



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
IZTACALA**

**PREVALENCIA DE LAS NEOPLASIAS
ORALES**

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a n
**GARIBAY OCHOA VERONICA A.
IBAÑEZ GARBUÑO JORGE
TAVARES BOLAÑOS ROSA DELIA**



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.

PROT O C O L O

Nuestra investigación tiene la finalidad de obtener y dar a conocer la frecuencia con que se presentan las neoplasias de la cavidad oral en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional.

El Odontólogo juega un papel muy importante en el diagnóstico del tumor de la boca, por lo que debería estar suficientemente calificado para detectar o diagnosticar las enfermedades tumorales de la boca y de los maxilares, incluyendo las neoplasias benignas o malignas.

El tema que se ha elegido "PREVALENCIA DE LAS NEOPLASIAS ORALES", presenta una importancia primordial en la actualidad, ya que el Odontólogo está en constante relación con pacientes que pueden presentar alteraciones patológicas.

El trabajo escrito que realizaremos es de investigación, acudiendo para ello a Oncología de C.M.N. Dicha investigación consistirá en un estudio bioestadístico considerando: edad, sexo, talla del paciente; así como el tipo de neoplasia y su localización.

Los objetivos que perseguimos con esta investigación son los siguientes:

- 1.- Descubrir oportunamente las lesiones cancerosas que se presentan en la cavidad oral.
- 2.- Tener conocimientos de las neoplasias orales.
- 3.- Saber efectuar las técnicas adecuadas en cada paciente con respecto al tipo de neoplasia.
- 4.- Tener la capacidad para poder interpretar correctamente dichas neoplasias.
- 5.- Establecer un diagnóstico diferencial en base a los estudios obtenidos.

Debe considerarse que el 50% de los casos de pacien

tes que han acudido demasiado tarde a consulta es por --
falta de información; ya que existe un grupo de síntomas
y signos de alarma que aunque inespecíficos y no necesari-
amente debido a este mal, deben de llamar la atención -
del paciente y hacer que este acuda a consulta médica.

Esperamos que este trabajo sirva a compañeros y per-
sonas interesadas en estos problemas, logrando realizar -
mejores investigaciones.

I N D I C E

Prólogo

Introducción

Capítulo 1. Generalidades

1.1.- Definiciones

1.2.- Nomenclatura

1.3.- Diferenciación y Anaplasia

1.4.- Aspectos Clínicos de las Neoplasias

**1.5.- Diagnóstico diferencial entre neoplasias
benignas y malignas**

1.6.- Diagnóstico de las neoplasias

Capítulo 2. Clasificación de las neoplasias en general

2.1.- Clasificación histológica de los tumores

2.2.- Características macroscópicas

2.3.- Características microscópicas

**Capítulo 3. Neoplasias benignas y malignas de la cavidad
oral**

3.1.- Clasificación

3.2.- Descripción de las neoplasias orales

Capítulo 4. Material y Método

4.1.- Presentación de datos

4.2.- Cuadros con la tabulación de datos

4.3.- Gráficas

4.4.- Presentación de resultados

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

Indices

INTRODUCCION

La cavidad oral aparece tapizada por una mucosa, - cuyo epitelio es en su mayor parte estratificado, esca -- moso y no queratinizado. El epitelio de las mejillas no -- se halla queratinizado, es de la lengua lo está parcial -- mente y el de las encías y paladar duro lo está comple -- tamente.

En la cavidad oral se distinguen una porción exter -- na más pequeña, el vestibulo, y una porción mayor inter -- na o cavidad propiamente dicha.

Vestibulo.- el vestibulo es la hendidura compren -- dida entre los labios y las mejillas externamente, y los dientes y las encías internamente. El techo y el suelo -- del vestibulo estan formados por la reflexión de la mucosa desde los labios y mejillas a las encías. El vestibu -- lo presenta los minúsculos orificios de las glándulas labiales. El conducto parotideo se abre en el vestibulo a nivel del segundo molar superior. Cuando los dientes se hallan en contacto, el vestibulo comunica con la cavidad bucal solamente por un espacio variable situado entre -- los últimos molares y la rama de la mandíbula.

Cavida bucal propiamente dicha.- la cavidad bucal propiamente dicha esta limitada por delante y a cada la -- do por los arcos alveolares, los dientes y las encías. -- Comunica por detrás con la orofaringe mediante un orifi -- cio llamado orofaríngeo o istmo de las fauces, el cual es limitado en cada lado por los pilares palatoglosos. El -- techo de la cavidad bucal es el paladar. El suelo se ha -- lla en gran parte ocupado por la lengua, sostenida por -- núsculos y otros tejidos blandos en el hueco entre las -- dos mitades de cuerpo de la mandíbula. Estas estructuras blandas son llamadas en conjunto el suelo de la boca y -- concretamente comprenden los dos músculos milohióideos,

que forman el diafragma bucal. La cara inferior de la lengua se halla unida al suelo de la boca por un pliegue medio de la mucosa llamado frenillo de la lengua. El extremo inferior del frenillo presenta en cada lado, una elevación o papila sublingual, en la que se abre el conducto de la glándula submaxilar. La glándula sublingual produce una elevación, el pliegue sublingual, en la mucosa, a cada lado del frenillo, muchos conductos sublinguales se abren en el pliegue sublingual.

Labios y Mejillas.- Los labios son los pliegues -- movibles musculofibrosos que limitan la entrada de la -- boca. Se extienden lateralmente hasta el ángulo de la -- misma. La parte media del labio superior presenta externamente un surco poco marcado llamado philtrum. La cara interna de cada labio se relaciona con la encía por un pliegue medio de mucosa llamado frenillo labial. Los labios están recubiertos de piel y constituidos parcialmente por los músculos orbiculares y por glándulas labiales, todo ello tapizado por mucosa.

Las mejillas tienen una estructura similar y contienen el músculo buccinador y glándulas bucales. La bola adiposa recubre al buccinador y al masetero. El conducto parotídeo perfora la bola adiposa y el buccinador y se abre a la altura del segundo molar superior. La unión entre mejillas y labios viene marcada externamente, a cada lado, por un surco nasolabial que se extiende lateralmente y hacia abajo, desde la nariz al ángulo de la comisura bucal.

Paladar.- el paladar constituye el techo de la boca y el suelo de la cavidad nasal. Se extiende hacia atrás constituyendo una separación parcial entre las porciones bucal y nasal de la faringe. El paladar es arqueado en sentido transversal y anteroposterior y se compone de dos partes: los dos tercios anteriores constituyen el

paladar duro, y el tercio posterior, el paladar blando.

Paladar duro.- el paladar duro queda en el adulto a nivel de axis, pero más alto (a nivel de la articulación entre el cráneo y el atlas) en el niño. Se caracteriza por tener un esqueleto óseo, paladar óseo, formado por las apófisis de los maxilares por delante y las láminas horizontales de los palatinos por detrás. El paladar óseo se halla recubierto por arriba por la mucosa -- nasal, y por abajo, por la mucosa y periostio del paladar duro. La lámina mucoperiosteica contiene vasos sanguíneos y nervios, y posteriormente un gran número de glándulas palatinas de tipo mucoso. Su epitelio se halla queratinizado y es de tipo escamoso estratificado y muy sensible al tacto. La lámina mucoperiosteica presenta un rafe medio que termina por delante de la papila incisiva. Algunos pliegues transversos palatinos se extienden lateralmente y contribuyen a la fragmentación de los alimentos por compresión, contra la lengua durante la masticación. En la cara inferior del paladar duro se observa a veces una prominencia ósea central, el torus palatino.

Paladar blando.- el paladar blando o velo del paladar, es una formación fibromuscular movable, que continúa el borde posterior del paladar duro. El paladar blando constituye una separación parcial entre la nasofaringe, por arriba, y la orofaringe, por abajo. Funciona cerrando el istmo faríngeo durante la deglución y la fonación. Está cubierto principalmente por epitelio escamoso estratificado, y en su cara anterior se observan numerosas glándulas palatinas. Los corpúsculos del gusto se hallan más posteriormente. El borde inferior, libre, del paladar blando presenta, en el plano medio, una proyección de variable longitud, la úvula. El paladar blando se continúa lateralmente con dos pliegues que reciben el nombre de pilares glosopalatino y faringopalatino.

Predisposición a las neoplasias.- se han identificado algunos factores ambientales y constitucionales (genéticos) que pueden tener importancia causal en las neoplasias.

Epidemiología.- a las neoplasias les corresponde el 16.8% de la mortalidad global. Por la elevada frecuencia de cánceres cutáneos no mortales que representa el 23% de todos los cánceres en el varón y el 13% en la mujer. Es muy raro que los cánceres de piel caucen la muerte, ya que se descubren fácilmente y suelen curar por extirpación quirúrgica.

Influencias ambientales.- aquí se incluyen la enorme serie de influencias externas que rodean la vida de un paciente; su estilo de vida, ocupación, dieta y costumbres sociales y culturales.

El ambiente contribuye al desarrollo del cáncer, ya que existen diversos agentes que pueden provocar cáncer, como son: productos químicos carcinógenos para el hombre como diversos tipos de hollín, alquitranes, aceites, humo de tabaco, naftilaminas, bencidina, níquel, -- compuestos de cromo y amianto. Las radiaciones (incluso la luz solar) y los agentes virales se hallan por todas partes.

La frecuencia variable de procesos malignos específicos, como el que se observa entre clases sociales y económicas diferentes sin duda pueden atribuirse a influencias ambientales.

Factores raciales y geográficos.- las frecuencias de formas específicas de cáncer muestran diferencias notables según las regiones y los países. Es mucho más frecuente que las variaciones geográficas puedan atribuirse a factores ambientales que a susceptibilidad individual y racial.

Edad.- el cáncer suele considerarse enfermedad de

la edad avanzada pero hay un pequeño máximo durante los cuatro primeros años de la vida, seguido de una frecuencia progresivamente creciente que alcanza la cifra mayor entre los 55 y los 74 años, después disminuye algo. La disminución en la frecuencia del cáncer mortal en personas de edad muy avanzada depende de su mayor frecuencia de cardiopatías y apoplejías mortales. Las formas más frecuentes de cáncer mortal varían con la edad. El cáncer es la primera causa de muerte desde la infancia a los 74 años de edad.

Sexo.- existen diferencias netas en la frecuencia del cáncer según el sexo. Todos los cánceres que ocurren en ambos sexos tienden a ser más frecuentes en los varones. La interpretación de estos resultados es dudosa. Los varones por su trabajo, están expuestos a muchos más peligros ocupacionales. También se ha supuesto que las mujeres tienen una defensa inmunológica más eficaz, que pudiera lograr la destrucción de neoplasias incipientes. No se sabe si tendencias ambientales modificarán la frecuencia sexual o el control de este flagelo.

Herencia.- El ciclo prolongado de generación del hombre, en número limitado de descendientes, la ausencia de diagnósticos comprobados anatomopatológicamente en muchos certificados de defunción, las dificultades para vigilancia prolongada de grupos familiares, y las muchas muertes intercurrentes por otras causas antes que el paciente haya alcanzado los años en que el cáncer es más frecuente, todos ellos dificultan el estudio de la herencia, y muchas veces lo complican considerablemente.

Actualmente se han identificado tipos de herencia mendeliana para unos cuantos cánceres y para algunos trastornos que predisponen al cáncer. Y estas mismas neoplasias se presentan en pacientes sin antecedentes sospechosos de transmisión hereditaria. Por lo tanto, la

Importancia de la genética es deficiente en cada uno de los procesos.

Los tipos de transmisión mendeliana de cáncer dominantes simples o recesivos son la excepción más que la regla. Para la mayor parte de tipos de cáncer, la herencia posible influye los modos mucho más complejos de --- transmisión poligénica.

Nunca se ha identificado una predisposición familiar al cáncer.

Hay otros datos indicando la influencia de factores genéticos en la predisposición al cáncer. La aparición de leucemia en pares, de gemelos idénticos se ha -- registrado con frecuencia suficiente para indicar que -- este fenómeno es más frecuente que el correspondiente a una simple probabilidad. Diversas enfermedades con base hereditaria conllevan una predisposición elevada para -- determinadas neoplasias malignas. Trastornos hereditarios caracterizados por malformaciones congénitas conllevan un aumento de peligro, lo cual sugiere un posible -- factor genético común que origine ambas cosas, las anoplasias y la neoplasia. En todos los estudios genéticos -- hay la posibilidad de que muchos casos de predisposición familiar reflejen simplemente la exposición común a influencias carcinógenas ambientales.

C A P I T U L O 1

GENERALIDADES

- 1.1.- Definiciones
- 1.2.- Nomenclatura
- 1.3.- Diferencias y Anaplasia
- 1.4.- Aspectos clínicos de las neoplasias
- 1.5.- Diagnóstico diferencial entre neoplasias benignas y malignas
- 1.6.- Diagnóstico de las neoplasias
- 1.1.- Definiciones.

Una neoplasia es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede del de los tejidos normales y que no está coordinado con -- estos mismos, y que persiste en la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadenó el cambio.

La masa anormal carece de finalidad, hace presa de huésped y es prácticamente autónoma. Todas las neoplasias dependen en última instancia del huésped en cuanto a la nutrición, la respiración y el riego sanguíneo; muchas formas de neoplasias necesitan incluso sostén endocrino.

Aclarado los términos de tumor y neoplasia, se dice que -- tumor denota sencillamente la tumefacción que es, de hecho, uno de los signos cardinales de la inflamación. Una neoplasia cerca de la superficie de la economía produce una tumefacción tumoral, no -- todos los tumores son neoplásicos y pueden ser producidos por hemorragia o edema. Cáncer es el nombre común para todos los tumores -- malignos.

Los calificativos benigno y maligno, según se aplican a -- neoplasias, tienen deducciones clínicas. La designación benigna significa que la lesión no amenaza la vida, es de crecimiento -- comparativamente lento, no dará metástasis y es susceptible de -- extirpación, con cura del paciente. Una neoplasia benigna raramente causa la muerte, y en este caso es por virtud de su sitio extratológico

o su función. Casi todas las neoplasias malignas tienen las potencialidades desagradables de crecimiento rápido, invasión y destrucción de tejidos adyacentes y dan metástasis, que originan la muerte.

1.2.- Nomenclatura.

La nomenclatura de los tumores no sigue un sistema constante y único. La mayor parte de los tumores benignos se designan histológicamente agregando el sufijo *oma* al tipo celular que forma la neoplasia.

La nomenclatura para los tumores malignos sigue el sistema utilizado para las neoplasias benignas, con algunas añadiduras. Cuando la neoplasia consiste en células muy primitivas e indiferenciadas, debe designarse simplemente como tumor maligno poco diferenciado o no diferenciado o cuando sea posible, carcinoma indiferenciado o sarcoma indiferenciado. Los cánceres que nacen en tejido mesenquimatoso se llaman sarcomas. Los sarcomas también se clasifican según la histogénesis. Las neoplasias malignas originadas en células epiteliales, que provienen de cualesquiera de las tres capas germinativas, se llaman carcinomas. Los carcinomas pueden clasificarse ulteriormente. Uno con cuadro de crecimiento glandular en el estudio histológico se llama adenocarcinoma, el que produce células escamosas identificables en cualquiera de los epitelios pavimentosos estratificados de la economía se llamará carcinoma de células escamosas o epidermoide.

Las células en proliferación de un tumor guardan - - -

Intima semejanza entre sí, como si provinieran de antecesores muy íntimamente relacionados. Estas neoplasias se han clasificado como sencillas, sólo para diferenciarlas de los tumores mixtos y compuestos. En algunos tumores, la diferenciación divergente de las células neoplásicas originan más de un tipo celular en la neoplasia. - Estas neoplasias se clasifican como mixtas.

Dentro de las neoplasias simples o sencillas hay otro grupo que se llama compuesto o teratógeno, para indicar que contiene varios tipos celulares característicos de más de una capa germinativa. Estas neoplasias, -- "teratomas", provienen de células totipotenciales, que en casos poco frecuentes nacen de restos de células primitivas secuestradas en la línea media del cuerpo durante la embriogénesis.

Los tumores mixtos y los teratomas tienen gran interés teórico, pues indican la profundidad del cambio -- fundamental concomitante con la oncogénesis.

Cada tumor tiende a seguir un comportamiento específico; por ello, su designación específica entraña deducciones clínicas de importancia. La nomenclatura específica tiene significación clínica específica.

1.3.- Diferenciación y Anaplasia.

Todos los tumores, benignos y malignos, tienen dos componentes básicos; a saber; 1) células neoplásicas en proliferación que forman el parénquima, y 2) estroma de sostén que consiste en tejido conectivo, vasos sanguíneos y posiblemente linfáticos. Las células parenquimatosas son, con mucho, los más importantes, ya que no sólo forman la mayor parte, de casi todos los tumores, -- también se presenta el "borde cortante" en proliferación y por ello rigen el carácter de la neoplasia.

1.4.- Aspectos clínicos de las neoplasias.

Los tumores malignos causan mayor impacto sobre -- los huéspedes que los tumores benignos. De cualquier forma una neoplasia benigna no siempre constituye una enfermedad sin peligro.

En las neoplasias benignas se aplica el principio de la investigación de la masa sea cual fuere su localización, permitiendo así un diagnóstico clínico bastante seguro. Los lipomas subcutáneos aislados blandos y los quistes de glándulas sebáceas son frecuentes y casi nunca se transforman en cánceres; no requieren cirugía inmediata, sin embargo causan deformación y es mejor extirparlos.

Las neoplasias benignas pueden causar enfermedad clínica importante. Pueden:

- a) Hacer presión en una localización extratológica.
- b) Tener actividad funcional, como la producción de hormonas.
- c) Presentar complicaciones sobre añadidas como -- hemorragias o úlcera con infección secundaria.
- d) Sufrir transformación maligna.

Los tumores brindan ejemplos muy interesantes de -- trastornos de la biología y divergencias entre morfología y función.

La consecuencia más grave del cáncer es que suele matar. Lo hace en diversas formas como en su localización, complicaciones y su posible función. Aunque la desaparición final de todo paciente con cáncer avanzado en alguna forma resulta peculiar, todos presentan caquexia, la constelación de debilidad progresiva, anorexia, anemia y desnutrición. Generalmente --aunque no siempre-- se observa correlación entre volúmen y amplitud de difusión del tumor maligno y la gravedad de la caquexia; en consecuencia, la caquexia va aumentando a medida que la en-

fermedad avanza. Los cánceres pequeños suelen ser silenciosos, a veces lesiones menos limitadas han producido -caquexia maligna.

Desde el punto de vista clínico, existe un acuerdo general al considerar que no hay una sino muchas enfermedades debidas a la presencia de tumores en el organismo humano. Cada tumor constituye un cuadro clínico con características propias, por ello es imposible englobar todas las neoplasias en un cuadro semiológico y terapéutico uniforme.

Signos y síntomas:

Estos son extraordinariamente variados y dependen en gran parte de la localización del tumor y de las funciones orgánicas que interfieren. Hay algunos signos y síntomas que se han llamado de alarma y que por ser inespecíficos pueden o no corresponder a la presencia de un tumor. En las campañas educación al público se recomienda consultar al médico cuando exista uno de estos síntomas o signos de alarma, y es deber de éste indagar la causa del signo encontrada por el paciente. Algunos de estos signos son los siguientes:

a) Una masa anormal en cualquier sitio del cuerpo. Estas cuando son indoloras pueden no ser notadas o pueden no ser atendidas oportunamente por quien las tiene.

Una masa frecuentemente es la expresión de una metástasis de un tumor localizado en órganos internos en cuyo caso el pronóstico es más sombrío.

b) Una úlcera que demora en curar puede ser la indicación de un tumor maligno. Este es el caso visto en la piel o en las mucosas. En las úlceras muy crónicas de etiología traumática o infecciosa puede establecerse un cáncer que generalmente se implanta en un proceso regenerativo de hiperplasia.

c) Una hemorragia, puede ser el primer signo de un

tumor maligno que ha ulcerado una mucosa y erosionado vasos sanguíneos.

d) La pérdida de peso sin razón aparente, que la justifique puede ser la indicación de un proceso neoplásico que esté de alguna manera interfiriendo con la nutrición. Lo mismo se puede decir de una anemia inesplorada y de cambios anormales en los hábitos intestinales (diarrea o constipación crónica).

e) Los procesos tumorales a veces se manifiestan por la presencia de fiebre, generalmente de carácter crónico y de poca intensidad. Esta se puede deber a la necrosis de tejido tumoral por inadecuada provisión de vasos sanguíneos o a procesos infecciosos facilitados por los efectos mecánicos del tumor.

f) La tos y la expectoración son frecuentes signos de participación tumoral de los pulmones.

g) El dolor espontáneo indica la compresión de ramas nerviosas sensitivas por la neoplasia. Extremadamente variable y con frecuencia es un signo tardío. El dolor provocado por la palpación es un signo más temprano que el dolor espontáneo, y

h) Un signo muy frecuente de los tumores de la cavidad oral es el mal ajuste de prótesis que surge sin causa aparente.

1.5.- Diagnóstico diferencial entre neoplasias benignas y malignas.

El diagnóstico diferencial entre tumores benignos y malignos es el juicio más importante que se solicita del patólogo. Sobre esta decisión se fundan el tratamiento de la lesión y las perspectivas para el paciente. Para efectuar un diagnóstico diferencial se utilizan muchos requisitos y se refiere a los caracteres generales de las neoplasias benignas y malignas, en particular a -

los que se utilizan como caracteres diferenciales. Finalizando la explicación se enumeran los puntos para el diagnóstico diferencial.

La mayor parte de los tumores son potentemente benignos o inconfundiblemente malignos, algunos están en los límites y no pueden clasificarse con certidumbre.

Algunas neoplasias de aspecto engañosamente benigno se comportan biológicamente como cáncer, y viceversa. Por lo tanto, no siempre hay relación perfecta entre las predicciones morfológicas y el comportamiento biológico. Pueden establecerse requisitos morfológicos para diferenciar entre los tumores benignos y malignos, y la neoplasia se comporta en consecuencia.

Diferenciación entre los tumores benignos y malignos

	Benignos	Malignos
Grado de diferenciación	Avanzado	Deficiente
Núcleos de las células	Normal	Grande e hipereroplásmico
Relación núcleo-citoplasma	Baja	Alta
Mitosis	Pocas	Abundantes
Polaridad tisular	Conservada	Alterada
Rapidez de crecimiento	Poca	Mucha
Modo de crecimiento	Expansión	Infiltración
Recurrencia después de la resección	Poco frecuente	Frecuente
Metástasis	Ausentes	Frecuentes

1.6.- Diagnóstico de las neoplasias.

En un grupo importante de tumores es un hecho conocido que las medidas terapéuticas son efectivas mientras más avanzada sea la extensión del tumor en el organismo. Por esta razón uno de los principales puntos de la estrategia de la lucha contra el cáncer es el diagnóstico temprano. La tardanza en el diagnóstico se observa frecuentemente en los países en desarrollo. En casi todos los hospitales generales que atienden a personas de bajos recursos económicos, se observa que la mayoría de los pacientes con cáncer consultan cuando la enfermedad ha avanzado más allá de su localización inicial. Por medio de campañas de información al público es posible hacer que la consulta sea temprana pero lo más trascendental para el éxito del tratamiento es el estudio y corrección de las causas por las cuales el médico que ve primero al paciente es culpable del retraso en el tratamiento.

La mayor esperanza de curar un cáncer es descubrirlo y tratarlo antes de que produzca síntomas clínicos.

El diagnóstico seguro de las neoplasias solo se logra mediante el examen histológico de los tejidos.

No se han logrado métodos completamente objetivos para distinguir neoplasias benignas de malignas, o para identificar imágenes histológicas, lugares de origen, y conducta biológica prevista, para un crecimiento nuevo.

En el diagnóstico anatómico de las neoplasias se efectúa principalmente representando en parte algo de ciencia y en parte considerable, un arte dependiente de los largos años de experiencia, guiándose por consideraciones como la edad del paciente, la localización y el tipo de posible cáncer, y peligros e implicaciones del tratamiento insuficiente o excesivo, la inteligencia o la confianza que merezca el enfermo para volver con frecuencia a visitas de vigilancia, y su confianza en las

diversas opiniones recibidas. La preponderancia de neoplasias no es tan enorme, y suele poderse efectuar un diagnóstico anatómico bastante seguro.

Diagnóstico Histológico.- El exámen macro y microscópico en la neoplasia por un patólogo debe proporcionar un diagnóstico preciso en un 95% a 98% de las neoplasias. El tejido sometido para diagnóstico ha de contener la pequeña neoplasia o una muestra representativa de una mayor. En todas las formas de sarcoma, con excepción de las más malignas, los peligros supuestos son menores que los reales. Es más importante que la biopsia con tenga tejido tumoral representativo y no necrosado, ya que los cánceres que crecen más rápidamente presentan necrosis central.

Diagnóstico Citológico.- Después del diagnóstico histológico del cáncer, en orden de importancia viene el método citológico. En contraste con el trabajo del histológico, aquí el diagnóstico debe establecerse basándose en la citología de cada célula, o quizá en el de un acúmulo de células sin la confirmación del desarreglo arquitectónico, la pérdida de orientación de una célula con relación a otra, y hecho de particular importancia señales de invasión. A pesar del rigor que corresponde a este método de diagnóstico, las células suelen clasificarse en una de las siguientes categorías:

Clase I. Normal

Clase II. Probablemente normal (atipia ligera)

Clase III. Dudosa (atipia más intensa, que representa posible displasia o posible cáncer)

Clase IV. Probable cáncer (sospecha muy fuerte de anaplasia)

Clase V. Cáncer (anaplasia indudable)

Otras pruebas diagnósticas.- Se disponen de otras pruebas diagnósticas que ayudan a descubrir el cáncer -- pero ninguna tiene la especificidad o la precisión de los métodos histológicos y citológicos. La identificación de células cancerosas en la sangre circulante se ha propuesto como medio diagnóstico, esto ha resultado de poco valor y se utiliza raramente, ya que dichas células circulantes solo se descubren cuando el cáncer primario es -- voluminoso; incluso el error por resultado negativo falso es muy alto. Aún cuando la prueba es positiva hay que emplear otros medios para identificar la localización de la lesión.

Otras técnicas para facilitar el diagnóstico del - cáncer incluyen la determinación de hormonas, enzimas u otros productos de la neoplasia circulante, ya que estos en muchos casos son específicos de formas particulares - de neoplasias.

En el curso de los años se han hecho muchos esfuerzos para lograr métodos que permitan expresar con seguridad la extensión y la gravedad del cáncer en un paciente. Los términos como "operable" o "no operable", "localizado" o "diseminado", son demasiado subjetivos y difusos para que tengan significación específica, por lo que es de suma importancia que se disponga de un método bastante preciso para establecer la extensión del cáncer si deseamos valorar los resultados finales de la terapéutica. Muchas de las diferencias en cuanto a curaciones logradas proceden de comparar etapas diferentes de la enfermedad y también es necesario crear métodos para establecer etapas del cáncer con el fin de seleccionar el -- tratamiento más adecuado y proporcionar criterio diagnóstico que puedan ser aplicados a cada paciente.

La clasificación de Broders intenta proporcionar -- grados cuantitativos de agresividad del cáncer basándose

en la diferenciación citológica de las células tumorales y el número de mitosis. Dicha clasificación está dividida en cuatro grados. Los tumores de grado I son los mejor diferenciados, tienen la mayor proporción de células comparativamente normales y el menor número de mitosis, acompañándose de mejor pronóstico. Los tumores de grado IV son los más indiferenciados, con mayor número de mitosis y se supone que con el peor pronóstico.

Si bien esta clasificación puede tener alguna utilidad, no se justifica que se dependa demasiado de ella ya que el comportamiento de los tumores es, en el mejor de los casos imposible de predecir.

Aquí la confianza depende de prever la conducta biológica basándose en datos morfológicos de la lesión primaria.

Se utilizan más los métodos que intentan expresar la extensión del cáncer (etapa). Un método, es el de Peters, que es particularmente ajustable a la enfermedad de Hodgkin y a los linfomas en el cual determina cuáles vísceras y cuáles ganglios linfáticos están afectados, y si la participación es local o de diversas cadenas ganglionares. El desarrollo más reciente en el establecimiento de etapas, aplicable a todas las neoplasias, se conoce como sistema T N M : T: para primarios; N: para nódulos (ganglios) regionales; y M: para metástasis. Estos símbolos se cuantifican definiendo la localización primaria como T1, T2, T3 y T4 para la enfermedad que va avanzando, N0, N1, N2 y N3 para la participación ganglionar creciente y M0, o M1 para ausencia o presencia de metástasis. Evidentemente, la confianza que merezca el sistema T N M depende de lo preciso de las observaciones en cuanto a extensión de la enfermedad en un paciente determinado.

Este método brinda la posibilidad de emplear un --

lenguaje común, que permite proporcionar datos mejores - acerca de los resultados comparativos de la terapéutica en clínicas diferentes.

Diagnóstico de los cánceres.

El diagnóstico del cáncer se hace por:

- A) Procedimientos clínicos*
- B) Procedimientos de laboratorio*
- C) Procedimientos radiológicos*

A) Procedimientos clínicos:

a.- Anamnesis detallada y valoración correcta.-

Esto es, recoger el máximo de datos y hacer apresio semiológico.

Es muy de recordarse que lo primero para hacer --- diagnóstico de cáncer es pensar en él.

b.- Exploración física completa incluyendo examen visual y tacto digital de cavidades naturales accesibles.

Hacer endoscopia de las cavidades accesibles con - el instrumento habitual.

Las endoscopías respectivas no deben considerarse como exploraciones exclusivas de los especialistas sino como parte indispensable en el arsenal diagnóstico del - médico general.

El especialista afirmará detalles, pero la voz de alarma, determinada por el encuentro de una lesión tumoral, debe ser hecha en primer término, por el médico que inicialmente examina al enfermo.

B) Procedimientos de laboratorio:

El estudio histopatológico es lo primordial, lo -- básico, en tanto que la citología exfoliativa es método que puede encausar hacia el diagnóstico. Otros procedimientos, como la investigación de fosfatasa, etc. son de utilidad en algunos cánceres.

Es de anotarse que el adecuado cumplimiento de los procedimientos clínicos, de laboratorio (sobre todo la biopsia) y de los radiológicos, es lo que conduce al diagnóstico en cancerología.

Por definición, para hacer el diagnóstico histopatológico se requiere el estudio por medio de la biopsia, esto es, el examen al microscopio de una porción de tejido tumoral, bien sea tomando una fracción de la neoplasia antes de la institución del tratamiento, o durante la fase primera de la terapéutica quirúrgica, o haciendo el examen seriado y cuidadoso de la pieza operatoria.

Cada uno de estos procedimientos tiene su fin específico y no debe considerarse como intercambiables, -- sino en todo caso como complementario.

El informe positivo de cáncer de una biopsia preoperatoria no excusa el examen completo de la pieza operatoria, ni debe hacerse solamente éste en ausencia del primero ya que la posibilidad de error clínico es alta y la terapéutica del cáncer es habitualmente agresiva, y así debe serlo. Esto quiere decir que se podrían hacer mutilaciones innecesarias o extirpaciones insuficientes, ambas perjudiciales, en cuyo caso es difícil decidir --- cual representa un mal mayor.

Los diversos tipos de biopsia preoperatoria son :

- a) Directa
- b) Excisional
- c) Por aspiración
- d) Por socabado ("Punch")

a) La directa consiste en la toma de un fragmento de toda lesión accesible en piel o mucosa, con o sin diagnóstico positivo endoscópico. Ejemplo: son las lesiones cutáneas, las de mucosa oral, de nasofaringe e hipofaringe.

Las de piel se toman con cuchillo simple, bajo anestesia local, y es de aconsejarse se hagan fusiformes

Incluyendo piel sana y tumor. La única contraindicación para este tipo de biopsia la constituye el melanoma no ulcerado. Si existe fundada sospecha clínica de cáncer metastásico, su tratamiento es el propio de la categoría -- tumoral.

El cuchillo eléctrico no es aconsejable en la toma de biopsia directa por las modificaciones que el calor imprime a los tejidos. El temor de hemorragia ha sido -- sobreestimado así como el de posible diseminación. En -- última instancia podrá hacerse cauterización tras de obtener el tejido por examinar. El uso no selectivo de la electrodestrucción por expedita y de fácil manejo, ha -- conducido a lamentables situaciones. En el menos malo de los casos se ha quedado el diagnóstico. Nunca empleada -- en lesiones hiperpigmentadas, por el peligro de que se -- trate de melanoma maligno.

b) La biopsia excisional implica incisión, a través de tegumentos sanos y tejido subcutáneo normales. Es de desearse la extirpación con márgen tridimensional adecuado, si el tumor es único y clínicamente maligno. Ejemplo ilustrativo de su indicación son los tumores de partes blandas.

Hay casos en los que no se pueden llenar estas requisitos, por ejemplo en los tumores óseos primitivos o meta-stásicos, en donde lo que se trata de obtener es una porción adecuada para estudio microscópico o en las metástasis voluminosas y en ganglios aislados, será conveniente quitar toda la lesión tumoral para examen histológico.

c) La biopsia por aspiración consiste en obtener -- una porción de tejido de tumor subcutáneo al través de -- una aguja de luz amplia (calibre 17) a cuyo pabellón se -- conecta una jeringa que se utilizará para obtener presión negativa. Son requisitos indispensables.

1.- La fijación adecuada del tumor realizada manualmente en los que no estén anatómicamente fijos.

2.- La penetración de la aguja con el mandrin al seno del tumor.

3.- El retiro del mandrin y la aplicación de la succión conectando la jeringa.

4.- La ejecución de movimientos de vaiven y rotación a la aguja sin que la punta de esta abandone el seno del tumor.

5.- La supresión de la aspiración, es decir, la sensación de la presión negativa y hasta entonces, la extracción de la aguja.

6.- La expulsión del material obtenido en la luz de la aguja, empujandole con el mandrin.

7.- La disposición de este, bien en froto en dos láminas porta-objetos, o -si hay sangre- la inmersión del coágulo, con el material o el incorporado, en una solución de formol al 10% con lo que puede ser incluido en parafina y seccionado como cualquier otro tipo de material biopsico.

Este método es aún motivo de controversia en cuanto a su valor, indicaciones e inclusive en lo relativo a persistir en su uso, ya que muchos patólogos no lo consideran fidedigno o útil. Para otros, sin embargo, lo es en alto grado, si se coordinan clínicos que sepan efectuarlo y patólogos que quieran y sepan interpretarlo y, por supuesto, cuando esté claramente indicado: masas ganglionares en cuello, axila, ingle. Tumores glandulares de partes blandas (especialmente en el cuello) en huesos accesibles.

d) La biopsia por socabados de Silverman consiste en la obtención de tejido usando un trócar especial, grueso de bisel más bien corto cuyo mandrin esta formado por dos hojas semicirculares, con borde libre cortante, de longi-

tud mayor que el tallo del trócar. Se introducen estas -- junto con la vaina, pero no saliendo más allá del extremo distal de éste. En cuanto se penetra al tumor, se avanzan las hojas cortantes, sin rotación, y luego se avanza la vaina hasta la posición relativa que tenían las hojas en el momento de la inserción, entonces, y solo entonces, se imprime rotación a la vaina, no a las hojas, que se repite la maniobra. Al extraer todo el conjunto, se obtiene un cilindrito de tejido para examen microscópico. Este -- método tiene como desventajas el ser más traumático (cálculo del trócar) y más delicado en su manejo (sin olvidarse de la vida corta de las hojas si no se les trata -- adecuadamente).

La biopsia transoperatoria (conocida también como elevóneo nombre de extemporánea) consiste en el examen de tejido tumoral durante el acto operatorio mismo, y --- siempre con el enfermo bajo anestesia general. Es preferible quitar toda la neoplasia con margen tridimensional, pero habrá casos en que este requisito no pueda cumplirse y se extirpe tan sólo una fracción del tumor.

En ocasiones, sobre todo si se cuenta con un patólogo experimentado, éste podrá sugerir el diagnóstico por el aspecto macroscópico; sin embargo, deberá hacerse siempre el examen microscópico cortando la pieza a estudiar -- previa congelación con gas carbónico. Admitiendo que la -- inclusión en parafina proporciona una finura de detalle -- incomparablemente mayor, es indiscutible que el examen -- por congelación baste habitualmente para el fin primordial: distinguir entre una lesión benigna y una cáncer.

El examen histopatológico completo y cuidadoso de -- la pieza operatoria, además de confirmar el diagnóstico -- de cáncer y de dar mayores detalles estructurales, celulares, histiósicos, etc.. Proporciona valiosísimo elemento -- pronóstico informando acerca del grado de extensión tumoral, presencia o ausencia de metástasis ganglionares, lo-

calización de estas dentro de la pieza operatoria, márgen concedido por el cirujano durante la excisión del tumor primario etc..

No debe admitirse una simple denominación de cáncer, deben decirse al anatomopatólogo los datos arriba mencionados.

C) Procedimientos de gabinete.

El primordial es el estudio radiológico y dentro de este, el más importante es el radiográfico.

La radiología deberá usarse para :

- a.- demostrar un tumor no visible o no palpable;
- b.- determinar la invasión o el origen óseo en un tumor que si es palpable;
- c.- evidenciar el desplazamiento extrínseco o la invasión de cavidades o conductos naturales por tumores adyacentes a ellos;
- d.- demostrar diseminación tumoral a vísceras (preferentemente a pulmón) o a esqueleto, de un primario distante.

En las tres primeras contingencias será la clínica la que señala el tipo de exámen radiográfico por efectuar. Más ordenar radiografías de rutina en estas circunstancias. Basar siempre la solicitud de estas en una clara indicación clínica.

Será, en cambio, imperativo ordenar de rutina radiografías de campos pulmonares y de algunos huesos (que la experiencia ha señalado como sitios frecuentes de metástasis). Estos estudios radiográficos deberán hacerse tanto para la valoración inicial del caso, como con el fin de apreciar la diseminación tumoral en las consultas subsiguientes de revisión. Esto si se trata solo del tumor primario.

C A P I T U L O 2

CLASIFICACION DE LAS NEOPLASIAS EN GENERAL

2.1.- *Clasificación histológica de los tumores*

2.2.- *Características macroscópicas*

2.3.- *Características microscópicas*

2.1.- *Clasificación histológica de los tumores.*

Los conocimientos acerca de los tumores han sido adquiridos de manera más gradual y con la participación de numerosos grupos humanos pertenecientes a distintas culturas. El aporte de nuevos conocimientos en este campo es permanente y en muchas ocasiones modifica conceptos antes tenidos como válidos. Estos hechos crean en ocasiones considerable confusión e indican la necesidad que existe en el mundo, científico de usar un lenguaje común internacional. Esto es lo que se trata de hacer al establecer una clasificación de los tumores. En el siguiente cuadro se presenta una clasificación de los tumores.

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES

<i>Tejido de origen</i>	<i>Tumor benigno</i>	<i>Tumor maligno</i>
- Epitelial		
<i>De superficie</i>	<i>Papiloma</i>	<i>Carcinoma epidermoide.</i>
- Glandular		
	<i>Adenoma</i>	<i>Adenocarcinoma</i>
- Conjuntivo		
<i>Fibroblastos</i>	<i>Fibroma</i>	<i>Fibrosarcoma</i>
<i>Cartilago</i>	<i>Condroma</i>	<i>Condrosarcoma</i>
<i>Hueso</i>	<i>Osteoma</i>	<i>Osteosarcoma</i>
<i>Graso</i>	<i>Lipoma</i>	<i>Liposarcoma</i>
<i>Muscular liso</i>	<i>Leiomioma</i>	<i>Leiomiomasarcoma</i>
<i>Muscular estriado.</i>	<i>Rabdomioma</i>	<i>Rabdomiosarcoma</i>
- Vascular		
<i>Vasos sanguineos</i>	<i>Hemangioma</i>	<i>Hemangiosarcoma</i>
<i>Vasos linfaticos</i>	<i>Linfangioma</i>	<i>Linfangiosarcoma</i>
- Linfoide y Hemopoyético.		
<i>Linfocitos</i>		<i>Linfosarcoma</i>
		<i>Leucemia linfoide</i>
- Granulocitos		
		<i>Leucemia mieloide</i>
- Plasmocitos		
		<i>Plasmocitoma</i>
- Nervioso		
<i>Astroцитos</i>	<i>Astroцитoma</i>	<i>Glioblastoma Multiforme</i>
- Pigmentario		
<i>Melanocitos</i>	<i>Nevus</i>	<i>Melanoma maligno</i>
- Embriionario		
	<i>Amartoma</i>	<i>Teratoma maligno</i>

2.2.- Características Macroscópicas

2.3.- Características Microscópicas

Son las características que deben conocer el médico clínico, internista o cirujano, ya que las otras características, ultraestructurales, bioquímicas y genéticas, etc. pertenecen al campo de los especialistas respectivos.

En la investigación que realizamos en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional, observamos -- que las neoplasias malignas se presentan más frecuentemente por lo que consideramos de más importancia mencionar únicamente las características macroscópicas y microscópicas de dichas neoplasias.

2.2.- Características Macroscópicas

1.- Aspectos:

- a) Tumorción, masa, aumento de volumen.
- b) Ulceración con pérdida de tejido más o menos amplia
- c) Endurecimiento o Reblandecimiento (cambios de consistencia).
- d) Combinación de las anteriores.

2.- Formas:

- a) Nodular de límites imprecisos
- b) Esferoidal
- c) Polipoide
- d) Papilar
- e) Granulosa
- f) Fungosa, Vegetante
- g) Placas Induradas

- h) *En anillo de servilleta*
- i) *Fusiforme*

3.- *Coloración:*

- a) *Blanquesina: Carcinoma*
- b) *Rosácea: Sarcoma*
- c) *Negra: Melanoma*
- d) *Rojo: Hemangioma*

4.- *Dimensiones:*

Varían desde los muy pequeños, invisibles a simple vista, como los carcinomas intraepiteliales o los llamados ocultos por tener unos milímetros de diámetro, hasta alcanzar masas de más de 1 kilogramo de peso.

5.- *Límites:*

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

6.- *Superficie:*

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

7.- *Consistencia:*

- a) *Firme por aumento de células*
- b) *Blanda por necrosis*

- c) *Viscosa, Semilíquida o Mixoide*
- d) *Resistente por quistes*
- e) *Semidura en cartilago*

8.- Sección:

- a) *Aspecto homogéneo: Algunos carcinomas*
- b) *Aspecto fibrilar: Fibrosarcoma*
- c) *Aspecto Grasoso: Lipomas*
- d) *Aspecto Gaseoso Linfomas en ganglios*
- e) *Aspecto Cartilaginoso: Condrosarcoma*

9.- Origen aparente:

- a) *Piel, Epidermis: Carcinomas*
Dermis: Fibrosarcomas
- b) *Mucosas: Carcinomas*
- c) *Músculo: Miosarcoma*
- d) *Tejido Adiposo: Liposarcoma*
- e) *Hueso, Periostio: Fibrosarcoma*
Médula : Mieloma.

2.3.- Características Microscópicas

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

El diagnóstico microscópico de las neoplasias se basa en los datos de morfología celular, disposición celular y principalmente de comportamiento celular.

Las alteraciones morfológicas se refieren a cambios en la forma, volumen, relación nucleo-citoplasmática, afinidad tintorial por aumento de ácidos nucleicos, mitosis aumentadas, núcleos deformados y nucleolos muy aparentes.

Los cambios en la disposición celular se refieren a cambios en la polaridad de las células, de agrupación diferente, de invasión de estructuras y de permeación de vasos y vainas perineurales.

Sin embargo, ninguno de estos caracteres por sí sólo, es capaz de determinar malignidad o benignidad de una lesión, por lo que se busca fundamentalmente su comportamiento celular traducido por crecimiento rápido y anárquico con capacidad de invasión de otros tejidos, posibilidad de implantación celular en superficies serosas o mucosas y su capacidad de producir metástasis regionales o distantes.

Las células neoplásicas malignas pueden conservar todas las características morfológicas de las células normales, siendo muy difícil su diagnóstico en los estudios citológicos en que aparecen aisladas, esto es, en las neoplasias bien diferenciadas. En cambio, en las indiferenciadas o anaplásicas, los cambios en la morfología celular son tan aparentes que más fácilmente se apoya el diagnóstico de malignidad tumoral. La extirpe celular de donde derivan puede establecerse con seguridad en los tumores bien diferenciados, no así en los anaplásicos, en que a veces es imposible su clasificación histogenética ya que no hay forma de encontrar alguna relación o parecido con el tejido que le dio origen. Para complicar más esta identificación tenemos la metaplasia, fenómeno por medio del cual una especie celular cambia a otra, completamente diferente, como la metaplasia ósea del tejido conjuntivo o muscular, la metaplasia escamosa de tiroides, endocervix, próstata, etc.

En los últimos años se han establecido nuevos mé-

todos de estudio de las neoplasias, entre los cuales -- destaca el cultivo celular, la histoquímica, la microscopía electrónica, la bioquímica y el que más destaca, aunque aún se encuentra en experimentación, el diagnóstico automático por computación electrónica, que ha dado algunos resultados satisfactorios en el diagnóstico de células aisladas, pero que el día de mañana quizás pueda "leer" una laminilla y establecer automáticamente el respectivo diagnóstico con un gran porcentaje de seguridad.

CAPITULO 3

NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD ORAL

3.1.- *Clasificación*

3.2.- *Descripción de las neoplasias orales*

3.2.1.- *Neoplasias benignas*

3.2.2.- *Neoplasias malignas*

3.1.- *Clasificación.*

<i>Tejido de origen</i>	<i>Benignas</i>	<i>Malignas</i>
<i>- Epiteliales</i>		
<i>No odontogénicos</i>	<i>Papiloma Leucoplasia Q. de Retención Mioblastoma</i>	<i>Carcinoma epiderm.</i>
<i>Odontogénico</i>	<i>Q. Dentígero Ameloblastoma (Adamantínoma) Granuloma</i>	
<i>- Glandular</i>		
<i>G. Salivales</i>	<i>Adenoma Pleomórfico (Tumor Mixto) Cistadenoma (Tumor de Warthin)</i>	<i>Carcinoma Adenoquistico. Carcinoma mucoepidermoide. Adenocarcinoma de células de acino.</i>
<i>- Mesenquimatoso</i>		
<i>Tej. blandos</i>	<i>Fibroma Epulis Lipoma Leiomioma Rabdomioma</i>	<i>Fibrosarcoma Liposarcoma Leiomiomasarcoma Rabdomiosarcoma Sarcoma sinovial</i>
<i>Oseos</i>	<i>Osteoma</i>	<i>Osteosarcoma</i>

Cartilago	Condroma	Condrosarcoma
- Vascular		
Vasos sanguíneos	Hemangioma (Angioma)	Hemangiosarcoma (Hemangioendotelioma)
Vasos linfáticos	Linfangioma	Linfangiosarcoma
- Linfoide y Hemato-- poético		
Linfocitos		Linfoma
Plasmocitos		Plasmocitoma
- Nervioso	Neurilema-Neu- rilemoma	
		Sarcoma neurogénico
- Pigmentario		
Melanocitos	Nevus	Melanoma

- **Q. Sebáceo**
- Pólipos**
- Flegmon**

3.2.- Descripción de las neoplasias orales

3.2.1.- Neoplasias benignas.

Papiloma.

El término papiloma cutáneo es aplicado en forma --- descriptiva a varias lesiones tumorales epidérmicas sin -- tener en cuenta su etiología.

Los papilomas se presentan como prolongaciones duras verrugoides e indoloras de la mucosa bucal. Se presentan -- en cualquier sitio de la cavidad bucal, sobre todo en len -- gua, labios y encías. Se presenta por igual en ambos sexos y en personas de todas las edades.

La mayoría de los anatómopatólogos orales suelen con siderar al papiloma como un tumor benigno bien definido -- del epitelio de superficie.

La etiología del papiloma oral es desconocida.

Clinicamente aparece como pequeñas lesiones pedun -- culadas, blandas, hiperpigmentadas en ocasiones filifor -- mes.

Sus caracteres más importantes y diagnósticos son su color gris o blanco grisáceo y su superficie verrugosa.

Los papilomas orales se presentan como neoformacio-- nes exofísticas de aspecto de coliflor, cuyo origen suele estar en un pedículo de pequeño tamaño.

Por lo general el papiloma es una masa única o ais-- lada de tejido anormal que hace prominencia en los tejidos orales, presentandose como un tumor bien limitado, sin in-- duración de los tejidos vecinos, a veces se encuentran pa-- pilomas múltiples compuestos de varias formaciones verru--- gosas deseminadas.

El color del papiloma oral varía según su localización las lesiones originadas en un epitelio no queratinizante normal como el suelo de la boca o el paladar blando, tendrá el --- mismo color que los tejidos circundantes o, acaso, algo más enrojecidas.

Por su parte, los papilomas del paladar duro, encías, lengua y labios suelen estar recubiertos de queratina o -- paraqueratina y tienen una coloración blanca.

La mayor parte de los papilomas orales son relativamente pequeños y, con frecuencia, el paciente desconoce su existencia. Los papilomas no queratinizados acostumbran a ser blandos mientras que los recubiertos de una gruesa capa de queratina pueden presentar una cierta dureza.

Histológicamente hay estroma conjuntivo fibroso laxo con abundante vascularización capilar que semeja un fibro -- ma tapizado por epitelio más o menos acantótico, hiperque -- ratótico y papilomatoso según el caso.

Citología.- el papiloma está formado principalmente por una hiperplasia de epitelio escamoso estratificado de -- la mucosa oral, adoptando una forma radificada a un árbol, que generalmente se adhiere al tejido subyacente por un pe -- dículo estrecho.

Características anatómopatológicas.- el papiloma o -- ral típico presenta un patrón complejo de múltiples prolon -- gaciones digitales de epitelio estratificado y escamoso -- alrededor de un núcleo central de tejido conjuntivo vacular.

Los anatómopatólogos prefieren disponer de una peque -- ña cantidad de tejido alrededor de la base del papiloma -- para orientación de la muestra, ya que el esquema ramifi -- cante complejo de este tipo de lesiones puede dificultar la interpretación, sobre todo si existen alteraciones disquerató -- cicas.

Prognóstico.- es excelente y solo en casos excepcionales la lesión recidiva después de su extirpación. Hay escasas -- pruebas de que el papiloma oral típico evolucione hacia el -- carcinoma.

Leucoplasia.

La leucoplasia se caracteriza por signos histológicos de disqueratosis y, por lo tanto es una enfermedad precancerosa.

La leucoplasia se caracteriza también por ser una placa fija de color blanco grisáceo o blanquizco que se puede presentar en cualquier lugar de la boca y por ser de forma y tamaño variables. Sin embargo, en vez de ser la lesión llana, casi siempre es elevada y tiene una superficie áspera, arrugada y corriosa, de bordes periféricos bien limitados y de consistencia dura, siendo por ello un tumor distinto. A veces se observan erosiones persistentes o ulceraciones crónicas en la placa queratósica o cerca de ella, y su existencia subraya la posibilidad de que esta lesión sea precancerosa. Es importante saber que a veces, lo que clínicamente parece una leucoplasia, puede ser un carcinoma intramucoso o una neoplasia francamente maligna. El aspecto clínico de este último, sobre todo en las fases precoces, puede parecerse a una leucoplasia.

La histología de la leucoplasia muestra de forma parecida, una capa anómala o excesivamente gruesa de queratina, pero además se encuentran características específicas de disqueratosis en el epitelio escamoso subyacente, con pérdida de la orientación y entrecruzamientos de las capas celulares y anomalías en el tamaño, forma y tinción característica de las células.

Va que la disqueratosis se considera precursora de una neoplasia maligna, a esta variedad de lesión queratósica se le conoce con el término de leucoplasia verdadera.

La elección del lugar exacto para obtener muestras histológicas representativas es de gran importancia en el diagnóstico histológico definitivo. Para asegurarlo deben obtenerse muestras de varias zonas de la lesión sobre todo de aquellas en las que el tejido se muestre más caracterís

tico, principalmente las más duras, y en las que la queratosis es más gruesa y firme. Se obtendrá una muestra de -- una zona erosiva y otra de la placa queratósica circundante; o se realizará una sección de una lesión ulcerativa -- con una muestra de la capa queratósica que la rodea.

Leucoplasia se refiere a cualquier placa adherente - de color gris blanquizco o blanco que se localiza en la cavidad oral, por lo que han dado al término leucoplasia la significación de lesión precancerosa. Si se emplea de esta forma, debe limitarse su uso a la designación de aquellas lesiones de la boca que tienen características histológicas de queratosis.

La leucoplasia es más frecuente en los varones que - en las hembras, en una relación que oscila entre 5.1 hasta 10.1 . Es también más frecuente en las personas de edad -- que en los jóvenes; un 57% se da en personas de más de 50 años.

Se observa que la mayoría de lesiones queratósicas - se deben a irritantes crónicos locales. Únicamente un pequeño número se deben solo a factores sistémicos. Un número muy importante de casos se debe a la combinación de factores generales predisponentes y de irritaciones locales - desencadenantes. 1.- Como químicos que es el hábito de fumar, tanto en pipa como en cigarro, masticación de tabaco y la degustación de rapé. 2.- Térmicas que es el uso habitual de líquidos y alimentos muy calientes. 3.- Físicas -- como salientes dentarios agudos o romos, los rebordes de - las dentaduras excesivamente extensos, el contacto excesivo de las barras y abrazaderas de las dentaduras.

El déficit de vitamina A puede dar lugar a hiperactividad del epitelio escamoso.

La leucoplasia verdadera suele ser de corta duración (semanas o meses), desarrollando más rápidamente masas que ratósicas y, ya que se acompañan muchas veces de erosiones

o ulceraciones en su centro, pueden presentarse síntomas-- como hiperestesia, dolor y malestar.

Esto se demuestra mejor en enfermos que sufren mal-- nutrición, insuficiencias vitamínicas, o ambas cosas.

Se sabe que las enfermedades sistémicas se manifiestan muchas veces por lesiones generalizadas o placas localizadas de intensa reacción inflamatoria, es decir, lesiones muy redondeadas, planas, erosivas, acompañadas de síntomas de hiperestesia, dolor y sensación de ardor.

Quiste de Retención.

El quiste de retención se desarrolla en los tejidos blandos de la boca o de las zonas vecinas, los quistes de retención son los que proceden de la retención de líquidos como el quiste mucoso y la rínula.

Quiste mucoso (Quiste submucoso, Mucocelo, Fenómeno de retención mucosa).

El quiste por retención mucosa es muy frecuente, -- presentándose con igual frecuencia en ambos sexos y en todas las edades.

El quiste mucoso puede localizarse en casi todos los lugares de la boca, pero la mayor parte de las veces se localiza en la mucosa labial inferior. Otras localizaciones aunque menos frecuentes, son la mucosa bucal, el paladar, -- la parte ventral de la lengua, el suelo de la boca y otras.

El aspecto clínico es variable, dependiendo muchas -- veces de la profundidad de la lesión. Las lesiones más superficiales se reconocen con facilidad, presentándose como masas prominentes, de superficie lisa de color azúl o rojizo discretas, parecidas a ampollas.

Su tamaño varía desde 1 ó 2 mm. hasta 1 cm. o más de diámetro. Generalmente el quiste mucoso es único, pero en ocasiones se puede encontrar dos o más muy próximos unos a otros.

Los quistes más superficiales pueden parecerse a un hemangioma, pero el color azul más intenso y el aspecto -- más firme del tumor vascular, lo distingue del quiste mucoso ampolloso y translúcido. Los quistes más profundos no se reconocen tan fácilmente ya que, debido al engrosamiento de los tejidos que lo recubren, se presenta como un tumor discreto, redondo, de superficie lisa y de color rosado normal. La palpación nos muestra una masa dura, muy móvil.

Ránula.- es un verdadero quiste de retención, se presenta de forma característica en el piso de la boca y es unilateral. Se desarrolla asociado a los conductos secretorios de las glándulas submaxilar o sublingual y se debe generalmente a una obstrucción causada por un cálculo salival o por una sustancia orgánica blanda.

El aspecto clínico depende muchas veces del tamaño y profundidad del quiste. Generalmente la ránula es superficial y de pequeño tamaño, de 1 a 3 cm. de diámetro. En estos casos, es una masa blanda, redondeada, de superficie lisa, azulada o rojiza que hace propulsión en un lado del piso de la boca. A veces es más grande, en cuyo caso desplaza la lengua e interfiere la función bucal. La ránula puede ser muy profunda, de forma que el grosor de los tejidos situados por encima enmascaran su aspecto generalmente translúcido y le proporciona un color rosado normal. Lo más frecuente es que estas lesiones sean unas tumoraciones redondas, de superficie lisa y de consistencia semisblida.

Tiene importancia diagnóstica el hecho de que aumente de tamaño inmediatamente antes o durante las comidas y disminuya de tamaño después de las mismas. No es frecuente obtener en la historia clínica una total desaparición de la lesión, debido a que el drenaje de líquido quístico, se sigue únicamente de una posterior recidiva.

Mioblastoma.-

El mioblastoma es una neoplasia benigna poco frecuente, cuyo origen y naturaleza se discuten. La localización preferida es en la lengua, pero otros tejidos, como los labios, suelo de la boca e incluso los tejidos gingivales -- pueden desarrollarlo.

Su aspecto clínico es variable, pero generalmente -- presenta características que hacen pensar en un fibroma -- "duro", nodular prominente, o en la localización profunda de una masa fibromatosa que dé un pequeño abultamiento de la zona.

Estos tumores suelen ser nódulos de contornos netos, bien circunscritos, de color gris o amarillo canela, cuyo diámetro rara vez excede de 2 a 3 cm.

Histológicamente, consisten en grandes células redondas o poligonales que pueden disponerse en masas difusas o en cordones y columnas angostas, separados por escaso estroma de tejido conectivo.

La naturaleza y el origen de estos nódulos todavía -- están en duda. La lesión se ha interpretado diversamente -- como degeneración focal de células, enfermedad por almacenamiento focal. Se considera que son tumores, pero, a pesar de la denominación, mioblastoma, no hay seguridad que tenga su origen en una célula muscular.

Pueden derivar de fibroblastos o de células de Schwann asociadas con nervios periféricos.

Sea cual sea su origen, estos nódulos suelen tener poca significación clínica, y fácilmente se extirpa y cura. Las lesiones malignas son muy raras y muchas señaladas como tales no lo son, pues en realidad pueden no presentar mioblastoma de células granulares. No es raro, por motivos -- desconocidos, cuando estos tumores aparecen en la submucosa o debajo del epitelio, que el epitelio de recubrimiento sufra hiperplasia notable (pseudoepteliomatosa) simulando

el carcinoma de células planas.

Quiste Dentihero.

Este es el más común de los quistes foliculares, pues comprende aproximadamente el 95% de esas lesiones y alrededor del 34% de todas las lesiones (Quistes) odontogénicas. Es algo más frecuente en los hombres que en las mujeres y suele presentarse en la 2a. a 3a. década de la vida. Más o menos un 75% de las lesiones aparecen en la mandíbula y un 30% en el maxilar. Casi el 62% ocupa la zona molar, el 12% en la región canina y un 12% en la premolar. El 14% restante se atribuye sobre las demás zonas de los maxilares. El 3er. molar inferior y el canino superior constituyen los dientes individuales afectados con mayor frecuencia.

El quiste dentihero es el quiste intrabseo que se reconoce más fácilmente. Como todos los quistes se encuentra como una zona radiotransparente bien delimitada, redonda u oval, único, en el interior del cual hay la corona de un diente que no ha emergido. Generalmente el quiste parece estar adherido a la corona y a su zona de esmalte y cemento aunque a veces pueden estar encerradas dentro del espacio quístico diversas partes de la raíz o raíces del diente.

En algunos casos, la lesión quística presenta un aspecto muy deformado, por ejemplo, puede extenderse por detrás de la corona encerrada. En otros casos el diente encerrado está moderada o intensamente desplazado de su posición habitual por la presión del quiste; el diente puede encontrarse en distintas localizaciones de la rama o puede empujarlo hacia la corteza inferior de la mandíbula.

El quiste dañado puede alcanzar un tamaño colosal, extendiéndose muchas veces hacia adentro y destruyendo grandes porciones de la rama. Puede desplazarse también hacia delante, extendiéndose, por debajo de las raíces de los dientes y desplazándolos de sus posiciones normales.

El diagnóstico de los quistes neoplásicos lo sugieren muchas veces, los hallazgos radiográficos y puede incluso basarse totalmente en tales datos, sin embargo el diagnóstico definitivo dependerá siempre de los datos histológicos.

La cavidad del quiste contiene generalmente un líquido seroso o serosanguíneo y, a veces un líquido seropurulento, que indica la existencia de una infección secundaria. La pared del quiste es tejido fibroso recubierto por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado.

Muchas veces se encuentra una capa de queratina por encima del epitelio.

Durante el estudio histológico es más importante determinar si hay o no epitelio en la pared quística de tejido conjuntivo, muchas veces se encuentran pequeños nidos de epitelio, sobre todo en las paredes del quiste dentado. Se acepta que son fuentes potenciales de ameloblastomas y, en numerosos casos, se ha visto que se han transformado en neoplasias de pequeño o moderado tamaño.

Ameloblastoma (Adamantinoma).

Es un tumor maxilar localizado, invasor y destructor, que suele presentarse en la mandíbula en la zona de molares y de la rama. A los ameloblastomas corresponde aproximadamente 1 por 100 de los tumores que ocurren en los maxilares y tejidos inmediatos adyacentes. Puede observarse en cualquier edad desde los 7 a los 82 años; su frecuencia máxima es entre los 30 y los 40 años. Hay una ligera predominación en varones.

En su forma más frecuente, consiste en una masa de bordes anchos entrelazados e islotes de células epiteliales tumorales en un estroma de tejido conectivo moderadamente celular. La porción central de estas formaciones consiste en células asteriformes que recuerdan el retículo estrellado.

do del órgano del esmalte. La periferia consta de una hilera de células cilíndricas o cúbicas semejantes a ameloblastomas. Sin embargo no se forma esmalte. La degeneración quística de las células epiteliales y del estroma originan espacios quísticos microscópicos en la masa tumoral. La fusión de estos espacios produce grandes cavidades, de manera que la neoplasia maciza se torna quística.

Distintos autores atribuyen el origen del ameloblastoma a los restos epiteliales de Malassez, a la lámina dental al epitelio externo del esmalte, al folículo dental alrededor de piezas que no han brotado, al epitelio bucal, o a restos de epitelio odontógeno de situación extrabucal. Tiene gran importancia clínica el hecho de que los ameloblastomas a veces provengan de quistes foliculares.

El ameloblastoma comienza como una masa central y compacta de tejidos blandos, que destruye el hueso adyacente al aumentar el volumen. Al crecer el tumor experimenta degeneración y adopta la estructura quística. En la radiografía se presenta como una zona radiolúcida discreta, a veces con prolongaciones periféricas a la manera de entramado o como una lesión multilobular formada por un grupo de áreas radiolúcidas redondas separadas por tabiques óseos.

En etapa inicial, el ameloblastoma es indoloro, pasa inadvertido y se descubre en el examen radiográfico. Sin embargo, el aumentar el volumen origina dolor y deformidad. Menos a menudo, el tumor se rompe a través de la lámina cortical y expulsa el contenido líquido hacia la boca. Los tumores voluminosos substituyen una parte importante del maxilar y se extiende al seno neumático del mismo y a la cavidad nasal o destruyen el cuerpo de la mandíbula y parte de la rama lo que origina fracturas patológicas.

Se discute si el ameloblastoma es tumor maligno capaz de dar metástasis. Aunque se afirma que han ocurrido metástasis a pulmones, ganglios linfáticos, tórax y cuello predomina la opinión de que el ameloblastoma es un tumor

benigno que causa destrucción local.

En casos muy raros ocurre transformación carcinoma--tosa probablemente sea entonces que se produzcan metásta--sis. El ameloblastoma suele ser radiorresistente. No es --rara la recidiva despues de la extirpación quirúrgica in--completa.

Granuloma.

Es la lesión periapical más frecuente. Es una proli--ferante de tejido inflamatorio crónico, que consiste en --vasos sanguíneos neoformados, tejido conectivo en prolife--ración con predominio de células plasmáticas, junto con --linfocitos y leucocitos polimorfonucleares. El granuloma --esta rodeado por una cápsula fibrosa que es prolongación --de la membrana parodontal del diente atacado. Es una lesión redonda que se expande lentamente y causa resorción del --hueso al que substituye, lo que origina la aparición de una zona radiolúcida apical localizada.

El granuloma es una lesión benigna; suele ser asinto--mática a menos que experimente inflamación aguda, y pasa --inadvertido hasta que se efectúa radiografía. El granuloma puede transformarse en quiste radicular. Otras modificacio--nes posibles son necrosis central con supuración y forma--ción de abscesos, o calcificación patológica focal. El tra--tamiento del conducto radicular, que entraña eliminar la --pulpa enferma, invariablemente va seguido, de resolución --del granuloma y substitución del mismo hueso.

El crecimiento y el tiempo de existencia de la masa tumoral tienen una particular importancia diagnóstica.

El pronóstico es bueno.

Adenoma Pleomórfico (Tumor mixto).

Es la neoplasia más frecuente del paladar duro y blando. Por lo general se encuentran a uno de los dos lados del paladar, casi nunca en la línea media. A veces presenta un cuadro clínico muy parecido al del fibroma es decir, una -- masa de consistencia sólida, redonda u ovalada, de superficie lisa, de color rosado o rojo pálido, bien limitada e -- incluso pedunculada.

En otros casos, el tumor mixto se presenta como una -- masa de tejido blando, muy extenso, cuyos bordes no están bien definidos, que va sobresaliendo de forma gradual de -- los tejidos circundantes. A veces es una masa pendular de -- consistencia blanda.

En otros casos el tumor mixto es más profundo que lo habitual, dando lugar a una masa o protuberancia prominente, de superficie lisa, que gradualmente se va afilando y es de consistencia ósea. El color puede ser rosado normal, pero a veces es purpúreo o azulado. Cuando la neoplasia es de gran tamaño, puede desplazar a los dientes. Las radiografías de los tumores de localización más profunda muestran -- zonas radiotransparentes únicas o múltiples en la región -- del paladar, o en la parte alta de la maxila, o en ambas -- regiones.

También puede localizarse el tumor mixto en labios, -- encías y pliegues mucobucuales, no tienen un aspecto típico por lo que es difícil diagnosticar en estas zonas.

Así el labio, es una masa de localización profunda, -- redonda de superficie lisa, de consistencia sólida que es -- muy móvil por debajo de la piel o de la mucosa; mientras -- que en la encía es una masa nodular prominente, carnosa, de color normal y de consistencia sólida, pareciéndose a un quiste de la encía.

La estructura histológica de los tumores mixtos, es -- la de una neoplasia epitelial, formada por epitelio escamo-

so que a veces presenta zonas de queratinización. Además, podemos encontrar epitelio glandular, lo mismo que material mucoso que es un producto de degeneración del epitelio. El estroma está formado por colágeno o por tejido fibroso libre.

El tumor mixto puede presentarse en personas de cualquier edad, con igual frecuencia en ambos sexos.

Adenoma.

El adenoma, que es una neoplasia benigna compuesta de conductos y epitelios secretores, puede localizarse en varios sitios de la boca, pero es más frecuente en los tejidos labial y bucal, ya que generalmente se desarrolla a partir de tejido de glándulas salivales accesorias. Clínicamente presenta cierta semejanza con un fibroma ligeramente --- prominente a un quiste mucoso.

Cistadenoma linfomatoso papilar o Tumor de Whartln.

Es una neoplasia benigna que se localiza alguna vez en la boca, desarrollándose más a menudo en la parótida. Su origen probable es a partir de tejido de la glándula salival enclaustrado en el interior de ganglios linfáticos.

Es más frecuente en los varones que en las hembras y sobre todo en personas de mediana edad y edad avanzada.

Suele encontrarse en forma de una masa parecida al --- fibroma, inmediatamente por debajo de la mucosa, dando lugar a una ligera o moderada prominencia en la zona. La masa es palpable, de consistencia dura, no dolorosa y móvil. Histológicamente formado por tejido epitelial y linfocitario. El --- tejido linfocitario suele ser abundante.

Fibroma.

El fibroma es la neoplasia benigna de la boca más frecuente. Se presenta en personas de todas las edades y con -

Igual frecuencia en ambos sexos y puede proceder de casi cualquier tejido blando de la boca aunque casi siempre se encuentra en la mucosa bucal, en la lengua o en las encías.

Aspecto Clínico.- Generalmente el fibroma tiene todas o casi todas las características clínicas de una neoplasia benigna. En la forma típica, sin que se haya complicado por irritaciones superpuestas o por traumatismos, es una masa prominente de tamaño variable (desde unos pocos milímetros a varios centímetros de diámetro); el tumor es de superficie lisa y de forma curva simétrica, redondeada, ovalada o elíptica; su base puede ser semil pero generalmente se adhiere a los tejidos subyacentes por medio de un estrecho pedículo, con lo que resalta aún más su carácter localizado y bien limitado; su color suele ser parecido al de los tejidos normales contiguos o algo más pálido; y su consistencia es semisólida o dura.

Cuando se localiza en el interior de tejidos que se pueden comprimir (mucosa bucal, lengua, tejidos del suelo de la boca, etc.), el fibroma puede desplazarse con facilidad de uno a otro lado sin alterar los tejidos que lo rodean, lo que hace pensar también en un tumor benigno, no invasor. Por otra parte, aquellos fibromas que se desarrollan a partir de tejidos blandos fijos, muy adheridos (tejidos de la ancha y del paladar) no tienen esta libertad de movimiento. La palpación de los tejidos que rodean la base del tumor muestran una simetría y consistencia normales indicando, una vez más, la falta de invasión o infiltración de las estructuras vecinas.

Aquellos fibromas que se originan en el tejido conjuntivo más profundo de las mejillas, labios o lengua presenta un aspecto distinto. Puede descubrirse por un bulto que hace una ligera prominencia en los tejidos orales. A la palpación muestra una masa bien limitada, dura y no dolorosa, de fácil movilización, que se desliza libremente por debajo de la membrana mucosa.

Se encuentran muchas variantes de los caracteres clínicos del fibroma. Cuando estas lesiones se localizan entre los dientes, su forma generalmente redonda se altera -- por las estructuras duras dentales y sus superficies están muy inflamadas o incluso ulceradas por las irritaciones -- debidas a la masticación: de forma parecida, en los fibromas de las otras regiones de la boca, la irritación y los episodios traumáticos pueden producir alteraciones ligeras o muy intensas, dando lugar a veces a masas deformes, infecciones secundarias muy extensas y profundas y ulceraciones.

La historia clínica suele ser útil para establecer un diagnóstico ya que, en la mayor parte de los casos, se encuentra que el tumor se descubrió hace ya muchos años y presenta un crecimiento muy lento.

Histología: El fibroma consiste en haces de tejido conjuntivo fibroso en el interior de los cuales hay cierto número de fibroblastos y fibrocitos diseminados. La vascularización también varía, desde un pequeño número de capilares hasta a veces, una gran capilaridad.

En los llamados fibromas "blandos" su consistencia -- depende de un tejido fibroso más celular y más poco compacto, y de un aumento de vascularización.

El pronóstico suele ser excelente

Epulis.

Epulis es el nombre genérico para tumores y masas -- semejantes a tumores localizados en las encías.

Se presentan en las encías como masas sénils o pediculadas que sobre salen del borde gingival.

Afectan más la mandíbula que la maxila, generalmente aparecen después de los 20 años de edad, y muchas veces -- guardan relación con traumatismos. Las lesiones no son clínicamente graves ni invasoras.

El aspecto de las lesiones varía desde una masa redonda lisa hasta una excrescencia multilobulada e irregular con bordes salientes. A veces hay úlceras del borde. Las lesiones varían en volúmen y en algunos casos avarcan varios dientes. La consistencia puede ser dura o esponjosa, y el color va desde rosa hasta el rojo oscuro o el azul purpúreo según el grado de vascularización y el infiltrado inflamatorio. De cuando en cuando las lesiones se extienden al hueso alveolar y originan destrucción ósea, apreciable con radiografía.

El epulis congénito se presenta en el recién nacido como una masa pediculada, redonda y blanda, más frecuentemente en el maxilar que en la mandíbula.

El epulis congénito es un tumor benigno no encapsulado.

Lipoma.

El lipoma es una neoplasia benigna compuesta por células grasas maduras, es un tumor relativamente raro de la boca.

Tiene diversas localizaciones, como en la mucosa bucal en los pliegues mucobucales, en la lengua e incluso en la encía. El lipoma se presenta como una masa blanda, única, pequeña, bien limitada, prominente, con un color amarillo pálido característico. Otras veces su localización es más profunda, por lo que hay que pensar en él cuando se puede observar solo una tumoración o asimetría. La palpación de estos tumores suele mostrar una masa muy bien limitada, muy móvil y de consistencia blanda o semisólida. Debido al grosor de los tejidos que hay por encima el color característico puede que no se observe, por ello muchos lipomas se diagnostican clínicamente como fibromas. Algunos lipomas contienen una cantidad importante de tejido conjuntivo fibroso, lo que contribuye también a que su

aspecto clínico recuerde el del fibroma; estos tumores se llaman muchas veces fibrolipomas.

Histológicamente el lipoma consiste en una masa bien circunscrita de células grasas maduras con una cantidad -- variable de matriz de tejido fibroso.

Leiomioma y Rabdomioma.

Los miomas, compuestos de músculo liso (leiomiomas) y estriado (rabdomiomas), son neoplasias benignas de la boca muy raras. Los pocos casos que se han publicado se localizaron en la lengua o en el paladar blando en los que sus características clínicas se parecen a las del fibroma. Algunas son masas prominentes, lisas, redondeadas, de color rosa pálido, sésiles o pedunculados, de consistencia dura.

Otros, de localización más profunda, son tumoraciones bien limitadas, más duras. Su parecido clínico al fibroma de la lengua y, sobre todo, al tumor mixto del paladar blando, obliga a una exploración biopsica y a un diagnóstico histológico antes de su extirpación quirúrgica.

Osteoma.

El osteoma es un crecimiento osteogénico benigno -- formado de hueso maduro. Puede ocurrir dentro del hueso -- (intraóseo) o periféricamente. El tumor puede ser muy duro o flojo.

A veces hay crecimientos múltiples dentro del mismo hueso.

En los maxilares, el osteoma se presenta como una -- masa dura y circunscrita que crece fuera del hueso o como una masa dentro del hueso. Crece muy lentamente y es asintomático, aparte de producir asimetría facial. En ocasiones existe destrucción del movimiento maxilar si el crecimiento es grande y tiene su origen en la región condiloidea.

El osteoma aparece en todas las edades, pero es más frecuente en adultos con más de 40 años de edad. La localización es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar.

El osteoma es un bulto óseo, ovalo-redondo con una superficie lisa, muchas veces lobulada. Estos tumores pueden estar fijados al hueso por una base ancha o por un tallo delgado.

CUNDROMA.

El condroma es una neoplasia benigna, puede encontrarse en la mandíbula y en la maxila.

Clinicamente puede ser una prominencia lobular o un abultamiento único bien redondeado, de consistencia ósea, o puede ser una masa ósea multilobulada, recubierta por una mucosa lisa de color normal. Las localizaciones más frecuentes son la región anterior de la maxila, el cuerpo de la mandíbula, y la apófisis coronoides y el cóndilo de la rama.

Radioológicamente consiste en una radiotransparencia difusa, mal limitada, color gris claro de aspecto granular o ligeramente moteado.

El tumor suele desplazar a los dientes vecinos, y por su acción progresivamente destructiva, puede producir una laxitud de los dientes e incluso una resorción de las raíces.

Histológicamente se compone de una masa de cartilago hialino y a veces presenta calcificación y necrosis.

Hemangioma.

El hemangioma es una neoplasia benigna de los pequeños vasos sanguíneos, formada sobre todo por células endoteliales. Se ve con mucha frecuencia en la boca, generalmente en la mucosa bucal, en la lengua, en la mucosa labial o

en el vermillón del labio. Aunque los hemangiomas se presentan en todas las edades, muchos son congénitos, presentándose en el momento de nacer o poco después. A veces estos últimos presentan un crecimiento activo durante semanas o meses, pero luego se estacionan, regresan e incluso desaparecen. Basándose en su tamaño y en su aspecto histológico, a estos tumores de los vasos sanguíneos se les denomina a menudo hemangioma capilar o cavernoso.

El hemangioma capilar es más frecuente que el cavernoso. Suele ser una masa de tamaño pequeño o moderado, algo elevado, bien limitado, de color púrpura intenso o azul oscuro y de consistencia blanda. Que al comprimir el tumor puede vaciarse su contenido sanguíneo causando la palidez del tumor y al dejar de oprimir vuelve a llenarse de sangre. Siendo este dato muy sugestivo de hemangioma y lo distingue de otras lesiones de aspecto parecido.

Histológicamente las lesiones están netamente separadas del tejido adyacente, pero no hay cápsula. Consiste en acúmulos apretados de capilares de pared delgada y separados por estroma escaso de tejido conectivo. Los vasos están revestidos de células endoteliales normales y suelen estar ocupados por sangre líquida. Muchas veces la luz presenta trombosis y organización parcial o completa. La transformación en tumores malignos, es muy rara.

El hemangioma cavernoso es casi siempre de origen congénito. Sus localizaciones más frecuentes son la lengua y la mucosa bucal. Es mucho mayor que la variedad capilar y su diámetro varía de 2 o más cm. Se presenta como una masa prominente grande, de consistencia blanda o semisblanda. Sus bordes no están bien definidos, confundiendo a veces con los tejidos normales contiguos. A veces aparece como una placa plana o poco elevada de color púrpura intenso o azul que se extiende por encima de la mucosa bucal o de la parte dorsal de la lengua. Macroscópicamente suele -

ser una masa esponjosa blanda, de color rojo azul, de 1 a 2 cm. de diámetro. En el corte presenta contornos netos, -- es comprensible y exuda sangre. Histológicamente la masa -- presenta contornos precisos, carece de cápsula y consiste principalmente en espacios vasculares de gran calibre, llenos parcial o completamente de sangre líquida, estos espacios están separados por escaso estroma de tejido conectivo. El cuadro histológico puede modificarse por trombosis intravascular o rotura de los conductos. La malignidad del hemangioma cavernoso es fenómeno muy raro .

Linfangioma.

El linfangioma es una neoplasia benigna compuesta de vasos linfáticos. Es mucho menos frecuente que el hemangioma, aunque también afecta a la mucosa bucal y a la lengua mucho más que a otros tejidos bucales. En la mayoría de -- los casos el linfangioma existe ya en el momento del nacimiento y solo en algunos aparece más tarde. Son afectados por igual hombres y mujeres.

El linfangioma tiene un aspecto clínico característico, presentándose como una lesión difusa, ligeramente elevada, cuya superficie la forman, en su mayor parte, numerosos racimos muy aglomerados de pequeños nódulos llenos de líquido que se parecen mucho a las ampollas. La lesión es de varios colores, el tinte azul-pálido de las "ampollas" mezclado con el color rojo del tejido tumoral restante. La palpación muestra generalmente una masa de consistencia firme, y en muchos casos los límites están mal definidos.

Histológicamente, el tumor consta de numerosos linfáticos dilatados limitados por células endoteliales y que contienen linfa; a veces están llenos de sangre. A veces -- las células de revestimiento se hipertrofian y se tornan -- cúbicas, con el aspecto de epitelio glandular. Los tumores

son clínicamente benignos y suelen tener poca importancia.

Neurilema-Neurilemmoma (Schwannoma).

En un sentido muy estricto, el neurilema y el schwannoma constituyen dos entidades distintas. Sin embargo, serán considerados juntos debido a sus numerosas similitudes. Las únicas diferencias entre ambos residen en las características histológicas. Los neurilemas y schwannomas son tumores benignos originados en las vainas nerviosas y que se observan en la lengua, labios, paladar, piso y mejillas. - Por lo general se presentan como pequeños crecimientos semejales de superficie lisa en la mucosa bucal. Las lesiones de localización profunda se palpan como nódulos circunscritos. Ambos tumores crecen con extrema lentitud y suelen ser asintomáticos.

Microscópicamente el Schwannoma es un tumor encapsulado que consiste en células de Schwann y proliferación -- fibroblástica. Las células forman haces retorcidos o se alinean de tal manera que sus núcleos se colocan "Hombro a hombro" (núcleos "en empalizada"). Por esta razón se observan hileras de núcleos y de banda de citoplasma libres de núcleos. Los llamados cuerpos de Verocay están formados -- por cantidades de células de Schwann, que se reúnen en grupos. La parte del tumor compuestos de cuerpos de Verocay -- se denomina tejido Antoni tipo A. El Schwannoma consiste -- además en una cantidad variable de tejido Antoni de tipo B que no es sino una mezcla laxa, desorganizada a veces quística, de células de Schwann, fibroblastos y fibras.

El neurilema no es encapsulado. Está compuesto solo por tejido Antoni tipo B; carece de cuerpos de Verocay y -- de tejido Antoni tipo A, que contiene cilindroejes (fibras nerviosas).

Nevus.

El nevus pigmentado es raro en los tejidos blandos de la boca, a pesar de su gran frecuencia en la piel; se considera generalmente como una malformación congénita o del desarrollo más que como una neoplasia, aunque algunas variedades poseen un claro potencial de transformación en un melanoma maligno.

La lesión puede ser de uno o varios tipos histológicos, teniendo cada uno de ellos un diferente potencial de malignización.

Los caracteres clínicos del nevus pigmentado que se presentan en la cavidad oral, tanto si la lesión es intradérmica, de unión o compuesta, son los siguientes: a) es una masa de color alterado, lisa, plana o ligeramente elevada, bien limitada, sólida; b) suele ser de pequeño tamaño, oscilando entre unos milímetros a varios centímetros de diámetro; c) el color suele ser azul intenso o azul negro, aunque a veces se ven nevos de color pardo y tostado; d) en algunos casos raros, el nevus pierde la pigmentación, mostrando solo el color rosado pálido de los tejidos orales normales; e) se localiza con más frecuencia en el paladar, encías y labios.

El nevus pigmentado se diferencia fácilmente del hemangioma ya que es más sólido, no queda de color blanco (como ocurre en el hemangioma cuando se le aplica la presión del dedo) y no se obtiene sangre por aspiración.

Los datos histológicos son más importantes. Las células típicas son grandes, discretas, con núcleos ovoides o vesiculares, que contienen granulos de melanina en su citoplasma. La localización exacta de las células del nevus nos da un diagnóstico histológico más preciso, si están en el interior del tejido conjuntivo (intradérmico) - contactando y mezclándose con el epitelio (de unión), o en ambos lugares (compuesto). Sin lugar a duda en nevus -

de unión posee un potencial de transformación en un melanoma maligno mucho mayor que los otros tipos.

* *Quistes epidermoides y sebáceos.*

Se conocen con el nombre genérico de quistes dérmicos y aunque la mayor parte de los autores los consideran por separado no siempre puede hacerse un diagnóstico diferencial claro entre ellos. El quiste epidermoide puede -- ser congénito y familiar (steatocystoma-symplex) pero en general resulta de lesiones traumáticas; es de crecimiento lento y por lo general mide no más de 2 a 3 cm. de diámetro; puede infectarse, dando lugar a abscesos, o bien calcificarse. Microscópicamente está formado por epitelio plano estratificado con pigmento en la capa basal y el estrato granular es muy delgado; pueden encontrarse papilas dérmicas y clavos interpapilares pero esto es raro. La porción central está llena de queratina dispuesta en forma laminar, o bien de material amorfo con un elevado contenido de grasa y calcio, que puede aparecer como granulaciones; ocasionalmente hay atrofia del epitelio y -- reacción de cuerpo extraño en la pared con numerosas células gigantes, o bien la pared epitelial puede estar conservada pero en forma de fantasma, especialmente después de infecciones. La extirpación incompleta de los quistes puede dar origen a lipogranulomas.

Pólipos.

Los pólipos suelen presentarse como excrecencias carnosas provocadas por la hiperplasia, de origen inflamatorio en el curso de inflamaciones crónicas.

Flegmón (Angina de Ludwig).

Es el flegmón de evolución gangrenosa del suelo de la boca, o sea la inflamación aguda del tejido conectivo celular que rellena el espacio sublingual. Se debe a los microbios anaerobios que penetran a través de lesiones linguales, dientes careados, después de extracciones dentarias, etc., por debajo de la lengua y en la parte superior del cuello se forma una placa de dureza leñosa, dolorosa, crepitante (por los gases producidos por los gérmenes gangrenosos). La lengua se hincha y se hace poco movible, se deprime mucho el estado general y aparece -- fiebre elevada por el estado septicémico general. Para conjurar la amenaza de asfixia se debe insidiar lo más rápidamente posible al objeto de dar salida al líquido purulento gangrenoso formado; es preciso además administrar abundantemente sulfamidas y penicilina (u otros antibióticos) al objeto de combatir el estado de septicemia.

3.2.2.- Neoplasias Malignas.

Carcinomas.

Se acostumbra dividir los tumores malignos de la epidermis en dos tipos principales: Los carcinomas Basocelulares y Los carcinomas espinocelulares o epidermoides. Esta división se basa en una concepción histológica antigua que suponía que los carcinomas basocelulares se originaban en las células basales de la piel y los carcinomas epidermoides en las células de tipo espinoso.

Los tumores llamados basocelulares reproducen células neoplásicas que semejan a las células basales y los epidermoides reproducen células del tipo espinoso, que pueden o no queratinizarse.

Desde las primeras descripciones se reconoció que esta clasificación entrañaba una paradoja, pues los tumores basocelulares al producir células más primitivas debieran tener un comportamiento más agresivo, y, sin embargo, se observa lo contrario: Los carcinomas basocelulares son mucho más lentos en la evolución que los carcinomas espinocelulares, y, a diferencia de ellos, prácticamente nunca dan metástasis.

Histológicamente han demostrado que en la epidermis no existe una célula basal y una espinosa de diferente -- extirpe, sino que las células epidérmicas pertenecen a una sola línea histogénica. Todas las células epidérmicas provienen de una capa basal, en contacto inmediato del tejido de la dermis (también llamado corion), de origen mesodérmico. Esta capa basal, la única con capacidad de sintetizar ADN, da origen a las células espinosas que lentamente se van diferenciando hasta ser descamadas en la superficie. A este grupo de células se les denomina -- queratinocitos, y de ellos se deriva tanto el carcinoma basocelular como el espinocelular. A pesar de derivarse --

de una sola célula , los dos tipos de carcinomas tienen una historia natural muy distinta, y este hecho aún no se ha explicado de manera muy satisfactoria. La explicación más lógica ofrecida hasta ahora es que el carcinoma basocelular se deriva de aquella parte de los queratinocitos que se han especializado en la formación de los anexos -- cutáneos, especialmente el folículo pilosebáceo, mientras que el carcinoma espinocelular se derivaría del epitelio superficial. Esta teoría encuentra apoyo en el comportamiento de las células tumorales que en el carcinoma basocelular siempre mantienen un contacto íntimo con tejidos de origen mesodérmico representado por la reacción desmoplásica que es rica en fibras colágenas y reticulares, -- mientras en el carcinoma epidermoide las células en su -- mayoría tienen muy poco o ningún contacto con tejidos mesodérmicos (células tumorales). Este tipo de reacción -- huésped-tumor podría también explicar la paradoja del comportamiento más benigno que se observa en el carcinoma -- basocelular a pesar de ser un tumor más indiferenciado -- que el epidermoide.

El carcinoma es una enfermedad principalmente observada después de los 60 años. Es más frecuente en hombres, pero no es raro en mujeres. Se presenta especialmente en las superficies más expuestas a la luz solar, pero en este aspecto hay algunas diferencias entre los dos tipos -- histológicos.

El pronóstico de los tumores cutáneos es quizá el mejor de todos los tumores malignos.

En los países en desarrollo las cifras de supervivencia no son muy satisfactorias posiblemente debido a la consulta más tardía de los pacientes. Si el tratamiento se hace en las fases tempranas de la evolución del tumor, se cree que todos los casos son curables. La consulta tardía es debida generalmente al comienzo poco alarmante de la lesión.

Carcinoma espinocelular o epidermoide.

Esta hecho de células de mayor tamaño que las del tumor basocelular. Este mayor tamaño se debe, principalmente, a una mayor masa citoplásmica debido al mayor acúmulo de proteínas. Estas representan una mayor diferenciación, la cual puede avanzar hasta producir verdadera queratina. Cuando esta queratinización no puede eliminarse -- al exterior por no poder descamar, se acumula en capas -- concéntricas que se parecen al corte de un bulbo de cebolla y son denominados globos córneos o perlas epiteliales. Otra prueba de diferenciación es la formación de puentes intercelulares y tonofibrillas. No todos los tumores se queratinizan. En estos tumores las células generalmente se disponen en gruesas masas mal organizadas, que invaden el tejido vecino rechazándolo y produciendo necrosis. Generalmente hay menos respuestas fibroblásticas que en el tumor basocelular.

El carcinoma con alguna frecuencia invade los canales linfáticos y produce metástasis primero en los linfáticos regionales y después en órganos distantes.

El carcinoma epidermoide predomina en la región malar.

Comienza como una pápula que luego se ulcera, pero evoluciona más rápidamente que el basocelular y con frecuencia se instala sobre una lesión preexistente denominada queratosis senil o queratosis solar. Si la lesión no recibe tratamiento adecuado, continúa creciendo hacia los lados y en profundidad, y puede llegar a destruir grandes extensiones que pueden abarcar casi toda la cara. Además es frecuente que aparezcan metástasis regionales distantes. Con frecuencia se observa que algunos pacientes desarrollan múltiples tumores que aparecen casi simultáneamente en distintas partes de la cara y evolucionan independientemente.

Carcinoma Basocelular.

Esta hecho generalmente de columnas de células epiteliales discretamente alargadas, de núcleo grande, fusiforme, con cromatina distribuida dando el aspecto de vidrio esmerilado; el citoplasma es muy escaso y presenta poca reacción eosinofílica, debido seguramente a la escasez de proteínas. Estas características favorecen la coloración con hematoxilina y dan un aspecto predominantemente basófilo a las masas tumorales. Las columnas celulares pueden tener diverso diámetro, pero generalmente presentan un aspecto característico de células en cada masa tumoral. Además de estas células que semejan mucho a las basales de la epidermis normal, se pueden observar otras también neoplásicas con distintos grados de diferenciación hacia células espinosas.

Las columnas celulares frecuentemente hacen cuerpo con el epitelio normal de la superficie o de los anexos cutáneos y penetran hacia la dermis y los tejidos vecinos en forma como de lengüetas siempre rodeadas de tejido conjuntivo hiperplásico. Estas lengüetas aparecen unidas entre sí y no forman una masa única sino muchas bandas de células tumorales separadas por tejido conjuntivo. En la parte central de algunas columnas celulares se observan focos de diferenciación que pueden semejar conductos de glándulas anexas o folículos pilosos abortivos.

El carcinoma basocelular predomina en labios y mejillas.

Usualmente comienza de manera insidiosa sin mediar una lesión preexistente. Se manifiesta primero como una pequeña pápula indolora que luego, al crecer en superficie, se ulcera en la porción central.

Adenoma Pleomórfico Maligno.

Los tumores mixtos malignos pueden ser evidentemente más anaplásicos, sin embargo algunas neoplasias pueden no demostrar su poder agresivo biológico. Tanto las formas malignas como las benignas tienden a recurrir después de la extirpación quirúrgica, la frecuencia de tales recidivas varía entre 10 y 15%. Las variantes malignas son más deficientes de extirpar completamente por las largas proyecciones sinusoides que se extienden en la superficie glandular de aspecto aparentemente normal. Por lo tanto, las recidivas son más frecuentes con los tumores mixtos malignos e infiltrantes. Las metástasis se producen en ganglios locales, pero pueden ser más difusas.

Cilindroma.

El cilindroma, o carcinoma adenoquistico, es otra variedad de neoplasia maligna que puede ocurrir en la boca, aunque puede aparecer en las glándulas salivales, sobre todo en la parótida. En la cavidad oral su localización más frecuente es en el paladar, donde su aspecto clínico puede parecerse al del tumor mixto o a otro tipo de cáncer bucal.

La estructura histológica es variable, pero por lo general el cilindroma se compone de células parecidas a las basales, pequeñas, que se tiñen intensamente dispuestas en forma de cordón que contiene un material mucoso. Las células tumorales están rodeadas por tejido conjuntivo hialinizado cuya forma se parece a un cilindro, por lo que se llama "cilindroma".

Carcinoma Mucoepidermoide.

El carcinoma mucoepidermoide es una neoplasia maligna cuyas características clínicas e histológicas son muy variables. Pueden ser de crecimiento lento, compuesto por epitelio escamoso bien diferenciado predominando el epitelio mu-

coso secretante, o bien puede ser una neoplasia de crecimiento muy rápido compuesto por epitelio escamoso con hiperchromatismo, imágenes típicas de mitosis y signos importantes de invasión y de metástasis.

El carcinoma mucoepidermoide tiene su origen en las -- glándulas salivales, su localización más frecuente esta en -- la glándula parótida y en las otras glándulas salivales principales, pero también puede presentarse en el paladar, labio y en la mucosa bucal, donde se desarrolla a partir de tejido glandular salival accesorio. También puede desarrollarse en las regiones centrales de los maxilares, sobre todo de la -- mandíbula donde se forma a partir de tejido glandular salival ectópico que ha quedado localizado allí durante el desarrollo fetal.

Es difícil diagnosticar un carcinoma mucoepidermoide -- basándose únicamente en los datos clínicos. Sin embargo debe sospecharse su existencia o al menos tenerla en cuenta, cuando nos enfrentamos a un tumor que se localiza en el tejido -- glandular salival y sobre todo, cuando el tumor presenta signos de malignidad aunque sean mínimos (consistencia sólida, -- rigidez, adherencia a los tejidos vecinos y crecimiento constante o rápido).

Cuando el carcinoma mucoepidermoide es de localización central como en el cuerpo de la mandíbula, su aspecto radiológico parece el de un quiste, es decir, es una zona radiotransparente redonda u ovalada. En este caso tampoco es posible el diagnóstico definitivo sin una exploración quirúrgica y el análisis de una biopsia.

Adenocarcinoma de células claras o acinosas.

Esta variante rara del adenocarcinoma se caracteriza -- por células epiteliales poligonales, con citoplasma claro -- que nos hace recordar los tipos de célula clara del carcinoma de células reales.

Las células neoplásicas parecen provenir de células de reserva de los conductos intercalados; que se diferencian en células acinosas.

Histológicamente el tumor se presenta en láminas, cordones o masas celulares, algunos muy claros otros con citoplasma granuloso rosado.

Fibrosarcoma.

El fibrosarcoma es la neoplasia mesenquimatosa maligna más frecuente y representa un 2% de los sarcomas de los tejidos blandos. Es un tumor de fibroblastos malignos que puede desarrollarse a partir del tejido conjuntivo fibroso.

El 80% de los fibrosarcomas están bien diferenciados y crecen lentamente por infiltración local. Las metástasis son raras y ocurren solo en los estadios finales.

Los fibrosarcomas pueden presentarse en personas de -- mediana edad y más en los varones que en las mujeres.

Se pueden localizar en el periostio de la maxila y de la mandíbula, el labio, la lengua, la encla y la mucosa bucal y del paladar.

Presenta un cuadro clínico de una masa sólida, no dolorosa, ni ulcerada, mal definida recubierta por mucosa rosada normal.

En caso de que el aspecto clínico y el curso sean espectaculares. Puede haber dolor intenso o parestesia, con -- movilización y caída de los dientes.

El pronóstico es variable.

Leiomiomasarcoma.

Es un tumor poco frecuente, que se presenta entre el 40. y 50. decenios de la vida. El tumor es semejante al de los leiomiomas pero de tamaño mayor y puede mostrar zonas - de necrosis y formación de quistes. Presenta células musculares lisas bien diferenciadas, de núcleos alargados, de --

bordes paralelos y extremidades romas; estas células se -- disponen en haces de dirección irregular mezclados con tejido fibroso en cantidad variable.

Crecen con cierta velocidad, son totalmente radio-- resistentes. Los leiomiomas presentan tendencia notable a recurrir despues de la extirpación.

En las lesiones mejor diferenciadas el pronóstico es menos grave.

Rabdomiosarcomás.

Es un tumor raro formado por células musculares es-- triadas Inmaduras o rabiomioblastos. La afectación oral es rara, aunque se ha desarrollado en lengua, labio y buccina-- dor.

El rabdomiosarcoma se divide en tres subtipos: 1) el adulto pleomórfico se ve en personas de la 5a. y 6a. década de la vida. El tumor tiene aspecto sólido, voluminoso, muy infiltrativo, no suele ser doloroso a menos que afecte el nervio. El crecimiento del tumor es rápido cuando afecta la lengua hay interferencia en el habla y en la deglu-- ción.

2) La variedad alveolar se presenta en las personas jóvenes, también se ha descrito en el maxilar.

3) El rabdomiosarcoma embrionario.- se presenta en niños y su localización más frecuente es en el paladar -- blando, donde el tumor se desarrolla como una masa blanda no dolorosa, sénil y polipoide. En sus primeras fases la lesión se parece a una hiperplasia papilar.

El rabdomiosarcoma da metástasis precoces en los pul-- mones y la muerte suele ocurrir en plazo de dos años.

Liposarcama.

La tumoración homónima maligna, el liposarcama; se -- observa con mucha menor frecuencia y a causa de su varia-- ble histología a merecido el interés de clínicos y anato--

mopatólogos. En términos generales, las neoplasias adipó--
sas son raras en las proximidades orales.

Microscópicamente, los liposarcomas han sido confun--
didos con otros tumores malignos del tejido conjuntivo aun
que se han descrito como de morfología fibromatosa, mixo--
matosa o liposarcomatosa. Antes de poder demostrar la pre--
sencia de lipoblastos malignos, hay que recurrir a veces a
tinciones especiales y a una cuidadosa exploración micros--
cópica del tumor con muchos aumentos.

Sinovioma.

Es un tumor que aparece en sujetos adultos jóvenes, -
aunque crece muy cerca de las articulaciones, raras veces
afecta la cavidad articular.

Macroscópicamente parece estar bien circunscrita, es
de consistencia firme y color gris rosado.

Microscópicamente demuestra invasión de tejidos ve--
cinos y el tumor esta formado por la combinación de dos --
elementos, sin los cuales no puede hacerse el diagnóstico;
un estroma fibrosarcomatoso y grupos de células de aspecto
epitelial que forman cavidades semejantes a glándulas y --
que ocasionalmente secretan moco.

El pronóstico es sombrío.

El tratamiento debe de ser la amputación inmediata -
después del diagnóstico, pues habitualmente recurre con --
rapidez después de exeresis incompleta y dan metástasis a
ganglios regionales a distancia.

Sarcoma Osteogénico (Osteosarcoma).

El sarcoma osteogénico se desarrolla a partir del te--
jido formador de hueso y representa aproximadamente un 30%
de todos los tumores malignos óseos primarios.

Los hombres se ven más afectados que las mujeres y
la mayor parte de los casos se dan entre los 10 y los 25
años de edad. La mandíbula se afecta con más frecuencia -

que la maxila. El cuadro clínico es el de una masa de crecimiento rápido, no ulcerada, que suele ser óbida o de -- consistencia ósea. En los últimos estadios puede haber dolor y despues anestesia. Los dientes se ven desplazados -- por la masa infiltrante y muchas veces edén.

Cuando se afecta la cortical y el perióstio queda -- elevado, se estimula la neoformación ósea y se depositan -- espéculas en ángulo recto en la superficie del hueso.

El osteosarcoma es altamente maligno, produce amplia metástasis y su pronóstico es desfavorable. Sobreviviendo más de 5 años un 25% de los pacientes.

Condrosarcoma.

El condrosarcoma es una neoplasia maligna de las células formadoras de cartilago y representa un 10% de las -- neoplasias malignas óseas.

Esta neoplasia puede desarrollarse en los maxilares en relación con los restos cartilaginosos de las apófisis coronoides, condilar y malar, canal incisivo, agujero mentoniano y tabique nasal.

Los varones se afectan en proporción 2 veces mayor -- que las mujeres. Aunque el tumor puede presentarse en personas de cualquier edad siendo la mayor parte de los casos en la 4a. o 5a. década de la vida.

Hay una rápida invasión del antro maxilar y de la -- órbita. Al crecer la lesión, hay destrucción ósea extensa y movilización de los dientes. Hay una rápida invasión del antro maxilar y de la órbita.

Radiográficamente el condrosarcoma aparece como una masa radiotransparente, plana, mal definida, con zonas radio-opacas que corresponden al cartilago maligno que se -- ha calcificado.

Cuando se practica extirpación adecuada el pronóstico es bueno, pero cuando se ha practicado extirpación qui-

rúrgica incompleta ocurre recidiva local, crecimiento más rápido y mayor predisposición a las metástasis.

Hemangioendotelioma (Angiosarcoma).

Es un tumor muy raro, algunas veces multicéntrico, - que se presenta en cualquier época de la vida y se localiza en maxilares.

Radiológicamente se manifiesta como una o varias lesiones líticas de límites precisos, por lo que en ocasiones resulta difícil distinguirlos de un hemangioma. El tejido neoplásico es hemorrágico y friable, en ocasiones indistinguible de coágulos sanguíneos.

Su cuadro histológico consiste en una proliferación de vasos, los cuales están revestidos por células endoteliales atípicas, que llenan parcial o totalmente la luz vascular o forman estructuras papilares.

Las lesiones son de crecimiento lento y muestran poca tendencia a dar metástasis.

Linfosarcoma.

El linfosarcoma puede desarrollarse a partir de los linfocitos o linfoblastos. La mayor parte de linfosarcomas se ven en varones de más de 40 años.

Se localiza en mucosa bucal, piso de la boca. El aspecto clínico de estas lesiones se parece al del reticulosarcoma.

La cifra de supervivencia es por encima de los 5 años en un 28%. Cuando la enfermedad se limita a una zona y se aplica radioterapia precoz a dosis altas, se consigue una cifra de supervivencia a los 5 años de un 65 a 80%.

Linfomas.

Los linfomas malignos son un grupo con ciertos caracteres clínicos comunes. Se desarrollan en un solo gán-

glio linfático o en un grupo ganglionar, (diseminándose a continuación al hígado, bazo y médula ósea). Algunos autores creen que el desarrollo de lesiones múltiples es la -- consecuencia de una diseminación metastásica. En un 20% -- puede encontrarse en los últimos estadios una leucemia linfocítica o monocítica si las células malignas entran en la circulación periférica. Los linfomas son más frecuentes en los varones que en las mujeres, suelen aparecer en personas de más de 40 años.

Reticulosarcoma.

El reticulosarcoma se caracteriza por una proliferación y degeneración maligna de las células reticulares. -- Aunque puede presentarse en cualquier órgano, las localizaciones más frecuentes en su origen son los ganglios linfáticos cervicales.

El motivo de la consulta depende de la localización del tumor y entre ellos encontramos malestar general, dolor de garganta, obstrucción nasal, disnea, disfagia y disfonía. Por lo general el primer signo de la enfermedad es la hipertrofia de los ganglios cervicales. La palpación -- puede mostrar discretas masas dolorosas, únicas o múltiples, sólidas, de consistencia parecida al caucho.

En sus primeras fases los ganglios pueden movilizarse bien. Sin embargo, si las células malignas invaden las cápsulas que rodean los ganglios e infiltran los tejidos blandos de la vecindad, las masas se unen y se adhieren. En la boca la localización más frecuente de la enfermedad es en las amígdalas que se vuelven dolorosas y se hipertrofian. El agrandamiento es difuso y los bordes no están bien limitados.

También se ha señalado su existencia en la mucosa bucal, en la encía y en el paladar. Los caracteres clínicos en estas regiones son similares a los de otras neoplasias.

sias malignas.

El reticulosarcoma es el linfoma que tiene peor pronóstico.

La cifra de supervivencia por encima de los 5 años - es de 19%.

Plasmocitoma.

Los maxilares son afectados, principalmente la mandíbula que la maxila. Las localizaciones más frecuentes -- son el cuerpo posterior, el ángulo y la rama de la mandíbula.

Cuadro clínico.- en sus primeros estadios los síntomas pueden limitarse a una neuralgia y a dolor o hipersensibilidad del maxilar de localización difusa y de carácter inespecífico. A veces el motivo de la consulta es un vago dolor dental que no puede explicarse por completo por una enfermedad odontogénica. Si las lesiones óseas evolucionan se encuentran signos clínicos más específicos: agrandamiento o deformación de la región afectada, por lo general en forma de prominencia bien delimitada de consistencia ósea, que puede ser causa de dolor constante a la palpación; o la movilidad de uno o más dientes. Otro síntoma subjetivo, y que tiene una importancia diagnóstica es la parestesia o adormecimiento del labio o de un segmento cutáneo cerca del mentón.

Un 6 a 10% de los enfermos con plasmocitoma, hay amiloidosis, si se encuentra macroglosia o formaciones nodulares en la lengua o en la mucosa bucal, es obligatorio -- realizar una biopsia.

Radiográficamente hay numerosas zonas radiotransparentes, pequeñas, bien limitadas con bordes periféricos -- bien definidos, dando una imagen en socabados.

El plasmocitoma es dos veces más frecuente en los -- varones que en las mujeres y se da más en personas de edad avanzada.

Sarcoma Neurogénico.

Se denomina sarcoma neurogénico a la neoplasia maligna de los nervios periféricos. De ordinario constituyen -- una masa carnosa desarrollada en partes blandas, en la que macroscópicamente puede no reconocerse con facilidad su -- relación con las estructuras nerviosas de las que procede. Infiltra difusamente los tejidos próximos y produce metástasis múltiples y tempranas por vía hemática.

Algunos de los casos de sarcoma neurogénico aparecen en pacientes con enfermedad de Von Recklinghausen o neurinomas (neurofibroma, neurinoma, neurilemoma o schwannoma - malignos). El tumor es más común en individuos de edad avanzada y produce una muy elevada mortalidad.

El nombre de sarcoma neurogénico se considera poco apropiado, porque es general la idea de calificar como sarcomas solo a los tumores malignos derivados de tejidos mesenquimatosos, en tanto que el llamado sarcoma neurogénico contiene células procedentes del ectodermo.

Melanoma.

El melanoma maligno o melanocarcinoma es, afortunadamente, una neoplasia rara de la boca, ya que se trata de -- una de las enfermedades más fatales y de más rápida evolución. Aunque se han publicado casos en diversas localizaciones de la boca, las más frecuentes son los tejidos de -- la encla y del paladar. En sus primeros estadlos, el único signo sospechoso puede ser un aumento de la pigmentación -- de melanina, que forma una placa de color obscuro. En seguida, por su caracter de crecimiento rápido y constante, el melanoma maligno adquiere el aspecto de una masa tumo-- ral de consistencia sólida. De gran importancia diagnóstica es el crecimiento dela lesión en todas direcciones, a-- fectando alas estructuras vecinas por un tejido normal de color obscuro o negro. Si la neoplasia sigue creciendo, -

aparecerán la mayoría de caracteres clínicos de los cánceres de la boca, el tumor es de consistencia sólida, está adherido, tiene bordes indurados y una ulceración en su centro y se acompaña de linfadenopatías metastásicas. Las características que distinguen generalmente al melanoma maligno de las otras formas de cáncer bucal son un color pardo o negro y su gran rapidez de crecimiento.

C A P Í T U L O 4

MATERIAL Y METODO

- 4.1.- Presentación de datos.
- 4.2.- Cuadros con la tabulación de datos.
- 4.3.- Gráficas.
- 4.4.- Presentación de resultados.

En este capítulo presentamos el material utilizado en la elaboración de esta investigación referente a la "PREVALENCIA DE LAS NEOPLASIAS ORALES"; así como el método que seguimos para poder efectuar dicho trabajo.

Para poder lograr nuestros objetivos acudimos a -- diferentes instituciones en donde recopilamos datos. Principalmente revisamos el INDEX MEDICUM, en la Biblioteca Central del CMN, correspondiente a los años de 1976 a -- 1978. Aquí revisamos determinado número de artículos, de los cuales se seleccionaron los de mayor importancia para nuestros fines, haciéndose posteriormente su traducción.

Una vez obtenida esta información proseguimos a -- efectuar la revisión de 1743 expedientes que nos fueron proporcionados en el Archivo Clínico del Hospital de Oncología del CMN.

Estos expedientes correspondían al Servicio de Cabeza y Cuello, de los cuales seleccionamos los que implicaban algún tumor en cavidad oral, siendo en un total de 583 casos. Luego se clasificaron conforme a su localización determinando así 7 grupos importantes: que se presentan conforme a su mayor frecuencia.

- | | | |
|------------|----------|-----------------|
| a) Lengua | b) Labio | c) Piso de boca |
| d) Paladar | e) Encla | f) Maxilar |
| g) Mejilla | | |

Para poder obtener dichos datos se elaboró una forma de trabajo que constaba de los siguientes puntos:

- 1.) Nombre
- 2.) Número de expediente
- 3.) Fecha de apertura de expediente
- 4.) Edad - Sexo
- 5.) Tiempo de evolución
- 6.) Síntomas
- 7.) Tamaño y localización del tumor
- 8.) Ganglios cervicales
- 9.) Radiografías de tórax
- 10.) Otras radiografías
- 11.) Diagnóstico clínico
T N M
- 12.) Diagnóstico histológico

1 y 2.) Estos puntos no tienen interés en nuestra investigación. Aunque para el hospital servirán para su localización.

3.) Fecha de apertura de expediente.- aquí se considera el día, mes y año en que se trata por primera vez al paciente; nosotros tomamos en cuenta únicamente el año -- para elaborar una estadística que muestre en que año se presentó mayor número de casos de cáncer en cavidad oral.

4.) Edad.- este dato nos indicará a que edad es más frecuente el cáncer.

Sexo.- así como en la edad, veremos en que sexo predominan las neoplasias orales.

5.) Tiempo de evolución.- Este es el tiempo que refiere el paciente desde que descubrió la lesión hasta -- que acudió al hospital.

6.) Síntomas.- son el conjunto de alteraciones que manifiesta el paciente en el transcurso inicial de su padecimiento.

7.) Tamaño y localización del tumor.- este punto es

muy importante para nosotros ya que uno de los objetivos es ver en que parte de la cavidad oral se presenta con mayor frecuencia el cáncer. El tamaño se considera para ver hasta que punto está afectando ese tumor.

8.) Ganglios cervicales.- este punto servirá para ver hasta que grado están afectados los ganglios por infiltración metastásica.

9.) Radiografía de tórax.- nos permitirá ver si existe metástasis pulmonar.

10.) Otras radiografías.- será importante dependiendo de la localización del tumor.

11.) Diagnóstico Clínico.- este punto, al igual que la edad, sexo y localización, es muy importante ya que -- por medio del diagnóstico veremos que tipo de neoplasia -- es más frecuente en cavidad oral.

12.) Diagnóstico histológico.- corroborará el diagnóstico clínico establecido por el médico de consulta inicial.

También se revisó la literatura actual como libros de patología general y oral, así como la cancerología básica.

4.1.- Presentación de datos.

Presentación de los datos obtenidos en pacientes de ambos sexos y cuyas edades van de 11 a 90 años.

Localización : Lengua

Número de casos : 208 Total

Sexo Femenino : 90 Casos

Sexo Masculino : 118 Casos

Edad	Benignas	No de casos	Malignas	No de c.
10 - 20	Papilomas	1	Ca. Epiderm.	1
	Hemangiomas	3		
	Linfangiomas	1		
	Neurilemoma	1		
21 - 30	Papilomas	5	Ca. Epiderm.	1
	Fibroma	7	Reticulosarcoma	1
	Hemangiomas	8	Sarcoma Sinovial	1
	Lipoma	1		
	Mioblastoma	1		
31 - 40	Papilomas	6	Ca. Epiderm.	10
	Fibroma	5	Angiosarcoma	1
	Hemangioma	2	Linfoma	2
	Granuloma	1		
	Neurilema	1		
41 - 50	Papiloma	2	Ca. Epiderm.	25
	Fibroma	4		
	Hemangioma	2		
51 - 60	Papiloma	2	Ca. Epiderm.	27
	Fibroma	1	Reticulosarcoma	1
	Lipoma	1		
	Hemangioma	1		
61 - 70	Papiloma	2	Ca. Epiderm.	51
	Fibroma	1		
	Lipoma	1		
	Hemangioma	1		
71 - 80	T. M. G. S.	1	Ca. Epiderm.	16
81 - 90			Ca. Epiderm.	9.

Presentación de los datos obtenidos en pacientes de ambos sexos y cuyas edades van de 11 a 90 años.

Localización : Labio

Número de Casos : 199 Total

Sexo Femenino : 54 Casos

Sexo Masculino : 65 Casos.

Edad	Benignas	No. de Casos	Malignas	No. de C.
10 - 20	Hemangioma	3		
21 - 30	Linfangioma	1	Ca. Epidermoide	3
	Hemangioma	6		
31 - 40	Q. de Retención	1	Ca. Epidermoide	5
	Leucoplasia	1		
	Papiloma	1		
	Angioma	1		
	Nevus	1		
	Hemangiolíngang.	1		
41 - 50	Adenoma	1	Ca. Epidermoide	13
	Hemangioma	1		
51 - 60			Ca. Epidermoide	23
			Melanoma	1
61 - 70	Papiloma	1	Ca. Epidermoide	32
	Fibroma	1		
71 - 80			Ca. Epidermoide	18
81 - 90			Ca. Epidermoide	4.

Presentación de los datos obtenidos en pacientes de ambos sexos y cuyas edades van de 39 a 81 años.

Localización : Piso de boca

Número de Casos : 69 Total

Sexo Femenino : 14 Casos

Sexo Masculino : 55 Casos

Edad	Benignas	No. de Casos	Malignas	No. de Casos
31 - 40			Ca. Epidermoide	1
41 - 50			Ca. Epidermoide	11
51 - 60			Ca. Epidermoide	26
61 - 70	Tumor mixto	1	Ca. Epidermoide	18
71 - 80			Ca. Epidermoide	11
81 - 90			Ca. Epidermoide	1

Presentación de los datos obtenidos en pacientes de ambos sexos y cuyas edades van de 22 a 80 años.

Localización : Paladar

Número de Casos : 69 Total

Sexo Femenino : 26 Casos

Sexo Masculino : 43 Casos

Edad	Benignas	No.de Casos	Malignas	No.de Casos
21 - 30	Tumor Quístico	2	Reticulosarcoma	3
	Epulis	1	Ca.Epidermoide	2
	Tumor mixto	1	Melanoma	1
	Papiloma	1	Condrosarcoma	1
31 - 40	Epulis	1	Ca.Epidermoide	3
	Papiloma	1	Osteosarcoma	1
	Tumor quístico	1	Reticulosarcoma	1
			Melanoma	1
41 - 50	Tumor quístico	2	Ca.Epidermoide	6
	Fibroma	1	Melanoma	2
	Papiloma	1		
	Ameloblastoma	1		
51 - 60	Epulis	1	Ca.Epidermoide	13
			Melanoma	2
			Reticulosarcoma	1
61 - 70			Leiomiomasarcoma	1
			Ca.Epidermoide	13
71 - 80			Ca.Epidermoide	3
			Melanoma	1

Presentación de los datos obtenidos en pacientes de ambos sexos y cuyas edades van de 12 a 82 años.

Localización : Encla

Número de Casos : 67 Total

Sexo Femenino : 26 Casos

Sexo Masculino : 41 Casos

Edad	Benignas	No.de Casos	Malignas	No.de Casos
10 - 20	Q.Dentígero Epulis	1 1		
21 - 30	Epulis	1	Ca.Epidermoide	2
31 - 40	Ameloblastoma Epulis Q.Dentígero	1 2 1	Ca.Epidermoide	1
41 - 50	Epulis Lipoma	4 1	Ca.Epidermoide Plasmocitoma	4 1
51 - 60	Epulis Fibroma	1 1	Ca.Epidermoide Reticulosarcoma	15 1
61 - 70	Epulis Papiloma	1 1	Ca.Epidermoide	17
71 - 80			Ca.Epidermoide	9
81 - 90			Ca.Epidermoide	1

Presentación de los datos obtenidos en pacientes de ambos sexos y cuyas edades van de 12 a 76 años.

Localización : Maxilar

Número de casos : 38 Total

Sexo Femenino : 16 Casos

Sexo Masculino : 22 Casos

Edad	Benignas	No. de Casos	Malignas	No. de Casos
10 - 20	Q. Dentígero	2	Osteosarcoma	1
	Epulis	1	Rabdomiosarcoma	1
21 - 30	Q. Sebáceo	1	Sarcoma Neurogl- nico	1
	Adamantina	2		
31 - 40	Ameloblastoma	1		
41 - 50	Adamantina	2	Ca. Epidermoide	2
	Ameloblastoma	1	Condrosarcoma	1
	Epulis	1	Reticulosarcoma	1
	Lipoma	1		
51 - 60	Q. Dentígero	2	Ca. Epidermoide	3
	Ameloblastoma	2	Sarcoma Osteogl- nico.	1
	Epulis	2		
	Adamantina	1		
	Flegmon	1		
61 - 70	Ameloblastoma	1	Ca. Epidermoide	2
	Hemangioma	1		
	Adamantina	1		
71 - 80	Ameloblastoma	1	Ca. Epidermoide	1

Presentación de los datos obtenidos en pacientes de ambos sexos y cuyas edades van de 22 a 76 años.

Localización : Mejilla

Número de Casos : 13 Total

Sexo Femenino : 11 Casos

Sexo Masculino : 2 Casos.

Edad	Benignas	No.de Casos	Malignas	No.de Casos
21 - 30	Papiloma	1	Ca.Epidermoide	1
31 - 40			Ca.Epidermoide	1
41 - 50				
51 - 60	T.M.G.S.	1	Ca.Epidermoide	3
61 - 70			Ca.Epidermoide	3
71 - 80			Ca.Epidermoide	3

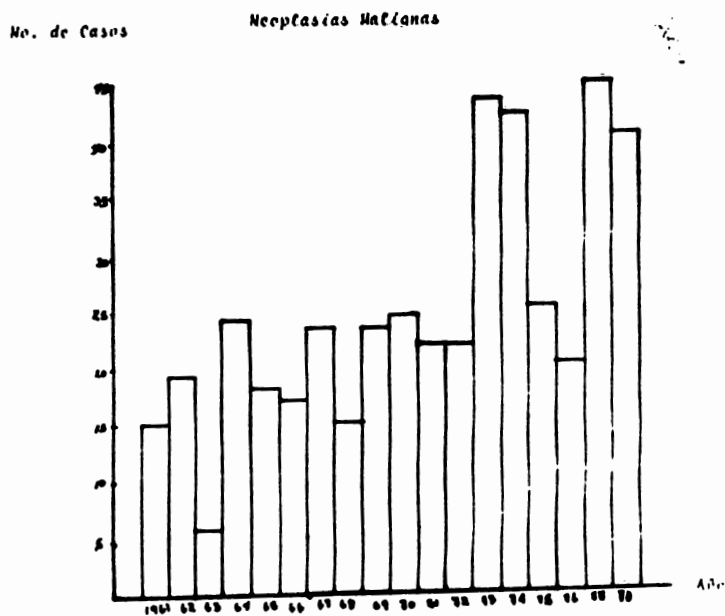
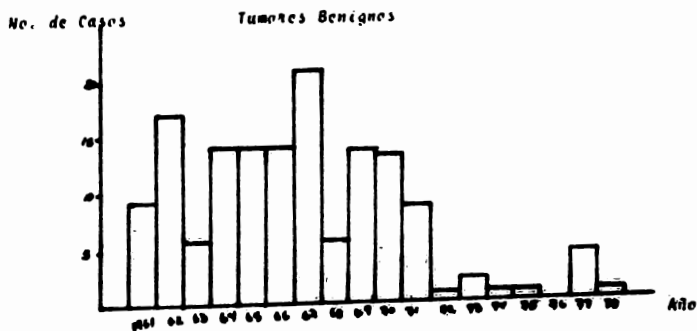
4.2.- Cuadros con la tabulación de datos.

4.3.- Gráficas.

PREVALENCIA DE LAS NEOPLASIAS ORALES.

<i>Benignas</i>		<i>Malignas</i>	
<i>Año</i>	<i>No. de Casos</i>	<i>Año</i>	<i>No. de Casos</i>
1961	9	1961	15
1962	17	1962	19
1963	6	1963	6
1964	13	1964	24
1965	13	1965	18
1966	13	1966	17
1967	21	1967	23
1968	6	1968	15
1969	13	1969	23
1970	12	1970	24
1971	8	1971	22
1972	1	1972	22
1973	2	1973	43
1974	1	1974	42
1975	1	1975	25
1976	0	1976	20
1977	4	1977	44
1978	1	1978	40

Prevalencia de las Neoplasias orales



TIPO DE NEOPLASIA MAS FRECUENTE EN CAVIDAD ORAL.

Benignas	No. de Casos	Malignas	No. de Casos.
Papiloma	26	Carcinoma	414
Leucoplakia	1		
Q. De Retención	1		
Mioblastoma	1		
Q. Dentígero	6		
Ameloblastoma	12		
Tumor Quístico	5		
Granuloma	1		
Adenoma	1		
Tumor M.G.S.	4		
Fibroma	21		
Epulis	17		
Lipoma	5		
		Leiomiোসarcoma	2
		Rabdomiোসarcoma	1
		Osteosarcoma	3
		Condrosarcoma	2
Hemangioma	29		
Angioma	1	Angiosarcoma	1
Linfangioma	2		
		Linfoma	2
		Reticulosarcoma	8
		Plasmocitoma	1
Neurilema	1		
Neurilemona	1	Sarcoma Neurogénico	1
Nevus	1	Melanoma	8
		Sarcoma Sinovial	1
Flegmon	1		
Q. Sebáceo	1		
Pólipos	1		

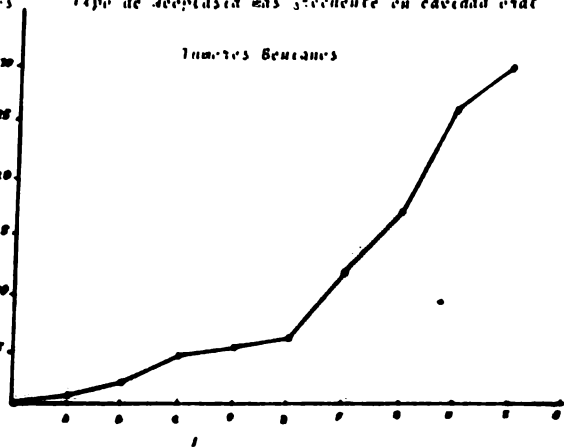
Benignas:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| <u>A.</u> Leucoplasia | <u>B.</u> Linfangioma |
| Q.De Retención | <u>C.</u> T.M.G.S. |
| Mioblastoma | <u>D.</u> Tumor Quístico |
| Granuloma | Lipoma |
| Adenoma | <u>E.</u> Q. Dentígero |
| Angioma | <u>F.</u> Ameloblastoma |
| Neurilema | <u>G.</u> Epulis |
| Neurilemoma | <u>I.</u> Papiloma |
| Nevus | <u>J.</u> Hemangioma. |
| Flegmón | |
| Q. Sebáceo | |
| Pólipos | |
| <u>H.</u> Fibroma | |

Malignas:

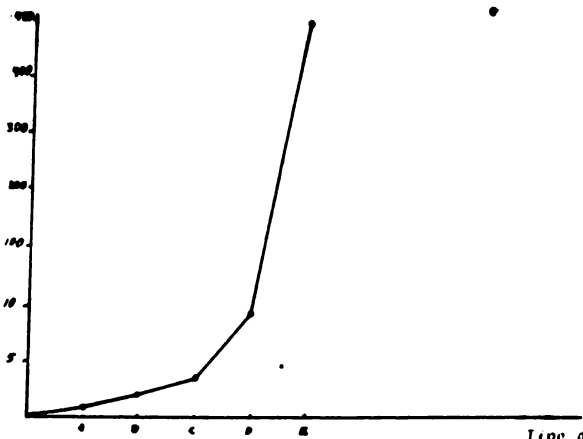
- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| <u>A.</u> Rabdomiosarcoma | <u>B.</u> Leiomiomasarcoma |
| Angiosarcoma | Condrosarcoma |
| Plasmocitoma | Linfoma |
| Sarcoma Neurogénico | <u>C.</u> Osteosarcoma |
| Sarcoma Sinovial | <u>E.</u> Carcinoma Epidermoide. |
| <u>D.</u> Reticulosarcoma | |
| Melanoma | |

No. de Casos *Tipo de Neoplasia más frecuente en cavidad oral*



Tipo de Tumor

No. de Casos *Neoplasias Malignas*



Tipo de Neoplasia

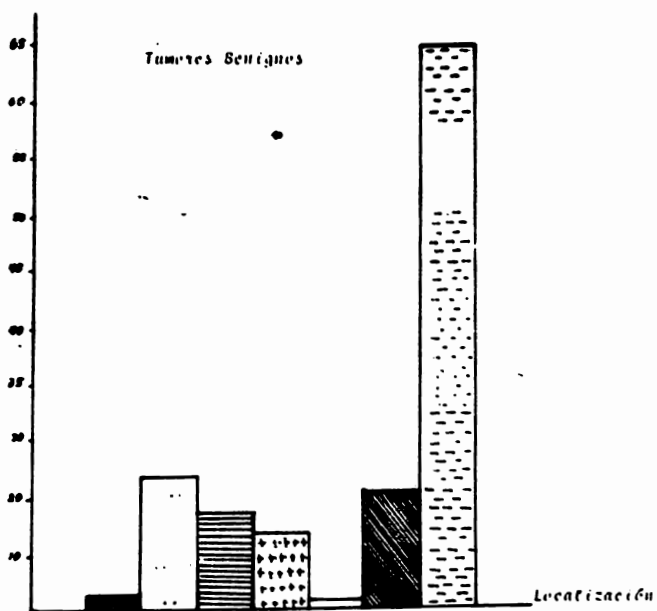
**LOCALIZACION MAS FRECUENTE DE LAS NEOPLASIAS
EN LA CAVIDAD ORAL.**

BENIGNAS		MALIGNAS	
<i>Localización</i>	<i>No. de Casos</i>	<i>Localización</i>	<i>No. de Casos</i>
<i>Lengua</i>	<i>64</i>	<i>Lengua</i>	<i>144</i>
<i>Labio</i>	<i>20</i>	<i>Labio</i>	<i>99</i>
<i>Piso de boca</i>	<i>1</i>	<i>Piso de boca</i>	<i>68</i>
<i>Paladar</i>	<i>14</i>	<i>Paladar</i>	<i>55</i>
<i>Encla</i>	<i>16</i>	<i>Encla</i>	<i>51</i>
<i>Maxilar</i>	<i>24</i>	<i>Maxilar</i>	<i>14</i>
<i>Mejilla</i>	<i>2</i>	<i>Mejilla</i>	<i>11</i>

#

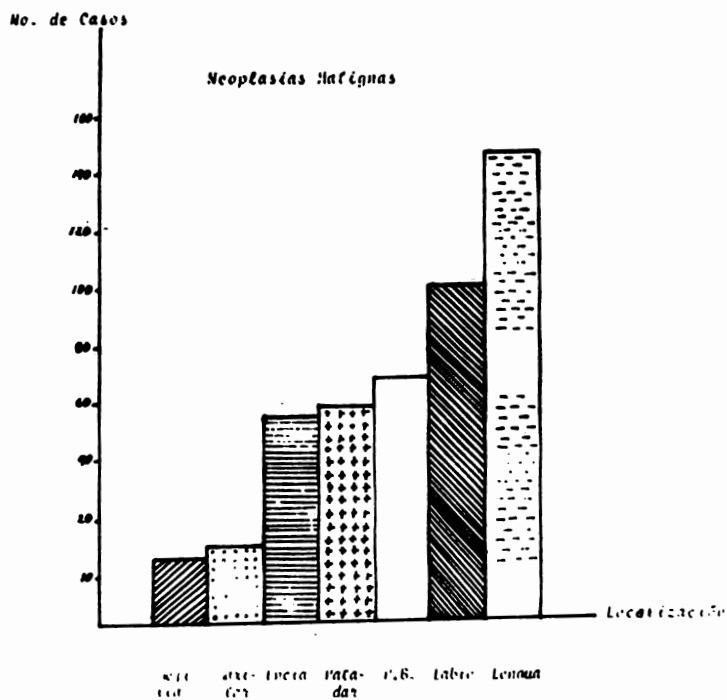
Localización más frecuente de las Neoplasias
en Cavidad oral.

No. de Casos



Meca-Clav - Max-Clav - Euc-Clav - PaCa-dav - P.B. - Labio - Lengua

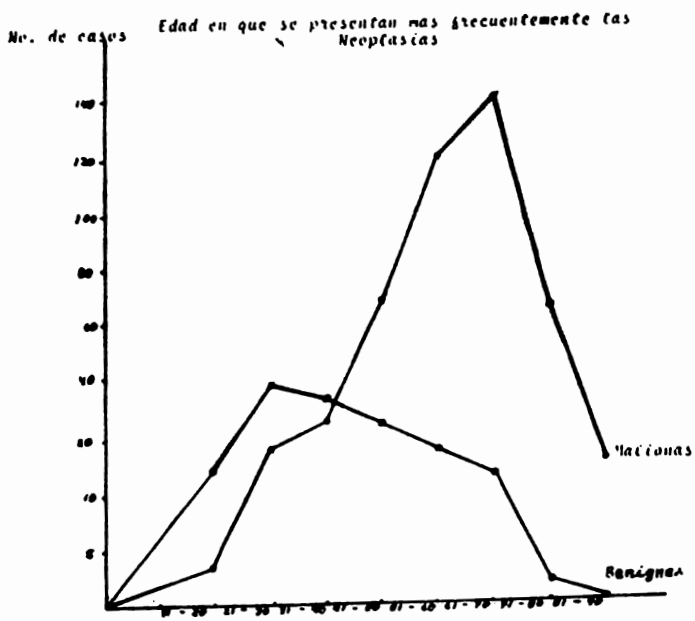
P.B. Piso de Boca *



P. S. Pazo de Beco

EDAD EN QUE SE PRESENTAN MAS FRECUENTEMENTE LAS NEOPLASIAS.

BENIGNAS		MALIGNAS	
Edad	No.de Casos	Edad	No.de Casos
10 - 20 años	14	10 - 20 años	3
21 - 30 años	39	21 - 30 años	17
31 - 40 años	31	31 - 40 años	25
41 - 50 años	25	41 - 50 años	66
51 - 60 años	17	51 - 60 años	117
61 - 70 años	13	61 - 70 años	137
71 - 80 años	2	71 - 80 años	62
81 - 90 años	0	81 - 90 años	15



SEXO EN QUE SE PRESENTAN MAS FRECUENTEMENTE LAS NEOPLASIAS.

Sexo : Femenino

Benignas		Malignas	
Edad	No.de Casos	Edad	No.de Casos
10 - 20	8	10 - 20	1
21 - 30	22	21 - 30	3
31 - 40	19	31 - 40	8
41 - 50	16	41 - 50	25
51 - 60	8	51 - 60	36
61 - 70	7	61 - 70	48
71 - 80	1	71 - 80	26
81 - 90	0	81 - 90	9

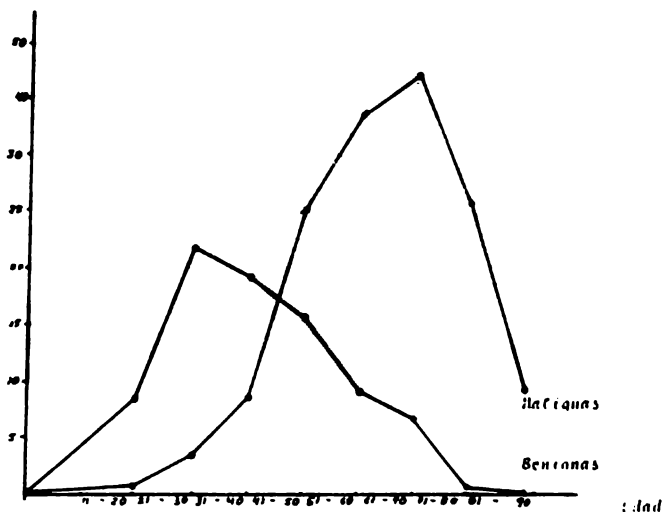
Sexo : Masculino

Benignas		Malignas	
Edad	No.de Casos	Edad	No.de Caso
10 - 20	6	10 - 20	2
21 - 30	17	21 - 30	14
31 - 40	12	31 - 40	17
41 - 50	9	41 - 50	41
51 - 60	9	51 - 60	81
61 - 70	6	61 - 70	88
71 - 80	1	71 - 80	37
81 - 90	0	81 - 90	6

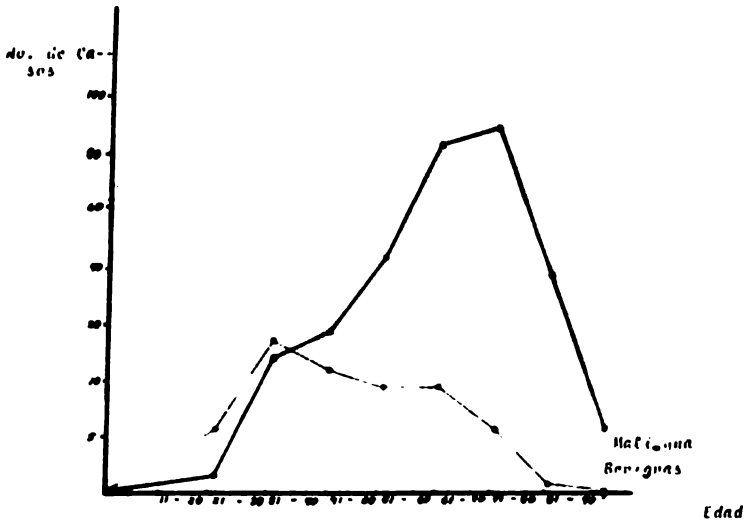
Frecuencia de Neoplasias Colorada
Sexo

No. de Casos

Sexo Femenino



Sexo Masculino



TIPO DE NEOPLASIA DE MAYOR INCIDENCIA EN CAVIDAD ORAL.

1.) Carcinoma Epidermoide

Localización	No. de Casos	Sexo: F.	M.	Edad promedio.
Lengua	141	50	91	35 - 77 años
Labio	97	41	56	42 - 84 años
Piso de boca	69	13	56	50 - 80 años
Paladar	40	12	28	38 - 74 años
Encla	49	17	32	24 - 82 años
Maxilar	8	3	5	45 - 75 años
Mejilla	11	10	1	23 - 76 años

2.) Hemangioma

Lengua	17	10	7	11 - 63 años
Labio	11	8	3	11 - 35 años
Piso de boca	0			
Paladar	0			
Encla	0			
Maxilar	1		1	61 - 70 años
Mejilla	0			

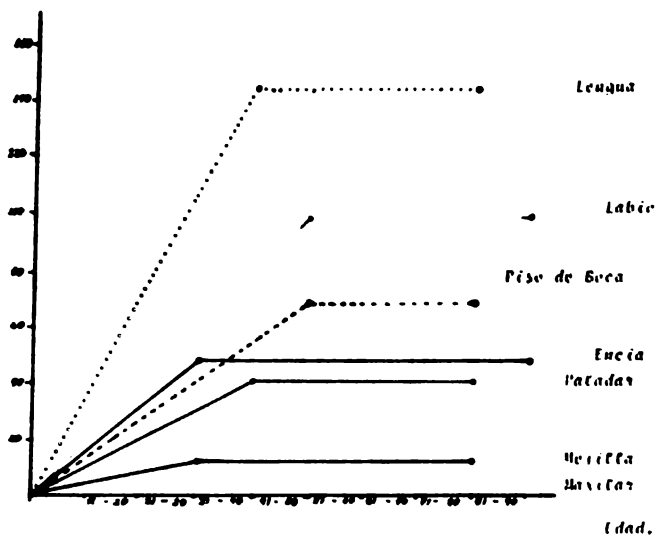
3.) Papiloma

Lengua	19	15	4	11 - 70 años
Labio	2		2	31 - 70 años
Piso de boca	0			
Paladar	3	2	1	21 - 40 años
Encla	1		1	61 - 70 años
Maxilar	0			
Mejilla	1	1		21 - 30 años

#

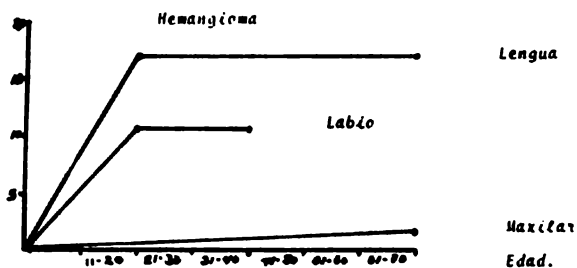
Localización de casos afección de
Carcinoma Epidermoide

No. de Casos



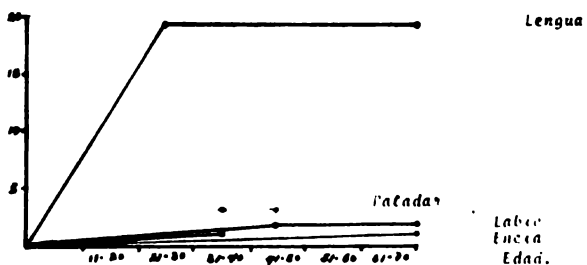
Localización de mayor frecuencia de:

No. de Casos



Papiloma

No. de Casos

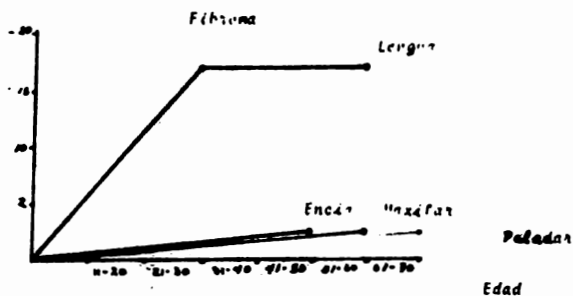


<u>4.) Fibroma</u>					
Localización	No.de Casos	Sexo:	F.	M.	Edad promedio
Lengua	17		7	10	21 - 60 años
Labio	1			1	61 - 70 años
Piso de boca					..
Paladar	1		1		61 - 70 años
Encla	1			1	51 - 70 años
Maxilar	0				
Mejilla	0				

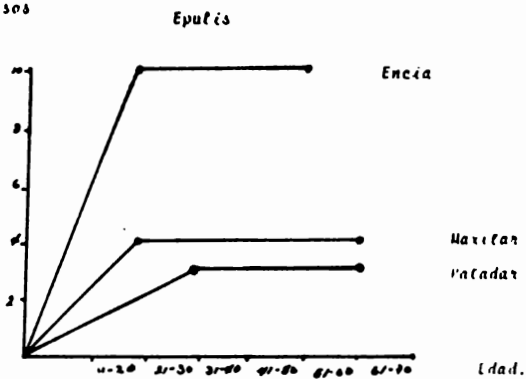
<u>5.) Epulis</u>					
Lengua	0				
Labio	0				
Piso de boca	0				
Paladar	3		2	1	21 - 60 años
Encla	10		6	4	20 - 50 años
Maxilar	4			4	11 - 60 años
Mejilla	0				

• • •

No. de Casos



No. de Casos



Benignas

Lengua

Dx. Histológico	T. Evolución	Síntomas	O. Cervicales	RxTórax	Dx Clínico	Correlación
Neurolleoma	1 mes-20 años	Dolor			Papiloma	-
Hemangioma		Prurito			Papiloma	-
Papiloma					Papiloma	+
Mioblastoma	15 años	Dolor			Mioblastoma	+
Papiloma	8 años	Asintomático			Granuloma	-
T. H. O. S.	4 meses	Odinofagia Halgias			T. H. O. S.	+
Fibroma	1 mes-22 años	Dolor	+		Fibroma	+
Lipoma	2 años	Edema Dolor	+		Lipoma	+
Fibropapiloma	20 días-22 años	Dolor	+		Hemangioma	-
Hemangioma	Hipertemia	Calos frios Edema Disfagia			Hemangioma	+
Linfangioma	16-32 años	Dolor	+		Linfangioma	+
Neurolleoma	38 días-13 años	Dolor Disfagia Disfonia Disnea	+		Neurolleoma	-

<u>Dx. Histológico</u>	<u>T. Evolución</u>	<u>Síntomas</u>	<u>G. Cervicales</u>	<u>RxTórax</u>	<u>Dx Clínico</u>	<u>Correlación</u>
<u>Labio</u>						
Papiloma	10 años	Asintomático			Papiloma	+
Q.G.S.	1 mes	Dolor			Leucoplicia	-
Adenoma	1 año	Dolor			Adenoma	+
Fibroma	25 años	Nolesitas			Fibroma	+
Hemangioma	17 años				Hemangioma	+
Angioma	2 meses	Dolor			Angioma	+
Linfangioma	4 meses	Asintomático			Linfangioma	+
Melanosis	2 años	Asintomático			Nevus	-
<u>Piso de Boca</u>						
T. Mixto	3 meses	Dolor			T. Mixto	+
<u>Paladar</u>						
Papiloma	2 semanas	Dolor	+		Papiloma	+
	7 años	Fiebre				
T.M.G.S.	4 meses	Dínea			T.M.G.S.	+
T.M.G.S.	8 años				T. Quístico	-
Ameloblastoma	6 meses				Ameloblastoma	+
Fibroma	4 años	Asintomático			Fibroma	+
Eplúis	10 años	Dialalia			Eplúis	+
<u>Encía</u>						
Fibropapiloma	7 años	Dolor			Papiloma	-

Dx. Histológico	T. Evolución	Síntomas	O. Cervicales	RxTórax	DxClínico	Correlación
Q. Dentígero	3 meses 1 año	Odisofagia Flebas Disfagia Dislalia			Q. Dentígero	*
Ameloblastoma	5 años	Asintomático	*		Ameloblastoma	*
Fibroma	10 años	Asintomático			Fibroma	*
Eplis	3 meses 20 años	Dolor			Eplis	*
Lipoma	6 años	Dolor			Lipoma	*
<u>Maxilar</u>						
Q. Dentígero	1-3 años	Puntito Hipertermia Resequedad de narinas Disfagia Dislalia			Q. Dentígero	*
Ameloblastoma	1 mes 20 años	Dolor Mareos Dislalia			Ameloblastoma	*
ulís	6 años	Dolor Anorexia			Eplis	*
Hemangioma	2 años	Asintomático	*		Hemangioma	*
Lipoma	10 años	Asintomático			Lipoma	*
Q. Sebáceo	3 meses	Puntito Dolor			Q.- Sebáceo	*
egmen	18 meses	Clasofalos	*		Flegmon	*

Dx. Histológico	T. Evolución	Síntomas	G. Cervicales	RxTórax	DxClínico	Correlación
<u>Mejilla</u>						
Papiloma	4 meses	Prurito			Papiloma	+
Fibroma	2 años	Asintomático	+		T.Q.G.S.	-

NOTA: En este tipo de Neoplasias las manifestaciones en ganglios cervicales son solamente de tipo - inflamatorio.

T.M.G.S. - Tumor Mixto de las Glándulas Salivales

T. Mixto.- Tumor Mixto

T. Quístico.- Tumor Quístico

Q. Dentígero.- Quiste Dentígero.

Histológico	T. Evolución	Síntomas	G. Cervicales	RxTórax	DxClínico	Correlación
Ignor						
Epidermoide	3 Semanas a 20 años	Perdida de Peso Caquexia Sangrado Túnel Dialfonia Otalgia Odinofagia Sialorrea Parestesia Astenia Ardor Disfagia Náuseas Purito Pálidos Dialalia Cefalea Anorexia Disartria Hipertermia	+++	+++	Ca. Epidermoide	+
Mucoepidermoide	4 meses	Odinofagia	+		Adenocarcinoma	-
carcinoma	3 meses	Perdida de Peso Disfagia Odinofagia			Adenocarcinoma	+
novioma	5 meses	Perdida de Peso Disfagia Astenia Hiporexia	+	+	Sinovioma	+
giosarcoma	3 meses	Asintomático			Angiosarcoma	+
ticulosarcoma	4 meses	Astenia Adinamia Hipertermia	+		Ca. Epidermoide	-

<u>Histológico</u>	<u>T. Evolución</u>	<u>Síntomas</u>	<u>G. Cervicales</u>	<u>RxTóax</u>	<u>DrClínico</u>	<u>Correlación</u>
--------------------	---------------------	-----------------	----------------------	---------------	------------------	--------------------

labio

1. Epidermoide	7 días- 4 años	Pérdida de peso Sangrado Disfagia Odinofagia Dolor Prurito Ardor Fiebre Cefaleas Calofríos Hidetas Astenia Anorexia	***		Ca. Epidermoide	*
linfoma	20 años	Asintomático	*		Linfoma	*
elanoma	7 años	Asintomático			Melanoma	*

lso de Boca

1. Epidermoide	1 mes- años	Pérdida de peso Caquexia Sangrado Disfonia Sialorrea Disfagia Ptialismo Odinofagia Dialia Dolor Ardor Fiebre	***	**	Ca. Epidermoide	*
carcinoma	5 años	Pérdida de peso	*		Carcinoma	*

<u>Dx Histológico</u>	<u>T. Evolución</u>	<u>Síntomas</u>	<u>G. Cervicales</u>	<u>RxTórax</u>	<u>DxClínico</u>	<u>Correlac</u>
		Astenia Obstrucción nasal				
Condrosarcoma	3 años	Sangrado			Condrosarcoma	*
Reticulosarcoma	8 meses	Pérdida de Peso Sangrado Odinofagia Sialorrea Disfagia Disfonía Calofríos Astenia Fiebre Diaforesis	*		Reticulosarcoma	*
Melanoma	2 semanas a 13 años	Pérdida de peso Sangrado Dolor Anorexia	**	*	Melanoma	*
<u>Paladar</u>						
Ca. Epidermoide	1 mes- 10 años	Pérdida de peso Trismus Sangrado Odinofagia Disfagia Dolor Prurito Fiebre Mialgias Artralgias Cefaleas Rinorrea Anosmia	**	-	Ca. Epidermoide	*

Dx Histológico	T. Evolución	Síntomas	O. Cervicales	ExTórax	DxClínico	correlación
a. Adenoquistico	6 años	Dolor Edema		*	Ca. Adenoquistico	*
leiomiosarcoma	6 meses	Pérdida de peso Odinofagia Dolor			Leiomiosarcoma	*
umor Mixto	1 año	Dolor			Tumor mixto	*
a. Epidermoide	1 mes a	Pérdida de Peso Caquexia Gingivorragias Disfagia Odinofagia Ptilatismo Dolor Cefáleas Adinamia Fiebre Vómito Calos fríos Disfonía	+++	**	Ca. Epidermoide	*
umor mixto	3 años	Asintomática			Tumor mixto	*
reticulosarcoma	1 mes	Pérdida de peso Sangrado Odinofagia Disfagia Sialorrea			Reticulosarcoma	*
<u>Acción</u>						
a. Epidermoide	3 meses	Pérdida de Peso Odinofagia Fiebre Calos fríos			Ca. Epidermoide	*

Dx Histológico	T. Evolución	Síntomas	G. Cervicales	RxTórax	Dx. Clínico	Correlación
Rabdomiosarcoma	3 meses	Tálmus Paresia Astenia			Rabdomiosarcoma	+
Osteosarcoma	7 meses a 3 años	Edema Lagrimeo Dolor	+	+	Osteosarcoma	+
Condrosarcoma	9 años	Dolor			Condrosarcoma	+
Retículo sarcoma	4 meses	Disfagia Sialorrea Hipertemia Rinorrea Ardor Astenia	+		Retículo sarcoma	+
Sarcoma Mesodermico	5 meses	Asintomático			Fibroma	-
<u>Mejilla</u>						
Ca. Epidermoide	3 meses 4 años	Pérdida de Peso Sangrado Dolor	+	+	Ca. Epidermoide	+
Ca. Mucoepidermoide	5 meses 20 años	Pérdida de Peso Tálmus Sangrado Edema Prurito.	+	+	Ca. Mucoepidermoide+	

Conclusiones

En esta investigación tratamos de expresar la importancia que tiene el conocer determinados puntos de la "Prevalencia de las Neoplasias Orales", en la práctica odontológica. Del estudio estadístico lo realizado en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional.

1.- El año en que se presentaron mayor número de neoplasias fué 1967 para tumores benignos y 1977 para neoplasias malignas.

2.- El tipo de neoplasia que con más frecuencia se presentó en cavidad oral fue: Hemangioma para benignas y Carcinoma Epidermoide para malignas.

3.- La localización de mayor incidencia de las neoplasias orales fue en lengua tanto para benignas como para malignas.

4.- La edad en que predominaron las neoplasias fue 38 años en benignas y 57 años en malignas.

5.- El sexo mayormente afectado por cualquier tipo de tumor ya sea benigno o maligno es el masculino, con una relación de 4 a 6.

6.- De los tumores benignos observamos que el hemangioma fue el más frecuente, presentándose en el intervalo de edades de 21 a 70 años, predominando más en lengua y menos en maxilar y afectando más al sexo femenino que al masculino.

7.- De las Neoplasias malignas observamos que el carcinoma epidermoide fue el más frecuente, presentándose con mayor incidencia en el intervalo de edades de 41 a 80 años, predominando más en lengua y menos en maxilar, y afectando más al sexo masculino que al femenino en un 54.2%.

8.- El tiempo de evolución en los tumores benignos es de 11 años y de 8 años en las neoplasias malignas.

9.- La Sintomatología más común en los tumores es:

Benignas:	Malignas:
Dolor localizado	Disminución de peso
Prurito	Caquexia
Odinofagia	Sangrado .
Díscnea	Trismus
Mialgias	Disfonía
Edema	Otalgias
Hipertermia	Gingivorragias
Calosfríos	Odinofagia
Dislalia	Disfagia
Disfagia	Sialorrea
Disfonía	Parestesia
Anorexia	DoPor Irrradiado
	Ardor
	Astenia
	Nadceas
	Prurito
	Palidez
	Dislalia
	Cefalea
	Anerexia
	Hipertermia
	Disartria
	Calosfríos
	Rinorrea
	Antralgias

10.- En los tumores benignos no se ven afectados - los ganglios cervicales, cuando se observa alteración - de alguno de ellos es solamente de tipo inflamatorio, - mientras que en las neoplasias malignas es muy común --

ver metástasis ganglionar.

11.- La metástasis pulmonar sólo se presentará en algunos en neoplasias malignas.

12.- En el 90% de los casos revisados en el Hospital hubo corroboración positiva del Diagnóstico Histológico con el Diagnóstico clínico tanto para neoplasias benignas como malignas.

A N E X O S

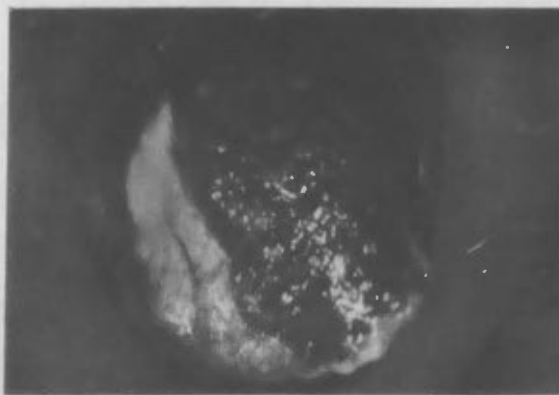
- 1).- *Presentación de algunos casos de Tumores Benignos y Neoplasias Malignas*
- 2).- *Reporte de 10 casos de pacientes fallecidos.*
- 3).- *Revisión de algunos artículos relacionados con el tema.*

Tumores Benignos



- 1) *Hemangioma Lingual*
- 2) *Hemangioma Labial*
- 3) *Papiloma*
- 4) *Leucoplasia de Piso de Boca*
- 5) *Leucoplasia*

Hemangioma Lingual



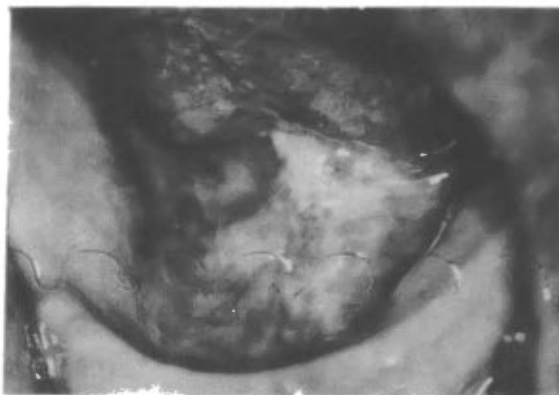
Hemangioma Labial



Papiloma



Leucoplasia de piso de boca



Leucoplasia

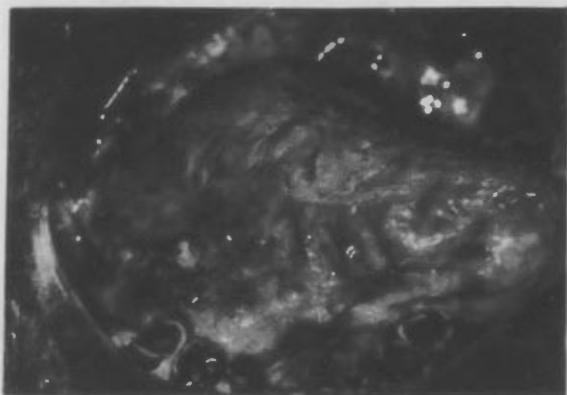


Neoplasias Malignas



- 1) *Carcinoma Epidermoide Lingual Inicial y final*
- 2) *Carcinoma Epidermoide Lingual Inicial y final*
- 3) *Carcinoma Epidermoide de Labio inicial y final*
- 4) *Carcinoma Epidermoide de Piso de Boca inicial y final*
- 5) *Carcinoma Epidermoide de Labio inicial y final*
- 6) *Melanoma inicial y final.*

*Carcinoma Epidermoide Lingual
Inicial*



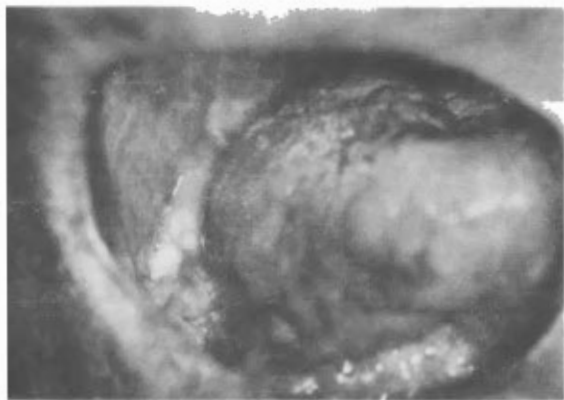
*Carcinoma Epidermoide Lingual
Final*



*Carcinoma Epidermoide Lingual
Inicial*



*Carcinoma Epidermoide Lingual
Final*



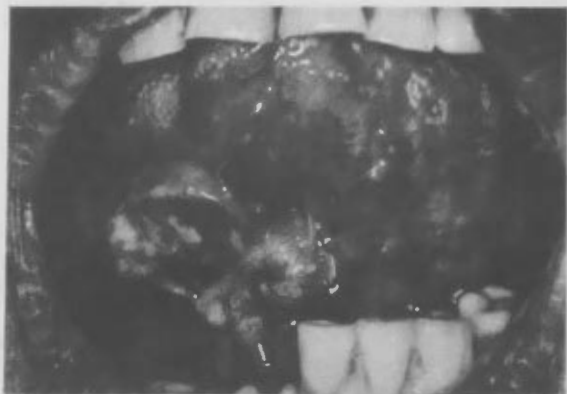
*Carcinoma Epidermoide de Labio
Inicial*



*Carcinoma Epidermoide de Labio
Final*



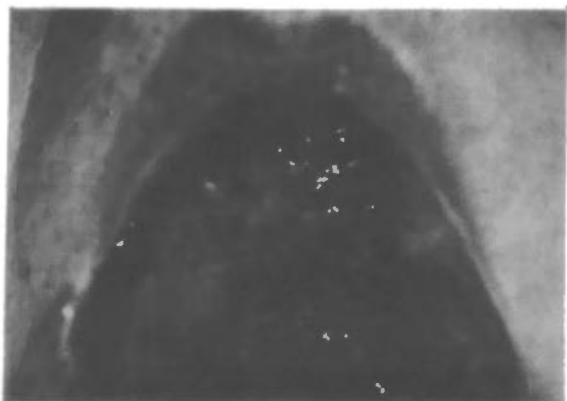
*Carcinoma Epidermoide de piso de boca
Inical*



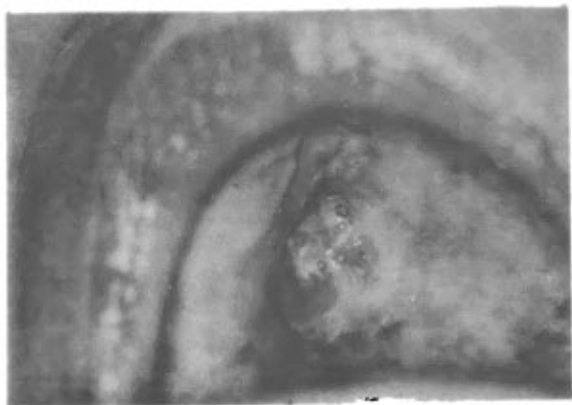
*Carcinoma Epidermoide de piso de boca
Final*



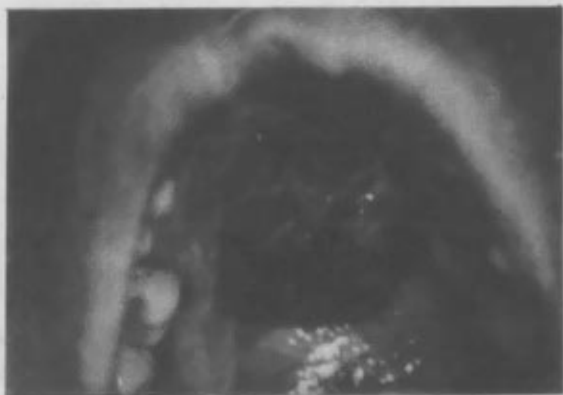
*Carcinoma Epidermoide de paladar
Inicial*



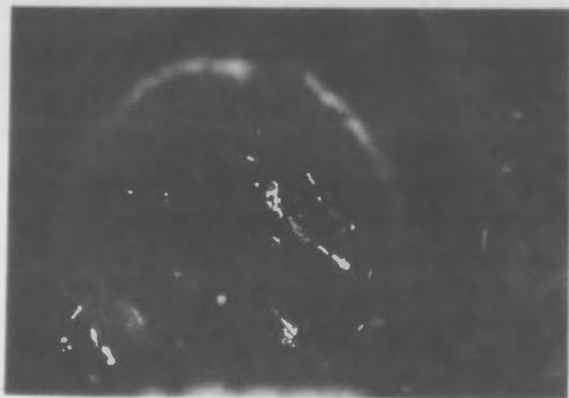
*Carcinoma Epidermoide de paladar
Final*



*Melanoma
Initial*



*Melanoma
Final*



*bruscamente paro cardiorrespiratorio irreversible a las ----
12.40 Hrs.*

*Inicio Padecimiento: Mayo de 1976, con ulceraciones en borde
lateral de la lengua.*

Diagnóstico: 30/IX/1976. Carcinoma Epidermoide de Lengua.

Tratamiento: 4/X/1976. QT

19/X/1976. QT

1/XI/1976. RT 4500 Rads. con dos cuñas

*20/XII/1976. RT 5000 Rads. y se programa para --
implante con agujas de Radium.*

23/XII/1976. QT

*29/XII/1976. Implante de agujas de Radium con --
dosis de 4500 Rads.*

30/XII/1976. QT

13/I/1977. QT.

L.C.R.

Dx. Sinovioma de base de Lengua.

Sexo: Masculino

Edad: 21 años

Fecha de Ingreso: 12/XII/1974

Fecha de Defunción: 13/XII/1974.

RESUMEN CLINICO :

Hombre de 21 años de edad con padecimiento de 22 meses de evolución, con tumoración submaxilar adquirida de crecimiento rápido, con disfonía, disfagia, astenia, adinamia y pérdida de peso. En la exploración se encontró una neoplasia bien limitada, entre base de lengua y epiglotis, con extensión hacia adelante a piso de boca de 7X6X5 cm. . Se hizo el diagnóstico de Sinovioma de base de lengua (0-73-40-86), en la pieza quirúrgica del 28 de enero del 73. Posteriormente -- se le efectuó curetaje óseo con fijación interdentomaxilar -- por pseudoartrosis postquirúrgica. Se le descubrió acción -- tumoral en la región submaxilar izquierda por lo que fue sometido a disección radical de cuello izquierdo el 10 de enero del 74, lo que se informó como tumor residual de sinovioma en parótida; estructuras musculares y metástasis a 3 ganglios linfáticos y yugulares inferiores (0-74-236). Posteriormente fue tratado con QT y RT en vista de la gran actividad tumoral y la imposibilidad para un tratamiento quirúrgico más amplio, y a la presencia de metástasis pulmonares. El 13/XII/1974 falleció a las 12.20 Hrs. Exámenes de laboratorio: Hemoglobina 16.3 g. ; Hematócrito 52, Leucocitos 3700 Otras biopsias: (0-73-3646) y (0-76-5571).

Inicia Padecimiento: Enero de 1973. Masa carnosa ovalada, -- sangrante.

Diagnóstico : 11/VI/1973. Tumoración de base de lengua.

Tratamiento: 21/VI/1973. Cirugía. Traqueostomía.

28/VI/1973. Extirpación tumoral de base de lengua.

31/VIII/1973. Curetaje óseo y alambrado de Winter. Traqueostomía.

- 10/I/1974. Resección radical de cuello izquierdo y resección parcial de tumor residual.
- 7/III/74. QT.
- 11/III/74. RT. 5000 Rads. para lengua con campos opuestos y paralelos.
- 16/V/1974. QT. Termina Tmto. de RT.
- 8/VII/74. Biopsia de ganglios paratraqueales.
- 9/VIII/74 al 15/X/74. QT.
- 21/X/74. Alta definitiva porque no cura con QT. Se remite a Urgencias porque ya no hay que ofrecerle puesto que ya se le dió QT, RT y Cirugía.
- 12/XII/74. Alas 12.20 Hrs. presenta paro -- cardiorrespiratorio en Urgencias.

I.C.R. Dx. Carcinoma epidermoide de piso de boca.
Sexo: femenino Edad: 58 años
Fecha de Ingreso: 21/VI/1972.
Fecha de Defunción: 15/VII/72.

RESUMEN CLINICO :

Femenino de 58 años de edad; tabaquismo moderado.

Padecimiento actual: En febrero del 72, presentó tumoración de 0.5 cm. de diámetro en la encía a nivel del -- primer molar y piso de boca, indoloro, aumentó progresivamente de volúmen extendiéndose al borde alveolar del maxilar derecho. El mencionado tumor sangró ocasionalmente.

Exploración física: TA.140/90, Pulso 72/minuto. Presenta tumor exoflstico localizado en la mitad derecha de -- piso de boca, toma el carrillo de ese mismo lado, por a--- trás se extiende al trígono, aparte de la mitad izquierda. Por delante toma el frenillo, presenta la parte central -- úlcera de 0.6 cm. e invade la región suprahiodea.

La biopsia de la lesión reportó Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (0-72-4199-2). El día 1o. -- del VII/72. se practicó traqueostomía y extracción de múltiples totales de la mandíbula, encontrándose gran tumoración en el piso de la boca que invade la arcada inferior. El 4 del mismo mes se valoró para RT, recibiendo en total 4 sesiones. Había sido dada de alta con control del tratamiento. El día de su fallecimiento reingresó por presentar sangrado de la tumoración en cantidad aproximada de 100 ml A su ingreso la traqueostomía funcionaba adecuadamente, -- presentando nuevamente sangrado tanto por boca como por la insición de la traqueostomía que produjo broncoaspiración y muerte.

Inicia Padecimiento: Febrero de 1972. Tumoración blanquecina.

Diagnóstico: 21/VI/72. Carcinoma epidermoide de piso de boca

Tratamiento: 5/VII/72. RT. 3000 Rads. y se valoró para aumentar la dosis a 1000 rads. más al terminar la dosis inicial.

15/VII/72. Muere por broncoaspiración.

F.H.F. Dx. Carcinoma epidermoide de encla.
Sexo: Masculino Edad: 58 años
Fecha de Ingreso: 23/VIII/65.
Fecha de Defunción: 17/X/65.

RESUMEN CLINICO :

Paciente de 58 años, del sexo masculino, que refirió - antecedentes de hematemesis y melena, que en Enero del 65 se le diagnosticó como ulcerosa. Además de Carcinoma epidermoide de encla (8-4-65), por lo cual se le practicó en su lugar de origen, hemimandibulectomia izquierda con disección radical de cuello (20-4-65); presentando posteriormente recurrencia en piso de boca que fue tratada con RT, persistiendo dicha recurrencia, por lo que fue enviado a esta Unidad.

Evolución: 25-8-65. Asistió a consulta del Servicio de RT, en contrando un tumor que se extendía por todo el piso - de la boca, invadía encla derecha, labio y parte del frenillo, media 6X4X1.5 cm. No se encontraron metástasis ganglionares; su estado general era aceptable. Una revisión fue reportada como carcinoma epidermoide (0-65-3236). Se consideró suministrar tratamiento paliativo con RT no observando respuesta satisfactoria al tratamiento. Observando al paciente pérdida de apetito y astenia.

El 17-10-65 se presentó en el Servicio de Urgencias en malas condiciones generales con la lesión antes mencionada, - presentando cuadros de 6 hrs. de evolución caracterizado por vómitos de color negruzco en cantidad abundante precedida de estado nauseoso. A la exploración se encontró paciente pálido, caquético con PA 90/60; Pulso 120/min. campos pulmonares limpios. En abdomen se encontró un dolor intenso, difuso, -- sin signo peritoneal positivo. Presentó hematemesis abundante, falleciendo a las 16:45 hrs.

Inicia Padecimiento: Marzo de 1965. Tumor, lesión indura enrojecida y brillante.

Diagnóstico: 8-4-65. Carcinoma epidermoide de encla.

Tratamiento: 20-4-65. Cirugía. Operación tipo Comando efectuándose hemimandibulectomía y radical de cuello izquierdo.

8-5-65 - 18-6-65. RT 5000 Rads.

25-8-65. RT

25-8-65. QT

3-9-65. RT 3000 Rads. hasta el 29-9-65

17-10-65. Muere a las 16.45 Hrs. con vómito abundante sanguinolento y dolor intenso en vientre.

Probable causa de muerte: Anemia aguda por hemorragia grave y la consiguiente hipoxia cerebral.

O.S.de R.B.

Dx. Reticulosarcoma Labial

Sexo: Femenino

Edad: 67 años.

Fecha de Ingreso: 12-2-73.

Fecha de Defunción: 13-2-73.

RESUMEN CLINICO :

Antecedentes Familiares: hermana muerta por carcinoma mamario.

Antecedentes Personales: diabetes mellitus de 31 años de evolución. Carcinoma Basocelular en surco nasogenia no izquierdo (0-67-4114) con límites quirúrgicos libres de lesión. Evolucionó sin actividad tumoral hasta agosto de 1972, en que presenta adenopatía cervical múltiple y tumor de 2.5 cm. en mama izquierda en cuadrante supero-externo, - las biopsias de ganglios y mamas: 0-72, 5930, 6022, 6101, 6147 informadas como reticulosarcomas. Refirió además pérdida de 6 Kg. de peso: se le dió C-F-A con buena respuesta por disminución de masas ganglionares pero con intolerancia -- gástrica y persistencia del nódulo mamario. A finales de enero de 1973, inició tratamiento con RT a mama izquierda 3000 Rads. con lo cual el nódulo desapareció pero apareciendo nuevamente las adenopatías cervicales y axiales.

El laboratorio informó en febrero: acidosis metabólica de 6.7 en orina leucocitaria, huellas de hemoglobina y además presentó edema de miembros inferiores, injurgitación yugular, derrame pleural, ascitis e insuficiencia -- respiratoria.

Inicia Padecimiento: Agosto de 1968. Con masa tumoral.

Diagnóstico: Agosto de 1972. Masa tumoral.

Tratamiento: Enero de 1973. QT RT 3000 Rads.

13-2-73. Muere por paro respiratorio.

R.P.P. Dx. Carcinoma epidermoide del velo -
del paladar.

Sexo: Femenino Edad: 68 años

Fecha de Ingreso: 10-7-70.

Fecha de Defunción: 8-8-70.

RESUMEN CLINICO :

Se trata de paciente femenino de 68 años de edad, -- con padecimiento de 4 y medio meses de evolución, caracterizado por la presencia de tumoración en el lado izquierdo, a nivel del último molar, que se extendió hasta 1 cm. de la úvula y al tercio posterior izquierdo del paladar duro, destruyendo el vestibulo, lesión exofística ulcerada. Evolucionó en forma progresiva hasta medir 5X3 cm. acompañandose de dolor y disfagia. Se tomó biopsia en esta Unidad (0-70-3981): Carcinoma epidermoide fusocelular del velo del paladar. Se planeó tratamiento con RT, se inició el 16-7-70 y se suspendió por las condiciones de ventilación precarias de la paciente atribuidas a masa tumoral. Falleció la paciente con manifestaciones de insuficiencia respiratoria severa el 8-8-70.

Inicia Padecimiento: Marzo de 1970. Masa tumoral, lesión exofística ulcerada.

Diagnóstico: 14-7-70. Carcinoma epidermoide fusocelular -- del velo del paladar.

Tratamiento: 16-7-70. RT que se suspende por condiciones -- de ventilación precaria.

8-8-70. Muere por insuficiencia respiratoria.

M.F.D.

Dx. Carcinoma epidermoide de paladar.

Sexo: Masculino

Edad: 75 años.

Fecha de Ingreso: 21-7-65.

Fecha de Defunción: 23-8-65.

RESUMEN CLINICO :

Después de la extracción de una pieza dental empezó a notar una tumorción en cara externa de rama ascendente izquierda de mandíbula, la cual fue creciendo y se acompañó de obstrucción y secreción purulenta por oído izquierdo, disfagia, hipoacúsia y mal estado general. Presenta asimetría de la cara por tumorción de la región parotídea izquierda de 5x4 cm. dura, fija al hueso, que se prolonga hacia el maxilar y región preauricular. En la cavidad oral existe una tumorción que abarca la mitad izquierda de la cavidad, desde mandíbula en el borde alveolar por detrás de los incisivos, de aspecto mamelonado y ulcerado, se continuaba por carrillo -- hasta borde alveolar del maxilar y paladar duro, llegando -- más allá de la línea media y casi hasta tercio anterior llegaba hasta fosa amigdalina, destruyendo pilar anterior y posterior continuándose hasta faringe.

El 23 de julio se le practicó biopsia (0-65-2731) que resultó: Carcinoma epidermoide grado II de Broders.

El día 29 de julio inició RT con C 0-60 que continuó -- hasta el día 19-8-65. El estado del paciente se agravó el -- día 23 de agosto en que presentó estado inconciente, hipotermia, hipotensión, bradicardia, estertores crepitantes y subcrepitantes en ambos campos pulmonares, salida de secreción sanguinopurulenta por boca. El paciente falleció a las 22 Hs de ese día.

Inicia Padecimiento: Enero del 65. Masa tumoral dura y fija, mamelonada y ulcerada.

Diagnóstico: Carcinoma epidermoide invasor.

Tratamiento: 23-7-65. Biopsias.

29-7-65. al 19-8-65 RT con C 0-60

23-8-65. Muere a las 22 Hrs.

O.C.J. Dx. Reticulosarcoma

Sexo: Masculino Edad: 42 años.

Fecha de Ingreso: 6-2-73.

Fecha de Defunción: 15-2-73.

RESUMEN CLINICO :

Inició su padecimiento 5 meses antes con ardor faríngeo, rinorrea, fiebre vespertina, un mes después dolor faríngeo, disfagia y disfonía, placa blanquecina en paladar dolorosa; pérdida de peso.

Lesión ulcerada en paladar de 4X3 cm. cubierta de material necrótico, dura, dolorosa, fija al paladar, a planos -- profundos, cuello. con múltiples masas duras en regiones submaxilares y espinales, desviación de la comisura bucal a la izquierda y edema labial. Se practicó traqueostomía por insuficiencia respiratoria, Biopsia de lesión de paladar y ganglio espinal (0-73-818): Proceso neoplásico maligno indiferenciado muy sugestivo de reticulosarcoma. El día 10 se encontró aumento de volumen del prepucio y secreción purulenta surco balano-prepucial. Se inició tratamiento con RT y QT -- simultáneos; a partir del día 14 presentó vómitos porráceos, el día 15 a las 2 Hrs. se exacerbó la insuficiencia respiratoria, presentó hipotensión, extertores audibles, taquicardia, politiros, cianosis distal y falleció a las 7 Hrs.

Inicia Padecimiento: Septiembre del 72. Lesión ulcerada en paladar.

Diagnóstico: 15-9-72. Reticulosarcoma.

Tratamiento: 12-11-73. RT y QT simultáneos. Biopsia.

- 4-1-68. QT
26-1-68. RT
14-2-68. QT y Cirugía. Disección radical de --
cuello.
16-2-68 al 31-8-68. QT
24-9-68. RT *Vósis Inicial* 15 Millicuries de 1--
131.
30-9-68. RT 10.4 de 1-131
26-8-69 al 28-11-69. QT y RT
7-10-70 al 8-2-71. QT.
30-5-72. QT . Causa de muerte insuficiencia --
respiratoria el 31-5-72.

Lesiones Precancerosas de la boca.

Cualquier discusión sobre lesiones precancerosas de la boca tiende a centrarse en la leucoplasia, además es importante determinar las variaciones en el uso de este término. Literalmente, leucoplasia significa solo una placa -- blanca y en este sentido es una observación clínica pero no un diagnóstico, hay muchas lesiones diferentes que se presentan como placas blancas en la boca. Algunos reservan este término para una placa blanca que muestra evidencias histológicas de una displasia epitelial creyéndose ser precancerosas (Kooque 1965 y Lever 1967).

Algunos usan el término leucoplasia para una entidad histológica que creen precancerosa sea o no su apariencia -- clínica de placa blanca.

Esas variaciones de terminología pueden propiciar una confusión y para reducir esto la Organización Mundial de la Salud que esta dedicada a lesiones precancerosas orales ha hecho una diferenciación basada en una sugerencia de Pinkbo rd leucoplasia se define así: Una placa blanca que no puede estar asignada en las bases clínicas y de laboratorio encontrados en otra categoría de diagnóstico. Si un paciente tiene una placa blanca que no es líquen plano o nevo esponjoso blanco, o alguna otra categoría de lesión entonces es leucoplasia.

Esa definición por exclusión es insatisfactoria pero al final refleja la poca información que existe acerca de la leucoplasia. También se ve que no hay una específica y particular apariencia histológica.

Nevo Esponjoso Blanco.- Cannon 1935 es una lesión que afecta la mucosa oral y raramente la mucosa en otros sitios. Parece que esta asociada a un carácter autosómico dominante. Algunas veces el nevo esponjoso blanco puede ser diagnosticado por su apariencia clínica y algunas veces por su distribución familiar. La biopsia puede ayudar.

La mucosa afectada muestra un epitelio débil y con una superficie irregular y comunmente parte de la superficie es colonizada por microorganismos. Los cambios característicos son encontrados en la parte superficial de las células espinosas. Las células tienen apariencia vacuolada, con el núcleo central en el que el citoplasma aparece desplazado hacia la periferia. Mucha gente piensa que no hay predisposición al cambio maligno.

Queratosis de piso de boca.- este es un tipo distintivo de lesión de la boca, que se usa para clasificar otro tipo de nevo epitelial, pero muchos creen que tampoco es un desarrollo anormal. Se presenta típicamente como una tapa ligera blanca que envuelve el piso de la boca y algunas veces la superficie ventral de la lengua.

La biopsia usualmente muestra un epitelio atrópico y - hay una bien definida capa queratinizada [normalmente la mucosa de piso de la boca no es queratinizada]. Esta lesión es rara y casi nunca se ve en los niños. Sin embargo hay buenas evidencias de que la lesión progresa a carcinoma.

Liquen Plano.- una de las más comunes causas de placas blancas en la mucosa oral es el liquen plano, a veces son lesiones de la piel. El liquen plano oral puede ser descubierto solo por accidente, pero a menudo el paciente puede sentir molestias en la mucosa oral.

Las lesiones de la mucosa varían considerablemente en apariencia pero es común la presencia de diminutas manchas - blanquecinas, mucho más pequeñas que las típicas pápulas del liquen plano de la piel.

Otras veces toma la forma de líneas blanco-grisáceas - de la mucosa que no aparece inflamada. Esta forma reticular - tiene usualmente distribución simétrica y la apariencia es más característica, mucho más difícil de diagnóstico son la forma de placa de liquen plano, en esta forma, las lesiones de la boca pueden tener diferentes características y clínicamente puede ser difícil distinguirlos entre liquen plano

y leucoplasia.

Cuando hay duda acerca del diagnóstico clínico, la -- biopsia puede también dificultar la interpretación.

Hay muchos reportes en la literatura de que se malignise el líquen plano, pero en algunos de estos casos no fue más claro el diagnóstico de líquen plano, pudo haber sido -- una leucoplasia que se confundió con líquen plano.

El carcinoma puede confundirse con líquen plano pero esto es más raro.

Candidiasis. - *Candida albicans* es encontrada en el 50% de las bocas normales (Lehner 1966). Bajo ciertas circunstancias este patógeno oportunista invade las capas superficiales del epitelio que produce una de las múltiples formas de candidiasis oral. Aquí la referencia será hecha a la infección hiperplásica crónica, a menudo llamada leucoplasia candidiásica. En las leucoplasias candidiásicas la mucosa -- tiene una apariencia que sugiere la posibilidad de una infección por *Candida*. La biopsia muestra epitelio paraqueratinizado y quizá esto se deba a un incremento de la actividad mitótica.

Ultraestructura de células escamosas de carcinoma oral.

Especímenes frescos de cirugía de 16 casos de células escamosas de carcinoma oral fueron procesados por estudios microscópicos electrónicos procesados. Todos los casos fueron calificados histológicamente como carcinoma moderadamente diferenciado. Al compararse al epitelio escamoso estratificado normal oral, algunas caras ultraestructurales no usuales estuvieron presentes en el carcinoma. Estos --- cuerpos nucleares fueron esféricos u ovoides compuestos de filamentos y gránulos arreglados concéntricamente, ribosomas agrupados, muchos cuerpos de lisosoma, residuos de células, ausencia y multicolocación de lámina basal, proyecciones citoplasmáticas, microfilamentos en citoplasma periféricos, agrupaciones de tonofilamentos torcidos, ligamentos intracitoplásmicos y una pequeña cantidad de glicógeno. Estos casos son interpretados como que están relacionados con hiperactividad, fagocitosis, locomoción y diferenciación de células cancerosas.

Aunque el carcinoma de células escamosas es el tipo más común de lesiones malignas en la cavidad oral, solamente observaciones fragmentarias de sus formas estructurales han sido reportadas. Frithiof observó que la lámina basal en lesiones cancerosas fue más delgada que en el epitelio normal oral no queratinizado u atroqueratinizada.

Además observó que la lámina basal de carcinoma invasivo fue defectivo, indistinto o ausente. Los procesos citoplásmicos descubiertos de células basales y proyectados en tejido conectivo. Schenk reportó que en células de cáncer oral, los microfilamentos de 50 a 70 Å de diámetro fueron prominentes en el citoplasma cortical de la superficie de la célula lateral y basal, adyacente y paralela a la membrana del plasma y extendiendo a los procesos celulares y extensiones velludas. Estos filamentos fueron similares en organización, concentración y arquitectura ul-

traestructural de aquellas células musculares, donde fueron pensados para ser capaces de concentración y asociadas con células mutiladas. Schenk sugirió que esos microfibrillos fueron relacionados a las propiedades invasivas de células de tumor maligno.

En el presente estudio, los cuerpos estructurales de carcinoma epidermoide oral fueron investigados y la relación de estos cuerpos a las conductas histológicas de cáncer es discutida.

Procedimientos histoquímicos fueron aplicados también al estudio para ayudar en la explicación de cuerpos ultraestructurales.

Materiales y Métodos.

16 casos de células escamosas de carcinoma oral.

Los carcinomas fueron removidos del labio inferior, lengua, paladar duro, piso de boca y proceso alveolar.

Los especímenes quirúrgicos frescos fueron obtenidos de la sala de operaciones cortados en pequeños cubos o trozos e inmediatamente preparados por una hora en hielo al 1% de tetroxido con buffer de 0.1 M. de cacodilato de sodio con pH de 7.2.

Los bloques de tejido fueron deshidratados a través de etanol graduado y acetona pura y encamos en epon 812. Las secciones delgadas fueron cortadas en un ultramicrotomo Sorvall Porter-Blum MT-2, tinte con acetato de uranio y citrato de plomo y examinado con un microscopio electrónico.

Algunas partes de especímenes fueron preparadas en 10% de fosfato formalina que procesado para seccionar formalina.

Las secciones fueron manchadas en hematoxilina y eocina metil grunpironina para RNA, el método de Dave para queratina y método PAS después de la digestión de diastasa.

Resultados.

Observaciones con microscopio de luz.

Todos los casos fueron moderadamente diferenciados. Fueron compuestos de fibras epiteliales irregulares con un pequeño número de perlas queratinizadas.

En la mayoría de las células, el citoplasma fue hemafílico o ligeramente eosinofílico, indicativo solamente de un pequeño grado de citodiferenciación. Como se describió en la literatura, el núcleo fue relativamente grande e hiper cromático, el nucleolo fue muy prominente, y fueron observadas, muchas figuras mitóticas normales y anormales. Los estromas de fibras perdidas de tejido conectivo fueron infiltradas por un gran número de linfocitos y células plasmáticas, también como un número pequeño de neutrófilos.

Observaciones con microscopio electrónico.

El tejido de fibras conectivas rodeando las islas de células cancerosas fue compuesto de una sustancia moderadamente densa e individualmente dispersa, fibrilos de colágena o pequeños fibrilos atados de colágena. También fueron observados un pequeño número de fibras elásticas.

Las células cancerosas fueron pleomorfas. La mayoría de ellas eran ovoideas o relativamente grandes al compararse a las células epiteliales normales.

En la periferia de las islas de células estas estuvieron en contacto con tejido conectivo, exhibieron una delgada lámina basal densa que medía aproximadamente 580 Å de ancho. La lámina basal estuvo ausente en muchas áreas donde estuvieron presentes proyecciones de microvellocidades citoplásmicas. De otra manera la reduplicación de la lámina basal fue observada en algunas áreas.

La fase de la lámina basal de la membrana plasmática exhibió algunos hemidesmosomas que fueron mucho más pequeños en número y tamaño que aquellas de las células basales normales.

Observaciones Histoquímicas.

Los estudios histoquímicos envuelven una variedad de

metodos, incluyendo el metil pironina verde para RNA, método de Gomory para fibras reticulares, método de Dave para queratina y PAS para glicógeno.

La mayoría de las células cancerosas, fue intensamente coloreada por pironina, y la coloración gradualmente -- disminuida de las células periféricas hacia las del centro o epiteliales.

Con el método de Gonory, la membrana basal, casi la mayoría de las islas celulares fue roxa y algunas fibras -- de reticulina estuvieron presentes dentro de las islas celulares. Con el método de Dave, un pequeño número de perlas de queratina y células individualmente queratinizadas fueron encontradas en varios casos. El tinte PAS reveló -- que solo un pequeño número de células alrededor de las perlas de queratina contenían glicógeno.

Discusión.

La lámina basal representa el límite entre células -- epiteliales y fibras de tejido conectivo. En carcinoma de células escamosas, frecuentemente estaba ausente una lámina basal.

Las proyecciones microvellosas citoplásmicas fueron observadas en el área donde la lámina basal estaba ausente. Estas proyecciones y procesos probablemente representan la base morfológica para activar el movimiento celular.

La reduplicación de la lámina basal probablemente resulta de la locomoción de las células cancerosas. Chen ha -- observado la reduplicación de lámina basal en carcinoma --- cístico adenolide en los espacios elásticos e interpretó este fenómeno como un resultado de movimiento centrífugo de células de cáncer. En carcinoma de células escamosas, la reduplicación de la lámina basal fue observada algunas veces. Las áreas con reduplicación de lámina basal pueden representar la punta arrastradora de células cancerosas. Como las -- células se mueven, la punta arrastradora dejará atrás la lámina basal original y formará capas sucesivas de nueva lá--

mina basal.

Schenk observó microfilamentos en el citoplasma periférico de células cancerosas orales y sugirió que esos microfilamentos podrían ser contractiles y lo relacionó a la locomoción activa de células cancerosas. En el presente estudio los filamentos también fueron encontrados en el citoplasma periférico y proyecciones citoplásmicas. Microfilamentos similares han sido observados en carcinoma de células basales y en cánceres epidermoides.

Los tonofilamentos formaron nudos enredados en áreas focales de citoplasma. Este fenómeno podría ser el resultado de una locomoción activa. El movimiento citoplásmico causaría flujo del citoplasma y enredo de tonofilamentos. Pequeños números de hemidesmosomas y desmosomas en células cancerosas también son consistentes en la locomoción activa.

La presencia de grandes números de lisosomas en células de cáncer indican que estas células tienen una capacidad fagocítica y digestiva. Este fenómeno es muy similar a la actividad fagocítica de leucocitos. La autofagocitosis también fue evidente. Grupos de ribosomas con o sin mitocondrias cercadas y retículo endoplásmico fueron observadas frecuentemente.

La mayoría de las células cancerosas carecen de histodiferenciación.

La diferenciación de células epiteliales, tales como espinales y granulares, acumulan glicógeno antes de que se extienda la queratinización. Las células cancerosas que están sufriendo la formación de queratina son similares a las espinales. Son células diferenciadas posmitóticas, aunque no extienden la diferenciación normal. Similar a las células espinales, acumulan glicógeno. Parece que las células de cáncer epidermoide con contenido de glicógeno indicarán el signo temprano de su diferenciación.

En este contexto, los carcinomas epidermoides de piel tienen una frecuencia más alta de células asociadas con con

tenido de glicógeno con más formación de queratina. La escasez de glicógeno presente solo en algunos casos de carcinoma epidermoide oral se correlacionan con la escasez de glicógeno presente solo en algunos casos de carcinoma epidermoide oral, se correlaciona con la escasez de formación de perlas de queratina. La ausencia o escasez de glicógeno se correlaciona con la falta de diferenciación.

*Sarcoma de Células reticulares de los
Tejidos blandos de la cavidad oral.*

Tres nuevos casos de sarcoma raros de células reticulares de la cavidad oral.

Los sarcomas de células reticulares, un tipo de linfoma maligno fue descrito primeramente como una enfermedad separada.

Por Roulet en 1932. La célula reticular es una célula de Tronco Prematuro de origen mesodérmico, el cual es un precursor de células hematopoyéticas, histiocitos y macrófagos mono nucleares, de esta manera, las células reticulares están establecidas no solo en un tejido linfóide, sino con alguna extensión a todos los tejidos del cuerpo.

Los sarcomas de célula reticulares, pueden iniciar como neoplasmas primarios en cualquier tejido del cuerpo, con presentaciones extranodales contabilizando a más del 61% de los casos reportados por Peters y Asociados. En su serie de 270 pacientes, cuando el nódulo linfóide involucrado fue una condición presente, la enfermedad fue descubierta en los nódulos de la garganta más frecuentemente que en cualquier otra región. (18% del total del número de casos). Los lugares extranodales más comunes fueron el tracto gastrointestinal y en Faringe, contabilizando el 37% de los casos.

El tracto gastrointestinal (67 casos) fue involucrado el doble en frecuencia de la faringe (33 casos). Otros 19 lugares extranodales fueron registrados como el sitio inicial de involucramiento en estas series.

Como fue reportada por Wong y coautores el sitio extranodal más común para el sarcoma de células reticulares en la cabeza y en la garganta fue el Carrillo de

Waldeyer (67%). Con un conteo de los senos paranasales - del 11% y en la encla, piso de la boca, surcos gengivo-bucales y carrillo, el conteo fue solo el 7% de los casos.

La edad promedio de ocurrencia de sarcoma de células reticulares extranodal, en la cabeza y en el cuello es la década de los 70s, con el 67% de los pacientes de la serie reportados por Wong y asociados, siendo de 60-años de edad o mayores. La relación entre hombres y mujeres es de aproximadamente 2 a 1.

Nuestras Microscópicas.

El sarcoma de células reticulares puede presentar una gran variedad histomorfológica.

Pueden tener ya sea un patrón difuso o nodular y - pueden variar de una, buena o una mala diferenciación o tumores pleomórficos. Las células reticulares malignas son generalmente largas y estas células se establecen - en otros tipos de linfomas presentando frecuentemente - un núcleo vesicular con forma entre redondo y ovoide, - conteniendo una o más manchas oscuras prominentes en el nucleolo, una cantidad moderada a escasa de citoplasma - y un contorno citoplasmático mal definido. En algunos - casos hay contornos citoplasmáticos prominentes y un citoplasma eosinófilo, dando estas células una apariencia plasmocitride. Estas células mioplásticas pueden o no - estar rodeada por una delicada estructura de fibras reticulares.

Casos Reportados.

Caso I

Una mujer caucásica de 51 años, llega de la clíni-

ca de Cirugía Oral del Hospital General de Louisville, Agosto 1° de 1973, por una lesión en el paladar el --- cual quedó bien y escasamente doloroso, la lesión estuvo vista aproximadamente un mes y estuvo padeciendo periódicamente revisiones pero nunca tuvo un resultado completamente satisfactorio. El paciente fue edéntula y tuvo que usar dentadura desde 1967.

El examen físico reveló una úlcera de 1 a 2 cm. - en la línea media de la parte posterior del paladar duro. La úlcera tuvo un fondo necrótico, los márgenes estaban lisos y ahí no hubo induración. No presentó lin-fadenopatías. La dentadura del paciente no presentaba un punto definido de irritación. Las radiografías panorámicas y oclusal fueron normales.

La impresión inicial fue que esta tuvo una úlcera crónica traumática, secundaria a la irritación de la dentadura. La dentadura de la paciente fue guardada, y se le fueron prescritos lavados de agua salina normal. Ella fue citada para regresar en una semana para reevaluación al final de la semana. La úlcera del paladar - había estado sin mejorarla.

Los resultados de un completo conteo de sangre y radiografías de pecho estaban dentro de los límites -- normales. El UDRI fue negativo. Una biopsia incisional de la muestra del fondo de la úlcera y tejido periapical fue sometida para un examen en el microscopio. El DX histológico, fue; crónico úlcera, no específica. El fondo de la úlcera fue debridado y la paciente continuó con cuidados locales.

Sobre el resultado de 6 semanas esta parecía ser- la resolución de la lesión. La dentadura fue ajustada- y regresada a la paciente y ella fue referida para un-

cuidado protodóntico.

10 Días después la paciente regresó a la clínica de Cirugía oral, con una recurrencia de la úlcera y --tendencia en el área submandibular derecha. Un examen físico mostró una lesión idéntica a la inicial y una --Linfadenopatía submandibular derecha dudosa.

Bajo anestesia local, la úlcera fue totalmente --excidida y el tejido fue sometido otra vez a una eva--luación histológica. La interpretación microscópica fue sarcoma de célula reticular. El caso fue presentado --al Consejo de tumores del hospital, el cual remitió a--la paciente a medicina Interna, para una evaluación --completa con excepción de la lesión oral. El resultado del examen físico fue normal. Los resultados de labora--torio, incluyendo un conteo completo de sangre, SMA18, y estudio de médula ósea, estuvieron dentro de los lí--mites normales, excepto por un moderado incremento del--nivel, de fosfatasa alcalina. Radiografías del tórax y exámenes de hueso fueron normales.

La impresión fue que ésta tuvo un sarcoma de célula reticulares primario en la mucosa de paladar oral, con una Linfadenopatía submandibular derecha dudosa.

Por una recomendación del Consejo de Oncología, --la paciente fue remitida a una Terapia de Radiaciones. Ella recibió un total de 5140 rads. en la cabeza y cue--llo, en un periodo de 49 días. El tratamiento fue comp--licado por edema faríngeo y laríngeo, como consecuen--cia de la radiación de la mucosa, el cual necesitó una Traqueostomía. Hacia el final de la terapia de radia--ciones, el tumor palatal mostraba un resultado comple--to.

A la vez los 49 meses siguientes a la Terapia de-

radiación la paciente permaneció con buena salud y no tuvo recurrencia de tumor.

Caso 2.

Un hombre caucásico de 78 años, fue remitido por un cirujano oral (V.J.S.), para evaluación en el carrillo derecho de 2 meses de duración. El examen clínico reveló alguna tendencia con movimiento libre, de una masa discreta de 2 cm. de diámetro, en la región preloar del vestibulo mandibular bucal. La mucosa superficial fue normal en color y tono, de hecho la lesión -- fue sólo obviamente a la palpación. El reporte del examen físico fue normal.

El paciente tuvo una buena salud general. El paciente presentó parodontitis desarrollada 3 años antes, el cual fue bien controlado con ARTANE. Su historial médico pasado fue esencialmente negativo.

El paciente fue admitido en el hospital JEWISA, y una biopsia incisional le fue practicada. El DX histológico no fue diferenciado malignamente, más probablemente sarcoma de célula reticular.

El paciente soportó una terapia de radiación, durante el curso de la terapia, presentó náuseas y anorexia significativa. Se presentó 3 semanas después de la biopsia, paratratamiento por mal nutrición y deshidratación, el día de admisión murió repentinamente. La causa de la muerte fue postulada por un complicamiento cerebral. No se le practicó autopsia.

Caso 3.

Una mujer blanca de 81 años de edad, consultada por un cirujano oral (W.J.S.) con una hinchazón y dolor en la mejilla izquierda, el cual ella pensaba que era consecuencia de una "Goma de mascar".

Ella declaró que 2 semanas antes tuvo dificultades para colocarse la dentadura superior y tuvo una notable hinchazón en ese tiempo. Ella fue incapaz de trabajar sin dentadura en ese entonces. El examen clínico reveló una mujer anciana sin angustias, con una hinchazón firme de 5 cm. de diámetro, en la región infraorbitaria izquierda con una molesta destrucción del pliegue nasolabial. La región estaba caliente a la palpación y escasamente sensible.

Intraoralmente el vestibulo del maxilar estuvo -- obliterado (destruido) desde el molar a la región del canino por la misma hinchazón firme. La mucosa fue normal en apariencia.

Las radiografías revelaron una raíz sumergida en la región del premolar izquierdo. La temperatura oral estaba a 100° F y la presión sanguínea fue de 180/100.

La paciente no tuvo una historia médica pasada negativa, excepto hipertensión y alergia a la penicilina.

Una incisión y drenaje le fue practicada bajo anestesia local. Esta fue improductivo. Una biopsia incisional, fue practicada más tarde la cual fue interpretada como sarcoma de célula reticular.

La paciente fue mandada a un oncólogo y posteriormente fue sometida a un tratamiento de Radioterapia.

Discusión.

Los linfomas malignos están comunmente divididos dentro de los tipos Hodgkins y No Hodgkins.

8 Cootipos de linfomas no Hodgkins son comunmente reconocidos.

(1) Linfomas Linfociticos

(2) Sarcomas de células reticulares (linfoma histiocítico).

Tabla I Casos recopilados de la literatura:

Año	Caso #	Edad	Sexo	Raza	Autor	Iniciac. Clínica-Aparente.
1949	1	4	M	Caucásica	Bernier	Úlcera de paladar y encía esponjada. El Dx presuntivo fue infección de Vincent's
1950	2	63	M		Thoma	Luz colorada y globular - ulcerativa. - Hinchazón en la encía areolar izquierda, y la mucosa bucal - unidas por el periostio de - la mandíbula - en el vestíbulo del maxilar.
1962	3	52	M		Chaudry and Vickers	Una historia de 9 meses de dolencia de la boca y 2 nódulos paladares, 5 semanas después el examen reveló extensiva lesión - del paladar duro y blando con extensión a través de los surcos - gingivales labial, bucal y carrillos, de 2 a 3 cm. La lesión superficial fue presentada en el centro del paladar

1966	4	28	F. Frisch and Bhaskar	Masa lobulada fácilmente sangrante, de tejido blando, el cual apareció incóncipide izquierdo del maxilar y áreas de premolar. La lesión era pe duriculada y parecía que se elevaba de la papila interdientaria y fue <u>ten</u> <u>tativamente</u> <u>diagnos</u> <u>tica</u> <u>da</u> como un <u>granuloma</u> <u>pió</u> <u>geno</u> .
1972	5	54	F Browne	5x5 mm. Ulcera alrededor de lagingiva labial, en el canino inferior <u>izquier</u> <u>do</u> .

Los linfomas linfocíticos están demitidos dentro de lesiones bien diferenciados y mal diferenciados. Los sarcomas de células reticulares han sido divididos dentro de un tipo histológico, y un tipo pleomórfico. Los linfomas linfocíticos son sarcomas de células reticulares. Son entonces una adición dividida de acuerdo a sus modelos de proliferación celular (por ejemplo apariencia nodular o difusa) involucrados - en la cavidad oral por Hodgkings.

La enfermedad es rara y no será discutida aquí.

Después el reporte por Bernier un 50% en porcentaje con 5 --- años de supervivencia, la edad del paciente es un factor en la supervivencia. Allí parece ser pocas enfermedades y recurrencias en pacientes entre las edades de 20 y 50 años.

El sarcoma de célula reticular de tejido blando, no debería ser confundido con el sarcoma de hueso de célula reticular primario. -- Aunque histológicamente idéntico, el sarcoma de hueso de célula reticular primario es más frecuentemente una lesión solitaria con menor tendencia a dar metastásis y, como una consecuencia tuvo un mejor pronósti co que esta contraparte de tejido blando.

Cambios en la membrana basal bajo la membrana oral. Observaciones ultraestructurales, basados de la literatura y una unificación de conceptos.

Este estudio explora la morfología natural de la membrana basal bajo la mucosa de la membrana neoplásica oral. De un interés particular es la progresión de cambios asociados con displasia, carcinoma in situ y carcinoma invasivo. Sobre la base de una crítica revisada de la literatura y nuestras propias observaciones ultraestructurales, presentamos una unificación de conceptos para el desarrollo de estos cambios de la membrana basal. Este concepto propone que las células epiteliales pueden producir una enzima de colagena la cual se pone en libertad dentro de los espacios intercelulares del epitelio.

Esta enzima penetra a la membrana basal, causando rompimiento en la misma y pérdida del "stroma" del área contigua con espacios intercelulares. Las células basales neoplásicas desarrollan "pseudopodia" que eventualmente se extiende a través de las roturas de la membrana basal.

Este concepto sugiere que los cambios de la membrana basal anuncia la progresión de carcinoma in situ a carcinoma invasivo.

La fina línea que separa el carcinoma in situ y al carcinoma invasivo es de interés para todos los patólogos. Aunque la crítica para el diagnóstico de carcinoma in situ oral ha sido establecida, la parte exacta de la membrana basal en el cambio de carcinoma in situ a carcinoma invasivo es inmóvil desconocido.

El propósito de este artículo es para presentar un

concepto unificado perteneciente, a las alternaciones en la membrana basal que ocurren en displasia, carcinoma insitu y carcinoma invasivo. Estas alteraciones pueden permitir que un carcinoma insitu se vuelva carcinoma invasivo. Este concepto significa conclusiones de nuestros estudios estructurales y las conclusiones de un número de otros investigadores, quienes tienen estudiados algunos datos de cambios en la membrana basal - asociados con epitelio neoplásico.

Métodos y Materiales

Nuestros Animales

Para los estudios morfológicos, cambios neoplásicos fueron inducidos en la "bolsa de mejilla" Hanster--sio dorado por aplicaciones tres veces semanalmente, de carcerígeno químico "7,12 dimetil bensenó" "antracene" (PMBA) por un período de 12 semanas continuas, una solución al 0.5 por ciento de "PMBA" fue preparada en aceite mineral y los animales fueron tratados con 0.25 a 0.50 CC. administrados con una jeringa de plástico - tipo "tuberculina". El manejo de los animales de control fueron tratados simultáneamente con aceite mineral. Esto ha sido previamente reportado que este "protocolo" da una variedad de lesiones, fluctuando desde displasia y carcinoma insitu a carcinoma invasivo de la mucosa de la membrana oral. 12 Semanas después los animales fueron muertos con anestesia de pentobarbital (0.01 mg. por gramo del peso corporal). La bolsa de ca rrillo se bajo y fijo exteriormente sobre la lesión in situ previa a ser extraída, se usaron 24 animales en el estudio.

Se hizo un estudio al microscopio Electrónico y los resultados fueron:

Ultra estructuralmente, el epitelio normal de la bolsa del carrillo de hamster fue 5 a 6 células densas con una membrana basal aproximadamente de 40 a 50 nm. de ancho. Lo cual parece como una estructura fib-silar densa debajo del epitelio. La membrana basal pudo ser dividida dentro de porciones de lámina densa y lámina-lúcida. La membrana basal continua sin interrumpirse - bajo la unión del epitelio intercelular. En varios campos de la membrana basal se exhibieron fibrilaciones - andadas que se enlazaban alrededor del estroma de fi-bras de colágena "Los filamentos finos de los hemides-mosomas atravesaron la lámina lúcida y se insertaron - en la lámina densa.

Revisión y Discusión:

Un número de reglas han sido sugeridas para la -- membrana basal epitelial en el desarrollo es progre--- sión de carcinogénesis oral. Algunos autores han sugeri-do que las células del epitelio neoplásico invaden - el stroma, ya sea que la membrana basal limita las cé-lulas neoplásicas hasta que esta continuidad se rompe y no los pueden retener por más tiempo. "Tranquilos" - otros piensan que la membrana basal puede ser la estruc-tura que funciona como una barrera y determina ya sea- que el epitelio neoplásico permanezca como un carcinoma insitu o convertirse en carcinoma invasivo.

En las muestras de displasia fue notado que la mem-brana basal permaneció en aposición cerrada a el epite-lio y exhibida duplicación o triplificación Este múlti-ple fenómeno de laminación de la membrana basal es un-experimento primitivo de carcinógenos, pudo también ser observado por Garin y por Woods y Smith.

Bibliografía

- 1.- ALVAREZ Amesquita, José
Manual de Cancerología Básica
S.S.A. Campaña Nacional contra el
Cáncer Comité Técnico 1963
444p.
- 2.- BURKET Lester, William.
Cáncer de la Boca. Medicina Bucal
XXIII, 592p.
- 3.- CANCER. Actualización
Academia Mexicana de Cirugía
México, 1971.
- 4.- O. Kruger, Gustav.
Tratado de Cirugía bucal. 4a. ed.
XV, 616p.
- 5.- ONCOLOGIA I.H.S.S. Subdirección General Médica
Oncología, Méx., 1972
Anuario de Actualización Medicina.
96p.
- 6.- PALACIOS Gómez, Alberto
Técnicas Quirúrgicas, Cabeza y Cuello
México, Interamericana, 1967.
X, 104 p.
- 7.- PEREZ Tamayo,
Patología 2a. ed.
- 8.- ROBBINS Stanley L.
Patología Estructural y Funcional
México, Interamericana, 1975
XV, 14878.

9.- THOMA J. GORLIN, Roberto
Henry M. Goldman
Patologia Oral
Salvat Editores, 1975
XX, 1227 p.

10.- ZEGARELLI V. Edward.
Diagnóstico en Patologia Oral
Salvat Editores, 1974
XXIII, 633 p.

Precancerous lesions of the mouth. Kramer IRJ Laringoo
otol 90(1): 95-100 Jan. 76

Ultrastructure of oral squamous cell carcinoma.
Chen SY. et al, Oral Surge 44(5): 744-53 Nov. 77.

*Soft-Tissue reticulum-cell sarcoma of the oral
Cavity* Schuler S et al. Oral Surge 45(6): 894-90.
Jun. 78.

*Basement membrane changes under neoplastic oral.
Mucous membrane. Ultrastructural observations, review of
the literature, and a unifying concept.* Mc. K-nney Ru. -
Jr. et al Oral Surg. 44(6): 875-88 Dec. 77.