

2 y 156

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CANCER EN LA CAVIDAD ORAL

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A ;

LUIS FABRICIO GARDUÑO RODRIGUEZ

DIRECTOR DE TESIS,

DR. RAFAEL RUIZ RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.,

1989

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

TEMARIO.

Introducción

Capítulo I: Etiología del Cáncer

Capítulo II: Lesiones y Estados Precancerosos

Capítulo III: Tumores Malignos de Origen Epitelial

Generalidades

Distribución Geográfica de los Carcinomas
en la Región Maxilofacial.

- 1). Carcinoma de Labio
- 2). Carcinoma de Lengua
- 3). Carcinoma del Piso de la Boca
- 4). Carcinoma de la Mucosa Bucal propiamente dicha
- 5). Carcinoma de Paladar
- 6). Carcinoma de la Encía
- 7). Carcinoma Intraóseo de los Maxilares
- 8). Tumores Malignos de Origen Nervioso:
Schwannoma Maligno.

Capítulo IV: Tumores Malignos de Origen Conjuntivo.

- 1). Fibrosarcoma
- 2). Hemangioendotelioma
- 3). Sarcoma Hemorrágico Idiopático de Kaposi.
- 4). Sarcoma de Ewing
- 5). Condrosarcoma
- 6). Osteosarcoma
- 7). Linfomas Malignos.
- 8). Miosarcomas:
Rabdomyosarcoma.

Capítulo V: Conclusiones.

INTRODUCCION.

En nuestros días una de las enfermedades más severas que preocupan a la humanidad es el Cáncer, esto es debido tanto por su elevada tasa de mortalidad como también por las secuelas que su tratamiento produce.

El conocimiento amplio y detallado del Cáncer en cavidad oral y estructuras adyacentes constituyen una fase importante de la odontología para el papel que desempeña el Cirujano Dentista en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones.

Es de vital importancia que el Odontólogo esté familiarizado con la gran variedad de tumores bucales existentes para que, cuando se presenten pueda realizar un buen diagnóstico de presunción ó definitivo llevando a cabo el tratamiento apropiado ó canalizarlo al terapeuta indicado.

A pesar de que los tumores constituyen solo una minoría de la patología vista por el odontólogo, son de gran importancia porque tienen la capacidad de producir metástasis en órganos vitales y así acabar con la vida del paciente.

CAPITULO I

ETIOLOGIA DEL CANCER

La etiología del Cancer en general, se puede catalogar de la siguiente manera, según autores como Wynder, O'Connors y Estapé:

- 1) Carcinogenesis Química,
- 2) Radiación y cáncer,
- 3) Factores ambientales,
- 4) Factores genéticos,
- 5) Inmunidad y cáncer,
- 6) Virus cancerígenos.

I) Carcinogénesis Química.

Esta demostrado que diversos agentes químicos provocan cánceres a nivel experimental, pero a nivel humano se desconoce su influencia real. Existen tres tipos fundamentales de carcinógenos químicos, que se clasifican de la siguiente manera:

- A) Carcinógenos directamente activos,
- B) Carcinógenos que requieren ser previamente metabolizados,
- C) Carcinógenos naturales que alteran los alimentos.

A) Carcinógenos directamente activos: Son aquéllos que efectúan su acción sin necesidad de transformación metabólica alguna, este grupo está constituido por agentes que se utilizan habitualmente en la Industria moderna, y se dividen en:

1. Alquitranes,
2. Arsenicales,
3. Amianto.

B) Carcinógenos que requieren ser previamente metabolizados que se dividen en:

1. Hidrocarburos aromáticos policíclicos,
2. Aminas aromáticas,
3. Nitrosaminas.

C) Carcinógenos naturales que alteran los alimentos: Se trata de un grupo de sustancias que añadidas a los alimentos se han relacionado con diversos tipos de cánceres, y se dividen en:

1. Derivados de las plantas (alcaloides pirrolizidínicos),
2. Aflatoxinas (toxinas del *Aspergillus flavus*).

2) Radiación y cáncer.

Las radiaciones provocan "aberraciones cromosómicas", que si no determinan con seguridad el desarrollo de la neoplasia, abren el camino a otros mecanismos cancerígenos, como pueden ser los virales. Existe también en forma comprobada, pruebas del efecto carcinógeno de

los rayos ultravioleta sobre algunos carcinomas cutáneos.

Los cánceres en la especie humana más frecuentemente influenciados por la irradiación son los siguientes:

- A) Cáncer cutáneo,
- B) Hemopatías malignas,
- C) Osteosarcomas,
- D) Cáncer de pulmón.

3) Factores ambientales.

Dentro de los factores ambientales con más especificidad para la predisposición al cáncer, es la exposición prolongada a los rayos solares, esto argumentado, en base a algunos estudios epidermológicos, sobre para cáncer cutáneo y carcinoma de labio. En las ciudades altamente contaminadas también se ha visto un importante incremento de leucemias.

4) Factores genéticos.

Algunas neoplasias se desarrollan condicionadas por la constitución genética del huésped, a veces aparece muy acentuado el grado de herencia tumoral. La mayoría de los Autores que tratan este tema sugieren que sería más lógico que este tipo de factores genéticos creen una mayor susceptibilidad al tumor, más no el tumor en si. Los factores genéticos más mencionados son:

- A) Estados hereditarios preneoplásicos,
- B) Incidencia familiar,
- C) Incidencia racial,
- D) Defectos congénitos.

5) Inmunidad y cáncer.

Existe la tendencia para la mayoría de los investigadores en este campo a considerar algunas inmunodeficiencias como fuertes factores predisponentes a la aparición a alguno de los tipos de cáncer en general.

En un estudio actualizado, realizado en los Estados Unidos se encontro que un alto porcentaje de homosexuales que portaban el síndrome de inmunodeficiencia adquirida cuyas siglas son SIDA presentaban una alta frecuencia de sarcoma de Kaposi sobre todo en el paladar.

6) Virus y cáncer.

Dentro de los considerados virus oncogénicos encontramos dos grupos, el grupo virus "DNA" y el grupo virus "RNA" .

Virus oncogénicos DNA: 1) Virus Papova,

2) Adenovirus humanos,

3) Herpesvirus.

Virus oncogénicos RNA: 1) Oncornavirus.

Habiendo comentado a grandes rasgos los factores etiológicos del cáncer, podemos concluir, que aunque estos seis factores etiológicos no han sido comprobados en forma tal, si son los factores más viables en la producción del cáncer en general, aunque todavía falte mucho por investigarse en este campo.

CAPÍTULO II.

LESIONES Y ESTADOS PRECANCEROSOS BUCALES

Sífilis.

La sífilis ha recibido una considerable atención como factor predisponente al carcinoma oral. Son muchos los estudios que han demostrado una frecuencia notablemente superior de pruebas serológicas positivas en los pacientes con carcinoma oral que entre la población en general.

En la Bibliografía antigua, a la sífilis se le consideraba un importante factor predisponente en la instalación de la leucoplasia en cáncer bucal, según estudios llevados a cabo desde 1922 a 1977 por diversos Investigadores, obtuvieron como resultado que la sífilis en relación con el cáncer oral (en especial relacionado con el carcinoma de lengua) había una incidencia entre el 3^o y 19^o.

Disfagia Siderorrénica.

El déficit nutritivo y la anemia son otros factores considerados como predisponentes en el carcinoma oral.

Jacobson (1948) analizó 277 casos de carcinoma de lengua atendidos en las décadas de 1930 y 1940 encontrando una proporción bastante grande de mujeres (45%) lo cual atribuyó a la ocurrencia bastante frecuente de Sideropenia en Suecia. La contribución de Larsson y Col (1975) del Norte de Suecia menciona una relación femenina-masculina de 1 a 2 para el cáncer bucal, que también es más alta que en la mayoría de los otros países.

Entre las mujeres con cáncer bucal, el 25% presentaron signos o síntomas de sideropenia.

Así tenemos que el síndrome de Plummer Vinson (disfagia sideropénica) era especialmente frecuente en Escandinavia y ha sido asociado en una elevada incidencia de carcinoma oral entre las mujeres escandinavas. Suele incidir generalmente en mujeres y se caracteriza por una piel facial lisa y tensa, boca estrecha, lengua lisa, uñas en forma de cuchara y naturaleza quebradiza, anemia, disfagia y posibilidad de pérdida de todas las piezas dentarias.

Liquen Plano Bucal

Todavía se discute la índole precancerosa del liquen plano bucal. Mientras que varios autores (Shklar, 1972; Krutchkoff y Col. 1978), niegan que esta enfermedad entrañe potencial maligno, otros como Warin, Altman y Perry y Andreasen, dicen que se ha observado la degeneración maligna hacia el carcinoma de células escamosas, pero debe ser extremadamente rara, y según Pulling, establece que del 10% a 10% se cancerizan. Según Grinsboan sólo el liquen plano atípico puede malignizar.

Fibrosis Submucosa Bucal.

La fibrosis submucosa es una enfermedad crónica insidiosa que afecta a la mucosa de cualquier parte de la cavidad bucal y en ocasiones se propaga a la faringe y esófago, y su etiología es desconocida. Aunque a veces la fibrosis submucosa es precedida por vesiculación, o se asocia con ella y siempre se acompaña por inflamación yuxta epitelial.

La mucosa bucal se pone rígida, provocando trismus y dificultad para comer.

La enfermedad ocurre casi con exclusividad en indios Paquistanos y Birmanos, pero se registraron casos esporádicos en China, Nepal, Tailandia y Vietnam del Sur.

Lupus Eritematoso Discoide Crónico.

La tasa de cancerizaciones en el lupus eritematoso discoide de la piel es de alrededor del 0.5% (Andreasen) se mencionaron varios cánceres bucales en pacientes con lesiones discoides bucales, pero es característico que que todos los casos de transformación maligna en el lupus eritematoso discoide radiquen en el borde bermellón, en particular del labio inferior, los hombres son más proclives que las mujeres a adquirir cáncer en esta región, lo cual será atribuible a la mayor tendencia masculina al cáncer de labio.

Disqueratosis Congénita.

Este síndrome se caracteriza por una atrofia reticular de la piel con pigmentación, distrofia de las uñas y leucoplasia bucal.

Después de varios episodios de formación ampollar, la mucosa bucal se atrofia y la lengua pierde sus papilas y se alisa, con el tiempo la mucosa se engruesa, se fisura y adquiere color blanco.

Cannell (1971) describió alteraciones carcinomatosas en lesiones palatines de un paciente con disqueratosis congénita y destacó que en tales pacientes también podría

haber eritoplasia bucal.

La disqueratosis congénita, es una enfermedad probablemente transmitida de forma recesiva y, comienza según observaciones públicas, desde los 5 años a los 50 años de edad.

Leucoplasia.

La mayoría de las leucoplasias bucales se caracterizan al examen histopatólogico por una Hiperqueratosis, que puede ser hiperortoqueratosis o hiperparaqueratosis.

La Hiperortoqueratosis.

Se caracteriza por la alteración histológica en que el espesor de la capa ortoqueratósica es mayor del que se suele ver normalmente en un determinado sitio anatómico. En la ortoqueratosis las capas celulares externas del epitelio suelen formar una capa acidofila homogénea, exenta de núcleos. Siempre existe el estrato granuloso.

La Hiperparaqueratosis.

Es la alteración histológica en que el espesor de la capa paraqueratósica es mayor del que se suele ver normalmente en un área dada. En la paraqueratosis las células de la capa externa del epitelio son acidofilas aplanadas contienen núcleos picnóticos en la paraqueratosis es raro que haya un estrato granuloso.

En la Hiperplasia Epitelial.

El epitelio esta engrosado a causa de una mayor can-

tividad de células; estas células pueden ser espinosas o besales.

Leucoplasia.

Se define como una capa blanca que no se puede caracterizar clínicamente ni patológicamente como ninguna otra enfermedad. Esta definición no tiene connotaciones histológicas.

La preleucoplasia, concebida como una etapa precursora de la leucoplasia es una área gris o blancogrisácea de bordes borrosos.

La mayoría de los Investigadores convienen en que la etiología de la leucoplasia es variada. Depende de factores locales y extrínsecos.

El tabaco ha sido considerado como uno de los factores etiológicos principales, disponiéndose de bastantes pruebas clínicas y estadísticas, para apollar esta opinión. El informe del Advisory Committee To The Surgeon General Of The Public Health Service, contiene una extensa revisión de los estudios relacionados con el tabaco, leucoplasia y cáncer oral. En este informe se señalaba que, si bien los datos disponibles, no permiten por sí mismos sacar conclusiones, son lo bastante consistentes y sugieren que el cáncer oral va precedido a menudo de cambios premalignos característicos y que estos guardan relación con el tabaco.

La irritación mecánica local parece ser un agente etiológico claro en los casos en que la leucoplasia aparece en zonas crónicamente irritadas por prótesis mal adaptadas o por piezas dentarias con bordes irregulares.

La mordedura sistemáticamente habitual de las me-

jillas o la lengua, también puede originar una zona de hiperqueratosis a nivel de la irritación crónica, también se observan zonas localizadas de leucoplasia en la mucosa de los alveolos sin dientes cuando existen los dientes correspondientes opuestos en la otra arcada.

Luchas de las lesiones leucoplásicas que se desarrollan del modo descrito pueden ser consideradas esencialmente como celosidades orales.

El papel desempeñado por los factores sistémicos en la etiología de la leucoplasia resulta difícil de establecer, se ha sugerido la posible influencia de la avitaminosis en especial vitamina "A" y "B".

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

La enfermedad es algo más frecuente en los hombres que en las mujeres y su incidencia máxima se sitúa entre la década 6ª. y 7ª.

La Leucoplasia puede encontrarse en cualquier parte de la cavidad oral. Clínicamente la leucoplasia de la boca hasta una zona difusa que afecta buena parte de la mucosa oral, algunas zonas de leucoplasia son como unas placas lisas, planas o ligeramente elevadas y de un color blanco translúcido, otras en cambio, son gruesas, fisuradas, papilomatosas y duras a la palpación.

Es frecuente que la superficie de la lesión sea finamente rugosa o de aspecto "arrugado".

Algunas manchas están bien delimitadas, con bordes bien definidos, mientras otras se diseminan gradualmente con los tejidos circundantes. El color puede variar, asimismo, desde un blanco "perla" hasta un blanco "amarillento" o "grisáceo". En los grandes fumadores de

tabaco, las zonas leucoplásicas pueden presentar una coloración blanco amarrónada.

Algunas de las manchas blancas asientan sobre una base eritematosa, mientras otras se alternan con zonas de eritema. Pindborg y colaboradores denominaron a estas lesiones "leucoplasia moteada" y demostraron que esta forma era potencialmente más grave que los demás tipos de leucoplasia oral.

Basándose en los hallazgos microscópicos las lesiones leucoplásicas se dividen generalmente, en dos grandes grupos: Las que no presentan atipia celular (disqueratosis) y las que la presentan en grado variable.

Las lesiones queratósicas revelan diversas combinaciones de hiperqueratosis, paraqueratosis y acantosis. Algunas de estas lesiones muestran solamente una hiperqueratosis acentuada con una capa granulosa prominente pero sin acantosis significativa, otras veces se aprecia paraqueratosis con engrosamiento apreciable de la capa de células espinosas o sin él, algunas lesiones clínicamente blancas no revelan, al examen microscópico un incremento apreciable de la queratina de superficie, aunque si una acantosis pronunciada; tales lesiones pueden presentar una actividad mitótica considerable, limitada en gran parte a los estratos profundos del epitelio, con mitosis aparentemente normales. La lámina propia subyacente puede aparecer igualmente normal o revelar un infiltramiento de linfocitos y células plasmáticas. La significación de la presencia o ausencia de un infiltrado inflamatorio por debajo de una lesión leucoplásica es desconocida y al parecer, no esta relacionada con el grosor

de la queratina o paraqueratina, grado de acantosis o con el supuesto agente etiológico.

El segundo grupo de lesiones leucoplásicas es el de aquellas que microscópicamente exhiben grados variables de disqueratosis o atipismo, además, de las características atribuidas al grupo anterior.

El tratamiento de la leucoplasia incluyó durante años, modalidades como la administración de vitamina "A", complejo "B" y estrógenos, terapéutica con rayos X, fulguración de todo factor irritante identificable, además, se aconseja la suspensión del consumo de tabaco o alcohol y la corrección de toda posible maloclusión.

CARCINOMA "IN SITU" .

El carcinoma in situ (carcinoma intraepitelial) se caracteriza por la existencia de un epitelio que manifiesta una malignidad morfológica pero que no demuestra invasión del tejido conjuntivo subyacente.

Los factores relacionados con la etiología del carcinoma in situ son desconocidos. Sin embargo pueden jugar un papel importante los mismos que predisponen a la leucoplasia.

El aspecto clínico del carcinoma oral in situ es variable y muchas veces las alteraciones encontradas son mínimas. La zona afectada puede aparecer como una ligera elevación o ser plana o incluso deprimida. La superficie tiende más bien a adoptar un aspecto granuloso o aterciopelado,

otras veces, el carcinoma in situ adopta la forma de manchas brillantes atróficas, de un color más intenso que el de la mucosa circundante (eritoplasia).

Entre los criterios esenciales requeridos por los Anatomopatólogos para diagnosticar un carcinoma in situ esta la desorganización completa de las células en todas las capas de la epidermis. Pueden observarse variaciones extremas en cuanto al tamaño y a la forma de la células, que ha menudo son hipercromáticas con grandes núcleos, la actividad mitótica es notable, por su parte la membrana basal esta indemne y bien delimitada. El tejido conjuntivo subyacente revela, una reacción inflamatoria crónica, aunque también cabe que adopte un aspecto esencialmente normal.

La transición del epitelio normal al carcinoma in situ puede hacerse de forma muy brusca.

TRATAMIENTO.

Con el adecuado tratamiento, el pronóstico del carcinoma in situ localizado es relativamente bueno, el paciente puede ser considerado como riesgo elevado y vigilado de cerca.

CAPITULO III.

CANCER.

Se denomina Cáncer a todas las neoplasias malignas, dicha enfermedad a su vez se divide en Carcinomas y Sarcomas.

CARCINOMAS.- Son los tumores malignos de origen epitelial.

SARCOMAS.- Son los tumores malignos de origen conjuntivo.

TUMORES DE ORIGEN EPITELIAL O CARCINOMAS.

El término "Carcinoma" (Karkinos-cangrejo/Oms-tumor) incluye a los tumores de origen epitelial en forma general. Este tipo de neoplasias es el tumor maligno con más alta frecuencia en la boca.

El carcinoma presenta diferentes denominaciones dependiendo principalmente de los estratos de la mucosa que este tumor haya invadido, dependiendo entonces de esta clasificación, encontramos en la Literatura Oncológica siete tipos de carcinomas, los cuales estan enumerados en el siguiente orden:

- 1) Carcinoma espinocelular,
- 2) Carcinoma verrugoso,
- 3) Carcinoma fusocelular,
- 4) Carcinoma basocelular,
- 5) Linfoepitelioma,
- 6) Melanocarcinoma,
- 7) Carcinoma de glandulas salivales.

1) Carcinoma Espinocelular.

La OMS, en su tipificación histológica de tumores bucales y bucofaríngeos, describe el carcinoma espinocelular bucal como un tumor consistente en nidos, columnas o riendas irregulares de células tumorales que se infiltran debajo del epitelio pavimentoso estratificado . También se le conoce con el

término de carcinoma epidermoide aunque este término suele referirse a la piel.

El carcinoma espinocelular comienza con un foco pequeño de aumento de la queratinización concomitante, con algo de elevación del sitio de la lesión. El foco crece progresivamente en un lapso de meses a años y produce una meseta dura algo elevada y puede alcanzar diámetros de 3 a 4 cms, suelen acompañarse de ulceración central de la placa cáncerosa.

La imagen microscópica del carcinoma epidermoide es muy variable, según el grado de diferenciación celular. Un carcinoma bien diferenciado tiende a parecerse al epitelio plano normal. Las células malignas son células cuboides periféricas, células espinosas y células granuloses, formando lo que algunos Histopatólogos mencionan como perlas, que todavía son capaces de producir queratina. El carcinoma moderadamente diferenciado muestra mayor variedad en su composición histológica, con cambios de dimensiones de las células malignas, de su forma y de su morfología nuclear, presenta menor cantidad de perlas de queratina. En el carcinoma poco diferenciado sus células malignas muestran poca o ninguna capacidad para producir queratina, y la invasión del tejido subyacente es rápida y extensa.

Las metástasis del carcinoma espinocelular tienen lugar principalmente por vía linfática, las metástasis a distancia se han señalado principalmente a pulmones, cerebro, hígado y vértebras.

A este tipo de tumor le corresponden más del 90% de de todas las neoplasias malignas de la cavidad oral. Se presenta en labios, lengua, piso de boca, mucosa alveolar, paladar y mucosa bucal.

2) Carcinoma Verrucoso.

El aspecto y el comportamiento de este tumor es distintivo, presenta un bajo grado de malignidad es muy exofítico y erosiona los tejidos, incluso el hueso. La mayoría de los autores consideran que es difícil estimar la frecuencia de este tumor pues ya que usualmente se complica con carcinoma espino-celular. Se presenta más en mujeres que en hombres, la proporción es de 1:2.

Su color varía de blanco a rojo dependiendo de su queratinización. Crece más frecuentemente por difusión lateral que por invasión profunda.

Histológicamente se observa una masa papilar de pliegues epiteliales escamosos bien diferenciados y no suele observarse atipia celular. Esta neoplasia también recibe el nombre de tumor de Ackerman.

3) Carcinoma fusocelular.

Esta variante del carcinoma bucal muchas veces se confunde con sarcoma o un carcinosarcoma, porque algunas o todas sus células tumorales son fusiformes. Puede presentar focos de queratinización. Este tumor no manifiesta siempre un alto grado de malignidad.

4) Carcinoma basocelular.

El carcinoma basocelular se origina más frecuentemente en las superficies expuestas de la piel, cara y cuero cabelludo de personas de edad mediana o ancianas es probable que este sea el tipo más común del carcinoma del ser humano pero que se presenta fuera de la cavi-

dad oral, se expone en este capítulo debido a que se presente con elevada frecuencia, entre el labio y la piel (evitelio de transición) este carcinoma probablemente casi nunca tiene metastasis, probablemente su etiología vaya en relación con la exposición prolongada a la luz solar principalmente a los rayos ultravioleta, suele comenzar como una pequeña papula levemente elevada que se ulcera y posteriormente forma el tumor.

El carcinoma basocelular es más frecuente en el tercio medio de la cara, pero puede aparecer en cualquier sector de la piel. Este carcinoma nunca se origina en la mucosa bucal y por lo tanto, no se vera jamás en la cavidad bucal a menos que llegue ahí por invasión e infiltración desde la superficie de la piel.

Histologicamente las células del carcinoma son muy semejantes a las de la capa celular cutánea. En el carcinoma basocelular típico las células tienden a diferenciarse poco.

El pronóstico de las lesiones basocelulares es bueno, pues la neoplasia crece con lentitud, la mayoría de las dificultades que pueden llevar a la muerte por invasión local se deben por descuido del paciente el cual acude a consulta, cuando ya su lesión esta en un estado muy avanzado.

5) Linfoepitelioma.

Este grupo comprende carcinoma sincitial y carcinoma de células transicionales, la denominación "linfoepitelioma" es un tanto incorrecta porque esta neoplasia es una variante del carcinoma espinocelular. Las células son de moderado tamaño y estan dispuestas en masas bastante

compactas, sus núcleos son pálidos, redondos y ovales, y presentan nucleolos prominentes. En algunas de estas neoplasias se ven focos de diferenciación pavimentosa. Este tumor se origina en áreas ricas en tejido linfóide como el tercio posterior de la lengua; y es común que exhiba un estroma linfóide de modo que en ocasiones es llamado linfoepitelioma.

6) Melanocarcinoma (melanoma maligno).

El melanoma maligno es una de las neoplasias más letales para el ser humano, se presenta en dos formas que son el melanoma maligno melanótico y el melanoma maligno nevocítico, este último se origina de un nevo limitado, mientras que el tipo melanótico se origina de lesiones melanóticas no nevóides.

El melanoma maligno aparece como lesión primaria no solo en la piel, y en las mucosas bucales sino también en los ojos, mucosa vaginal y órganos respiratorios superiores. El tumor es raro antes de la pubertad y la mayoría de los casos ocurren después de los treinta años de edad. Desde el punto de vista clínico, es una zona pigmentada rodeada de un eritema con presencia de costras, hemorragias o ulceración de la superficie. La pigmentación va del pardo claro al azul oscuro o negro.

Las metástasis son comunes, primero a los ganglios linfáticos regionales y después en sectores como el hígado, los pulmones, y la piel.

7) Adenocarcinomas.

A) Carcinoma quístico adenoso.

Esta lesión es una forma característica de adenocarcinoma. Este tumor afecta principalmente a las glándulas parótida submaxilar y accesorias de paladar y lengua. Se presenta con más frecuencia entre los 50 y los 60 años de edad, pero de ninguna manera es raro a los 70. La mayoría de estos pacientes presentan manifestaciones clínicas de un tumor glandular salival maligno típico, dolor local temprano, parálisis del nervio en el caso de tumores perotídeos, fijación a estructuras profundas e invasión local. En los casos de las lesiones intrabucuales principalmente, algunas de ellas tienen ulceraciones.

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, aunque en algunos casos se ha complementado este, con éxito, con la irradiación. No se recomienda la irradiación sola. Este tumor, por lo general es una lesión de crecimiento lento, que tiende a metastatizar en los períodos tardíos de su evolución. Desgraciadamente el índice de curación de los pacientes con esta enfermedad aunque varía, es desalentadoramente bajo.

E) Adenocarcinoma de células acinosas.

Este tumor tiende a ser encapsulado y lobulado. Se origina principalmente en la glándula parótida, aunque se presenta en cualquiera de las glándulas principales así como en las glándulas intrabucuales accesorias. Se presentan predominantemente en personas de edad mediana o algo mayores, pero se han registrado casos en personas de menos de 20 años, la recidiva del tumor es casi de un 50% y se presentaron metástasis, aun distantes, pulmonares provocando la muerte del enfermo. En otros casos los pacientes viven después de muchos años de hecha la extirpación inicial.

El tratamiento es principalmente quirúrgico. En algunos casos se recomienda la extirpación de la lesión con un margen de glándula normal, es decir, la parotidectomía subtotal, con cuidado de no romper la cápsula. Como la metástasis de los ganglios linfáticos del cuello no es común, probablemente no esté indicado la disección radical del cuello. La recidiva tiene un alto porcentaje en este tipo de lesión.

DRENAJE LINFÁTICO DE ESTRUCTURAS BUCALES.

El examen del cuello puede y debe ser realizado por el Odontólogo en su consultorio, pues puede brindar valiosa información, no sólo a lo que neoplasias se refiere, sino también para diagnosticar de un gran número de padecimientos de tipo sistémico o local.

Entre los componentes más importantes de una valoración física del cuello esta el examen de los ganglios linfáticos del cuello, pues su patología reporta dentro del ámbito oncológico, una metástasis en cualesquiera de los ganglios palpados y alterados patológicamente.

Un ganglio linfático cervical normal no resulta palpable al examen físico. Los ganglios palpables son el primer signo de enfermedad ganglionar y pueden sugerir un trastorno de tipo neoplásico.

Para examinar adecuadamente el cuello, describirse en forma sencilla su anatomía.

El cuello esta dividido en dos triángulos por el músculo esternocleidomastoideo. El triángulo anterior esta limitado por el borde inferior de la mandíbula y el borde anterior del músculo esternomastoideo.

El triángulo posterior del cuello esta limitado por el músculo trapecio, la clavícula y el músculo estenomastoideo.

Para llevar a cabo la exploración cervical, primero se observa al paciente en busca de asimetrías o aumentos de volumen en el cuello; posteriormente se iniciará la palpación inmediatamente por delante del tragus de la oreja para buscar metastasis o inflamación de los ganglios preauriculares, posteriormente se palpará la región de la apófisis mastoides y la base del cráneo en busca de los ganglios occipitales y auriculares posteriores, acto seguido se palparan las siguientes zonas en este mismo orden: Debajo del mentón donde se localizan los ganglios submentonianos, hacia atras, a lo largo de la mandíbula estan los ganglios submaxilares. Los ganglios cervicales superficiales son superficiales al músculo esternomastoideo y los cervicales profundos se localizan en la profundidad del mismo músculo. Para examinar adecuadamente estos últimos ganglios hay que girar la cabeza hacia el lado opuesto de los ganglios que se esten examinando. Los ganglios cervicales posteriores estan localizados en el triángulo posterior del cuello a nivel del borde del músculo trapecio. Los ganglios supraclaviculares, estan inmediatamente por encima de la clavícula, por fuera del músculo esternomastoideo.

Los ganglios neoplásicos no son dolorosos, y cuando tienen poco volumen, es difícil que el paciente se de cuenta de su existencia. Clínicamente los ganglios aumenta-

dos por cáncer se describen como fijos a los tejidos subyacentes, esto es porque cuando la enfermedad esta avanzada las células malignas rompen la cápsula del ganglio y mandan proyecciones que fijan los ganglios al tejido conectivo vecino.

Las localizaciones de carcinomas bucales que tienden a dar metástasis en los ganglios linfáticos regionales se pueden dividir en tres grupos:

Grupo I: Comprende carcinomas de labio, piso de la boca mucosa bucal, paladar duro, y encía que presentan tasa similares de metástasis.

Grupo II: Consiste en carcinomas de los dos tercios anteriores de la lengua y tienden más a dar metástasis que las lesiones del grupo I.

Grupo III: Carcinomas del tercio posterior de la lengua y de la bucofaringe y son los que mas tienden a dar metástasis.

Los tumores grandes tienden más a dar metástasis que los tumores pequeños. Los carcinomas bien diferenciados y moderadamente diferenciados son similares en su tendencia a dar metástasis, mientras que los poco diferenciados tienen mayor tendencia a metastatizarse.

El estado de los ganglios linfáticos regionales es el factor que mayor importancia tiene para prever la evolución clínica del cáncer bucal. Mientras que los ganglios linfáticos regionales no tengan signos histológicos de malignidad, la tasa de supervivencia a los cinco años se mantiene dentro del 50% al 68% de los casos, pero si existen metástasis cae al 20%.

Carcinoma de labio.

Por motivos estadísticos de frecuencia y por sus diferencias en sus características histológicas y etiológicas, dividiremos el cáncer de labio en tres regiones.

Topográficamente los labios se dividen en:

Borde Bermellón: Área del "lápis labial" comprendida entre la mucosa labial y la piel del labio.

Comisura Labial: Vértices laterales de mucosa labial.

Mucosa Labial: Área comprendida desde el ángulo de la boca hasta las superficies distales de los caninos maxilares o mandibulares, que van desde el borde bermellón hasta 1 cm. antes de la parte más profunda del surco labial.

Cáncer del Borde Bermellón.

Epidemiología:

El cáncer de labio representa un 25 a un 30% de todos cánceres bucales; ocurre con preferencia en hombres de edad avanzada, nueve de cada diez pacientes con cáncer de labio tienen por lo menos 45 años de edad y la mitad tiene 65 años o más. Existe un pronunciado aumento de la incidencia a medida que avanza la edad. La relación masculina-femenina varía de un 10:1 a 20:1.

De la cantidad total de cánceres labiales aproximadamente el 88% aparecen en el labio inferior, el 3% en el labio superior y el 8% en la comisura labial, parece ser que el punto de iniciación más frecuente de este cáncer es el tercio medio del labio, entre la línea media y la comisura.

Etiología:

La etiología del carcinoma del labio (borde bermellón), aunque no en forma comprobada, podemos dividirla en:

- 1) Factores ambientales,
- 2) Raza,
- 3) Tabaquismo,
- 4) Alteraciones labiales predisponentes.

1) Factores ambientales:

Dentro de los factores ambientales predisponentes de lesiones labiales cancerosas, encontramos la exposición prolongada a la luz solar (radiación ultravioleta), la cual afecta con mayor frecuencia el labio inferior debido a que este se encuentra en posición más protrusiva que el labio superior.

Estudios epidemiológicos de cáncer de labio (borde bermellón) realizados en diferentes Países (Noruega, Polonia y E.U.A.) demuestran una frecuencia de este cáncer mucho más elevada en la población rural que, lógicamente esta más expuesta a la radiación actínica que la población urbana.

2) Raza:

Se ha comprobado en base a la estadística que la raza negra (Africa, Asia y E.U.A.) presenta menor incidencia de cáncer de borde bermellón, por lo que se cree que la melanina surte un efecto protector, sea como barrera física que bloques el paso de los rayos ultravioletas o mediante absorción química de las toxinas o cancerígenos que estos rayos producen.

3) Tabaquismo:

Debido a lo enormemente difundido que se encuentra este hábito, no nos atrevemos a considerar este factor como causante real de cáncer de labio, aunque la mayoría de los autores, consideran que posiblemente los productos de la combustión del tabaco y el traumatismo crónico y el exceso de calor que causa la mira, sean factores etiológicos de este tipo de lesiones.

4) Alteraciones labiales predisponentes:

Muchas veces un cáncer de labio es precedida por una queilitis crónica de etiología desconocida.

Dentro de estas alteraciones podemos mencionar a la queilitis actínica caracterizada por ligera descamación y relacionada al clima; la queratosis actínica que se presenta en los ancianos (elastosis senil) y caracterizada por un estrechamiento del borde bermellón, que adopta un color pálido; y por último aunque aun sin datos epidemiológicos evidentes, algunos autores consideran también como predisponentes a las zonas labiales afectadas frecuentemente y crónicamente por herpes labial recidivante.

Características Clínicas.

Como ya se mencionó el labio más frecuentemente afectado es el inferior y el punto inicial más frecuente a un lado de la línea media. El signo inicial o de presentación más común es una úlcera. El tumor puede exhibir un cuadro clínico muy variado, desde una mas exoftica sobre un proceso ulcerado, hasta una tumefacción

poco elevada del borde bermellón, o una lesión costrosa por aparente traumatismo. Un rasgo muy importante que rige para todos los tumores de la mucosa de la boca, es la induración periférica que se palpa circundante al tumor.

El carcinoma de labio suele crecer con lentitud y tarda en dar metástasis que suelen ser a los ganglios submentonícos, submaxilares y en los casos avanzados a los ganglios presauriculares y de la cadena yugular; la metástasis suele ser ipsolateral y raras veces contralateral, esto sobre todo cuando la lesión se encuentra cerca de la línea media. Los carcinomas de labio superior crecen más rápidamente y dan metástasis en menos tiempo.

Los carcinomas labiales menores de dos cm. raras veces dan metástasis, pero los de mayor tamaño dan metástasis igual de rápido que los de piso de la boca y lengua.

Histopatología.

Más del 90% de los carcinomas de labio son del tipo espinoceleular, la mayoría son bien diferenciados y por lo general clasificados como de grado I.

Tratamiento y Pronóstico.

En general la mayoría de los Autores coinciden en que los carcinomas de labio son lesiones muy curables con cirugía o radioterapia, cuando están en etapas iniciales, en cambio, el cáncer avanzado de labio plantea un problema terapéutico mayor porque las tasas de sobrevivencia a los cinco años son menores cuando la lesión es grande.

Son muchos los factores que influyen en el éxito o

frecuente en el tratamiento de carcinoma de labio. En primer lugar debemos de tomar en cuenta el tamaño de la lesión, su duración, presencia de ganglios linfáticos metastásicos, el grado histológico de la lesión, etc, son todos ellos factores que llevan al terapeuta a establecer un tratamiento y pronóstico correctos.

Diagnóstico Diferencial.

En el diagnóstico diferencial se debe de tener en cuenta el queratoacantoma, pues esta lesión puede simular un cáncer de labio en sus etapas iniciales. Es característico que el queratoacantoma tenga bordes elevados alrededor de un carácter central ulcerado, pero cargado de queratina.

Cáncer de Mucosa Labial.

Epidemiología.

Este tipo de cáncer es característico de la India y se presenta con una frecuencia superior en el sexo femenino que el masculino, es raro que se presente en regiones de Europa y América.

Etiología.

Se observa una gran incidencia de cáncer de la mucosa labial en personas que suelen depositar tabaco en el surco labial. El tabaco puede dejarse en el surco en combinación con una pasta que puede ser nuez de betel, hojas de betel o cal, que lógicamente causan una irritación crónica al existir en ese sitio por tiempo prolongado.

Quizá el factor predisponente más viable para la a-

aparición de cáncer de la mucosa labial es la presencia de leucoplasia cuyas características clínicas presentaremos posteriormente.

Características Clínicas.

Probablemente la forma más común de encontrar un carcinoma en la mucosa labial sea asociado en una leucoplasia, por lo que, a continuación describiremos los aspectos clínicos de esta.

La mayoría de las leucoplasias de la mucosa labial son bien diferenciadas y de un tipo homogéneo uniforme. La mayoría de ellas ocurren en la mucosa del labio inferior que por lo general presenta una trama de estrias queratinizadas muy finas.

Histopatología.

En las leucoplasias homogéneas de la mucosa labial, el epitelio es hiperorto o hiperpara queratósico.

Tratamiento.

En caso de presencia de carcinoma de mucosa labial la terapéutica es la misma que se lleva a cabo en el carcinoma de bermellón, la terapéutica de la leucoplasia de la mucosa labial es puramente preventiva, es decir el paciente debe suprimir sus hábitos de tabaquismo con lo que no sólo a veces se previenen los cambios carcinomatosos sino que en algunas veces la leucoplasia desaparece.

Cáncer de Comisura Labial.

Epidemiología.

Los datos estadísticos de carcinomas de esta región

son desconocidos, pues la mayoría de los autores comentan este tipo de cáncer en la región de mucosa bucal pero esto es lamentable debido a que estas dos regiones plantean problemas distintos en cuanto a estructuras histológicas y curso de la lesión.

Etiología.

Los carcinomas de mucosa labial por lo general se presentan como complicación de las leucoplasias nodular de la zona. Los cánceres comisurales propagan hacia afuera por la mucosa bucal y pueden también invadirla a la piel subyacente.

Las leucoplasias de esta región pueden tener el aspecto de candidiasis por lo que algunos autores creen que la leucoplasia es infectada por hifas del hongo candida albicans, áreas rojas alternantes con las nodulares.

Histopatología.

Los carcinomas y leucoplasia de la comisura labial de tipo homogéneo pueden ser hiperparaqueratinizadas o hiperortoqueratinizadas con existencia de células inflamatorias, el epitelio atrífico corresponde a las áreas rojas mientras que el hiperplásico origina el aspecto nodular. En las leucoplasias aparentemente infectadas por candida, se confirma la presencia del hongo por medio de técnicas de tinción (pas) con lo que se demuestra que un alto porcentaje de estas lesiones están sobre infectadas por el hongo.

Tratamiento.

En caso de existencia de carcinoma de la comisura labial la terapéutica puede ser quirúrgica o radiológica.

A todos los pacientes que presentan leucoplasia comisural por tabaco se les debe de suprimir su hábito, en los pacientes en que la biopsia revela la presencia de hifas de candida, debe emprenderse la terapia antimicótica.

CARCINOMA DE LA LENGUA.

Epidemiología.

De acuerdo con estudios realizados por diferentes Autores, y en especial Pindborg, el país con la frecuencia más elevada de cáncer de lengua es la India, seguida después por Puerto Rico y Brasil.

El cáncer de lengua afecta más a los hombres que a las mujeres, aunque poco a poco la relación masculina-femenina va en descenso. La mayor incidencia de cáncer de lengua se presenta de la sexta a la octava década de la vida.

Etiología.

En general, los pacientes que presentan cáncer de este órgano, resultan ser grandes fumadores y bebedores, pero la falta de bases más sólidas no permite a los investigadores el tomar realmente en cuenta estos dos factores como predisponentes del cáncer de lengua. De la misma manera, la alta frecuencia en que se encuentra relacionada la sífilis en cualquiera de sus estados, tampoco permite por falta de comprobación tomar lo como un factor precisamente real.

Como mencionan muchos autores, la leucoplasia lingual por lo general ocurre como una placa blanca homogénea, bien delimitada, generalmente en el dorso de la len-

ma; en el diagnóstico diferencial, de la leucoplasia, es importante descartar el desarrollo inicial del líquen plano.

Características Clínicas.

Los síntomas de los pacientes con carcinomas de lengua dependen de la localización del tumor. Cuando el tumor se localiza en los dos tercios anteriores de la lengua, la queja principal es la presencia de un bulto, que la mayoría de las veces es indoloro, muchas veces siendo el tumor grande no causa dolor ni tampoco disfagia. Cuando se presenta en el tercio posterior (detrás de las papilas caliciformes), el tumor no siempre es reconocido por el paciente y con frecuencia el dolor causado por este es atribuido a "dolor de garganta".

El carcinoma de lengua hace su manifestación clínica de diversas maneras. La mayoría de las veces es exofítico y con lo general se asocia con ulceración o con una úlcera profunda de bordes indurados y en los alrededores se pueden observar lesiones leucoplásicas.

Otra forma de presentarse es rodeado por un componente eritroplásico completamente asintomático, apareciéndola lesión en una área con pérdida completa de papilas.

La mayoría de estos tumores aparecen en los bordes laterales y en la superficie inferior de los dos tercios anteriores de la lengua, mientras que solo la cuarta parte se presenta en el tercio posterior de la lengua.

Empleando la clasificación TNM, la mayoría de los tumores de la lengua miden 2 cms. o más de diámetro en el momento en que se les diagnostica. Se pueden propagar

en forma directa al piso de la boca, Cresta alveolar, paladar blando, pared faríngea y larínge. En casos de metástasis los ganglios tomados con mayor frecuencia son los subdigástricos, seguidos por los submaxilares y yugulares. Las metástasis en los ganglios linfáticos son mas comunes en la base de la lengua, donde pueden estar tomados ganglios contralaterales; este tipo de metástasis también se presenta cuando el tumor se localiza en la punta del órgano.

Histopatología.

Como la mayoría de los cánceres de la lengua se originan el epitelio superficial, el tipo histológico más común es el carcinoma espinocelular, este tipo histológico representa el 99% de los cánceres de la lengua de los tumores no espinocelulares, el más frecuente es el linfoma.

Tratamiento y Pronóstico.

Debido a las diferentes formas terapéuticas que mencionan los Autores, podemos concluir que el tratamiento depende de la localización del tumor. Los tumores de los dos tercios anteriores de la lengua son tratados quirúrgicamente, a diferencia de los tumores de la base del órgano que se tratan en forma conjunta entre cirugía y radioterapia.

Las tasas de supervivencia a los 5 años de los cánceres de los dos tercios anteriores de la lengua varía del 24 al 51%.

CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA.

Epidemiología.

El piso de la boca es la región anatómica limitada por la cresta alveolar mandibular (encia), el frenillo lingual por detrás y la base del pilar amigdalino por detrás de los costados.

El cáncer de el piso de la boca es una enfermedad de personas de edad mediana a avanzada y su incidencia culmina en la séptima década de vida. La incidencia masculino-femenino esta levemente inclinada hacia el sexo masculino.

Etiología.

La mayoría de los Autores mencionan al tabaco, al alcohol y a la sepsis dental como principales factores etiológicos del carcinoma de piso de boca, sin embargo, debido a falta de un número de estadísticas convincente, podemos arzuir que la etiología de este tipo de cáncer es multifactorial. La leucoplasia que podría ser otro de los factores causales, es de muy baja frecuencia en el piso de la boca.

Características Clínicas.

El cáncer de piso de boca, suele tomar o invadir otras regiones de la cavidad oral, por lo cual, sólo podremos encontrarlo en el piso de la boca, en sus etapas iniciales. En los casos incipientes, este tipo de lesión puede no dar síntomas. A medida que la lesión progresa, algunos pacientes refieren un bulto en la boca. Es común que aparezca sialorrea, disfonía y limitación de los movimientos de la lengua.

El hallazgo clínico más frecuente, es una lesión ulcerada y de bordes elevados e infiltrados cerca del frenillo lingual. El tumor suele propagarse con mayor ra-

pidez en dirección anterior y posterior que en dirección lateral. En lo que se refiere a metástasis, es el carcinoma que más rápidamente se disemina; los ganglios más frecuentemente afectados son los de la cadena submaxilar, pero es frecuente que también estén tomados los ganglios subigástricos.

Histopatología.

El diagnóstico histológico del cáncer de esta región siempre es de carcinoma espinocelular.

Tretamiento y Pronóstico.

El tratamiento de este tipo de carcinoma es diferente en los países donde se presente, algunos autores se inclinan por la cirugía radical y otros por la radioterapia. La incidencia de supervivencia a los 5 años, depende del grado del tumor, ya que este, como ya mencionamos da metástasis muy rápidamente.

CARCINOMA DE LA MUCOSA BUCAL PROPIAMENTE DICHA.

La mucosa bucal propiamente dicha, comprende la mucosa de la boca, y los surcos bucales superior e inferior.

Epidemiología.

Este tipo de tumores representa el 10% de todos los cánceres intrabucuales en el hombre y el 20% en las mujeres.

Es con preferencia una enfermedad de la senectud, pues, el 90% de los casos ocurren después de los 40 años.

Características Clínicas.

Por lo general hay tumores que se presentan en dos variedades histológicas:

Carcinoma espinocelular.: Este tumor de la mucosa propiamente dicha, es generalmente asintomático en sus etapas iniciales. La mayoría de ellos, tienen una localización posterior, se presentan como una más indurada y ulcerada, la mayoría de las veces, asociada con leucoplasia, o con eritroplasia. A medida que el tumor crece, se traumatiza más fácilmente con la masticación, pudiéndose infectar, provocando tumefacción y dolor en la mejilla. Es más frecuente en el surco bucal superior que en el inferior. Este tipo de carcinoma, puede invadir el hueso subyacente y la piel, provocando fistulas.

Carcinoma verrugoso.: Aunque este tipo de carcinoma se puede presentar en cualquier región de la cavidad oral, es más frecuente en la mucosa bucal propiamente dicha.

La frecuencia va del 2 al 20%. Es más común en la mucosa labial. Al principio el tumor es blando y circunscrito, pero en su etapa final adquiere firmeza y se endurece, sobresaliendo de la superficie. Su textura es rugosa, fungiforme y ulcerada; cuando se origina en la mucosa bucal propiamente dicha, puede crecer dentro de los tejidos blandos que cubren la mandíbula y fijarse al periostio, desde donde invade el hueso. Este tumor raras veces de metástasis regionales o a distancia.

CARCINOMA DE PALADAR.

Epidemiología.

En Europa y en Estados Unidos el cáncer de paladar es la localización más rara de todos los cánceres bucales, no así en algunos países de América Central y regiones de

la India donde se practica el tabaquismo invertido.

Características Clínicas.

El cáncer palatino suele formarse como una tumefacción bastante aplanada, que después tiende a ulcerarse. El tumor casi no crece en profundidad y sus síntomas principales son tumefacción y dolor. El paciente generalmente tiene ya de 4 a 5 meses con el tumor, antes de buscar asistencia médica u odontológica. Este tipo de neoplasias se presenta más frecuentemente en paladar duro que en blando, aunque la diferencia no es muy marcada.

Histopatología.

Adiferencia de otras regiones de la boca, el paladar presenta con menos frecuencia el carcinoma de tipo espinocelular, su índice de ocurrencia es del 53 al 83%, de todas las neoplasias malignas del paladar, las demás son tumores de glándulas salivales.

De los tumores malignos de glándulas salivales más comunes, encontramos al carcinoma quístico adenóideo, que se presenta con elevada frecuencia en las glándulas salivales accesorias palatinas, es común en la 5a. y 6a. décadas de la vida, este tumor también es conocido con el nombre de "Cilindroma". Otras neoplasias malignas de glándulas salivales son: El adenocarcinoma y el carcinoma mucoepidermoide.

CARCINOMA DE ENCIA.

Epidemiología.

Este tipo de tumor, como la mayoría de los carcinomas afectan más frecuentemente al hombre y la edad promedio de los 50 a los 80 años.

Etiología.

Como la mayoría de la etiología en los demás carcinomas de las diferentes regiones de la cavidad oral, el tabaco consumido en cualquiera de sus formas, juega un importante papel en la etiología del carcinoma de la encía y cresta alveolar.

Un factor predisponente también considerado por muchos autores, es la leucoplasia de esta región.

Características Clínicas.

Según porcentajes tomados de la literatura revisada, el 79% de los carcinomas de esta región, tienen lugar en la encía mandibular, mientras que el 21% se forman en la encía maxilar. La localización en la línea media es bastante infrecuente y más del 60% de los carcinomas se presentan por detrás de los premolares.

Pindborg autor de varios artículos relacionados con el cáncer oral, manifiesta que en este tipo de tumor es donde más toma parte el Dentista, en cuanto a su diagnóstico, sin embargo reporta algunos casos donde por falta de experiencia odontológica en este campo, muchos Dentistas realizaron las extracciones, pensando en otras patologías, siendo que la mayoría de los Autores están totalmente en contra de este tipo de terapia.

El síntoma principal de los pacientes que presentan este tumor es la ulceración de la zona, con presencia de dolor, reportado por muchos pacientes como un ardor de

la zona. Un signo clásico de esta neoplasia es el aflojamiento de las piezas dentarias circundadas por el tumor. El cáncer puede infiltrarse con rapidez a la profundidad para tomar el hueso subyacente. En la mandíbula el tumor se propaga hacia el piso de la boca y al surco mandibular y en el maxilar superior, toma muchas veces el paladar y la mucosa bucal.

Histopatología.

El tipo de tumor maligno más frecuente en la encía y la cresta alveolar, es por mucho el carcinoma espinocelular. Es menester mencionar en este capítulo que de los escasos carcinomas basocelulares que se presentan en la cavidad oral, la mayoría según reportes de J.J. Pindborg se presentaron en la encía.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento consiste en cirugía, radioterapia o una combinación de ambas, y la tasa de supervivencia es de 73% para tumores de etapa I y de 17% para tumores de etapa III.

CARCINOMA INTRAÓSEO DE LOS MAXILARES.

La forma más frecuente de carcinoma intraóseo de los maxilares se debe a invasión secundaria por un carcinoma de la mucosa bucal. El sitio más común de invasión bucal en la mandíbula ocurre en los lugares donde la mucosa bucal está en íntimo contacto con el hueso subyacente, o sea, en la encía y en la cresta alveolar.

Hay que distinguir al respecto, la diferencia entre una invasión y una erosión ósea.

La erosión es una excavación en U del hueso medular, ó sea una lesión en socabado, que se debe a la compresión que ejerce el tumor y no a la infiltración de células tumorales. Por consiguiente solo existirá una invasión cuando haya una infiltración de células tumorales, entonces en la radiografía mostrará radiolucideces moteadas mas delimitadas dentro de las cuales se distinguen trabéculas óseas. Se demostró que el carcinoma puede propagarse siguiendo el trayecto del nervio dentario inferior o sus ramas, sin presentar ningún signo clínico.

TUMORES DE ORIGEN CONJUNTIVO O SARCOMAS.

Los sarcomas son neoplasias malignas de origen mesodérmico, pueden desarrollarse a partir de cualquier tejido conjuntivo del cuerpo.

A excepción del grupo de los linfomas malignos y de las leucemias, son de frecuencia menor si se les compara con los tumores epiteliales malignos.

Los sarcomas , como grupo difieren de las neoplasias epiteliales malignas por su aparición característica en personas relativamente jóvenes y en su mayor tendencia a metastatizar por el torrente sanguíneo y no por la vía linfática con lo que producen focos más difundidos de proliferación tumoral secundaria.

Los sarcomas en general son de difícil diagnóstico ya que muy pocas veces tienen características radiográficas así como los signos y síntomas clínicos patognomónicos, al contrario del carcinoma, se ulceran en una fase posterior de la evolución , una vez que ya existe una extensa

infiltración local y ya hay metástasis, por lo que algunos Autores mencionan que en sus primeros estados las lesiones pueden interpretarse como benignas o inflamatorias.

FIBROSARCOMA.

Epidemiología.

El fibrosarcoma es la neoplasia mesenquimatosa maligna más frecuente y representa un 29% de todos los sarcomas de tejidos blandos. Los fibrosarcomas pueden presentarse a cualquier edad, pero son más frecuentes a mediana edad, y más en los varones que en las mujeres. La mayor parte de estos tumores crecen en las extremidades, pero el 16% de ellos lo hacen por encima de las clavículas e incluyen localizaciones orales como el periostio de maxilares y mandíbula, el labio, la lengua, la encía y la mucosa bucal, también se han descrito algunos casos aunque con menos frecuencia en seno maxilar, faringe y articulaciónes temporomandibular.

Etiología.

La etiología real de este neoplasia no ha sido todavía delucidada, pero algunos Autores comentan que ciertas lesiones aparecen en zonas que están cicatrizando de un trauma físico o de una exposición a una irradiación. Otros sugieren como factores etiológicos, algunas lesiones fibrosas predisponentes.

Características Clínicas.

Cuando un fibrosarcoma se localiza en la boca, presente un cuadro clínico de una masa sólida, no dolorosa, no ulcerada, mal definida y recubierta por mucosa normal

rosada. Muchas veces la lesión precóz no es muy característica y se puede confundir con una neoplasia benigna. En algunos casos se observan úlceras, infección secundaria y hemorragia, pero los hallazgos más típicos son la tumefacción y la deformación asimétrica de la región. Puede haber dolor intenso o parestesia, con movilización y caída de los dientes cuando el tumor se haya infiltrado en el hueso.

Los datos radiológicos del fibrosarcoma no son patognomónicos, los tumores bien diferenciados pueden no presentar ningún signo de destrucción ósea, pero las lesiones más invasiva muestran zonas irregulares de destrucción de la cortical.

Histopatología.

El fibrosarcoma se caracteriza por la proliferación de fibroblastos y fibras colágenas y de reticulina.

Tratamiento y Pronóstico.

La mayoría de los Autores mencionan que la forma terapéutica más aceptada para el fibrosarcoma es la excisión quirúrgica radical, y por lo general los rayos X no surten efecto. El pronóstico del fibrosarcoma es sorprendentemente favorable en comparación con el de otros sarcomas.

Diagnóstico Diferencial.

Es difícil diferenciarlo del osteosarcoma fibroblástico, pero hay que diferenciarlo pues el fibrosarcoma presenta un mejor índice de supervivencia a los 5 años.

HEMANGIOENDOTELIOMA.

El hemangioendotelioma es una neoplasia maligna, de bajo grado, de origen mesenquimatoso, de naturaleza angiomatosa y derivada de células endoteliales.

Características Clínicas.

Esta neoplasia puede originarse en cualquier zona del organismo, pero es más común encontrarla en la piel y en tejidos subcutáneos. Las lesiones primarias de este tipo en la cavidad oral son poco comunes y cuando se presentan en esta región se localizan en orden de frecuencia de la siguiente manera: labios, paladar, encías, lengua y en zonas óseas centrales de maxilar y mandibular.

Este tumor se presenta a cualquier edad y algunos Autores lo reportan presenta hasta en el nacimiento. Su aspecto es de una lesión plana o levemente elevada, de tamaño variable y de color rojo oscuro, a veces ulcerada y con tendencia a sangrar después de cualquier traumatismo.

Histopatología.

El hemangioendotelioma se compone de masas de células endoteliales que se suelen disponer en columnas.

Tratamiento y Pronóstico.

La mayoría de los Autores manifiesta que el tratamiento puede ser quirúrgico o base de radiación.

Diagnóstico Diferencial.

Por lo general la literatura manifiesta un cierto grado de similitud entre el hemangioendotelioma y el hemangioma, algunas veces difícil de diferenciar.

SARCOMA HEMORRAGICO IDIOPATICO DE KAPOSI.

El sarcome de Kaposi es una enfermedad rara y poco común de los vasos sanguíneos que a veces se manifiesta en la cavidad oral. Puede originarse a cualquier edad pero es más común en la quinta, sexta y séptima décadas de la vida, la recopilación literaria de esta afección muestra que entre el 85 y 90% de los casos se da en varones.

Etiología.

La etiología real de este padecimiento es desconocida, pero algunos Autores sugieren que de acuerdo a la mayor frecuencia en varones, podría tener alguna naturaleza endócrina; otros Autores consideran este padecimiento como un granuloma infeccioso o una hiperplasia reticuloendotelial.

Características Clínicas.

La piel de las extremidades suele ser la zona primeramente afectada, aparece como máculas de color púrpura, pequeñas, que pueden ser únicas o múltiples; posteriormente crecen y se unen para formar masa sólidas, prominentes y adheridas. El aspecto de las lesiones bucales es idéntico al de las lesiones cutáneas.

Histopatología.

El cuadro histológico del sarcoma de Kaposi es sumamente variable, la lesión se compone de múltiples vasos sanguíneos pequeños con aspecto de capilares que pueden contener sangre o no.

Tratamiento y Pronóstico.

La erradicación quirúrgica de la enfermedad es difícil, debido a lo difundida que puede estar sobre varias regiones corporales, por lo que muchos Autores justifican una terapia a base de rayos X. El pronóstico es favorable debido a la naturaleza crónica de la enfermedad, la cual es lentamente progresiva.

SARCOMA DE EWING.

Este tumor de origen conjuntivo, también recibe el nombre de mieloma endotelial y de sarcoma de células redondas, es una neoplasia maligna rara que se produce como lesión ósea destructiva primaria.

Características Clínicas.

Esta enfermedad neoplásica se produce predominantemente en niños y adultos jóvenes, entre las edades de 5 y 25 años, pero algunas veces aparece en pacientes de mayor edad. La relación masculina-femenina va de 2:1. Los primeros signos clínicos en aparecer parecen ser el dolor que generalmente es de naturaleza intermitente, y la tumefacción del hueso afectado.

Los huesos afectados con mayor frecuencia son los huesos largos de las extremidades, aunque también se presenta en cráneo, clavícula, costillas, así como también maxilares y mandíbula. En los casos maxilar y mandíbula se presenta parestesia labial y neuralgia facial, la aparición de la tumefacción en maxilar por lo general es rápida, se presenta una masa intrabucal que con el tiempo lleva a ulcerarse. Es común que los pacientes que presentan este sarcoma, presenten también síntomas generales como puede ser hipertermia y cuenta leucocitaria elevada.

Etiología.

No se conoce a ciencia cierta la etiología real de la lesión, pero es digno de señalar que muchos Autores mencionan un episodio traumático previo a la aparición de esta lesión, aunque este hallazgo clínico no ha sido constante.

Histopatología.

La mayoría de los autores coincide en señalar que las células redondas que presenta esta neoplasia se forman a partir de elementos reticuloendoteliales; este compuesto por una masa sólida en capas de células redondas con muy poco estroma.

Tratamiento y Pronóstico.

Esta neoplasia es tratada actualmente con radioterapia, pero sin embargo el pronóstico es malo y es común que aparezcan focos metastásicos rápidamente en otros huesos y órganos vitales como pulmones y ganglios linfáticos.

Diagnóstico Diferencial.

Por su aspecto histológico y no por sus características clínicas esta lesión puede ser confundida con un sarcoma reticulocelular, y cuando sus células redondas son de mayor tamaño puede ser difícil diferenciarlo con un linfoma maligno.

CONDROSARCOMA.

Este tumor de origen cartilaginoso, se produce en cualquier hueso del organismo, incluyendo maxilares y mandíbulas. Se clasifica en condrosarcoma de tipo pri-

mario y de tipo secundario. El tipo secundario es el que se origina de un condroma benigno preexistente, mientras que el de tipo primario se produce sin preexistencia de un tumor cartilaginoso.

Muchos de los autores refieren una mayor frecuencia de los tumores cartilaginosos malignos (condrosarcoma) que de tumores cartilaginosos benignos (condroma).

Características Clínicas.

Los varones se afectan en una proporción dos veces más elevada que las mujeres, la mayor parte de los casos registrados se presentan entre la cuarta y la quinta década de la vida, aunque el tumor puede aparecer a cualquier edad. El primer signo bucal es una masa dura, no dolorosa lobulada no ulcerada y que se adhiere al hueso. Al crecer el tumor hay destrucción ósea extensa y movilidad dentaria. Puede existir una rápida invasión al seno maxilar y al piso orbitario.

Radiográficamente el tumor aparece como una zona radiotransparente, plana, con zonas radioopacas que corresponden al cartilago maligno ya calcificado.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento es la excisión quirúrgica radical, y la supervivencia a los 5 años es del 30% de todos los casos. Las lesiones dan metástasis rápidamente a los pulmones generalmente por vía venosa.

OSTEOSARCOMA.

Este tumor maligno, también denominado sarcoma osteogénico, se desarrolla a partir de tejido formador de

hueso y representa aproximadamente un 50% de todos los tumores óseos malignos primarios. Esta neoplasia suele ser dividida en dos formas por la mayoría de los autores, un tipo osteoblástico o esclerosante y un tipo osteolítico.

Características Clínicas.

El tumor es frecuente en los huesos largos, la relación masculina-femenina es de 2:1 y la mayor parte de los casos se dan entre los 10 y los 20 años de edad. El osteosarcoma que se desarrolla en maxilares y mandíbula se da con más frecuencia en personas algo mayores, siendo el promedio de edad de 33 años.

La mandíbula se afecta con más frecuencia que el maxilar. El cuadro clínico es el de una masa de crecimiento rápido, no ulcerada, que suele ser sólida o de consistencia ósea. En los últimos estadios de la lesión puede haber dolor y parestesia de la zona afectada, los dientes se desplazan pues el tumor es infiltrante y muchas veces se caen. En un alto porcentaje de casos de osteosarcoma hay historia de traumatismo previo en el lugar de la lesión, pero desgraciadamente esto no se puede considerar como un factor predisponente real, pues la verdadera etiología del padecimiento se desconoce.

El aspecto radiológico de la lesión dependerá de cual de los dos tipos de osteosarcoma se presenta, en el tumor de tipo escleroso se observa una zona radiotransparente, con focos radiopacos y de bordes más definidos, una imagen peculiar de este tipo de osteosarcoma es la llamada en "rayo de sol" que se presenta debida a una reacción perióstica de elevación. El osteosarcoma de tipo osteolítico se observa como una zona radiotransparente más homogénea sin reacción perióstica.

Histopatología.

El osteosarcoma se caracteriza por la proliferación de osteoblastos atípicos, además de una activa neoformación ósea principalmente en capas compactas y no en trabéculas.

Tratamiento.

El tratamiento electivo para esta lesión es la extirpación quirúrgica radical. Pero el pronóstico es malo, pues la lesión de metástasis en forma rápida a pulmón por vía sanguínea. El índice de supervivencia a los 5 años es de 20%.

LINFOMA MALIGNO.

Linfoma maligno es un término que se aplica a cuatro subtipos histológicos de neoplasias malignas que se desarrollan a partir de células linfocíticas pero pueden localizarse en ganglios y existir en cualquier órgano que contenga tejido linfático. Los linfomas se clasifican dependiendo de su tipo celular, y en este grupo se incluyen en orden decreciente de frecuencia, la enfermedad de Hodgkin (40%), el linfosarcoma (30%), el reticulosarcoma (19%), y el linfoblastoma folicular gigante (9%).

A) Enfermedad de Hodgkin.

Se denomina enfermedad de Hodgkin a un conjunto de tres procesos histopatológicos específicos que son: el granuloma de Hodgkin, el sarcoma de Hodgkin y el paragranuloma de Hodgkin. Esta enfermedad es tres veces más frecuente en varones que en mujeres y se presenta entre la segunda y tercera década de la vida.

Características Clínicas.

El primer signo suele ser hipertrofia no dolorosa de uno o más ganglios linfáticos cervicales. La palpación muestra una masa sólida de consistencia dura. La enfermedad suele manifestarse acompañada de síntomas generales como son fiebre, pérdida de peso y anemia. El pronóstico de la enfermedad es variable y depende de su localización regional y diseminada. Su tratamiento en forma general es a base de rayos X, y por medio de quimioterapia.

B) Linfosarcoma.

Es una forma común de linfoma maligno, que se origina en ganglios linfáticos y se caracteriza por la proliferación neoplásica de linfocitos y sus precursores. La relación masculino-femenina es de 2:1; la mayoría de los casos se registra entre los 50 y 70 años de edad.

Características Clínicas.

En la mayoría de los casos, la tumefacción indolora de los ganglios linfáticos es el primer signo clínico, que de el linfosarcoma, la consistencia de estos ganglios es firme y gomosa a la palpación. En la región de la cabeza, los sitios más frecuentemente afectados son las amígdalas y la nasofaringe, lo que provoca molestias en las vías respiratorias así como dolor en garganta, amigdalitis, obstrucción nasal y hemorragias.

La mayoría de los linfosarcomas siguen una evolución aguda que termina en una diseminación amplia al bazo, pulmones, hígado, huesos y piel.

En los casos de linfossarcoma de la cavidad oral, la parte mayormente afectada es el paladar, posteriormente encía, reborde alveolar, mucosa vestibular, piso de la boca y lengua, afectando si el proceso continúa, maxilares y mandíbula. El signo inicial del tumor en la boca es una hinchazón que crece rápidamente, sin ulcerarse por un periodo largo, al final, algunos de estos tumores acaban siendo grandes masa fungosas, necróticas y de mal aspecto.

Tratamiento y Pronóstico.

El linfossarcoma es sumamente sensible a los rayos X y es frecuente que los ganglios linfáticos curen a poco de iniciado el tratamiento; casi todos los casos recidivan en un lapso corto.

C) Reticulosarcoma.

Esta neoplasia deriva de células reticulares idénticas a los histiocitos y a los macrófagos mononucleares errantes. Aunque puede presentarse en cualquier órgano, las localizaciones más frecuentes en su origen son los ganglios linfáticos cervicales, amigdalas y el tubo gastrointestinal.

Características Clínicas.

La relación femenina-masculina es de 2:1 y la mayoría de los casos se reportan después de los 50 años. Los síntomas iniciales son, dependiendo de la localización del tumor: dolor de garganta, obstrucción nasal, disnea, disfagia y disfonía. El primer signo es la hipertrofia de los ganglios cervicales, que se presentan como masas dolorosas, sólidas y debajo de los músculos esternocleidomastoideos. En las fases iniciales, los ganglios son

móviles, pero al avanzar la enfermedad las prolongaciones a tejido conjuntivo subyacentes, los hacen fijos.

En la boca, las estructuras más frecuentemente afectadas son las amígdalas, que alcanzan la ulceración, sólo hasta las etapas finales de la enfermedad. Aunque raro, se han reportado casos de presencia de reticulocarcinoma en la mucosa bucal, encía y paladar.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento, al igual que el de la mayoría de los linfomas, es a base de rayos X; este tipo de linfoma, es el que tiene peor pronóstico pues de infiltrarse progresiva y rápidamente a el bazo, hígado y médula ósea. La supervivencia después de los 5 años es del 1%.

D) Linfoblastoma Folicular Gigante.

Este tumor, también recibe el nombre de enfermedad de Brill-Symer, se caracteriza por la proliferación maligna de linfocitos en el interior de folículos gigantes.

Características Clínicas.

El paciente presenta una masa más sólida no adherida, crecimiento lento y no dolorosa, en una de las cadenas linfáticas superficiales, generalmente cervicales o inguinales. Con mayor frecuencia, se afectan las cadenas submentonianas y submaxilares. Este tipo de linfoma no presenta nunca sintomatología general, la afectación oral es muy poco frecuente.

Tratamiento y Pronóstico.

El tumor puede pasar desapercibido por mucho tiempo,

y el paciente puede morir por otras causas, pero se reportan casos frecuentes de transformación de este linfoma en reticulosarcoma.

MIOSARCOMAS.

Generalidades.

En general este tipo de tumores son raros en la estadística oncológica, por consiguiente existen pocos casos reportados en la patología oral, este tipo de neoplasias se presenta de dos formas, dependiendo de la localización del tipo de músculo afectado; entonces podemos encontrar el leiomioma, que es un tumor de músculo liso, y por su insignificante frecuencia en la cavidad oral, no se tratará en esta tesis. El otro tipo de tumor de origen muscular es el rabdomioma, que a continuación describiremos.

RABDOMIOSARCOMA.

El rabdomioma tumor maligno de músculo estriado es relativamente raro en la cavidad oral. En base al aspecto histológico, encontramos en la literatura cuatro tipos de rabdomioma que son :

- 1) Pleomórfico;
 - 2) Alveolar,
 - 3) Embrionario,
 - 4) Botrioides.
- 1) Pleomórfico:

Es un tumor que se presenta con mayor frecuencia en las extremidades, en una edad promedio de 50 años.

Este tipo de rabdomioma no se presenta en la

cavidad oral.

2) Alveolar:

Se presenta en las extremidades y con menor frecuencia en cabeza y cuello. A diferencia del tumor anterior, este presenta a muy temprana edad.

3) Embrionario:

Este es el más común en la zona de cabeza y cuello, se origina principalmente en la musculatura de la órbita, facial y cervical.

4) Eotricioideo:

Se presenta con poca frecuencia en el seno maxilar, y el síntoma principal que se presenta es la inflamación de la zona, con pérdida de la simetría facial, y si el tumor incluye al nervio, se presenta dolor profundo.

La forma de tratamiento de estos tumores es la extirpación quirúrgica amplia, la cual va seguida de una extensa radioterapia, el pronóstico es malo, pero el diagnóstico temprano de la lesión permite mayores posibilidades de curación.

(Estos tumores se consideran de origen Conectivo).

TUMORES DE ORIGEN NERVIOSO.

Generalidades.

Los tumores malignos de origen nervioso son muy raros en la cavidad bucal y alrededor de ella, sin embargo se presentan algunos casos.

SCHWANNOMA MALIGNO.

Este tumor es mejor conocido con el nombre de "sarcome neurógeno" o "neurofibrosarcoma", algunos casos se originan de lesiones benignas de neurofibromatosis, cuando es así, estos tumores se presentan en pacientes jóvenes, no siendo así en los neurosarcomas que aparecen espontáneamente que se presentan en edades más avanzada.

Características Clínicas.

La mayoría de los casos de este tumor en la cavidad oral, se presentan entre la tercera y la sexta década de la vida, sin predilección de sexo. Las regiones más frecuentemente atacadas son, en el siguiente orden de frecuencia: labio, encía, paladar y mucosa vestibules. El nervio dentario inferior o la mandíbula son con frecuencia más atacados que el maxilar. El signo clásico, es la presencia de una masa en la región, con parestesía y dolor leve.

Histopatología.

El aspecto histológico del neurosarcome es casi idéntico al del fibrosarcoma, solo la presencia de troncos nerviosos originadores puede diferenciarlos.

Tratamiento y Pronóstico.

Es tratado con cirugía o irradiación, pero es muy tendiente a recidivar y logra rápidamente metástasis pulmonares, por lo que el pronóstico no es muy bueno.

(Estos tumores se consideran de origen Epitelial).

CONCLUSION.

La odontología de hoy en día tiene un gran interés en el estudio de las enfermedades mortales cuyas manifestaciones se pueden detectar en la cavidad oral, cabeza y cuello, de manera que hace algunos años no se sabía ninguna forma de tratar el Cáncer.

La situación socioeconómica del hombre así como su cultura, significan la diferencia entre la salud, la enfermedad y la muerte. Es difícil establecer datos generales y exactos de individuos que debido a sus creencias e ignorancia, han dejado avanzar su enfermedad e incluso perdido la vida, tratando de curar su mal en casa, o bien por medio de curanderos, en un país como el nuestro donde las supersticiones no han desaparecido y la economía mal distribuida influyen en la presencia de diferentes enfermedades.

Las víctimas del Cáncer son reflejo de un penoso cuadro clínico, su medio y hábitos corroboran y acrecentan su enfermedad impidiéndoles ver la realidad y desenlace de su enfermedad.

Todo esto podría disminuir considerablemente con el apoyo y participación activa del paciente de ahí depende el éxito del tratamiento y la gran satisfacción de cooperación y ayuda del odontólogo o médico, al haber podido brindar y aplicar sus conocimientos rápida y satisfactoriamente, para el bienestar del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Waite Daniel S. Cirugía Bucal Ed.
Página 273
2. Crispian Scully. Viruses and Cancer, Oral Surgery,
Oral Medicine, Oral Pathology. September 1983.
Páginas 285 a 292.
3. Gorlin J. Robert Thoma, Patología Oral.
Ed. Salvat. Páginas 6II a 626, 889 a 930.
4. Kruger O. Gustavo. Tratado de Cirugía Bucal.
Ed. Panamericana. Páginas 495 a 501.
5. International Union Against Cancer.
TNM Clasification of Malignant Tumor. Geneva 1974.
Páginas 2I a 26.
6. Zegarelli Edward V. Diagnóstico en Patología Oral.
Ed. Salvat. Páginas 258 a 265.
7. Farreras Valenti P. Medicina Interna.
Ed. Marin, Tomo II. Páginas IO33 a IO44.
8. Shafer William G. Patología Bucal.
Ed. Interamericana. Páginas IO4 a I28 y I57 a I9I.
9. Lynch Malcom A. Burket Medicina Bucal
Ed. Interamericana. Páginas 203 a 207.
10. Wynder Paul. Etiología del Cáncer.
Ed. Panamericana. Páginas 9 a IO5.

- II. Robbins Stanley L. Patología Estructural y Funcional
Ed. Interamericana. Páginas 105 a 120.
12. Pindborg Jens J. Cáncer y Precáncer Bucal
Ed. Panamericana. Páginas 34 a la 132.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**