS DE LA LENGUA:

La lengua comprende diecisiete músculos de los cuales -- ocho son pares y uno es impar; el lingual superior. Todos ellos toman el nombre del órgano sobre el cual se insertan, según el punto de la terminación glosa.

MUSCULOS EXTRINSECOS

Que nacen de los huesos próximos	Geniogloso 2 Estilogloso..... 2 Hiogloso 2
Que nacen de los órganos próximos.	Palatogloso..... 2 Faringogloso..... 2 Amigdalogloso..... 2
Que nacen a la vez de los huesos y órganos próximos	Lingual superior.. 1 Lingual inferior.. 2
MUSCULO INTRINSECO	Transverso..... 2

GENIOGLOSO.- Tiene forma de un amplio abanico con el vértice en la apófisis geni y el borde convexo, en toda la extensión del dorso de la lengua. Es el más voluminoso de los músculos de la lengua.

Inserciones.- El extremo anterior se fija por un tendón corto, en la apófisis geni superior de la mandíbula. Las fibras musculares que lo continúan se abren en forma radiada y terminan así: las inferiores o posteriores en el cuerpo del hiodes; las medias que son las más numerosas, se insertan en la mucosa del dorso de la lengua, desde la membrana glosohiodes hasta cerca de la punta; algunas de estas fibras se entrecruzan con las puestas debajo del septum medio; y las -

superiores o anteriores incurvadas hacia adelante, terminan en la punta de la lengua.

Relaciones.- Por su cara interna hállase con el septum medio en contacto y del otro lado con el geniogloso. Por su cara externa está en relación con los músculos, hiogloso - estilogloso y lingual inferior; con la glándula sublingual y el conducto de Wharton, con la arteria lingual y el nervio hipogloso.

Acción.- Por la acción de este músculo la lengua se apretona sobre si misma, aplicándose con fuerza sobre el piso de la boca y sobre la cara posterior de la mandíbula.

ESTILOGLOSO.- Es un músculo largo que se origina en el apófisis estiloides y en las partes próximas del ligamento estilomaxilar. Desde este punto se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante, ensanchándose. Al llegar a los lados de la lengua se divide en tres grupos de fascículos:

1o.- Fascículos inferiores, que se introducen entre las dos porciones del hiogloso y se continúan por debajo de este músculo, en parte con el lingual inferior y en parte con el geniogloso.

2o.- Fascículos medios, siguen el borde de la lengua hasta la punta.

3o.- Fascículos superiores, se doblan hacia adentro para terminar con el septum lingual.

Relaciones.- Por fuera con la parótida, el pterigoideo interno, la mucosa lingual y el nervio lingual; por dentro con el constrictor superior de la faringe y el hiogloso.

Acción.- Dirige la lengua hacia arriba y atrás, llevándola fuertemente contra el velo del paladar.

HIOGLOSO.- Es un músculo delgado, aplanado, rectangular situado en la parte lateral e inferior de la lengua.

Inserciones.- Nace por abajo, por dos porciones: en el cuerpo del hioides y en el asta mayor del mismo hueso. Estas dos porciones se dirigen hacia arriba y un poco adelante, y se sitúan en la porción media del estilogloso. En este punto se doblan hacia adentro, se hacen horizontales y se mezclan con los fascículos superiores del estilogloso para ir a terminar como éstos últimos en el septum medio, desde la base de la lengua hasta la punta.

Relaciones.- Está en relación por su cara profunda con el constrictor medio de la faringe, el faringogloso, el genigloso y la arteria lingual. Por su cara superficial con -- los músculos milohioideo, estilohioideo y digástrico; con la glándula submaxilar, el conducto de Warthon y los dos nervios lingual e hipogloso mayor.

Acción.- Los dos hioglosos hacen descender la lengua, al mismo tiempo que la comprimen transversalmente.

PALATOGLOSO.- Llamado también glosocstagilino, está si-

tudo en el espesor del pilar anterior del velo del paladar.

Inserciones.- Se inserta por arriba, en la cara inferior del velo del paladar, por abajo termina en la base y en el borde de la lengua.

Relaciones.- Con la mucosa lingual en casi toda su extensión.

Acción.- Dirige la lengua hacia arriba y atrás.

FARINGOGLOSO.- Está representado por un paquete de fibras musculares que el constrictor superior de la faringe manda al borde lateral de la lengua. Terminan: las superiores, confundiéndose con los fascículos del glosostafilino y del estilogloso; las inferiores continuándose con las fibras del lingual inferior. Cuando se contrae el faringogloso dirige la lengua hacia atrás y arriba.

AMIGDALOGLOSO.- Es un pequeño músculo aplanado y delgado situado en la parte externa de la amígdala. Nace por fuera de esta glándula, en la aponeurosis faríngea y desciende hacia la base de la lengua. En este punto cambiando la dirección para hacerse transversal, gana la línea media y se entre cruza con el del lado opuesto. Unidos entre sí los dos músculos forman una especie de cincha que dirige hacia arriba la base de la lengua y la aplica contra el velo del paladar.

LINGUAL SUPERIOR.- Es un músculo impar y medio, situado en la cara superior de la lengua desde la base hasta la punta.

Inserciones.- Nace en la base de la lengua por tres fascículos: un fascículo medio que se desprende del repliegue glosopiglótico medio y dos fascículos laterales que se desprenden de las astas menores del hioides. Desde sus puntos de origen posteriores, los tres fascículos ya citados se dirigen hacia arriba y adentro ensanchándose, y se fusionan como una hoja única, que ocupa la porción media de la lengua y puede seguirse hasta la punta.

Acción.- Eleva la punta de la lengua y al mismo tiempo la dirige hacia atrás.

LINGUAL INFERIOR.- Situado en la cara inferior de la lengua, su principal origen parte de las astas menores del hioides; desde este punto se dirige hacia adelante y arriba para terminar en la mucosa que reviste la punta de la lengua.

Acción.- Acorta la lengua en sentido anteroposterior y al mismo tiempo dirige la punta hacia abajo y atrás.

TRANSVERSO.- Está constituido por fascículos transversales, que tanto al uno como al otro lado toman origen por dentro en el septum lingual y vienen a terminar, por fuera, en la mucosa de los bordes de la lengua.

Estos fascículos, al contraerse aproximan los bordes de la lengua a la línea media, la lengua se pone redonda y afilada, proyectando su punta fuera de la cavidad oral.

MUCOSA LINGUAL.- La mucosa lingual envuelve la lengua en toda su extensión excepto en la base.

Caracteres físicos.- Delgada y transparente en la cara inferior de la lengua, la mucosa se engruesa al llegar a los bordes y su máximo espesor corresponde a la cara dorsal.

Su consistencia escaza en la cara inferior y en los bordes, es también mucho mayor en la cara dorsal. Su color es rosado en la cara inferior, en la cara superior es rosado - después de las comidas, blanco o amarillento después de la abstinencia de algunas horas, y principalmente en ayunas.

PAPILAS DE LA LENGUA.- Según su forma se dividen en cinco grupos:

a) Papilas caliciformes.- Son las más voluminosas y las más importantes. Se componen de tres partes: un mamelón central o papila propiamente dicha, ligeramente estrangulada - en su extremidad adherente a la base; un rodete circular, - que la rodea a manera de cáliz y un surco situado entre la papila y el rodete.

b) Papilas fungiformes.- Semejantes a una seta, se componen esencialmente de una cabeza voluminosa, sostenida por un pedículo más o menos largo.

c) Papilas filiformes.- Se presentan en forma de pequeñas prominencias cilíndricas o cónicas, de cuyo vértice sale un ramo de prolongaciones filiformes.

d) Papilas foliadas.- Son pliegues verticales, situados en los bordes de la lengua, cerca de la base. Son rudimentarias en el hombre.

e) Papilas hemisféricas.- Son muy pequeñas y tienen las mayores analogías con las papilas dérmicas de la piel.

DISTRIBUCION TOPOGRAFICA DE LAS PAPILAS LINGUALES.-

Todas estas papilas ocupan en la superficie de la lengua un lugar determinado. Las caliciformes están situadas en la cara dorsal de la lengua, son de nueve a once y forman la V lingual. Las papilas fungiformes de ciento cincuenta a doscientas, están irregularmente diseminadas por la cara dorsal de la lengua. Las papilas filiformes ocupan toda la porción de la cara dorsal de la lengua, situadas por delante de la V lingual. Las papilas foliadas están situadas en la parte posterior de los bordes. Las papilas hemisféricas se encuentran en toda la extensión de la mucosa lingual.

GLANDULAS.- Las glándulas anexas a la mucosa lingual son de dos clases:

a) Las glándulas foliulares están situadas en el dorso de la lengua, atrás de la V lingual. Son pequeñas hemisféricas irregulares que levantan la mucosa a su nivel y presentan en su punto culminante un pequeño orificio que conduce a una cavidad central.

b) Las glándulas mucosas son glándulas en racimo dis --

puestas en tres grupos: grupo posterior, todas las glándulas situadas entre las dos amígdalas; grupo lateral, regadas a lo largo de los bordes desde las papilas caliciformes hasta la punta; y finalmente el grupo anteroinferior o grupo de la punta, que constituye en la cara inferior de la lengua y a cada lado de la línea media de la glándula de Blandin o glándula de NUhn.

IRRIGACION.-

ARTERIAS.- Las principales arterias de cabeza y cuello son las arterias carótidas primitivas izquierda y derecha, que se dividen en: carótida interna, que irriga las formaciones de la cavidad craneal y de la órbita y en carótida externa que irriga las formaciones externas del cráneo y la mayor parte del cuello.

La arteria carótida primitiva derecha se origina en la bifurcación del tronco arterial braquiocefálico (detrás de la articulación esternoclavicular).

La arteria carótida externa se extiende desde la altura superior de la lámina del cartílago tiroides a un punto posterior al cuello de la mandíbula, en la mitad del espacio comprendido entre el vértice de la apófisis mastoides y el ángulo maxilar. En el espesor de la parótida se divide en arterias temporal superficial y maxilar.

La carótida externa se halla al principio en situación

anterointerna respecto de la carótida interna. Sin embargo al ascender se inclina hacia atrás y se sitúa externamente a la carótida interna.

Relaciones superficiales.- La carótida externa se origina en el triángulo carotídeo, donde se halla parcialmente - recubierta por el esternocleidomastoideo y es cruzada por el nervio hipogloso y las venas lingual y facial. Penetra - en la parótida donde es cruzada por el nervio facial o sus ramas.

Relaciones profundas.- Los constrictores de la farínge y los nervios laríngeos superiores se disponen hacia adentro.

Ramas.- Las ramas de la arteria carótida externa son - las siguientes:

1.- Arteria tiroidea superior

2.- Arteria lingual.- Es la que más nos interesa puesto que de ella recibe la mayor parte de su irrigación la lengua.

La arteria lingual se origina en la parte anterior de la carótida externa, a nivel o por encima del hueso hioides. - Su trayecto puede dividirse en tres partes: posterior, profundo y anterior al músculo hiogloso.

La primera porción de la arteria lingual se sitúa principalmente en el triángulo carotídeo y describe una curva sobre el constrictor medio de la farínge. A este nivel es cru-

zada por el nervio hipogloso. La segunda porción de la arteria se dispone profunda al hiogloso y se dirige a lo largo del borde superior del hioides. La tercera porción de la - arteria, la arteria lingual profunda se describe más ade - lante.

Ramas.- Las principales ramas son;

a) Rama suprahioides.- Que sigue a lo largo del borde - superior del hioides y se anastomosa con la correspondiente del lado opuesto.

b) Ramas linguales dorsales.- Originadas debajo del hiogloso y que ascienden hacia el dorso lingual.

c) Arteria sublingual.- Alcanza la glándula sublingual.

d) Arteria lingual profunda o arteria renina.- Es la -- terminación de la arteria lingual, ascendente entre el ge - niogloso y el músculo longitudinal inferior de la lengua y se anastomosa con la del lado opuesto.

3.- Arteria facial (Maxilar externa)

4.- Arteria occipital

5.- Arteria auricular posterior

6.- Arteria faríngea ascendente

7.- Arteria temporal superficial

8.- Arteria maxilar

Debe tomarse en cuenta que la lengua recibe una pequeña parte de su irrigación de la arteria palatina inferior y de la arteria faríngea inferior.

VENAS.- El drenaje venoso de la lengua se efectúa por intermedio de las venas linguales profundas, satélites de la arteria lingual y las venas reninas, que desemboca en la yugular interna, de la cual se cita una breve descripción.

Generalidades.- La sangre venosa de la cabeza y de la parte anterior del cuello desagua en tres troncos principales: la vena yugular interna, la vena yugular externa y la vena yugular anterior.

Siguiendo los conceptos modernos, la vena yugular interna o vena carótida representa el sistema yugular profundo, donde se vierten las venas provenientes del cerebro, cráneo cara y cuello, que pertenecen al territorio de las dos carótidas.

VENA YUGULAR INTERNA.- La vena yugular interna es la continuación del seno lateral, que al atravesar el agujero rasgado posterior, cambia su nombre por el de yugular. Nace por una dilatación fusiforme o golfo que reposa en la fosa yugular del temporal. De aquí en dirección oblicua hacia afuera, adelante y abajo, incursiona en la región cervical para terminar a nivel de la cara posterior de la articulación esterno-clavicular, donde en unión con la vena subclavia, forman el tronco venoso braquiocéfálico.

La vena yugular interna representa el tronco colector principal de las venas de la cara, el cráneo y de la parte-

anterior del cuello. Desciende desde la parte posterior del cuello de la mandíbula al intervalo que existe entre las -- porciones esternal y clavicular del esternocleidomastoideo. En la parte inferior del cuello es a veces demostrable una pulsación de la vena yugular interna, debida a la contrac - ción de la aurícula cardíaca derecha.

Relaciones profundas.- Comprenden las apófisis transver sas de las vértebras cervicales, el angular del omóplato, el escaleno medio, el plexo cervical, el escaleno anterior, ner vio frénico, conducto torácico, tronco tirocervical, y la - primera porción de la arteria subclavia, así como la cúpula pleural.

En el curso de su trayecto cervical, la vena yugular in terna recibe los afluentes principales, que son: el tronco tirolinguofacial, el troncotemporomaxilar y el trono auricu lo-Occipital, los cuales proceden de la mayor parte de la - zona vascularizada por la carótida externa.

a) Tronco tirolinguofacial.- Está constituido por:

1.-Vena facial.- Se origina en el ángulo interno del ojo.

2.-Vena lingual.- Resulta de la confluencia de tres gru pos venosos: las venas linguales profundas, satélites de la arteria lingual; las venas dorsales, que siguen a la arteria dorsal de la lengua; y las venas raninas, que, de trayecto- submucoso, siguen al nervio hipogloso desde la punta hasta-

la raíz de la lengua. Reciben a las venas dorsales y profundas en el borde posterior del hiogloso para constituir un tronco común, la vena lingual, que termina independiente en la yugular interna.

3.- Vena tiroidea.- Procede de la porción superior del lóbulo lateral del hiodides.

b) Tronco temporomaxilar.- Está constituido por la unión en pleno tejido parotídeo, de la vena temporal superficial con la vena maxilar interna, a nivel del cuello del cóndilo-mandibular.

c) Tronco aurículo-occipital.- Formado por las venas auriculares y occipitales, desagua directamente en la yugular interna, independiente en una unión con el tronco temporomaxilar.

SISTEMA LINFÁTICO.- El cuerpo humano posee numerosos ganglios linfáticos y aproximadamente la tercera parte se halla situada en la región del cuello, particularidad que facilita la exploración clínica y quirúrgica.

Se sabe a ciencia cierta que el sistema linfático tiene asignados mecanismos de defensa y protección con motivo de la invasión de bacterias, toxinas y células cancerosas, aunque los ganglios linfáticos pueden convertirse según la virulencia del proceso patológico en focos infecciosos o neoplásicos.

El odontólogo debe tener presente el drenaje linfático de la boca y regiones vecinas, ya que ésto le ayuda a interpretar con más facilidad en los casos de adenopatías agudas o crónicas el origen de la lesión. Cirujanos y cancerólogos en publicaciones y conferencias, han insistido en el papel preponderante del cirujano dentista en la profilaxis y diagnóstico precoz del cáncer bucal.

Se clasifican los ganglios linfáticos de la cabeza y cuello en nueve grupos ganglionares principales: occipitales, mastoideos, parotídeos, submandibulares, submentales, sublinguales, retrofaríngeos, cervicales anteriores y cervicales laterales.

Nos ocuparemos de los ganglios submandibulares, submentales, sublinguales y cervicales laterales profundos, procedentes de la cadena yugular interna, por ser éstos los que reciben la linfa de diferentes regiones de la lengua.

Ganglios submandibulares.- Dentro de la celda submandibular se hallan de tres a seis ganglios que se agrupan al alrededor de la glándula y vena facial.

Aferentes.- Reciben la linfa de las siguientes regiones: parte lateral del mentón, labio superior, gran parte del labio inferior, mejilla, nariz, parte anterior de la mucosa de las fosas nasales, lengua (delante de la V lingual), glándulas submandibulares y parte de la sublingual y los vasos linfáticos provenientes de encías y piso de la boca.

Eferentes.- Los ganglios linfáticos submandibulares, conectados de delante a atrás por canales linfáticos, vuelcan su contenido en la cadena de la yugular interna.

Ganglios submentales.- De volumen y número variable (2 a 3) redondeados o elípticos, están situados en el triángulo limitado atrás por el hioides, adelante por el borde inferior de la mandíbula, y lateralmente, por los vientres anteriores de los digástricos.

Aferentes.- Proceden normalmente del mentón, de la parte media del labio inferior y de las mejillas. Pueden drenar los linfáticos de la región incisiva inferior de la encía, de la parte anterior del piso de la boca y de la punta de la lengua.

Eferentes.- Se vuelcan en parte en el grupo submandibular y también en la cadena yugular interna del mismo lado o del lado opuesto.

Ganglios cervicales profundos.- Los ganglios cervicales profundos comprenden varios grupos. El grupo principal constituye una cadena a lo largo de la vena yugular interna, en su mayor parte cubiertos por el esternocleidomastoideo. Recibe numerosos aferentes procedentes del tercio posterior de la lengua y de la amígdala palatina; su importancia se debe al hecho de estar frecuentemente aumentado de volumen en el carcinoma de estos órganos. Recibe aferentes de la lengua

directamente y también indirectamente, por medio de los gan
glios submentonianos, submaxilares y cervicales profundos -
superiores.

INERVACION.- Los nervios de la lengua se dividen en moto
res y sensitivos.

a) Nervios motores.- Los nervios motores, destinados al
cuerpo muscular provienen : del facial, para el estilogloso
y el glosostafilino, y a veces también para el músculo lin
gual inferior y del nervio hiogloso mayor para los demás mú
sculos de la lengua.

Nervio facial.- El nervio facial se compone de una por-
ción principal que inerva los músculos de la mímica, y una
porción menor, llamada nervio intermedio o nervio glosopa -
latino que contiene fibras del gusto para los dos tercios -
anteriores de la lengua.

Nervio hipogloso mayor.- El nervio hipogloso, XII par -
craneal es primordialmente el nervio motor de la lengua. Se
divide en ramas terminales que continúan hacia adelante en-
tre el milohioideo y el geniogloso, y se anastomosan con el
nervio lingual; estas ramas son:

- 1.- Ramas meníngeas
- 2.- Rama descendente del nervio hipogloso
- 3.- Rama tiroidea
- 4.- Ramas linguales.- Cuyas terminales inervan los múscu

los extrínsecos e intrínsecos de la lengua.

Exploración del nervio hipogloso.- Se indica al paciente que saque la lengua. Toda lesión de un nervio hipogloso provoca una desviación de la lengua hacia el lado afectado.

b) Nervios sensitivos.- Los nervios sensitivos destinados a la mucosa, provienen de tres orígenes: del nervio lingual, que se ramifica por los dos tercios anteriores de la mucosa; del nervio glossofaríngeo, que se distribuye por las papilas caliciformes y por la porción de la mucosa que está situada por detrás de la V lingual; finalmente proviene del nervio laríngeo superior, que envía algunos filetes nerviosos a la porción de la mucosa más próxima a la epiglotis.

Nervio lingual.- Desciende internamente al pterigoideo externo y se une a la cuerda del tímpano, rama del nervio facial que contiene fibras relacionadas con el gusto. Se halla cubierto por la mucosa de la boca, y es palpable contra la mandíbula, a 1 cm. aproximadamente por debajo y detrás del tercer molar. Inerva la mucosa de la lengua, las encías, los dientes primer molar y premolar.

Nervio glossofaríngeo.- Es aferente desde la lengua y farínge y eferente por el estilofaríngeo y la parótida. Entre sus principales funciones tenemos: secreción de saliva, sensibilidad de la lengua y farínge y también gusto.

Ramas.- El nervio glossofaríngeo origina las siguientes

ramas:

1.- Nervio timpánico.- Contiene fibras secretomotoras y vasodilatadoras para la parótida.

2.- Rama auricular o comunicante.- Se anastomosa con la rama auricular del vago.

3.- Rama del seno carotídeo.- Aparece frecuentemente anastomosada con ramificaciones del vago del tronco simpático.

4.- Rama o ramas faríngeas.- Proporcionan fibras de sensibilidad general a la mucosa de la faringe.

5.- Rama motora del estilofaríngeo.- Emitida cuando el -glosofaríngeo cruza este músculo.

6.- Ramas tonsilares.- Proporcionan fibras de sensibilidad general a la mucosa de la amígdala y parte adyacente del paladar blando.

7.- Ramas linguales, gustativas y fibras de sensibilidad general para el tercio posterior de la lengua y las papilas caliciformes.

Exploración del nervio glosofaríngeo.- La sensación gustativa es comprobada en el tercio posterior de la lengua.

CAPITULO II

GENERALIDADES SOBRE TUMORES LINGUALES.

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento incontrolable y propagación de células anormales. En ocasiones ciertas células crecen y forman una masa de tejido conocido como tumor, algunos tumores son benignos y otros son malignos y estos son conocidos como CANCER, los malignos invaden y destruyen el tejido normal por un proceso conocido como metástasis, las células se desprenden del tumor maligno y se propaga a través de la sangre y del sistema linfático, a -- otras partes del cuerpo donde forman nuevos cánceres. Algunas veces el cáncer crece y se propaga rápidamente, otras veces - el proceso puede tomar años.

El cáncer de la boca ataca a 24,000 personas al año aproximadamente en los Estados Unidos, y causa 8,000 muertes anuales. Existe muy poca diferencia en el grado de incidencia entre hombres blancos y negros, excepto en el cáncer de labio-- que es raro en los hombres negros.

Los tumores malignos de la lengua representan por su incidencia un porcentaje importante de todos los cánceres, varían su proporción en los distintos países. El más común es el Carcinoma Epidermoide siendo el 95 % de los mismos de células escamosas. Hay otro tipo peculiar de cáncer, el verrugoso, variante del carcinoma de células escamosas y generalmente de - baja malignidad. Es de desarrollo lento de invasión superfi--

cial y sin tendencia invasiva profunda, y se asocia casi siempre al hábito de mascar tabaco, su aspecto de verruga realzada y de color blanco es característico.

Hay otros tipos de lesiones no muy comunes y representan una pequeña fracción en la incidencia y mortalidad del cáncer

Es una enfermedad de la edad adulta y de la vejez. La mayoría de los casos ocurren en personas de más de 45 años, - - siendo mas frecuente en el hombre que en la mujer.

Los tumores de la lengua se pueden presentar en los bordes laterales, en la base y menos frecuentemente en la punta.

No obstante la amplia y continuada investigación al respecto, la causa del cáncer lingual no es muy conocida. Hay -- evidencias de que ciertos factores se encuentran frecuente -- mente asociados con la incidencia creciente del cáncer, como son el tabaco, el alcohol, mala higiene bucal, irritaciones -- crónicas tales como las causadas por dientes mellados o con bordes cortantes y dentaduras postizas mal ajustadas, sin embargo nadie está exento de padecerlo sin importar sexo, ocupación condición socioeconómica o nacionalidad. Estos factores pueden combinarse en una misma persona, pero alguno de -- ellos puede estar ausente. No debe olvidarse que las personas que nunca han fumado o ingerido bebidas alcoholicas también pueden contraerlo.

Patología.

El reconocimiento de cambios precancerosos su identifica -

ción y tratamiento oportuno y adecuado constituyen parte importante del problema de cáncer, ya que así se puede controlar y aún prevenir la enfermedad.

Para el dentista es muy importante identificar lesiones que, podrían volverse cancerosas como las leucoplasias y las eritroplasias la detección de estas alteraciones es fácil.

La leucoplasia se presenta clínicamente como una placa blanca que no se desprende al rasparla, es persistente.

La asociación de cáncer lingual y estas placas blancas ha sido de observación frecuente en áreas que están engrosadas ásperas y con aspecto blanquecino y alteraciones que se encuentran presentes mucho tiempo antes de la aparición del cáncer .

Las lesiones leucoplásicas pueden ser homogéneamente blancas o su superficie aparecer surcada o rugosa y de consistencia suave o endurecida, otras veces las áreas blancas están intercaladas con áreas eritematosas, nódulos blancos con fondo rojizo que a menor frecuencia van asociados a alteraciones microscópicas de atipia epitelial o de carcinoma in situ.

La eritroplasia, considerada como de las más importantes lesiones precancerosas, es una placa o mancha bien definida de color rojo brillante con superficie aterciopelada y que casi siempre presenta cambios histológicos premalignos o malignos.

El cáncer lingual es de crecimiento invasivo, destructor y mutilante, es más maligno a medida que se localiza más -- hacia atrás en la cavidad bucal.

Las etapas iniciales del carcinoma epidermoide, no son fácilmente reconocibles por los dentistas. La clínica muestra que el carcinoma in situ no queratinizante, da origen a placas rojas aterciopeladas, las que a menudo se confunden con padecimientos inflamatorios. En cambio el carcinoma muy queratinizante forma placas blancas que son consideradas ordinariamente como leucoplasias benignas. En ellos las técnicas de detección citológicas parecen ser de poca utilidad debiéndose recurrir a la biopsia para su diagnóstico.

Los carcinomas de la boca se diseminan predominantemente por vía linfática y afectan principalmente los ganglios Submaxilares, Submentonianos y Cervicales.

Metastizan más tempranamente los tumores con alto grado de malignidad.

a) COMO LLEGAR A UN DIAGNOSTICO.

Para poder llegar a un diagnóstico debemos conocer los -- signos y síntomas de las lesiones cancerosas para poder llegar en un momento dado a diagnóstico diferencial.

Cuadro clínico de Cáncer Lingual.

El cáncer de la parte móvil de la lengua en su principio es asintomático a medida que crece la lesión se hace aparente una tumoración pequeña, generalmente en el borde de la lengua

que posteriormente se ulcera y se infecta secundariamente -- produciendo dolor ligero, la úlcera está cubierta de tejido necrótico, sus bordes son duros y elevados e infiltran el tejido vecino en una extensión variable. Al continuar el crecimiento y la infiltración aparece dolor sordo, continuo, a veces irradiado hacia el oído. Si la lesión es anterior se nota dificultad en la enunciación de las palabras, si es posterior aparece disfagia. Generalmente, en este estadio el paciente nota una tumoración indolora en el cuello, que crece con rapidez y que es seguida de otras tumoraciones cervicales uni o bilaterales. Al continuar creciendo el tumor primario hay invasión de estructuras vecinas, piso de la boca, maxilar inferior, músculos pterigoideos, carrillo, fijación de la lengua, sangrado, formación de fístulas orocutáneas, trigéminos. Los ganglios se fijan a las estructuras vecinas, se ulceran y sangran. Puede haber fracturas del maxilar, pérdida de dientes, dolor serio que requiere narcóticos, hemorragias, disfagia, inanición, pérdida de peso, debilidad y neumonía terminal.

Los tumores de la base de la lengua corresponden a la -- orofaringe, generalmente son del tipo ulceroinfiltrante, el tamaño de la ulceración varía, en ocasiones es muy pequeña y se esconde en las profundidades de las criptas que forman la base de la lengua, lo que hace difícil o imposible su identificación. Estas lesiones son silenciosas y dan, como pri -

mer síntoma, metástasis ganglionares en el cuello. Cuando el tumor de la base de la lengua crece, generalmente lo hace --- hacia adelante, en donde hay menos resistencia muscular, infiltrando la parte móvil de la lengua y dando metástasis ganglionares uni o bilaterales en estadio temprano de la enfermedad.

Para el diagnóstico diferencial con el cáncer ulceroso debe tenerse en cuenta la úlcera tuberculosa y la sifilítica. Esta diferenciación resulta a veces difícil. La úlcera tuberculosa suele producir agudos dolores, y es lisa, con bordes colgantes, pero no se observa, en general, sin que haya a la vez otros focos tuberculosos en el organismo.

La úlcera sifilítica se distingue de otras por los exámenes serológicos pertinentes y las fuertes adenomegalias cervicales unilaterales características, la dureza de los bordes recortados como un sacabocados, son indicio de origen luético. Si la úlcera no muestra tendencia a la curación tras terapéutica antisifilítica debe sospecharse una evolución carcinomatosa.

También el diagnóstico final se obtiene mediante la biopsia y por el estudio radiológico de los pulmones en la tuberculosis.

En las lesiones luéticas se distinguen por pruebas serológicas. En las actinomicosis hay fístulas con exudado que contienen hongos radiados.

En cuanto al cáncer lingual nos valdremos de lo siguiente

- 1.-Historia clínica con examen clínico completo de la cavidad bucal que incluye inspección y palpación bidigital y bimanual, cuidadosa extra é intrabucal.
- 2.-La prueba del azul de toluidina al 1%
- 3.-La citología exfoliativa.
- 4.-La biopsia.

Para poder establecer un diagnóstico clínico en cualquier patologia es indispensable elaborar una historia clínica completa y además cuidadosa. La historia debe ser igual que todas se dividen en dos partes en una se acumulan los datos obtenidos en el interrogatorio y en la otra la parte obtenida-- por medio de las observaciones durante la exploración.

El registro del sexo, edad nunca deben ser omitidos. Porque hablando de las lesiones tumorales linguales, existen antecedentes importantes relacionados con ellas como sucede con el tabaquismo y el alcoholico, además es conveniente saber -- acerca de enfermedades previas o existentes, como la diabetes mellitus, sífilis, tuberculosis, posibilidades de cirugía pre via, traumatismos, obturaciones dentarias y uso de prótesis dental.

El examen físico utilizando una fuente de luz abatelen -- guas y un dedo de guante, permite la inspección sistemática y la palpación digital del dorso, bordes y cara inferior del -- cuerpo de la lengua. Para el examen de la base se inspecciona-

con un espejo laríngeo, se identifica la epiglotis, la valécula, la lengua misma y los repliegues glosopiglóticos. La palpación se lleva a cabo después de aplicar anestesia tópica y es un procedimiento muy útil que no debe ser omitido.

El estudio clínico del paciente debe incluir la toma de un fragmento del tumor primario para estudio anatomopatológico. Generalmente no se requiere de anestesia. Una vez comprobada microscópicamente la naturaleza del primario, no es necesario hacer biopsia de los ganglios metastásicos.

Cuando el primario ha sido controlado mediante tratamiento y posteriormente aparece un ganglio duro en el cuello, se puede, mediante aspiración biopsia, obtener tejido para estudio citológico. Un patólogo experimentado puede con certeza establecer el diagnóstico de carcinoma epidermoide metastásico en las laminillas del frotis o en los cortes del coágulo.

El estudio clínico del paciente debe ser completo y siempre incluir telerradiografía del tórax para descartar metástasis pulmonares, pruebas de funcionamiento hepático, sobre todo cuando hay antecedentes alcohólicos. Radiografías del maxilar inferior para descartar invasión ósea. En el cáncer de la base de la lengua, la radiografía lateral, con o sin medio de contraste, ayuda a valorar la extensión del tumor.

El cáncer de la lengua puede ser sospechado y diagnosticado en la primera consulta al médico. En nuestras series laman

tamos que el 20% de los pacientes no fueran diagnosticados - por el primer médico consultado.

Clasificación

Una vez establecido el diagnóstico lingual es conveniente clasificarlo. La Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC)-ha sugerido una útil clasificación cuyo uso se ha generalizado en la mayoría de las clínicas oncológicas y que incluye -- una combinación de letras y números que definen la extensión del tumor primario (T), la presencia y extensión de las metástasis a los ganglios cervicales (N) y (M) la presencia de metástasis distantes.

Tumor primario

T1: Tumor de menos de 2 cm

T2: Tumor de 2 a 4 cm con mínima infiltración

T3: Tumor de más de 4 cm limitado a un lado de la lengua- con o sin extensión incipiente al piso de la boca.

T4: Tumor que invade ambos lados de la lengua, con gran - extensión al piso de la boca con o sin invasión al maxilar.

Metástasis en ganglios cervicales.

No: No hay ganglios palpables

N1: Ganglio único hasta de 3 cm clínicamente metastásico - movable, ipsi o contralateral.

N2: Ganglio único de más de 3 cm movable ipsi o contralateral.

teral o ganglios múltiples ipsilaterales o contralaterales, de cualquier tamaño y movibles.

N3: Ganglios bilaterales movibles o ganglios ipsi o contralaterales fijos.

Metástasis distantes

No: Sin metástasis distantes.

M1: Evidencia clínica y radiológica de metástasis distantes.

El diagnóstico final del tumor incluye las tres letras - por ejemplo: T1, No, Mo para los casos tempranos; T2, N1, Mo para los casos moderadamente avanzados y T1, N3, M1 para los casos muy avanzados.

b) ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO QUE DEBERA UTILIZARSE

Ni el médico ni el dentista sin adiestramiento especializado para el manejo del enfermo canceroso pueden asumir la responsabilidad del tratamiento de un paciente con cáncer de la lengua o boca.

El tratamiento se puede realizar mediante cirugía, radioterapia, quimioterapia, o combinaciones habiendo indicaciones y contraindicaciones precisas para el uso efectivo de uno u otro medio terapéutico su combinación simultánea o secundaria. Por lo tanto, una vez hecho el diagnóstico, el paciente deberá ser canalizado al especialista o a un hospital o servicio especializado para la prescripción del tratamiento adecuado en cada caso en particular.

La decisión en cuanto a la extensión de la cirugía o la técnica de la radioterapia y la quimioterapia, dependerá muchas veces de la opinión conjunta del médico cirujano, el radioterapeuta, quimioterapeuta y del patólogo.

También la decisión del método dependerá del sitio y etapa de la enfermedad.

Las secuelas del tratamiento pueden ser altamente deformantes é incapacitantes mientras más pronto se le instituya tratamiento al paciente tanto mejor serán los índices de su pervivencia y curación, y menores las deformidades cosméticas resultantes.

El tratamiento del cáncer de la lengua va seguido de problemas cosméticos y de dificultades al hablar, masticar, tragar y en el control de la saliva. En el pasado la desfiguración física y los defectos funcionales hicieron que muchos pacientes tuvieran problemas psicológicos.

Pero ahora hay técnicas altamente desarrolladas de cirugía reconstructiva se usan para reconstruir áreas afectadas.

En general, a un diagnóstico temprano con el consiguiente tratamiento adecuado y eficaz, corresponde un buen pronóstico

El pronóstico en cuanto a la vida del paciente depende de sus condiciones clínicas, la etapa evolutiva del cáncer y el adecuado tratamiento inicial.

Cabe insistir que cuando se encuentre presente la sintoma

tología clínica del cáncer, las oportunidades de curación se reducen en forma drástica y dramática.

Para determinar cualquier tratamiento o un camino a seguir, éste es importante no sólo desde el punto de vista de la evolución de curación y supervivencia, sino del de la posible rehabilitación del paciente que debe ser estética, funcional y psicológica, que el cáncer de la lengua es destructivo-mutilante por si mismo o como secuela de su tratamiento y causante de trauma emocional.

La restitución del paciente a la familia, para el trabajo y para la vida comunitaria es, antes que nada, una cuestión de humanidad.

Desde el punto de vista de la vigilancia el esquema de seguimiento que se requiere es, si se decide por la cirugía después del tratamiento citar al paciente:

Durante el primer año mensualmente

Durante el segundo año bimestralmente

Durante el tercer año trimestralmente

Y de ahí en adelante, semestralmente por tiempo indefinido de acuerdo con las posibilidades efectivas de los servicios, sin olvidar que se harán ajustes y modificaciones ante la sospecha o certidumbre clínica de actividad tumoral, recurrencias, metástasis o la aparición de otro cáncer primario.

Si se decide por la quimioterapia existen una gran varie

dad de estos agentes como el uretano, la mostaza nitrogenada los derivados de la tiietilenmelamina, los antagonistas del ácido fólico y las sustancias radiactivas.

Aunque su efectividad en el cáncer lingual es muy limitada cuando está ya muy avanzado el proceso, y en este caso so lo queda el esperar el desenlaze final.

CAPITULO III

EXPLORACION EXTRA E INTRAORAL PARA REALIZAR UN DIAGNOSTICO CLINICO DE CANCER LINGUAL

EXAMEN CLINICO.-

El examen sistemático de la cara y cavidad bucal como parte del diagnóstico clínico, constituye una fase importante para llegar a la detección temprana del cáncer y de las lesiones precancerosas de la boca. De todas las partes del cuerpo, la boca es de las más accesibles y fáciles de examinar y a menudo permite obtener información importante.

Conviene hacer un examen completo, para lo cual no se requiere de equipo e instrumental especial; basta contar con una fuente luminosa, depresor de lengua, dediles o --- guantes limpios (no necesariamente estériles, mejor aún si son desechables), gasas, aplicadores de algodón, laminillas portaobjetos, espejos dentales, lámpara de alcohol y anestésico tópico.

Para que una exploración sea completa, deben seguirse los pasos indicados a continuación:

EXAMEN EXTRABUCAL.-

- 1.- Inspección de la piel, cara y cuello, buscando manchas variaciones en la pigmentación, asimetría o edema.
- 2.- Examínese el borde carmín de los labios.
- 3.- Pálpense las glándulas parótidas y los ganglios linfá-



EXPLORACION DE LOS GANGLIOS SUBMAXILARES.-

La mano que palpa se desliza hacia arriba y afuera presionando los tejidos de esta región contra la cara interna de la mandíbula.

Como habíamos mencionado anteriormente esta región puede- examinarse bimanualmente.



La cadena yugular interna se puede palpar colocándose por atrás del enfermo, como se muestra en la lámina, el dedo pulgar recorre de arriba abajo el borde anterior del esternocleidomastoideo haciendo ligera presión contra el plano óseo que constituyen las apófisis transversas de las vértebras cervicales.



La cadena ganglionar de la cervical transversa se palpa colocando los pulpejos de los dedos en el hueso supraclavicular, haciendo presión ligera contra el primer arco costal, en este sitio puede confundirse el músculo omohioideo con un gangliocrecido.



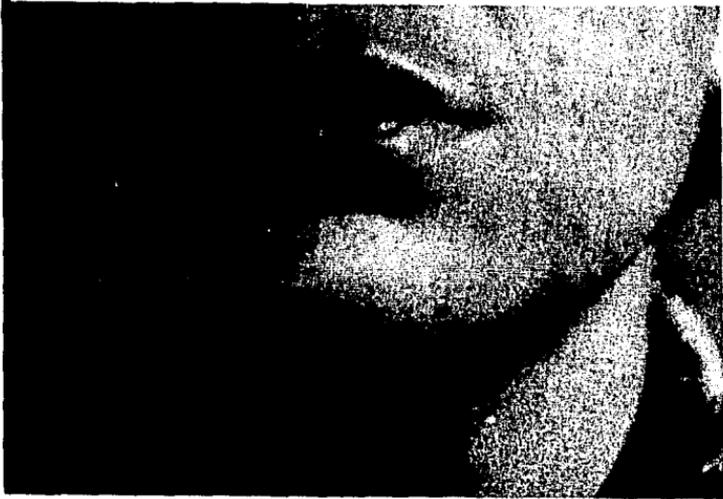
La cadena ganglionar espinal se explora recorriendo con la punta de los dedos de arriba hacia abajo el borde externo y un poco por delante del músculo trapecio.

ticos del cuello para determinar su condición. La palpación debe hacerse inclinando la cabeza del paciente hacia abajo y adelante para relajar el músculo cutáneo. Para explorar los ganglios submentoneanos y submaxilares se introducen los dedos de la mano por debajo del borde de la mandíbula y se deslizan contra el hueso, sino se descubren alteraciones, se aconseja que al mismo tiempo se coloque el índice de una mano en el piso de la boca a fin de fijar el músculo milohioideo maniobra que permite palpar un ganglio aún cuando éste sólo se encuentre agrandado. Por lo que hace a la cadena se desliza el dedo pulgar por dentro de tal músculo y el resto de la mano por fuera del mismo.

4.- Pálpese la articulación temporomandibular de ambos lados, primero con la boca cerrada y luego abierta, para buscar alteraciones de la sensibilidad, contracturas, desviaciones etc.

EXAMEN INTRABUCAL.-

1.- LABIOS. Deben examinarse con la boca cerrada y abierta, voltee los e inspeccione la mucosa, la que nos permitirá observar color, textura y forma. Pálpelos entre el pulgar y el índice para descubrir engrosamientos, endurecimientos o hinchazón que no se pueden descubrir a simple vista.



La exploración de los órganos bucales se inicia con los labios notando su simetría, tamaño y coloración del berme - llón.

2.- **MUCOSA BUCAL Y COMISURAS.** Inspeccione la mucosa, los vestibulos gingivogenianos, el frenillo y las encías. Palpe los carrillos; esto es examine toda la mucosa bucal, desde las - comisuras hasta el pilar anterior del paladar, utilizando espejos laríngeos como retractores, examine los orificios de - salida del conducto de Stenon y compruebe su funcionamiento.

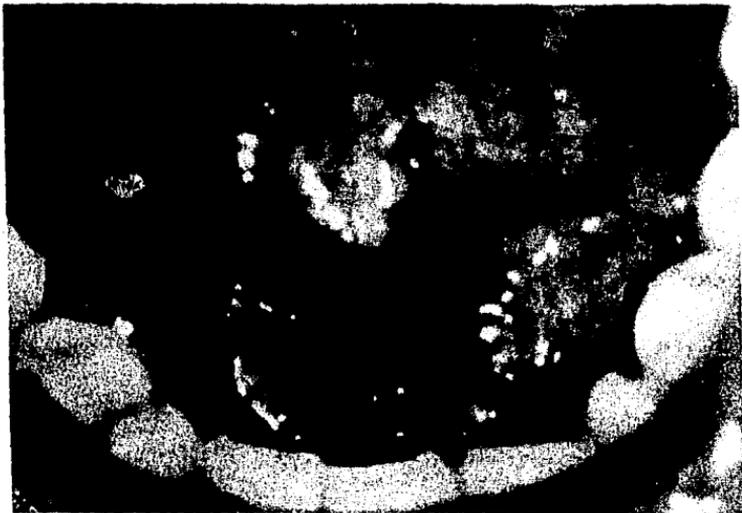


3.- LENGUA. Inspeccione la superficie dorsal cuando está en reposo con lo que se busca aumento de volumen, ulceración, - saburra, color, textura y cambios en las papilas que cubren la superficie. Sostenga la punta de la lengua con una gasa - entre el pulgar y dedo medio y tire de ella, mientras que - con un abatelenguas presiona ligeramente, para explorar la - base de la lengua y las papilas caliciformes. Haga tracción de la lengua hacia la comisura de los labios para exponer - los bordes y la parte ventral, desde la punta hasta el pilar anterior, suelte la lengua y ordene al paciente que se toque el paladar con la punta a fin de observar la superficie ven - tral para detectar varicosidades o tumefacciones.



EXTERIORIZACION DE LA LENGUA Y SUS MOVIMIENTOS LATERALES

4.- PISO DE LA BOCA Y GLANDULAS SUBMAXILARES. Con la lengua levantada inspeccione el piso de la boca y observe la salida de los conductos submaxilares (carúncula de Warthon) y el frenillo. Palpe todo el piso de la boca buscando tumefacción o endurecimiento, identifique las glándulas submaxilares y pálpelas bimanualmente (con el dedo índice presione la glándula en el piso de la boca y con el resto de la mano examine el contorno, la masa y su movilidad).



El piso de la boca que se observa es una región de la cavidad oral cuya exploración frecuentemente se olvida, lo cual es de graves consecuencias cuando se localiza un padecimiento carcinomatoso.

5.- PALADAR DURO. Con la boca bien abierta y la cabeza del paciente inclinada hacia atrás, por visión directa o mediante un espejo, explore la mucosa del mismo y de la encía superior.

6.- VELO DEL PALADAR, UVULA, AMIGDALAS Y PARED FARINGEA. De prima el dorso de la lengua de la manera usual e inspeccione primeramente la mucosa del paladar blando y de la úvula, después las amígdalas, los pilares amigdalinos y la pared posterior de la orofaringe. Haga pronunciar al paciente la letra "A" prolongada y fíjese en la movilidad del velo del paladar y de la úvula y la posición central de ésta.

7.- PIEZAS DENTARIAS. Deben examinarse clínicamente y en su caso mediante estudio radiográfico, sobre todo si se observa la movilidad de alguna, ya que puede ser el primer signo de un cáncer subyacente, anótese si hay piezas fracturadas con bordes o puntas cortantes y/o prótesis mal ajustadas. Recuerde que lo más importante de todo es establecer una secuencia en el examen de la cavidad bucal. Si se hace sistemáticamente se disminuyen las probabilidades de dejar pasar inexploradamente cualquier área de ella y por consiguiente las posibles anormalidades.



Se pide al enfermo que abra la boca de tal forma que podamos observar las características de la superficie mucosa, se aprecia la mucosa del carrillo y las piezas dentarias del lado derecho.

PRUEBA DEL AZUL DE TOLUIDINA AL 1%

Es una prueba de tinción in vivo semejante a la prueba de Schiller para la detección del cáncer del cérvix-uterino y conocida también como citocromodiagnóstico. Ha sido preconizada desde hace varios años por diversos autores, para la detección tanto de lesiones precancerosas como del carcinoma in situ o el invasor. Ha probado ser de gran valor y debe ser usada en personas afectadas por lesiones bucales ulceradas, eritroplasias y leucoplasias que no muestren tendencia a la curación. Tíñen selectivamente los tejidos pre y cancerosos de la cavidad bucal, de color azul rey intenso y aunque no está exenta de errores, recuérdese que no se usa aisladamente, sino acompañada siempre de la citología exfoliativa a la que deberá precedir siempre, ya que nos señalará el sitio de elección para la toma citológica, evitando proceder a ciegas, ya que las células pueden provenir de zonas muy diversas de la cavidad bucal.

Existen dos técnicas según las características de ubicación de las lesiones:

1.- LESIONES LOCALIZADAS:

TECNICA CON HISOPOS

- a) Se retira el moco que cubre la lesión con ácido ascético al 1% (15 seg.).
- b) Se aplica el azul de toluidina al 1% con un hisopo (10seg)

- c) Se decolora con ácido ascético al 1% con un hisopo.
- d) Se exploran las mucosas.

2.- LESIONES DIFUSAS:

TECNICA CON COLUTORIO

- a) Enjuague con una solución de agua (5cm^3) con cloruro de sodio (15 seg.).
- b) Enjuague con una solución con agua (5cm^3) y ácido ascético al 1% (10 seg.).
- c) Enjuague con una solución acuosa (5cm^3) con azul de toluidina al 1% (10 seg.).
- d) Decolórese con tres enjuagues sucesivos de ácido ascético al 1% (10 seg.).
- e) Explórense las mucosas.
- f) Póngase especial atención en aquella lesión que hubiese pasado inadvertida en la inspección directa o indirecta.

INTERPRETACION:

- 1.- Las lesiones en que persisten áreas teñidas intensamente después de la decoloración, serán consideradas como positivas, ahí se hará el raspado de la mucosa para obtener material adecuado para estudio citológico.
- 2.- Las lesiones en que la decoloración sea parcial se interpretará como sospechosa y se repetirá la técnica.
- 3.- Las lesiones en que la captación del colorante sea nula con o sin decoloración, se interpretarán como negativas.

La recolección de datos se clasifica por consiguiente en:

- 1.- Positiva
- 2.- Sospechosa
- 3.- Negativa



Limpieza del área por estudiar con solución de ácido ascó
tico al 1% durante un minuto.



Colocación del colorante que debe estar a concentración -
del 1% durante un minuto.



Se enjuaga la boca para quitar excesos con solución salina o con agua. Se interpreta la prueba positiva cuando se tiñe - una lesión y negativa es la que no se tiñe.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA:

Si la prueba del azul de toluidina resulta positiva, se procederá a hacer la citología, que consiste en el examen microscópico de células obtenidas por raspado de la superficie de una lesión, mediante el estudio de las características celulares.

La citología oral es un procedimiento coadyuvante, y nunca debe ser considerada como sustituto de la biopsia.

PROCEDIMIENTO:

El odontólogo hará la toma de muestra a toda persona que haya tenido una prueba de azul de toluidina positiva, bajo buenas condiciones de iluminación en la siguiente forma:

- 1.- Se prepara al paciente explicándole el objeto del examen
- 2.- Se toma una lámina portaobjetos nueva y se inscribe con lápiz punta de diamante en uno de los extremos la clave del servicio, las dos últimas cifras del año, en número progresivo comenzando con el 0001 (la numeración se iniciará cada año) y las iniciales del nombre del paciente.
- 3.- Se introduce el abatelenguas previamente humedecido con agua y se raspa cuidadosamente la lesión o el área teñida.
- 4.- Inmediatamente después se deposita el material obtenido en el centro del portaobjetos, haciendo movimientos rotatorios de izquierda a derecha para obtener un frotis uniforme.

- 5.- Se fija el frotis con atomizador a una distancia apropiada de 25 cms. o en su defecto se sumerge en un frasco de viirio que contenga alcohol de 96° durante 1 minuto.
- 6.- Se cita al paciente a las 72 horas para dar el resultado de su examen.
- 7.- Las láminas portaobjetos tomadas en la jornada de trabajo se envían al laboratorio en una caja portaláminas de baquelita junto con la forma NCC-3 (lista de pesquisas de casos de cáncer).

La citología es una herramienta valiosa en el armamentario diagnóstico, pero se debe tener presente lo siguiente:

- 1.- Los raspados citológicos de áreas secas y controsas son habitualmente de mala calidad.
- 2.- Los raspados citológicos de la mucosa queratósica pueden aumentar el número de resultados falsos negativos, porque los resultados de esos raspados no diferencian aquellas alteraciones que ocurren en la profundidad del epitelio, que es a donde generalmente ocurren los cambios displásicos.
- 3.- Los raspados de la superficie de una masa submucosa no muestran la naturaleza del tumor.
- 4.- La citología puede ser usada para muestrear la mucosa cuando la biopsia está contraindicada (seguimiento de áreas en que se ha aplicado radiación a dosis cancericida).

La Campaña Nacional Contra el Cáncer adopta y recomienda la siguiente clasificación de los hallazgos citológicos.

- 0.1 Sin alteraciones patológicas
- 0.2 Con alteraciones inflamatorias inespecíficas
- 0.3 Procesos inflamatorios específicos
- 0.4 Deficiencia de ácido fólico
- 0.5 Micosis
- 0.6 Displasias
- 0.7 Carcinoma epidermoide
- 0.8 Otros tumores malignos



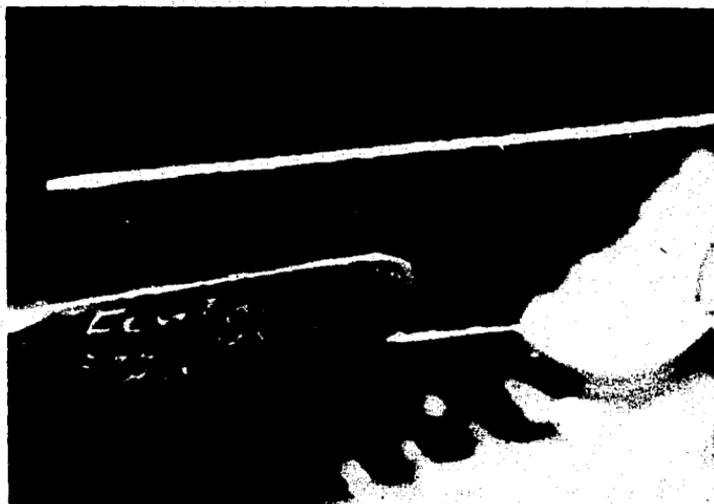
Se pide al paciente que enjuague su boca durante un minuto con un pequeño sorbo de solución salina normal.



El material obtenido con éste, se coloca un frasco limpio para enviarlo al laboratorio de citología exfoliativa, - debe ser procesado durante las dos horas siguientes a su recolección.



Quando no se cuenta con servicio de citología, puede hacerse el raspado de sitios específicos como bordes de la lengua, piso de la lengua, pueden hacerse con depresor de lenguas pero se prefiere un objeto de metal o de plástico.



El material obtenido se extiende sobre una laminilla portaobjetos sumergiéndose en frasco con alcohol-éter para fijar el material y conservarse por más tiempo.

BIOPSIA:

La toma de un fragmento de tejido para la práctica del estudio histopatológico, es considerado como el examen confirmatorio de una lesión, y deberá realizarse una vez que se detecta alguna anormalidad, para establecer un diagnóstico de certeza, y del mismo modo que la toma del espécimen citológico deberá ser practicada por el dentista.

La técnica que debe utilizarse depende de muchos factores como el tamaño, la localización y la sospecha diagnóstica, recomendándose una de las tres siguientes:

- 1.- Biopsia incisional
- 2.- Biopsia con sacabocados
- 3.- Biopsia escisional

La biopsia incisional se utiliza cuando la lesión es grande o regular y es preciso estudiar la zona limitrofe o borde de la lesión. Siempre debe incluir tejido tumoral y mucosa del borde de la lesión adyacente normal.

La biopsia con sacabocados se recomienda cuando es de apariencia uniforme, cuando la zona que se va a someter no es muy grande y cuando no se necesita el tejido adyacente normal para fines de comparación.

La biopsia escisional consiste en quitar la lesión en su totalidad para examinarla histopatológicamente. Para las prácticas de este procedimiento son ideales las lesiones de

un centímetro o menos.

Para ejecutar cualquier tipo de biopsia de las tres señaladas se requieren:

- 1.- Pinzas de disección sin dientes
- 2.- Tijeras nuevas
- 3.- Hojas de bisturí Bard Parker No 11
- 4.- Mango Bard Parker No 3
- 5.- Sacabocados de 55 mm para biopsia
- 6.- Jeringa para cartuchos Carpul
- 7.- Aguja para sutura
- 8.- Catgut para sutura atraumática dos o tres ceros
- 9.- Cuatro pinzas de mosquito
- 10.- Solución fijadora (solución de formalina neutralizada al 10%).
- 11.- Frascos y etiquetas para la pieza biopsica

Todas las biopsias tienen como común denominador ciertas reglas básicas a saber:

- 1.- No use tinturas sino soluciones antisépticas acuosas no colorantes que no alteran las reacciones de la tinción ni producen artificios.
- 2.- La solución anestésica será administrada por infiltración local alrededor de la lesión pero nunca directamente en el sitio en que se va a practicar la biopsia, ya que la solución puede producir alteración de los tejidos.

3.- No use nunca cauterio para remover el espécimen, el calor causa alteraciones importantes del epitelio y coagulación del epitelio conjuntivo subyacente que puede hacer inútil al espécimen para el estudio microscópico.

4.- Proporcione siempre al patólogo información clínica pertinente, el diagnóstico clínico y la zona donde se tomó la biopsia, incluyendo datos y diagnóstico radiológico en su caso. Los patólogos necesitan su información para una correcta interpretación de lo que observan al microscopio, una buena historia ayuda a ayudarlo a usted.

5.- No es verdad que las biopsias si son correctamente practicadas aumenten el riesgo de metástasis.

METODO COMPLEMENTARIO DE VALORACION DIAGNOSTICA.-

- 1.- Exámenes de laboratorio: Biometría hemática completa, química sanguínea y general de orina
- 2.- Examen radiográfico de esqueleto facial adyacente
- 3.- Examen radiográfico de tórax para conocer el estado de los pulmones, incluyendo metástasis.
- 4.- Laringoscopia directa o indirecta en tumores de base de lengua e hipofaringe.



Se selecciona el sitio para tomar la biopsia y se anestesia con lidocaína al 1%.



Se coloca el socabado de Martin en el sitio por exami -
nar y con movimientos de rotación se corta el tejido lesio-
nado.



Con este instrumento se obtienen fragmentos cilíndricos o cónicos suficientes para el diagnóstico, conviene recordar que una buena biopsia debe incluir tejido sano y tumoral, por lo cual la zona más adecuada es la periferia de la úlcera.



El fragmento de tejido extraído se fija en un frasco con formol al 10% y se envía al patólogo con la mayor información posible y con el mayor número de datos clínicos, tanto de los obtenidos en el interrogatorio como los recogidos durante la exploración física.



La inspección de la cavidad oral se complementa con la visualización de órganos vecinos practicando rinoscopia posterior y laringoscopia indirecta; estos estudios se facilitan disminuyendo el reflejo nauseoso, mediante la aplicación de lidocaína a la orofaringe y a la úvula.

CAPITULO IV

ESTADISTICA DE LA INCIDENCIA DEL CANCER LINGUAL EN MEXICO

INTRODUCCION:

Para la realización de este capítulo nos dirigimos al Hospital General perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en su pabellón de oncología, en el cual se efectuó un estudio minucioso de cien expedientes pertenecientes a pacientes que cursaron con carcinoma epidermoide de la cavidad oral, ya sea que se encontrara en estructuras tales como orofaringe, larínge, amígdalas, piso de la boca, encía etc., pero involucrando invariablemente total o parcialmente a la lengua; o bien en los casos en que la lengua es el sitio de invasión original del carcinoma.

En todos los casos encontramos que los tratamientos utilizados fueron los llamados radicales y paliativos. En esta investigación se observó que la edad en que se presenta más frecuentemente el carcinoma lingual es de los 60 a los 70 años.

Es más recurrente en el sexo masculino, la totalidad de los pacientes presentaron una salud bucal precaria, - alimentación deficiente en calidad y cantidad, el estado de salud general en la mayoría de los casos fue pobre, -

debido a la poca importancia que a ésta se brinda.

La mayoría de los pacientes son campesinos y de condi
ción socioeconómica baja, que gustan de ingerir bebidas -
alcohólicas y fumar en cantidades considerables.

En algunos casos se observó que el inicio del carcino
ma fue a raíz de una extracción, de prótesis parciales o
totales mal ajustadas y en alguna ocasión por negligén -
cia del odontólogo que al observar una lesión en cualquier
región de la boca no le prestó la debida importancia, se-
gún lo narran los propios pacientes.

SITUACION ANATOMICA DEL CARCINOMA LINGUAL

En lo referente al sitio de localización del tumor en lengua es importante establecer que un 41% corresponde a los localizados en la base de la lengua, pudiéndose decir que este alto porcentaje es debido a que en muchos casos el cáncer no se origina precisamente en lengua, sino es una infiltración de algún cáncer originado en estructuras adyacentes a ésta, tales como: orofaringe, hipofaringe, a migdalas etc. y que infiltran hacia la base de la lengua por ser la zona más próxima.

En la región de los bordes laterales izquierdo y derecho de la lengua se encontró un porcentaje del 25%, o sea una cuarta parte de los cien casos en estudio. El elevado porcentaje se presenta debido que es esta zona la más susceptible a los traumatismos y fricciones. En ocasiones -- existe un roce continuo de esta zona de la lengua con obturaciones altas, prótesis mal ajustadas, bordes cortantes etc. que originan una lesión ulcerosa que puede terminar en un carcinoma.

Con respecto a la cara ventral de la lengua ocupa un 10%, en la mayoría de los casos es una infiltración de un carcinoma en piso de la boca que tiene un 9% del porcentaje total de otros tipos de cáncer que infiltran a la lengua.

El carcinoma epidermoide localizado en la totalidad de la lengua tiene como porcentaje un 9%.

Le siguen en porcentaje decreciente el tercio posterior de la lengua con un 7%, el borde libre con un 5%, tercio anterior de la lengua con un 2% y finalmente el tercio medio con un 1%.

Se puede concluir que los tumores malignos de la lengua tienen predilección por las zonas posteriores de la misma y por lo mismo el porcentaje va decreciendo considerablemente a medida que se instalan hacia la región más anterior de la misma.

SITUACION ANATOMICA DEL CARCINOMA LINGUAL		
PORCENTAJE		
BASE DE LA LENGUA 41%	TERCIO POSTERIOR DE LA LENGUA 7%	BORDE LATERAL DERECHO 15%
REGION ANTERIOR 2%	BORDE LIBRE 5%	CARA VENTRAL 10%
BORDE LATERAL IZQUIERDO 10%	TERCIO MEDIO 1%	TOTALIDAD 9%

b) **CANCER DE OTRAS ESTRUCTURAS DE LA CAVIDAD ORAL QUE INFILTRAN A LA LENGUA.**

De todos los cánceres que se presentan en la Cavidad -- Oral y que involucran a la lengua encontramos que el 90% co rresponde al carcinoma epidermoide. Este carcinoma puede -- presentarse en varias estructuras de la cavidad oral infil- trando inevitablemente a las partes blandas adyacentes como lo vemos a continuación:

Carcinoma epidermoide de Orofaringe.- Este carcinoma se presentó, de cien pacientes con carcinoma epidermoide de ca vidad oral en un 8% en Orofaringe, este cáncer involucró -- las siguientes estructuras:

Base de la lengua, lado amigdalino derecho, que invade- el pilar anterior, pilar posterior, pared lateral y pos terior de la laringe, la fosa pterigoidea, velo del pa- ladar y parte de la mucosa del paladar duro del lado de de recho, ganglios del grupo submaxilar derecho.

Diagnóstico: Carcinoma epidermoide moderadamente diferen- ciado de la Orofaringe, clasificado como un T3-N1-M0 eta- pa clínica III.

Carcinoma epidermoide de Amígdala.- El carcinoma se pre- sentó con una incidencia de un 9% y este cáncer involucró -- las siguientes estructuras:

Base de la lengua, amígdala derecha, úvula, los dos pila- res de amígdala derecha, toda la cadena yugular derecha-

con predominio del grupo yugular medio.

Diagnóstico: Carcinoma epidermoide de Amígdala derecha -- con infiltración hasta la base de la lengua, hasta más -- allá de la línea media con destrucción de la úvula de ambos pilares amigdalinos así mismo con metástasis cervicales, clasificado como un T3-N1-M0.

Carcinoma epidermoide de Encía.- Este cáncer se presentó con una incidencia de un 7% dentro de cavidad oral é infiltrando las siguientes estructuras adyacentes a ella:

Paladar duro, base de la lengua, dos tercios anteriores -- de la lengua, el piso de la boca del labio izquierdo, encía inferior y paladar blando.

Diagnóstico: Carcinoma epidermoide de Encía moderadamente diferenciado. Clasificado como un T4-N3-M0.

Carcinoma epidermoide de Piso de la Boca.- Este carcinoma se presentó con una frecuencia de un 9% infiltrando las siguientes estructuras adyacentes:

Piso de la boca que fija casi totalmente la porción libre de la lengua en su tercio anterior que se encuentra fija y hace cuerpo con la mandíbula al igual que en las regiones submandibulares y submentales.

Diagnóstico: Carcinoma epidermoide de Piso de la Boca infiltrando a la lengua en su cara ventral que invade mandíbula y con metástasis submentales y submandibulares, fija el hueso con invasión a músculos del mentón así como a --

piel de la misma región. Clasificado como un T4-N3-M0.

Carcinoma epidermoide de Laringe.- Este carcinoma se presentó con una incidencia de un 2% , su porcentaje es bajo pero por su ubicación es de los mas peligrosos, involucrando a las estructuras siguientes:

Base de la lengua, del lado izquierdo que va hacia el repliegue aritemaepiglótico senopiriforme se mete a la caja laringea hasta banda ventricular aparentemente y cuerda-bucal del mismo lado.

Diagnóstico: Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de laringe. Clasificado como un T4-N3-M0.

Carcinoma epidermoide de Hipofaringe.- Este carcinoma se presentó con una incidencia de un 1% , infiltrando las siguientes estructuras adyacentes:

Base de la lengua, Ganglios cervicales.

Diagnóstico: Carcinoma epidermoide bien diferenciado de Hipofaringe, con fijación a la base de la lengua y metástasis cervicales.

Carcinoma epidermoide de Lengua.- Este carcinoma se presentó con una incidencia de un 62% que fue uno de los mas altos de todos los carcinomas presentados en este estudio, involucrando las siguientes estructuras:

Base de la lengua de lado derecho, invadiendo el espacio retromolar el pilar anterior incipientemente y también el piso de la boca, parte lateral del cuello en su ter--

cio superior derecho, ocupa los grupos yugulares medio y superior.

Diagnóstico: Carcinoma epidermoide de la base de la lengua lado derecho con metástasis ipsolaterales en el grupo yugular medio y superior. Etapa clínica III

Clasificado como un T3-N3-M0

Carcinoma epidermoide de Paladar blando.- Ocupa una incidencia dentro de este estudio de un 1% siendo relativamente bajo, involucrando las siguientes estructuras:

Base de la lengua ocupando toda su superficie, por otro lado la lengua está fija, ganglios de la mitad superior del lado derecho y del lado izquierdo, grupos ganglionares de los yugulares superiores y medios.

Diagnóstico: Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado en el paladar blando. Clasificado como un T3-N3-M

Carcinoma epidermoide de Hemicuello.- Este carcinoma --- ocupó una incidencia de un 1% dentro de la presente investigación involucrando las siguientes estructuras adyacentes:

A la izquierda de línea media en la unión de piso de la boca y la unión con la Encía, Cuello en forma cilíndrica profundo dolor en toda la lengua y presentaba disfagia para los alimentos sólidos.

Diagnóstico: Carcinoma epidermoide bien diferenciado --- metástasis en los tejidos blandos del Hemicuello. Etapa clínica III, clasificado como un T3-N2-M0.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE OTRAS ESTRUCTURAS DE BOCA QUE INFILTRAN A LA LENGUA		
PORCENTAJE		
CARCINOMA DE OROFARINGE 3%	CARCINOMA DE AMIGDALA 9%	CARCINOMA DE ENFUCIA 7%
CARCINOMA FISO DE BOCA 9%	CARCINOMA DE LARINGE 2%	CARCINOMA DE HIPOFARINGE 1%
CARCINOMA DE LENGUA 62%	CARCINOMA DE PALADAR BLANDO 1%	CARCINOMA DE HEMICUELLO 1%

c) ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA QUE PRESENTARON CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN LENGUA.

Con este estudio hemos podido comprobar que el carcinoma epidermoide de cavidad oral y que infiltra a la lengua en su totalidad o parcialmente no respeta situación geográfica, -- por el siguiente cuadro que obtuvimos de la revisión de expedientes de cien casos con carcinoma epidermoide.

Entre las zonas que aparecen con mayor incidencia de cáncer lingual está ocupando un primer lugar el Distrito Federal con una incidencia de un 17% que fue la mas elevada, sigue en forma descendiente el Estado de Veracruz con una incidencia de un 14% que también es de las mas altas. Encontramos que ocupa un tercer lugar el Estado de Oaxaca compartiendo con el Estado de Guerrero teniendo una incidencia también elevada de un 9%. Le sigue el Estado de México con una incidencia de un 8%. Después se encuentra que los Estados de Guanajuato y Nichoacan alcanzaron un quinto lugar con una incidencia de un 7%. De ahí pasamos al sexto lugar que lo ocupa el Estado de Hidalgo con una incidencia de cáncer lingual de un 5%.

Hay otros Estados de la República que también tienen incidencia de cáncer epidermoide de cavidad oral que infiltra a la lengua en forma parcial o total, pero con una escala menor con respecto a su incidencia y que son los siguientes Estados.

Puebla, Queretaro con un índice de un 4%, Sonora, San - Luis Potosí, Baja California , Chiapas tienen una incidencia de un 2% y finalmente Aguascalientes, Coahuila, Jalisco-Tamaulipas, Sinaloa tienen una incidencia de un 1% que es el mas pequeño de todos los porcentajes.

ESTADOS DE LA REPUBLICA QUE PRESENTARON CANCER LINGUAL	
ESTADO DE LA REPUBLICA	PORCENTAJE
DISTRITO FEDERAL	17 %
VERACRUZ	14 %
OAXACA	9 %
GUERRERO	9 %
ESTADO DE MEXICO	8 %
GUANAJUATO	7 %
NICHOACAN	7 %
HIDALGO	5 %
PUEBLA	4 %
QUERETARO	4 %
YUCATAN	3 %
BAJA CALIFORNIA NORTE	2 %
CHIAFAS	2 %
SAN LUIS POTOSI	2 %
SONORA	2 %
AGUASCALIENTES	1 %
COAHUILA	1 %
JALISCO	1 %
TAMAULIPAS	1 %
SINALOA	1 %

EDADES EN QUE SE PRESENTA CON MAYOR INCIDENCIA EL CANCER LINGUAL

De los cien expedientes revisados se encontró con respecto a las edades que:

De los 80 a los 90 años existe un 3% de incidencia de este cáncer, como se observa es un bajo porcentaje de incidencia, esto puede deducirse de que es escaso el número de habitantes de la población general que vive más de los 80 años.

De los 70 a los 80 años existe un porcentaje del 26% número elevado que puede atribuirse al hecho de que en la vejez el individuo se encuentra en condiciones más precarias de salud, por lo que es más susceptible al ataque de enfermedades, también la alimentación y los hábitos higiénicos se ven disminuidos con la edad.

En la década de vida de los 60 a los 70 años es donde encontramos el porcentaje más elevado; el 31% que significa casi la tercera parte de los casos estudiados. La razón de este porcentaje tan elevado se puede atribuir a que una gran parte de la población vive hasta los 60 ó los 70 años y como es sabido, el cáncer oral ataca más frecuentemente después de los 50 años.

Entre los 50 y los 60 años se indica el 25% que con

tituye también un porcentaje elevado. Aquí es donde se observan ampliamente los resultados que puede producir el fumar e ingerir bebidas embriagantes por una etapa prolongada de la vida, ya que como se sabe el alcohol y el tabaco contribuyen a la susceptibilidad del cáncer oral.

Entre los 40 y los 50 años se encuentra un 12%, índice que puede considerarse importante y que nos muestra que es en este período cuando se inicia el carcinoma de lengua. - Además debe considerarse que es en esta etapa cuando aumenta la pérdida de piezas dentarias por causas diversas, lo que constituye un incremento en la desarmonía de la salud bucal.

De los 30 a los 40 años existe un 3%, índice bajo y -- que nos habla de que, efectivamente a mayor edad, mayor suceptibilidad al cáncer lingual.

EDADES EN QUE SE PRESENTA MAYOR INCIDENCIA DE CANCER EN LENGUA			
EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA	AÑOS	PORCENTAJE
35	87	30-40	3%
		40-50	12%
		50-60	25%
		60-70	31%
		70-80	26%
		80-90	3%

INCIDENCIA DEL CARCINOMA LINGUAL EN RELACION AL SEXO

Con lo referente a los sexos, de los cien casos revisados se encuentra que corresponde un 83% al sexo masculino y un 17% al sexo femenino; o sea existe una relación de 8 a 2.

Este mayor porcentaje correspondiente al sexo masculino se atribuye principalmente a los malos hábitos de fumar e ingerir bebidas alcohólicas en mayor cantidad y durante más años que como lo acostumbra los pacientes del sexo femenino.

En los casos estudiados se observó que la mayoría de los pacientes refirió fumar una o más cajetillas de cigarrillos al día desde la adolescencia y aún desde la infancia, e ingerir de uno a dos litros de pulque al día combinados con tequila o cerveza; manifestando algunos llegar a la embriaguez una o dos veces por semana.

INCIDENCIA DEL CARCINOMA LINGUAL CON RELACION AL SEXO	
PORCENTAJE	
MASCULINO	FEMENINO
83%	17%

CAPITULO V

TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN CANCER LINGUAL

Una vez establecido el diagnóstico de cáncer en cualquier localización, el problema que se presenta es relativo a la curabilidad. La respuesta será afirmativa cuando el cáncer no haya invadido por invasión directa algunas estructuras vitales, ni se haya diseminado por vía linfática más allá del primer relevo ganglionar ni por vía sanguínea a órganos distantes, el caso que llene estos requisitos tiene probabilidades de ser curado.

Para el justo aprecio de la curabilidad y no sólo por su importancia estadística, es necesario mantener al enfermo bajo observación clínica periódica, haciendo exámenes físicos completos e intencionados, radiografías de control en su caso etc. Esto constituye elemento de juicio para valorar correctamente los resultados obtenidos por el tratamiento, es además la conducta que permite descubrir tempranamente recidivas del tumor o metástasis. Y si estas últimas ocurren en el territorio del primer relevo linfático, su descubrimiento en esas condiciones le confiere un alto porcentaje de probabilidades de curación.

Si conforme a los criterios enumerados un cáncer determinado no es curable, el médico puede aún proporcionar un grado importante de paliación al enfermo.

Es fácilmente comprensible que si un caso es "curable", - el esfuerzo terapéutico puede y debe ser agresivo, de índole radical, en tanto que la paliación debe ser fundamentalmente conservadora y prudente. Y esto es verdad para cualquiera de las armas con que se cuenta actualmente para tratar el cáncer a saber: cirugía, radiación en sus diversas formas, quimioterapia y la combinación de algunas de ellas.

Puede afirmarse que en el presente la exéresis quirúrgica y la radiación son las dos armas curativas primordiales, en tanto que la medicación por compuestos químicos, constituyen complementos terapéuticos, valiosas armas en la paliación. Tan to cirugía como radiación se debe realizar con margen. No se debe limitar el tratamiento a lo contenido dentro de los contornos visibles o palpables de la lesión.

La cirugía debe hacerse con técnicas atraumáticas y dentro de límites anatómicos preestablecidos. Debe realizarse en bloque único y no por fragmentación.

La radiación aún con margen debe hacerse protegiendo al máximo los tejidos vecinos, usando los factores adecuados de penetración a la profundidad de la lesión y tratando de evitar al máximo la radiación de tejido no neoplásico.

Es evidente que en la fase ya no susceptible de curación - tanto la cirugía como la radioterapia pueden proporcionar con siderable alivio. La primera inclusive realizando operaciones

mutilantes, puede dar muy apreciable paliación en los casos-avanzados.

La radioterapia en acción paliativa proporciona, en ocasiones, considerable mejoría, debiendo señalarse a este respecto que lo hace sin el efecto psicológico inherente a la -cirugía y sin mutilación.

Es necesario hacer énfasis en que, quien se avoca al tratamiento de un tumor maligno en su primera etapa, es siempre el responsable del porvenir del enfermo.

a) CIRUGIA

En los tumores malignos la terapéutica quirúrgica puede ser de varios tipos, dependiendo del problema quístico respectivo.

1.-De índole curativo, que tiene por la extirpación total del tejido neoplásico.

2.-La extirpación parcial, que se usa fundamentalmente -- con fines paliativos.

3.-La que se usa no contra el tumor mismo sino contra sus manifestaciones dolorosas fundamentalmente seccionando vías nerviosas, o las fibras de asociación dentro del cerebro mismo.

A.-En los tumores malignos no sistémicos la cirugía extirpadora se funda en el hecho de que los cánceres, en su fase temprana se comportan como una enfermedad local -- o regional y es entonces cuando la extirpación es susceptible de curación. Esta cirugía que ha recibido el nombre de radical, debe hacerse en forma amplia, es decir con margen de suficiente en aquellos casos de cánceres que no presentan metástasis o en los que las -- muestren en el primer relevo linfático ganglionar.

Para plantear adecuadamente el tratamiento quirúrgico en un carcinoma deberá valorarse, el tipo de neoplasma maligno -- sus extensiones topográficas esto es, si se trata tan solo --

del tumor primario o ya existen metástasis, el estado general del enfermo, la magnitud del riesgo quirúrgico.

Hay que insistir en que la limitación de un tumor canceroso puede ser tan solo aparente, ya que la propagación neoplásica se realiza tanto por los intersticios de los tejidos como por las vías linfáticas, sanguíneas, etc.

En los cánceres de naturaleza epitelial en los cuales la propagación linfo-ganglionar es frecuente, se deberá extirpar por lo menos el área linfático-portadora del primer relevo correspondiente.

Cuando se operan cánceres ulcerados deberán evitarse las contaminaciones por celdillas tumorales tanto de las manos — del cirujano como del instrumental quirúrgico, por lo que se aconseja cubrir la zona correspondiente con un apósito que se fije mediante sutura, debe considerarse como "contaminadas" todos los instrumentos que hayan tocado una zona ulcerada.

- a) Comprobar el margen operatorio macroscópicamente.
- b) Comprobar la extensión operatoria y las relaciones de las diferentes partes de la pieza operatoria.
- c) Confirmar el diagnóstico histopatológico de la biopsia
- d) Comprobar al microscopio la existencia de margenes adecuados, tanto laterales como en profundidad.
- e) Verificar la invasión o indemnidad de los ganglios en su caso y de existir metástasis anotar su topografía -

número, amplitud de invasión (parcial o masiva) y presencia de células cancerosas en vasos linfáticos o sanguíneos.

Cuando el paso del aire o la ingestión de alimentos están comprometidos por la presencia tumoral, está indicada hacer traqueostomía. Debe valorarse el estado real de la obstrucción ya que podría en ocasiones, resolverse por medios conservadores no cruentos, como el paso de una sonda nasal para alimentación más allá del obstáculo faríngeo.

Se considera que casi siempre lo más apropiado sea que la decisión terapéutica sea tomada por un equipo de médicos que incluya cirujanos, radioterapeuta, histopatólogo y los especialistas que las condiciones generales y locales del caso indiquen.

La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección - para las pequeñas lesiones superficiales situadas en el tercio anterior del órgano de la lengua, porción inmediatamente móvil y libre, la excisión amplia con cierre primario da buenos resultados funcionales, La movilidad de esta parte de la lengua hace particularmente difícil lograr uniformidad en la dosis de radiación, aún cuando de entre los métodos por administrar, la implantación de agujas sea el mejor.

En las lesiones del tercio medio, borde lateral, sin invasión al piso de la boca, puede ser satisfactorio la glossecto-

mía parcial amplia.

En los tumores del tercio posterior, base de la lengua, - sin metástasis, la radiación externa o la intersticial estan indicadas.

Cuando hay metástasis ganglionar ipsolateral concomitan - tes, el tratamiento de elección será la cirugía, glosectomía - parcial, resección parcial del hemimaxilar inferior correspon - diente y disección-extirpación radical del cuello en bloque. - Las localizaciones en que más frecuentemente se reunen estas - circunstancias son las del tercio medio.

A continuación presentaremos algunos casos de cáncer lin - gual, el tratamiento y a grandes rasgos su técnica operatoria

Cuando la lesión intrabucal primaria está limitada a la - lengua suele poderse efectuar una operación combinada sin re - secar el maxilar. Para que esta operación resulte adecuada la extensión del tumor en el suelo de la boca ha de ser mínima o nula, de lo contrario, el cierre de la herida intrabucal re - sulta difícil.

A- Se completa la disección, excepto para el contenido -- del triángulo digástrico. La pieza de disección cervi - cal queda unida a los tejidos submandibulares. La cara interna del cuerpo del maxilar se libera por disección inmediatamente junto al hueso.

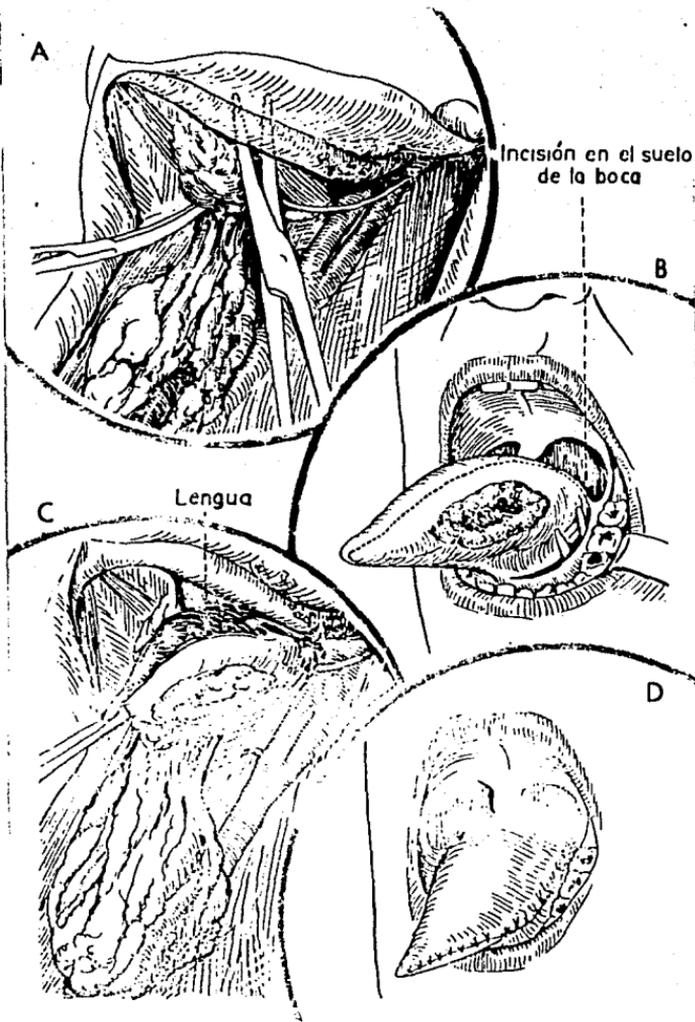
B- Se inserta un taponamiento faríngeo. La disección se - •

prosigue hacia arriba por detrás del cuerpo del maxilar, y se penetra en el suelo de la boca a mitad de camino del maxilar y el lado de la lengua. La incisión en el suelo de la boca se prolonga hacia adelante y hacia atrás, rodeando la lesión de la lengua y dejando un borde a su alrededor de cuando menos - - - 1.5 cm la lengua se divide longitudinalmente a nivel de la línea media o más allá. La prolongación posterior de esta incisión se incurva lateralmente por detrás del tumor, para unirse a la incisión del suelo de la boca.

C- Se tira de la porción de la lengua que contiene el tumor hacia abajo, en el cuello. Se prosigue la incisión de los músculos profundos de la lengua. Se corta y liga la arteria lingual. Se sacrifican los nervios lingual é hipogloso. Se extirpa la lengua todavía unida a las glándulas sublingual y submaxilar, en continuidad con la disección del cuello.

D- El cierre de la herida intrabucal se logra aproximando los bordes cortados de la lengua a la mucosa del suelo de la boca con puntos colchonero verticales de seda 4-0. Esta línea de sutura se refuerza con puntos incluidos de catgut crómico. Por delante, se aproximan los bordes cortados ventral y dorsal de la lengua - -

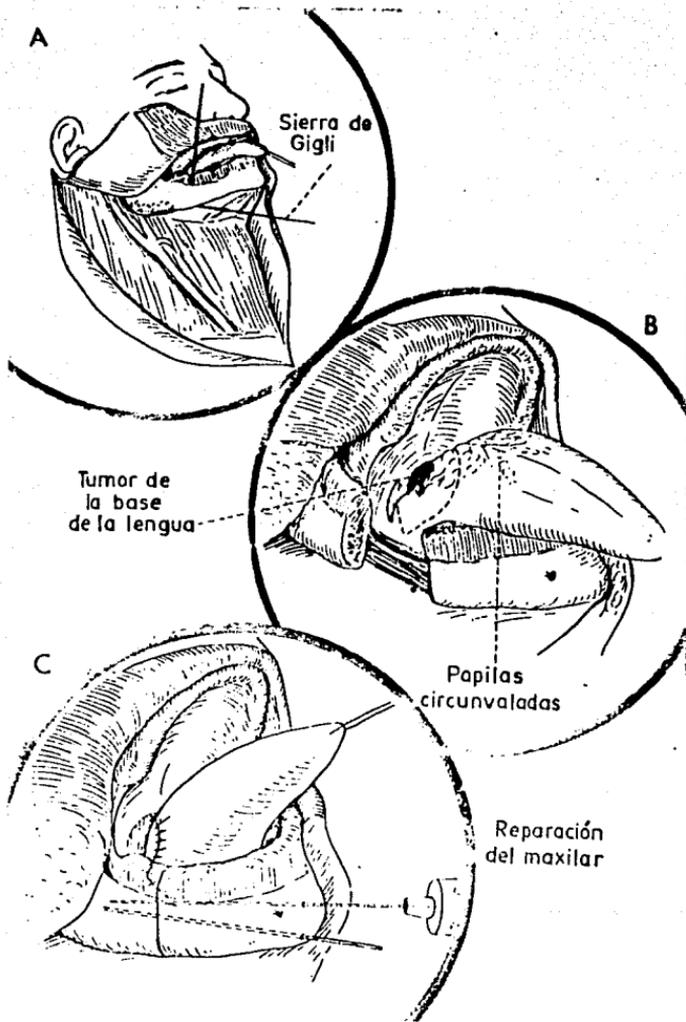
Se drena, y se cierra en la forma acostumbrada. Puede estar indicada una traqueostomía si la extirpación ha incluido parte de la base de la lengua.



Una vez tomada la decisión de tratar quirúrgicamente cánceres de la base de la lengua, paladar blando o región amigdalina, siempre se efectúa disección del cuello, ya que una buena exposición de estos lugares requiere cortar, y muchas veces extirpar, el maxilar. Resulta difícil extirpar en continuidad todas estas lesiones. Generalmente se extrae el contenido del cuello antes de atacar el foco primario. En algunos tumores de la base de la lengua, resulta posible respetar la mandíbula, según vemos aquí. Para una buena extirpación, las lesiones amigdalares suelen tenerse que reseca junto con la rama ascendente del maxilar.

- A- Se ha efectuado una disección radical completa del cuello. Se eleva un colgajo de mejilla seccionando el labio inferior y el surco gingivobucal hasta la región retromolar. La mandíbula se corta con una sierra de Gigli bastante por delante de la zona tumoral.
- B- La tracción hacia adelante de la lengua, y la retracción de los extremos del maxilar, proporcionarán buena exposición de la base de la lengua. Se comienza la incisión en el suelo de la boca en el punto de corte del maxilar, y se lleva por la base de la lengua. El tumor se extirpa con un amplio margen de mucosa normal y músculo subyacente.
- C- El cierre se inicia aproximando las porciones restan -

tes de la base de la lengua, con muchos puntos separados de catgut crómico 2-0. La línea de sutura de la mucosa se refuerza con puntos profundos de catgut crómico a través de los músculos de la lengua. Los fragmentos mandibulares se aproximan y se fijan, con uno o dos alambres de Kirschner atravesando el foco de -- fractura. El cierre del surco gingivobucal se logra con puntos separados de seda fina en la mucosa. Las lesiones más amplias de la base de la lengua requieren el tratamiento esquematizado en la siguiente hoja



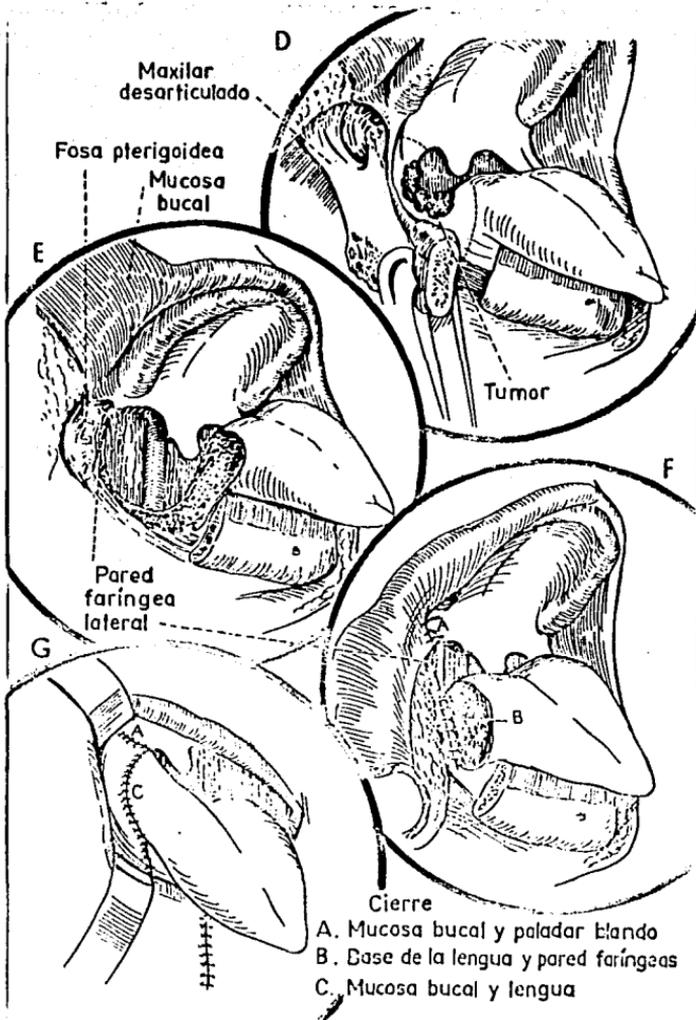
D- Las lesiones de la amígdala, o las más amplias de la Base de la lengua con participación de la pared faríngea, requieren resección de la rama ascendente del maxilar. Se corta la mandíbula por delante de su ángulo y se libera por arriba cortando el músculo temporal en su inserción en la apófisis coronoides; se libera el cóndilo o se corta el cuello del maxilar inmediatamente por debajo de él. Se tira de la lengua hacia adelante, y el fragmento mandibular se gira hacia afuera para exponer el tumor. Se comienza una incisión en el suelo de la boca, en el punto de división de la mandíbula, que se dirige hacia adelante rodeando el tumor.

E- Frecuentemente resulta necesario incluir porciones de la base de la lengua, pared faríngea y paladar blando en la extirpación para asegurar un borde adecuado de tejido normal alrededor de la lesión. Se cortan los músculos pterigoideos a distancia de sus inserciones en la cara interna del maxilar y se extirpan los fragmentos óseos en continuidad con el tumor primario. Se pinzan y ligan ramas de la arteria maxilar interna y venas del plexo pterigoideo. Luego se lava bien la herida con solución salina.

F- El cierre primario del defecto operatorio requiere --

destreza de parte del cirujano. Debe hacerse todo lo posible por lograr la aproximación de la mucosa sin tensión excesiva. La línea de sutura se comienza en la parte inferior, aproximando la base de la lengua a la pared faríngea lateral con puntos separados de catgut 2-0. Por arriba, la mucosa bucal y el paladar blando se aproximan, y la lengua se gira hacia afuera y arriba para unirla a esta línea de sutura, en ocasiones debe colocarse un injerto de piel de espesor parcial para cerrar parte del defecto. Los puntos que unen los bordes del injerto se ligan por encima de una tira de gasa. Interesa insertar una sonda nasoesofágica para alimentar antes de cerrar, ya que la orofarínge estrechada hará difícil la alimentación postoperatoria. La línea de sutura de la mucosa se refuerza con puntos incluidos de catgut crómico en el músculo subyacente.

- G- El cierre se completa por delante aproximando la mucosa en el surco gingivobucal con seda fina. Se reconstruye el labio y se drena la herida cervical, cerrándola en forma acostumbrada. Debe efectuarse la traqueostomía al acabar la operación, no sólo por el peligro de edema supraglótico, sino también por el trastorno temporal del reflejo de deglución.



FRECUENCIA DE METASTASIS OCULTA CLINICAMENTE EN CANCER LINGUAL

ESTUDIO	FRECUENCIA
Lyall y Shtlin	60 por 100
Kremen	50 por 100
Southwick y col	39.9 por 100
Sako y col	27.6 por 100
Ward y col	25 por 100

Después de haber extirpado la neoplasia bucal en la intervención denominada " comando " en las cuales se sacrifica parte (mayor o menor), de la mandíbula y se extirpa en un solo bloque el tumor, primario y su propagación linfático-ganglionar.

Cuando ya se ha seguido este procedimiento y aparecen las propagaciones ganglionares linfáticas si el sitio bucal respectivo no presenta recidiva podrá hacerse linfadenectomía.

FRECUENCIA DE METASTASIS EN GANGLIOS CERVICALES DESPUES DE --
GLOSECTOMIA PARCIAL.

Etap	No.de pacientes.	No.en el que aparecieron metástasis.	Porcentaje
I	95	28	29.1 %
II	77	33	42.9 %
III	13	10	77 %
Total	185	71	38.4 %

b) RADIOTERAFIA

Las radiaciones lo mismo que sucede con otras terapéuticas, trabajan dentro del intervalo de sensibilidades comprendido entre la de los tejidos normales y la del canceroso. Este intervalo entre las sensibilidades de uno y otro tejido no es siempre igual, pero existe en todos los casos. Cuando es muy amplio, podemos hacer terapéutica radiante con menos cantidad y los resultados inmediatos suelen ser mejores; si es menor, el radioterapeuta necesita afinar más su técnica con el objeto de matar las células cancerosas y al mismo tiempo respetar las sanas.

En lo que se refiere a las radiaciones, éstas pueden ser de distintas características: de mayor o menor kilovoltaje, filtrados de formas diversas o también provenir de elementos diferentes y considerando la misma radiación, ella puede repartirse en el tiempo en forma variable.

Se disponen de varios elementos o fuentes radiantes desde el punto de vista terapéutico se pueden clasificar en:

- a) Isotopos radiactivos
- b) Roentgenterapia

En la práctica se considera al cobalto al radium y al cesio más bien unidos a la Roentgenterapia y formando grupo -- con ella, ya que el mismo medico especializado en terapéutica radiológica es quien aplica estos elementos.

Lo que debe quedar bien grabado entre los conocimientos-

del médico es lo siguiente:

Que ante un cáncer de cualquier tipo que sea, el radioterapeuta planea un tratamiento fundado en los conocimientos -- que se tienen sobre radiología.

que en este tratamiento deben aplicarse las propiedades - de selectividad que los rayos posean; que en cada paciente -- será necesario planear la dosis probable y susceptible de modificarse durante el curso de las aplicaciones y que existen -- reacciones de los tejidos normales, piel y mucosa que indican las dosis máximas posibles.

En resumen, los procedimientos de radioterapia que se utilizan en los tratamientos de los cánceres son:

Curieterapia (Radiumterapia)

Telecurieterapia (Bomba de Radium)

Telecobaltoterapia (Bomba de Cobalto) en que se emplea el radioisótopos Co 60, a distancia.

Roentgenterapia que puede ser:

1.-Superficial (de contacto)

2.-Media (de 50 a 150 KV)

3.-Profunda (de 150 a 400 KV)

4.-Supervoltaje (arriba de 400 KV)

Estas modalidades de radioterapia pueden ser administradas en forma estática o de movimiento.

Peligro de la radioterapia, osteo-radionecrosis.

La osteoradionecrosis provocada en los huesos por los rayos X o por el radium, puede producirse en los maxilares después de la aplicación directa de los rayos X, o después del -- tratamiento radiológico del cáncer de la lengua por la acción de los rayos primitivos o la de las irradiaciones secundarias

Más precisamente la radio-necrosis consiste en un cambio en la estructura del tejido óseo, producido por una esclero-- sis y una atrofia de los vasos del periostio que poco a poco provoca la muerte del hueso por isquemia.

La forma precoz es el resultado de una falta de técnica -- en la dosificación y en las aplicaciones del radium, sobre -- viene inmediatamente después del tratamiento.

El tratamiento más efectivo en la mayoría de los carcinomas de la lengua es la irradiación intersticial por agujas de radium o de otros materiales radiactivos. El procedimiento -- requiere de una adecuada evaluación de las dimensiones involucradas del área, es preferible utilizar agujas conteniendo un miligramo de radium por cm., y las medidas de las agujas -- serán de 15 a 40 mm., y 0.5 mm., de espesor. Se ha encontrado una ventaja de colocarse en mitad del área de la lesión agujas en una sola dirección y la otra mitad con las agujas en -- un plano perpendicular a las primeras. El procedimiento completo debe terminar en 10 días. Los pacientes deben ser -- --

hospitalizados y mantenerlos confortablemente y si es necesario con una alimentación nasal y con medicación.

El uso de pildorillas de cobalto o de agujas de cobalto es muy satisfactorio. Esto produce un alto porcentaje de esterilización local del tumor.

La roentgenerapia tiene sus indicaciones limitadas a pequeñas lesiones del tercio anterior de la lengua. Esto requiere una considerable cooperación del paciente. La irradiación externa ha sido cada vez más usada como un procedimiento preliminar, antes de un implante intersticial. Solo, es raro -- que complete la destrucción de carcinomas infiltrativos de la lengua. Con cobalto y un super voltaje de roentgenerapia una irradiación externa preliminar puede producir la curación sin acarrear importantes reacciones de la piel o de la membrana mucosa. La regresión resultante del volumen del tumor y la infección secundaria facilitará el subsecuente y definitivo implante intersticial. Si es planeada una combinación de una radiación externa y otra intersticial es importante que en el lapso de los dos procedimientos debe ser proporcionada la dosis de radiación que recibe diariamente.

c) QUIMIOTERAPIA

A pesar de ignorancias pasadas, es indudable que existe progreso en el tratamiento de los cánceres por sustancias químicas y aunque su empleo es algo remoto, es indudable que

en los últimos decenios el adelanto es mayor y que esto se particulariza especialmente en los recientes quince años.

Desde hace siglos en el antiguo como en el nuevo continente se emplearon sustancias en aplicación tópica para tratar úlceras cancerosas. Es en 1865 cuando Lissauer señala la utilidad del arsenito potasio en algunos casos de leucemia iniciando así la quimioterapia general o sistémica. Posteriormente se aplicaron con finalidad parecida muchas sustancias (magnesio, arsénico, mercurio, cobalto, selenio etc) - hasta llegar a la colchicina en 1939 y después de la Segunda Guerra Mundial a los derivados de la mostaza nitrogenada. En seguida los descubrimientos al respecto fueron numerosos y las sustancias señaladas aumentaron mucho.

Los quimioterápicos que se investigan tienen como acción destruir precisamente a la célula cancerosa y no al supuesto agente productor de la transformación maligna, cuya naturaleza se desconoce. Estos quimioterápicos se deben considerar como sustancias de acción celular y por eso se les llama citostáticas, citotóxicas.

La quimioterapia además de su aplicación única, puede asociarse a otras terapéuticas: radioterapia, cirugía, radical o paliativa además puede ser aplicada en relación con el acto operatorio, antes, durante y después del mismo.

Los principales quimioterápicos utilizados en cancerolo-

gía son:

- 1.- Los alquilantes, como las cloroetilaminas y derivados: ciclofosfáida (endoxán, citoxán); metilbetacloretilamina (dicloren, mustargen); cloretilamino fenilbutírico (leukerán, clorambucil); cloretilaminofenilalanina (melfaran, alkeran); cloretilaminouracil (uracil mostaza); metilbetacloretilamina -- óxido (mitromín, musturón); y compuestos sulfonóxicos como el Myleran (busulfan) y otros más.
- 2.- Antimetabólicos, como los antifólicos (metotrexate-) antipurínicos (6-mercaptapurina); antipirimidínicos (5- fluoruracil) y los antiácidos aminados -- (azaserina).
- 3.- Antibióticos anticancerosos, actinomicina, especialmente la D; mitomicina C , etc.
- 4.- Sustancias extraídas de hierbas, los derivados de la colchicina (demecolcina), los derivados de la podofilina y los derivados de la vinca rosea, de la cual hasta el presente se han extraído más de veinte sustancias .
- 5.- Otras sustancias.- Como el uretano (carbamato de -- etilo), estilbamidina, las nitrofurazonas, la hidroxurea, metilhidrazina (natural) y la metilgloxal bis-guanidhidrazona.

Las vías de administración pueden ser: tópica, intraperitoneal, vía oral, endovenosa, infusión intraarterial, perfusión segmentaria y por inyección en los canales linfáticos.

Prevención del cáncer de la lengua.

Son cánceres que teóricamente se pueden prevenir, están vinculados a ciertos hábitos sociales que muchas veces forman parte de las costumbres de algunos pueblos.

En este sentido hay dos puntos importantes en la prevención que se deben considerar.

a) Persuadir a la población a realizar un examen periódico de la cavidad bucal. Por su familiaridad con la boca, son los odontólogos los que tienen más probabilidades de detectar primeramente lesiones precancerosas más que los mismos médicos y así los pacientes ser -- tratados oportunamente.

Tratar a los enfermos con leuco y eritroplasias oportunamente y no menospreciar la importancia que éstas puedan tener.

b) Persuadir a aquellos con hábitos oncogénicos a alejarse de ellos. Aunque muchos cánceres de la cavidad bucal parecen firmemente ligados a varios y definidos -- hábitos, de modo que son en teoría prevenibles en alto grado.

d) TRATAMIENTO COMBINADO

Hemos señalado el uso de radiación preoperatoria y su eficacia para disminuir la frecuencia de recidivas locales en el cuello. Si bien dicha recurrencia local puede reducirse, no hay pruebas fidedignas, que mejorará el índice total de salvamento con la combinación señalada de tratamiento.

Se ha hecho un tratamiento adicional de combinación, con quimioterapia, cirugía o radiación. En términos generales la quimioterapia combinada con cirugía se ha empleado para la paliación de enfermedad avanzada y por lo demás incurable. Sin embargo, se han creado algunos " protocolos " específicos para una combinación de radiación y quimioterapia, en forma simultánea o metácrona. Ha habido variabilidad en cuanto a los fármacos empleados, y los más comunes han sido metotrexato y 5-fluorouracilo y también bleomicina. El agente químico se emplea en una serie completa antes de la radiación y también en forma simultánea con ella. Hasta la fecha los resultados de estos programas no han sido muy alentadores, pues no se han obtenido incrementos importantes en la mejoría de los índices de salvamento.

e) PORCENTAJE EN LOS TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN EL CÁNCER LINGUAL.

Dentro de los tratamientos utilizados en el cáncer epidermoide de lengua, se utiliza con mayor frecuencia la radiación

terapia aplicándose la dosis de acuerdo a la gravedad del caso, y cuando ningún tratamiento podrá salvarle la vida al paciente se usa solamente en forma paliativa.

De cien pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad oral que involucra a la lengua encontramos que en un 45% se utilizó la radioterapia, en algunos casos que casi fueron la mayoría con una respuesta satisfactoria, los que corresponden a la minoría no regresan a sus citas para el tratamiento completo y otros salen del hospital pero con el acta de defunción.

A los pacientes que se les aplicó el tratamiento quirúrgico se les hizo " comando " que en casos difíciles infiltrantes a base de la lengua se llegó o se extendió la cirugía hasta paladar blando superior y mitad lateral derecha.- De cien pacientes que presentaron carcinoma epidermoide de cavidad oral involucrando a la lengua encontramos que un 14% recibieron el tratamiento quirúrgico. La mayoría de estos tratamientos no presentó complicación alguna y los que la presentaron, que fue una gran minoría debido a las deficiencias de su organismo o bien había de por medio alguna otra enfermedad o el paciente presentaba anemia de tercer grado por lo cual estos enfermos no podían responder satisfactoriamente al tratamiento.

Con respecto al tratamiento de quimioterapia, es utili-

zado muy rara vez, ya que este tratamiento por si solo no se ha obtenido buena respuesta a él, sin embargo se usa en forma paliativa para aliviar o ayudar al paciente y evitar que sufra.

Sin embargo de cien pacientes que presentaron carcinoma epidermoide en cavidad oral involucrando la lengua ya sea -- parcialmente o total en el Hospital General perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encontramos que en un 4% se utilizó el tratamiento de quimioterapia habiendo -- buena respuesta al tratamiento, utilizandose principalmente M.T.X. por vía intravenosa o bien combinado con el ENDOXAN -- por vía intramuscular.

De los cien pacientes que presentaron carcinoma epidermoide de cavidad oral involucrando a la lengua total o parcialmente encontramos que hubo un 9% que no recibieron tratamiento por estar muy avanzado el carcinoma en las estructuras adyacentes a él, y de esta manera no sería posible que funcionara ningún tratamiento, por lo que sus familiares pedían que se les permitiera sacar a sus enfermos firmando salida voluntaria.

De los tratamientos combinados que observamos utilizaron en el Hospital General en los cien pacientes que presentaron el carcinoma epidermoide de cavidad bucal infiltrando a la lengua parcial o totalmente estan los siguientes:

Radiación-Quimioterapia, que fue utilizado en un 9%
 Radiación-Quimioterapia-Cirugía, que fue utilizado en un 1% y especialmente en pacientes muy graves, en los que - primero se les realizaba la cirugía, después lo remiten a radioterapia y simultaneamente aplican la quimioterapia.

Radiación-Cirugía, este tratamiento fue utilizado en un 11% obteniendose magnificos resultados en todos ellos.

Implante con agujas de radio. Este tratamiento fue utilizado solamente en un 7%, utilizandose agujas de radium - 226 con 5 agujas verticales y 2 agujas transversales encontrandose buena aceptación.

TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN CANCER LINGUAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.

Cirugía %	Radioterapia %	Quimioterapia %
14 %	45 %	4 %
Inespecifico %	Combinados %	
9 %	Radiación-Quimioterapia. 9%	
	Radiación-Quimioterapia-Cirugía 1%	
	Radiación-Cirugía 11 %	
	Radiación con agujas 7%	

CONCLUSIONES.

Al desarrollar este trabajo de tesis realizamos un estudio sobre las Neoplasias Malignas de la lengua, del cual sacamos las siguientes conclusiones.

Se observó que generalmente en los pacientes con carcinoma epidermoide de lengua o en la cavidad bucal que fueron -- tratados con cirugía o radioterapia presentaron recidiva del mismo, en un lapso de tiempo de 6 meses aproximadamente.

Las neoplasias malignas tienen una evolución de meses, -- por lo general menos de un año; son duras, infiltrantes y -- frecuentemente ulceradas.

Al hablar del problema del cáncer en México es importante establecer que éste constituye un problema de salud Pública .

Concluimos que no existe una información estadística de -- acuerdo a la importancia de este padecimiento.

En México existen escasas publicaciones sobre la prevención del cáncer de la cavidad oral y además encontramos pocas instituciones Públicas, Consultorios, Hospitales Privados etc., que se encarguen de difundir en forma adecuada la mencionada información.

En la revisión bibliográfica encontramos que el cáncer de -- la lengua representa un 2% de todos los cánceres, pero según el estudio que hemos realizado solamente existe una in --

cidencia del .7 % de cáncer lingual en México.

Tomando en cuenta que el estudio fue realizado en el -- Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asisten-- cia se deduce que el 100 % de los pacientes son de escasos recursos económicos y culturales, lo cual dificulta la obtención de datos en el interrogatorio. Aunado a todos los problemas ya mencionados podemos añadir que la apatía por parte del enfermo contribuye para que avance su mal sin que pueda ser tratado en fase susceptible a la curación.

Como aportación personal incluimos la sugerencia de que para que fuera realmente efectiva la Campaña Nacional Contra el Cáncer es necesario que exista un Hospital o Institución en cada Estado de la República que cuente con todos los recursos necesarios para la detección y toda clase de tratamientos del cáncer. Ya que en muchas ocasiones la falta de este tipo de Instituciones agrava la situación del paciente, tanto por su situación económica y geográfica que le impiden desplazarse a los sitios que puede ser tratado adecuadamente.

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

Archer, Harry et al

Cirugía Bucal

4a ed. Tomo 11

Ed. Mundi, Argentina 1978

p. 493-567

Balcells, Gorina et al

Patología General

3a ed. Tomo 11

Ed. Toray, España 1974

p. 1731-1734

Casiraghi, Juan Carlos

Anatomía del cuerpo humano

2a ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1975

p. 96-105

Diebald, A. et al

Tratado de patología y clínica quirúrgica

Ed. Salvat, México 1974

Tomo 1. p. 820-832

Farreras et al

Medicina Interna

9a.ed. Tomo 11

Marín, México 1978 p. 1641-1679

Garner A. et al

Anatomía

2a ed. Salvat, México 1976

p. 880-884

Harvey, et al

Medicina interna

19 ed. interamericana, México 1979

p. 633-667

Redan, U. et al

Tratado de técnica quirúrgica

Toray, España 1974

Tomo 1 , p. 133-167

Ries, Centeno Guillermo A.

Cirugía Bucal

8a ed. El Ateneo, Buenos Aires 1978

p. 497-501

Testut, L. et al

Compendio de Anatomía Descriptiva

2a ed. Salvat, España 1975

p. 515- 523

American Cancer society

Verdades sobre el cáncer de la boca

1979 p. 1-11

secretaría de Salubridad y Asistencia

Manual de cáncer de la cavidad bucal

1979 p. 1-25

secretaría de Salubridad y Asistencia

Programa de control de cáncer de la cavidad bucal

1977 p. 1-17

Attiyeh, Dr.G. "Subungual squamous cell carcinoma"

Dental abstracts (November 1979) volumen 24, No.11

Baker, Dr. Harney. "Diagnosis or oral cancer"

A Cancer Journal for Clinicians. (April 1977) p 29-33

Byers, Dr. A. "Oral Cancer" American Dental Association

(June 1976) volumen 21, No.6 p. 350

Cancerología. Médico Moderno. (Marzo 1974) volumen XII

No. 7 p. 148-150

Chee, Dr. F. "Control of oral cancer". Dental Abstracts.

(Sep. 1978) Volumen 23, No. 9 p. 413

Cooke, Dr. B. "Dealy in oral cancer recognition".

American Dental Association. (Sep.1977) volumen 22 No.9

p. 545

Daly, Dr. H. "Biopsy Technique Majjor".

American Dental Association. (April 1978) volumen 23, No.4
p. 193

Daly, Dr. H. "Care of the Irradiated Patient".

American Dental Association. (April 1978) volumen 23, No.4
p. 192

Dreizen, Dr. Samuel. "Complicaciones bucales de la radioterapia del cáncer". Medicina de post-grad. volumen 23, No.9
(agosto 1978) p. 5-14

Echeverria Alvarez, Dr. Eduardo. "Carcinoma Epidermoide".

Semana Médica de México. (sep. 1974) volumen XXI No.11
p. 345-352

Frostell, Dr. R. "Genetics of cancer".

American Dental Association. (April 1976) volumen XXI No.5
p. 219

Gard, Dr. Don. "The dual role of the reconstructive surgery"

The Cancer bulletin. (1977) volumen xxlv No.5 p. 23-29

Goldblatt, Dr. J. "Leukoplakia and erythroplakia in cancer oral". Dental Abstracts. (Nov, 1977) volumen XXIX No.2
p. 250

Hartselle, Dr. L. "Tabaco and oral carcinoma".

American Dental Association. (May.1979) volumen XXII No.11
p. 320

Hayward, Dr. R. "Oral dysplasia in situ carcinoma"
Journal of Oral Surgery. (sep. 1977) volumen XXXV
No. 9 p. 320

Jucker, B. Dr. H. "Radiotherapy of head and neck cancer"
American Dental Association. (August 1976) volumen XXI
No. 8 p. 476.

Kolb, Dr. F. "Multiple primary malignancies of head and neck"
Dental Abstracts. (May. 1979) volumen XLIV, No.5 p. 249

Leder, Dr. F. y Torday, "Guia visual de lesiones de la cavidad oral". Tribuna Médica. (1978) p. B1-B5

Magallanes, Dr. Roberto. "Electrocirugía".
Asociación Dental Mexicana. (Mayo-Junio 1978) volumen XXXV
No. 3 p. 207-210

Hashberg, Dr. J. "Early asymptomatic oral squamous carcinoma". Dental Abstracts. (January 1978) volumen XXIII no.1
p. 20

Mc. Keline, G. "Metastasis and head and neck cancer".
American Dental Association. (January 1977) volumen XLII
No.1 p. 30

"Nuevo avance contra el cáncer". Médico Moderno. (volumen 22)
(Marzo 1974) No. 7 p. 87-102

Rodríguez Cuevas, Dr. Héctor. "Cáncer de la Lengua"
Semana Médica de México. (1976) vol. 1022 p. 313-320

Roger García, Dr. Jorge. "El cáncer su origen"
Semana Médica de México. (Mayo 1976) vol.LXXXVI no.9
p. 263-266

Weaver and Smith. Drs. "Mouthwash and oral cancer"
Journal of oral surgery.(April 1979; volumen LXXVII no.4
p.250

Zegarelli, Dr. David. "Condroma de la Lengua". Oral Surgery
(May 1977 (volumen XXXV , no. 5 p. 738-745

López Cueto, Dr. Juan et al. "Neoplasias Malignas de la --
Cavidad Oral". Tribuna Médica. (1977) p. 47-54