

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**"CARACTERISTICAS CLINICAS Y RADIOLOGICAS
DEL CONDROSARCOMA"**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A

IRENE MEJIA SANTANA

ASESOR: C. D. LUZ MA. LORENA BARRAGAN FLORES.

GUADALAJARA, JALISCO

1988

FALLA DE CRIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Página.
INTRODUCCION	1
CAPITULOS	
I. CARACTERISTICAS CLINICAS	3
A)CONSIDERACIONES GENERALES	4
B)CARACTERISTICAS CLINICAS	7
C)FRECUENCIA	9
II. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.	11
A)DIAGNOSTICO.	13
B)LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ.	16
III. CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS	18
A)DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.	20
B)PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.	22
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFIA.	37

Trataré de emprender mi investigación del tema que hoy me ocupa; el condrosarcoma, tumor maligno de maxilares, que es sin duda muy importante, pues es triste ver miles de muertes en el mundo a causa del cáncer, debiendo poner especial atención que muchos sufrimientos y mutilaciones se hubieran podido evitar, si con tiempo se hubiesen tomado medidas preventivas.

Debe desterrarse la versión de que el odontólogo desempeña un papel útil pero secundario frente al cáncer oral, pues si subsiste esa idea en la profesión médica, en la población en general y aún entre los mismos odontólogos, el diagnóstico temprano, y con ello las posibilidades del éxito en el cáncer serán irrealizables o poco probables.

Por lo tanto, es obligación del odontólogo de práctica general, usar métodos comprensivos y sistemáticos que deberá poner en práctica en sus pacientes, no interesando cuan mínimo sea el motivo de consulta, y por supuesto para ello, deberá poseer conocimientos básicos de Patología en cabeza y cuello para poder diagnosticar tempranamente tumores malignos como es el condrosarcoma neoplasia cartilaginosa de los maxilares, que aunque raro, puede presentarse alguna ocasión en nuestra consulta.

Así que al detectarse a tiempo podrán ser tratados correctamente por medio de cirugía, ya que de la inmediata atención del paciente dependerá el triunfo del tratamiento; y lo más importante la vida del mismo.

La finalidad de esta tesis es que se llegue a - conocer al condrosarcoma tumor maligno, en sus características clínicas, histológicas y radiológicas, - distinguirla de otras neoplasias y realizar el tratamiento correcto.

C A P I T U L O I

"CARACTERISTICAS CLINICAS"

A) CONSIDERACIONES GENERALES:

Los tumores malignos primarios de hueso pueden afectar la cavidad bucal.

Los tumores óseos malignos más frecuentes se denominan sarcomas ya que se derivan del tejido conectivo. Entre ellos está el condrosarcoma, neoplasia que en esta tesis me ocupará.

Suele provocar dolor, movilidad de los dientes y tener un mal pronóstico.

El condrosarcoma es un tumor maligno caracterizado por la formación de cartílago por las células neoplásicas y representa un 10% de las neoplasias malignas óseas.

Está compuesto de tejido cartilaginoso, cuyas células y sustancia fundamental no alcanza la madurez y uniformidad observada en el condroma tumor benigno, o en el cartílago normal.

Se le conoce también como:

- a) Sarcoma Condrolástico
- b) Condromixosarcoma y
- c) Osteocondrosarcoma

Esta neoplasia se presenta en los maxilares, y suele aparecer en los huesos formados por osificación endocondral a partir del tejido conjuntivo fibroso del endostio.

Pero también se desarrollan en los maxilares en relación con los restos cartilaginosos de las --

apófisis coronoides, condilar y malar, canal incisivo, agujero mentoniano y tabique nasal.

Thoma afirma que se forman de restos de células embrionarias del condroesqueleto fetal.

Este tumor es la contraparte maligna del condroma, e igual que la lesión benigna se origina en --- cualquiera de los maxilares.

El condrosarcoma se clasifica en dos tipos:

I.- PRIMARIO: Es el que se produce a partir de cartílago.

II.- SECUNDARIO: Este se origina de un tumor - cartilaginoso preexistente.

La mayoría de los condrosarcomas se originan a partir de exostosis cartilaginosas benignas o endocondromas y se conocen como condrosarcomas secundarios, mientras que los otros se desarrollan a partir de cartílago y son los condrosarcomas primarios.

Por lo general los osteocondromas tienden a sufrir transformación maligna pudiendo tener sitio periférico o central en el hueso atacado, convirtiéndose en condrosarcoma.

Con el tiempo el condrosarcoma se torna muy voluminoso, destruyen el hueso original al extenderse, y a menudo se extienden por la corteza a los tejidos blandos adyacentes.

Con el resto de la estructura esquelética el condrosarcoma ocupa el segundo lugar más maligno tu

mor óseo.

Es muy importante señalar que los tumores cartilaginosa malignos de los maxilares, son mucho más - frecuentes que los tumores cartilaginosa benignos, - pues según Velázquez se han publicado 36 casos de -- condrosarcomas en comparación con 18 condromas benignos.

Es poco común este tumor, incluso menos que el osteosarcoma. Pindborg nos dice que su incidencia es mínima, pues en 11 años solamente se supo de un caso en Dinamarca.

En una extensa revisión de casos publicados en la literatura inglesa Chaudhry y colaboradores registraron 26 casos de condrosarcomas de los maxilares y otros 10 casos en los cuales el diagnóstico inicial fue de condroma benigno.

Coley refirió que solamente se observaron 13 -- condrosarcomas en un período de 18 años en el Memorial Hospital for Cancer and Allied Diseases en Nueva York.

Hasta hace pocos años este tumor era clasificado en forma indiscriminada con el osteosarcoma, pero una revisión cuidadosa de datos clínicos señaló la - necesidad de su separación definitiva, ya que el tumor cartilaginosa tiene mejor pronóstico.

Dentro de los tumores malignos del maxilar se encuentra el que hoy me ocupa, aunque raro, es nues-

tra obligación revisar a nuestros pacientes, pues es de enorme importancia estar familiarizado con ellos, por si se llegara a presentar alguno, remitirlo de inmediato al especialista para su tratamiento oportuno.

B) CARACTERISTICAS CLINICAS:

El condrosarcoma no presenta signos patognómicos que indiquen la presencia del tumor maligno.

Lo que nota el paciente es una deformación lenta y progresiva del maxilar o la mandíbula, acompañada de dolor sólo al principio de su evolución, pues desaparece cuando el tumor se vuelve más grande.

Se presenta como un agrandamiento expansivo y asintomático que produce reabsorción ósea extensa y pérdida de dientes a medida que va creciendo la lesión.

Un síntoma importante que presenta el paciente es la tumoración en la parte afectada.

Generalmente al hacer el examen clínico se nota que el primer signo es una masa o tumefacción cubierta por mucosa, no dolorosa, lobulada, no ulcerada -- que se adhiere al hueso.

La mucosa permanece intacta hasta una etapa muy avanzada.

Tanto los condrosarcomas primarios como secunda

rios del maxilar representan lesiones invasivas y destructivas.

A la exploración de los ganglios linfáticos -- cervicales no revelan ninguna anormalidad.

En la mandíbula el sitio de predilección de este tumor es el ángulo de la mandíbula, en las regiones premolar y molar, pero también se han reportado casos en la apófisis coronoides y condilar y en la sínfisis mentoniana.

En los maxilares superiores el lugar de origen más frecuente es la región alveolar anterior, siendo en este caso que el crecimiento tumoral engloba las raíces de los dientes y ocasiona la pérdida de éstos; la lesión invade los senos, originando signos de obstrucción nasal y en ocasiones se extiende hasta la órbita produciendo desfiguración y exoftalmía.

Los tumores de la mandíbula pueden extenderse a lo largo de las estructuras del cuello al interior del mediastino, y los del maxilar superior al interior de la base del encéfalo.

El curso clínico del condrosarcoma de los maxilares es menos agresivo que en otros huesos del esqueleto; ya que crecen más lentamente y producen metástasis más tardías.

Esta neoplasia presenta su metástasis en los pulmones.

Generalmente presenta recidiva debido a una extirpación económica.

Por ello será sumamente importante un control posterior prolongado, para así evaluar con precisión los resultados del tratamiento ya que su crecimiento es lento.

Los pacientes que padecen esta enfermedad tienden a sobrevivir alrededor de cinco años.

Por lo anterior, es importante hacer una buena exploración bucal total en cada paciente, y no limitarnos a dientes, pues en un momento dado pudiéramos descubrir algo anormal en la cavidad oral, estando a tiempo de detener el proceso maligno, y hasta de salvar una vida.

C) FRECUENCIA:

Igual que el osteosarcoma el condrosarcoma es un tumor raro de los maxilares.

Se presenta en cualquier edad, pues se han visto en niños y adolescentes, pero más frecuentemente veremos que la edad promedio de los enfermos con este tumor está entre los 30 y 60 años de edad.

En una serie de 288 casos de Henderson y Dahlin, la mayor frecuencia estaba entre los 30 y 60 años, en tanto que en la serie de 151 casos de McKenna y colaboradores, estaba entre 30 y 50 años de edad.

Los varones son afectados con más frecuencia - que las mujeres, en una relación aproximada de dos-a uno.

Los condrosarcomas de los maxilares son menos-frecuentes que los osteosarcomas.

Más frecuente se encuentra en el maxilar inferior que en el superior.

Debemos realizar exámenes cuidadosos a pacientes con edad propensos a cáncer, debiendo estar -- bien informados para saber si se trata de una neoplasia como el condrosarcoma y proceder de inmediato a su tratamiento.

C A P I T U L O I I

"CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS"

El condrosarcoma está compuesto de cartílago hialino.

El examen microscópico nos puede llevar a un diagnóstico equivocado si no se dispone de suficiente tejido para el estudio, ya que las diferentes zonas del condrosarcoma tienen considerable variación.

Por lo tanto es importante una pieza biopsica amplia y suficientemente representativa por dichos cambios anaplásicos.

El cuadro histológico se asemeja al del encondroma, con islotes de cartílago hialino maduro en estroma fibroso.

Microscópicamente la malignidad consiste en la neoformación de cartílago por las células tumorales y las características atípicas son la presencia de numerosas células con núcleos gruesos e irregulares y especialmente células multinucleadas y aumento del tamaño nuclear con marcado hiperchromatismo.

La histología no puede relacionarse con la formulación del pronóstico.

La falta de lobulación cartilaginosa y la presencia de formas fusiformes caracteriza al condrosarcoma de alto grado de malignidad histológica y se relaciona con un pronóstico sombrío.

Siempre debemos tener en cuenta que el condrosarcoma se caracteriza por la presencia de zonas de matriz cartilaginosa mal desarrollada, las cuales -

poseen células patentemente anaplásicas. Y esto lo reportará el laboratorio al estudiar la muestra enviada.

A) DIAGNOSTICO:

El diagnóstico clínico y radiográfico no es fácil, pudiendo originar confusión con el condroma o con el osteosarcoma.

También la histopatología es muy oscura si no se dispone de material suficiente.

Para llegar a un diagnóstico es necesario hacer una historia minuciosa, examen completo, evaluación radiográfica detallada y biopsia.

Se debe tomar en cuenta que el condrosarcoma es una neoplasia de crecimiento lento con propensión a metástasis a distancia más que ganglionares.

La expansión y el dolor al inicio de su evolución son rasgos comunes.

La mayoría de los pacientes con cáncer oral solicitan el diagnóstico y la curación de sus males al dentista antes de consultar al médico.

Casi un 50% acude al dentista antes de ser finalmente enviados al especialista para un diagnóstico y tratamiento completo, así es que el dentista debe tener un nivel mínimo de habilidad al respecto, y estar alertas en los pacientes de "edad de cáncer".

Debemos aprender a realizar exámenes periódicos en busca de cáncer, como parte de nuestro examen ordinario de la cavidad bucal.

Es frecuente que el paciente anodonto se olvide como caso terminado después de aplicarle su prótesis. Es indispensable el examen periódico de los pacientes anodontos desde el punto de vista dental, y aprovechar a estudiar al paciente desde el punto de vista de la identificación del cáncer, ya que en algún momento dado pueden sufrir un tumor maligno - como el condrosarcoma.

Por ser un tumor tan raro el condrosarcoma no constituye un problema de salud pública, pero no por eso lo debemos descartar.

Es importante actualizarnos en las maniobras diagnósticas para este tumor raro, pero interesante.

Es fundamental realizar un diagnóstico exacto en esta neoplasia, como en cualquier otra.

En la actualidad la única manera de establecer con seguridad la naturaleza de la lesión es el estudio microscópico.

El estudio histopatológico de la muestra obtenida de una lesión sospechosa es de enorme utilidad para el diagnóstico del cáncer.

Esta técnica se llama biopsia, indispensable para el diagnóstico, además utilísima para preparar

un tratamiento adecuado, para verificar los resultados de éste o la extensión de la enfermedad y para apreciar los resultados a largo plazo.

Sólo este tipo de aplicación nos permite reconocer precozmente si existe un condrosarcoma.

El descubrir a tiempo un sólo cáncer compensa muchas biopsias negativas.

A continuación daré los pasos de la Técnica de Biopsia para lesiones cancerosas:

- 1.- No inyecte anestésico local dentro del tumor.
- 2.- No presione el tumor.
- 3.- No tome tejido normal.
- 4.- No tome tejido necrótico.
- 5.- No tome tejido cercano al hueso.
- 6.- No use pinza de tejido.
- 7.- No tome demasiado poco tejido, pero
- 8.- Tampoco tome demasiado.
- 9.- No haga suturas hemostáticas.
- 10.- No cree colgajos.
- 11.- Busque tejido en crecimiento activo.
- 12.- Ponga el tejido en un buen fijador.
- 13.- Combata el sangrado por electrocoagulación
- 14.- Selle los linfáticos por electrocoagulación.
- 15.- Asegúrese de que la muestra llega al laboratorio.
- 16.- Pida un reporte rápido (24 horas).

Al tener el resultado de la biopsia en nuestras manos, debemos avisar de inmediato al paciente.

Cada paciente debe ser puesto al tanto de la situación en una forma individual, en función de su capacidad para recibir el diagnóstico.

En ciertos casos es mejor que esta tarea sea realizada por el médico al que se envía el paciente.

Uno como dentista debe conocer a radiólogos, cirujanos u oncólogos de cabeza y cuello de mayor competencia en la región. De esta manera podremos crear confianza y esperanza al paciente, indicándole que el médico a cargo del tratamiento es perfectamente capaz de llevarlo a cabo.

Hay que ser optimista, sin llegar a garantizar la curación. En este caso es el especialista quien debe establecer el pronóstico.

Se debe asumir una actitud que no permita al paciente retrasar la consulta.

En conclusión, mas vale dejar los detalles al médico que se encargará de la atención definitiva del paciente. Mas se debe presentar al paciente las cosas de manera que se ponga cuanto antes en las manos del especialista.

B) LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ:

En ninguna otra región del cuerpo puede contar

la profesión médica con tantos aliados, expresamente los dentistas, para ayudarle a resolver el problema del diagnóstico precoz del cáncer en la boca y maxilares.

La importancia de un diagnóstico inmediato, o de la corrección de un tratamiento equivocado, es mucho mayor en el cáncer oral que en cualquiera de los trastornos con los cuales se pueda confundir.

Al estudiar una lesión, no debe olvidarse en ningún momento que la tardanza en la identificación del condrosarcoma puede significar la muerte.

Lógicamente pues, el cáncer debe ser nuestra "hipótesis de trabajo" frente a cualquier lesión du da sa, en otras palabras, antes de establecer otro diagnóstico es preciso descartar el cáncer.

En otras enfermedades se pueden ensayar varias medicaciones, en el cáncer esta tardanza podría -- significar la muerte.

Por lo tanto cuando nos encontramos frente a -- cualquier lesión susceptible de ser maligna, es obli ga to ri o tom ar de in me di at o las me di das ne ce s a ri as pa ra una bi op si a.

Las biopsias inmediatas salvan vidas; el cáncer como el condrosarcoma constituye una urgencia, y es intolerable el retraso.

El diagnóstico precoz solo puede establecerse -- con una biopsia.

C A P I T U L O I I I

"CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS"

La consideración diagnóstica de mayor importancia en esta lesión es que la radiografía desempeña un papel muy importante en su identificación.

Este tipo de neoplasia siempre ocasiona cambios óseos reconocibles en las radiografías, en una etapa en la cual el enfermo acude a consulta.

Naturalmente, como en cualquier otro diagnóstico de cáncer, es fundamental un estudio histopatológico antes de establecer la terapéutica.

Los sarcomas presentan dos tipos radiográficos fundamentales: los que están formados por tejidos blandos y los que producen tejidos calcificados como el condrosarcoma.

Su imagen radiográfica corresponde a una destrucción del tejido óseo.

Radiográficamente el condrosarcoma aparece como una masa radiotransparente, plana mal definida, con zonas radiopacas las cuales corresponden al cartílago maligno que se ha calcificado.

Un factor muy importante en la lesión es el proceso de alargamiento, usualmente simétrico en el espacio del ligamento periodontal en las raíces de los dientes en el área del tumor.

Al observar las radiografías junto con los hallazgos clínicos de una lesión expansiva en la mandíbula con posible tejido blando involucrado pone de manifiesto la posible malignidad del neoplasma.

En los estadios tardios habrá expansión y destrucción de la cortical con extensión a los tejidos blandos.

Algunas veces puede haber zonas en que la masa tumoral tiene un aspecto quístico.

El tumor puede presentar los mismos síntomas - clínicos y radiográficos del osteosarcoma, empero en la radiografía suele faltar el efecto de "rayos de sol" siempre visto en el osteosarcoma, lo cual nos puede ayudar a un diagnóstico mejor; ya que sólo en el 25% de los casos de condrosarcoma se ha visto la imagen de rayos de sol o de un abanico, lo cual se produce por finas proyecciones de material calcificado que irradian desde la cortical del hueso.

También los hallazgos radiográficos no difieren grandemente con los que se observan en el condroma benigno, excepto que la lesión es de larga duración y ha producido considerable destrucción ósea.

En conclusión siempre se verá un tumor transparente con un perfil bastante indefinido con destrucción ósea, lo cual denota actividad en la periferia de la neoplasia.

A) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Muchas veces un diagnóstico diferencial no es-

sino una variedad de gimnasia mental.

Así ocurre en el cáncer de los maxilares, en el sentido de que ésta es siempre la enfermedad que debe descartarse.

Por lo anterior es necesario conocer las lesiones con las que se confunde más comunmente el condrosarcoma.

En primer lugar hay que diferenciar al condrosarcoma de su contraparte benigna que es el condroma, ya que los dos se componen de cartílago hialino.

En segundo lugar hay que diferenciarlo con el osteosarcoma, ya que los dos presentan osificación.

Una forma de diferenciarlo con el osteosarcoma, es que éste forma hueso por producción osteoblástica directa dentro de estroma fibroso, y el condrosarcoma forma hueso endocondral con cartílago, también el condrosarcoma tiene mayor agresividad local que el osteosarcoma; pero a inversa de él su crecimiento es más lento y produce metástasis más tardías.

También debemos hacer diagnóstico diferencial con el fibrosarcoma óseo, displasia fibrosa, sarcoma de Ewing, tumores y quistes odontogénicos, y otros más.

Por lo tanto, será necesario tener presente al condrosarcoma como una posibilidad para el diagnós-

tico diferencial y hacer tomas biópsicas amplias --
confiando en un exacto diagnóstico histológico.

B) PRONOSTICO Y TRATAMIENTO:

Los datos obtenidos de casos conocidos de condrosarcoma de los maxilares indican que la neoplasia es sumamente peligrosa y suele producir la muerte, por invasión local o por metástasis en sitios alejados.

Aunque la lesión tiende a crecer con lentitud, frecuentemente la intervención quirúrgica estimula el ritmo de crecimiento y la tendencia a la metástasis.

El pronóstico de pacientes con condrosarcoma depende de lo siguiente:

- a) De la localización del tumor
- b) De la primera cirugía y
- c) Del grado histológico del neoplasma.

Ya que este tumor es extremadamente difícil de extirpar nunca se intenta la intervención quirúrgica conservadora.

La naturaleza maligna del condrosarcoma impone una extirpación local amplia para asegurar la máxima posibilidad de cura, si se realiza pronto.

El tratamiento del condrosarcoma es eminentemente la cirugía radical como único tratamiento posi---

ble, siendo muy importante extirpar el tumor por -- completo, junto con un amplio margen de tejido normal adyacente.

En los maxilares el pronóstico del condrosarcoma es peor que en los desarrollados en otros sitios del esqueleto, ya que recurre con frecuencia y produce metástasis a lugares distantes.

El índice de supervivencia del condrosarcoma es de cinco años del 30 al 40% de los casos.

La recidiva local del tumor sigue a una extirpación insuficiente de la neoplasia.

La propagación metastásica suele efectuarse en los pulmones, por vía venosa y muy pocas veces afectan a los ganglios linfáticos cervicales.

Se debe realizar un control posterior, para -- así probar los resultados del tratamiento del condrosarcoma a causa de su crecimiento lento, asegurando de esta manera no haya recidiva o metástasis.

La radioterapia es de muy poco valor porque este tipo de neoplasia es resistente a ese tratamiento, ya que la radiación adecuada destruye también -- los tejidos normales vecinos y la infección secundaria se convierte en un problema.

Los condrosarcomas pueden producirse de lesiones benignas radiadas. Esta recurrencia fue revisada y reportada por Feintuch quien dice que aún la radiación en un hueso normal aumenta el cambio maligno irreversible, dando por resultado la mayoría--

de las veces un osteosarcoma, fibrosarcoma o condrosarcoma.

La radiación ha implicado algunas veces la transformación en sarcomas de lesiones benignas al inicio de la malignidad, aunque la descripción de casos específicos en la literatura son raros.

Algunos pacientes durante su vida tienen un encuentro con el neoplasma maligno. Infortunadamente se reconoce que en algunos casos el tratamiento y el diagnóstico empleado inducen cambios biológicos que pueden resultar cambios malignos; tal es el caso que reporta Sigurds O. Kroll en la revista Oral Surgical, el cual se presentó en la Universidad de Mississippi, Escuela de Odontología, Departamento de Patología, en el cual existe la posibilidad de que un osteosarcoma se desarrolló a consecuencia de una radiación pre y postquirúrgica de un condrosarcoma 5 años atrás.

Y el caso se describe así: Una niña de 17 años negra consultó al médico por un rápido alargamiento de una lesión en la parte posterior de la mandíbula izquierda, que mide 3 cm. de largo y 1 cm. de alto, expandida hacia la cortical bucal y lingual. En la radiografía se mostró una reabsorción de la raíz distal del primer molar. La misma radiografía mostraba una hemimandibulectomía hecha anteriormente.

La historia clínica del paciente reveló que hace cuatro años y medio a la edad de 13 años, tuvo -

un alargamiento en el maxilar izquierdo involucrando al antro. La impresión clínica fue rhabdomyosarcoma. No fue realizada la biopsia antes del tratamiento de radiación.

La radiación fue de 1000 r y después se realizó la hemimandibulectomía, se exploró el laberinto-etmoideo y se enucleó los contenidos oculares incluyendo el párpado inferior.

El espécimen de la hemimandibulectomía mide -- 8.5 a 7.8 cm. y pesa 132 grs. Hay una larga masa en el segundo molar la cual reemplazó al hueso maxilar y se extiende al seno maxilar. Avanza hasta el piso de la nariz, pero la única ulceración mucosal que se mira es en el área del segundo molar. Al seccionar la masa que ocupaba el seno parece de un rosa brillante a rosa grisáceo tumor sólido.

La examinación microscópica del tejido reveló que el tejido del etmoides y la órbita estaban sanos; mientras que la parte del maxilar, paladar y seno contenían tejido neoplásico compuesto por células largas hipercromáticas y núcleo prominente.

Hay muchas mitosis y núcleos raros en el espécimen.

El diagnóstico fue de condrosarcoma. Se administró radioterapia postquirúrgica de 4000 r.

Cuatro años y medio más tarde la hemimandibulectomía removida contenía un tumor expandido. Mi----

microscópicamente estaba compuesto de una larga - pérdida de estroma y tenía células pleomórficas. La formación de hueso era evidente.

Se diagnosticó como osteosarcoma. El paciente estaba bien hasta los 19 años, tres años y medio después de removido el lado ipsolateral de la mandíbula por el tratamiento de osteosarcoma - y a los 10 años iniciales a la terapia del condrosarcoma.

En este tiempo se vió una enfermedad que -- continuaba en la mandíbula derecha. Se removió - la mandíbula derecha, excepto el cóndilo.

A los 20 años y medio se dejó funcionando - bien al paciente, 18 meses después de haber removido la mandíbula derecha, no presentando hasta ese momento recidiva.

El caso anterior nos demuestra que la terapéutica por radiación no tiene ningún efecto benéfico en los condrosarcomas.

Se requiere la hemimandibulectomía o la hemimaxilectomía en algunos casos.

La quimioterapia para el condrosarcoma es - ineficaz.

En este caso de tratamiento que se requiere maniobra quirúrgica radical para combatir esta - neoplasia maligna y que es necesario extirpar -- el maxilar superior o inferior o segmentos de --

ellos, es evidente que los dientes en el foco canceroso y en los límites de la resección deben formar parte de la muestra quirúrgica.

Para ello es importante un estudio y tratamiento preoperatorio de los dientes para dejar al paciente en las mejores condiciones antes de la intervención.

El tratamiento prequirúrgico de los dientes -- comprende normalmente:

1.- Tratamiento de las inflamaciones periodontales y gingivales (con un máximo de cuidado).

2.- Supresión de las infecciones más importantes, extirpando los dientes muy lesionados.

3.- Debe diferirse la extirpación de las raíces residuales expuestas.

4.- Se extirpan los dientes con lesiones periapicales que no pueden ser restaurados.

5.- Se restauran en forma provisional las caries muy avanzadas.

6.- Se debe aplicar terapéutica endodóntica para conservar dientes que pueden requerirse para fines específicos (este paso puede realizarse algún tiempo después de la intervención).

7.- En condiciones especiales, se preservarán ciertos dientes para facilitar las maniobras de rehabilitación.

Algunos cirujanos experimentados de cabeza y -

cuello opinan que la profilaxia dental prequirúrgica es de poco valor e incluso dañina.

Como he mencionado los osteocondromas casi --- siempre sufren transformación maligna, convirtiéndose en condrosarcomas y la siguiente historia clínica que nos demuestra William, en el que se recurrió a los servicios de cinco patólogos y solamente después de su evaluación lo que parecía ser un tumor benigno (condroma) fue clasificado como de naturaleza maligna (condrosarcoma), el cual se localizó en el maxilar superior anterior. Y se narra de la siguiente manera: Hombre blanco de 45 años bien desarrollado y en buen estado de nutrición al ser hospitalizado; de ocupación fogonero.

Su síntoma principal consiste en una tumefacción persistente del techo de la boca.

Como antecedentes personales el paciente narra que en 1943 notó una tumoración en el hueso cortical por encima de los incisivos centrales del maxilar superior. Un dentista procedió a extraer el incisivo central y lateral superiores y a reseca el tumor óseo.

No hay constancia de informe histopatológico.- El paciente describe el tejido semejante a un camarón. No le había ocasionado molestia alguna, y, excepto por la tumoración visible, era asintomático.

Lo notó por primera vez cuando se cepillaba --

los dientes y había ido aumentando de tamaño hasta provocar una leve elevación del labio.

Al ser extirpada esta lesión su tamaño era el de una cereza. En 1944 mientras se hallaba prestando servicio en el ejército, le fue construída una prótesis parcial. Para 1947 la lesión había recidivado y se extendía por encima de la periferia de la prótesis. En ningún momento había sentido dolor.

En 1950 la tumoración medía unos 19 mm por --- 12.5 mm y el paciente sentía como si estuviese debajo de la nariz. El tumor fue reseado por un cirujano general en otro hospital en 1950.

Informe histopatológico: Los cortes mostraban nódulo cubierto por epitelio escamoso con marcada calcificación en el área central. El tumor estaba compuesto en su mayor parte de tejido fibroso calcificado, con muy pocas zonas de verdadera formación ósea. Diagnóstico: osteocondroma gingival..

Después de esta operación, al paciente le fueron extraídos los dientes restantes y se le colocó prótesis completa. Desde esa fecha se ha producido una recidiva gradual y progresiva, al extremo de -- que ahora seis años más tarde, ya no puede calzar la prótesis.

En el examen intrabucal el epitelio permanece intacto y el tejido presenta color normal. El resto de los tejidos blandos bucales no presenta ninguna particularidad.

En el examen extrabucal el contorno facial es normal, no se palpan ganglios cervicales o submaxilares.

La evaluación médica esencialmente es negativa, aceptable para cirugía.

La impresión preoperatoria es de un osteocondroma. Se hizo la cirugía y clínicamente se observaron varias áreas lobuladas brillantes conectadas -- por un fibroma de tejido conectivo fibroso disperso por ellas. Las principales zonas de compromiso yacían adyacentes al agujero nasopalatino y en la cresta alveolar anterior. Mediante el empleo de cizallas, escoplos y curetas se logró una amplia excisión del hueso afectado hasta el piso de la cavidad nasal, en una tentativa por asegurarse contra una recidiva del proceso.

El informe patológico los cortes muestran fragmentos irregulares de tejido compuesto de estroma hialino y espacios que contienen células ovales con un fino citoplasma granular rosado y núcleos oscuros redondos. No se observan mitosis. Existen pocos fragmentos óseos.

Diagnóstico: Condrosarcoma de paladar.

La pieza operatoria fue sometida a otros cuatro destacados patólogos, quienes opinaron así: Un patólogo señaló que era condroma y los otros tres que era condrosarcoma.

Su evaluación en el hospital son sin novedades dignas de mención.

Su evolución posterior: Hospitalizado para una excisión quirúrgica más definitiva del tumor de la bóveda nasal. Completada esta operación, el paciente fue devuelto al Servicio Odontológico para ser tratado en Consultorios Externos.

En el Journal of Oral Medicine se presentan -- dos casos clínicos por Danny Sawyer, en la Universidad de Lagos, Nigeria, uno con pronóstico bueno, pero el otro lamentablemente falleció el paciente.

Caso I.- Un niño de 16 años, nigeriano se refirió al Departamento de Cirugía Maxilofacial en la Universidad de Lagos por una hinchazón con duración de cinco meses en el lado derecho de la mandíbula.

Los primeros tres meses fue con un dentista -- porque tenía dolor y no podía masticar.

El paciente tenía formación de hueso duro extendiéndose la hinchazón hacia el trago de la oreja derecha en el borde posterior de la rama, el ángulo inferior de la mandíbula y la parte anterior de la región de los premolares.

La cortical bucal y lingual estaban extendidas, la expansión lingual sobre el hueso era marcada y causaba que la lengua se desplazara, la mucosa oral estaba ulcerada, en el área del tercer molar se presentaba la lesión y había movilidad del

segundo molar.

La investigación radiográfica reveló una destrucción que se extendía desde el canino al cóndilo del lado derecho de la mandíbula. Basados en los exámenes clínicos y radiográficos se diagnosticó un osteosarcoma.

Se hizo una biopsia incisional, y se realizó el examen histológico el cual reveló que la masa de tejido estaba compuesto de cartílago hialino o de osificación. Las células del cartílago se mostraban diferentes de tamaño con células binucleadas. El núcleo era más largo de lo normal y había figuras mitóticas.

Se comprobó así el diagnóstico de condrosarcoma de la mandíbula.

Según el diagnóstico se decidió operar al paciente haciendo resección del cóndilo hasta el margen anterior del canino. El postoperativo fue bueno que se dejó ir al paciente.

El paciente siguió con una examinación de cada dos años y medio, pero el paciente se perdió tiempo antes, aunque ya después de esta visita se consideraba libre del tumor.

Caso II.- Una niña nigeriana de 15 años fue referida al Departamento de Cirugía Maxilofacial por una fístula orobucal. La fístula resultó de

una excisión quirúrgica del paladar. Histológicamente se diagnosticó como displasia fibrosa en el Hospital. La lesión se cerró y se dejó ir al paciente a su casa.

Tres años después la niña regresa por una tumoración en el paladar, la lesión estaba extensa hacia el maxilar y el antro. Se realizó la hemimaxilectomía porque se creyó en una lesión maligna. Varias de las masas del tumor se enviaron al laboratorio, revelando dos procesos patológicos. Varias piezas del tejido estaban compuestas de tejido neoplásico hialino y las células del tejido mostraban pleomorfismo hiper Cromático. Se notaron varias células binucleadas y figuras mitóticas esparcidas y varias áreas del tumor cartilaginoso estaban osificándose. Estas piezas demostraban un Condrosarcoma de maxilar.

Otras piezas del tejido se componían de tejido conectivo fibroso y contenían numerosas travéculas óseas y tenían osteoblastos y actividad osteoclástica, estas masas de tejido mostraban la displasia fibrosa del maxilar.

Tres semanas después se hizo la hemimaxilectomía por la dificultad del paciente al respirar. Se le dió radioterapia. Se le vió al año y medio siguiente.

Los reportes indicaron que murió por causa del tumor.

Para finalizar mi tesis indicaré que el condrosarcoma puede tener un final feliz o triste.

Se ha utilizado para el cáncer de cualquier tipo una cadena de tres eslabones.

La cadena completa puede llevar a un final feliz del problema canceroso en un individuo dado.

El primer eslabón es el paciente informado.

El segundo eslabón es el profesionalista, médico o dentista, que piensa en el cáncer.

El tercer eslabón es el especialista competente, cuyo entrenamiento y experiencia le permiten luchar eficazmente contra este cáncer en particular.

La ruptura de cualquiera de estos eslabones -- significa el fracaso.

En este caso, es casi inevitable que el condrosarcoma tumor que describí tenga un final desafortunado.

C O N C L U S I O N E S

En el presente la realidad indica que las neoplasias malignas detectadas precozmente en la consulta dental es baja; y cabe decir que es a causa - de que los dentistas no inspeccionan con esmero todas las estructuras bucales, faciales y del cuello, para cerciorarse de que el paciente no presente algún síntoma o signo de tumor maligno.

Por lo tanto es obligación del odontólogo - - aprender los mejores métodos para diagnosticar cualquier tipo de tumor.

Los cuatro períodos distintos en la evaluación de un tumor maligno son:

ETAPA 1.- TARDANZA DEBIDA AL PACIENTE.- Este período empieza cuando el paciente reconoce o sospecha por primera vez una condición anormal. Termina cuando acude al profesionista en busca de atención.

Por desgracia la etapa 1 puede a veces prolongarse mucho por ignorancia, miedo, razones económicas y el diagnóstico en estas condiciones se vuelve trágicamente sencillo, la enfermedad es tan avanzada que ya no hay curación posible.

ETAPA 2.- TARDANZA DEBIDA AL PROFESIONAL.- Este período empieza cuando el paciente acude al médico o al dentista y continúa hasta cuando se inicia el tratamiento debido.

Los dentistas deben preocuparse porque la eta-

pa 2 sea lo más breve posible. Se deben percatar de la enorme importancia de las biopsias para saber -- que tan avanzado va el cáncer.

ETAPA 3.- TRATAMIENTO ADECUADO.- Se inicia --- cuando empieza a realizarse el tratamiento. Hay que actuar con rapidez, pues el índice de curación sólo puede aumentar si se reduce al mínimo la tardanza.

ETAPA 4.- PERIODO DE OBSERVACION.- Empieza --- cuando termina el tratamiento. Se vigila al paciente a intervalos progresivamente mayores, durante el resto de su vida.

Este período es importante para el dentista -- por tres razones que son:

a) En primer lugar cualquier paciente tratado - por una neoplasia maligna puede presentar recaída.

b) En segundo lugar, la frecuencia de aparición de otro cáncer primario es de un 18%.

c) En tercer lugar en un paciente cuyo cáncer - bucal se trató por irradiación en algún momento, -- nunca deberá extirparse un diente sin una cuidadosa consulta con el radiólogo que realizó el tratamiento.

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

- BHASKAR, S., N.
Patología Bucal.
Sexta edición
El Ateneo Editorial.
Buenos Aires(Argentina).
1984.
p.p. 233 a 235
- BORGHELLI, RICARDO, FRANCISCO.
Temas de Patología Bucal Clínica.
Primera edición, 1979.
Editorial Mundi
Argentina.
p.p. 529 y 530
- BURKET, LESTER, W.
Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento.
Sexta edición, 1977.
Interamericana.
México, D.F.
p.p. 566 y 567, 601 y 602, 606 y 607, 611 y 612
621 y 622.
- EVERSOLE, LEWIS, R.
Patología Bucal Diagnóstico y Tratamiento.
Primera edición, 1983.
Editorial Panamericana.
Buenos Aires(Argentina).
p.p. 229
- GORLIN, ROBERT, J.
Patología Oral.
Primera edición, 1979.
Salvat.
Barcelona(España)
p.p. 620 y 621

KRODLS, SIGURDS, O.
Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology.
Vol. 50, No. 2.
The C.V. Mosby Company.
St. Louis Mo. U.S.A.
Agosto 1980.
p.p. 146 a 149.

KRUGER, GUSTAV, O.
Tratado de Cirugía Oral.
Cuarta edición, 1982.
Interamericana.
México, D.F.
p.p. 509

LOPEZ, ACEVEDO, CESAR.
Manual de Patología Oral.
Primera edición, 1975.
Editorial Universitaria.
Guatemala.
p.p. 286

PINDBORG, J., J.
Atlas de Enfermedades de las Mandíbulas.
Salvat, 1976.
Barcelona(España).
p.p. 34

RASPALL, GUILLERMO.
Tumores de Cara, Boca, Cabeza y Cuello.
Salvat, 1986.
Barcelona(España).
p.p. 171 y 172

SAWYER, DANNY, R.
Journal Of Oral Medicine.
Vol. 42, No. 1.
American Academy of Oral Medicine.
New, York.
Jan-March, 1987.
p.p. 30 a 33

SHAFER, WILLIAM, G.
Tratado de Patología Bucal.
Cuarta edición, 1987.
Interamericana.
México, D.F.
p.p. 179 y 180.

STANLEY, L., ROBBINS.
Patología Básica.
Segunda edición, 1984.
Interamericana.
México, D.F.
p.p. 670

TIECKE, W., RICHARD.
Fisiopatología Bucal.
Primera edición, 1960.
Interamericana.
p.p. 236 y 237.

VELAZQUEZ, TOMAS.
Anatomía Patológica, Dental y Bucal.
Prensa Médica Mexicana, 1977.
p.p. 277 y 278.

WAITE, DANIEL, E.
Libro de Cirugía Bucal Práctica.
Segunda reimpresión, 1982.
Cia. Editorial Continental.
México, D.F.
p.p. 277

WILLIAM, HARRY, ARCHER.
Cirugía Bucal.
Segunda edición, 1968.
Editorial Mundi, Tomo I.
Buenos Aires (Argentina).
p.p. 502 y 503.

WUELMANN, ARTHUR, H.
Radiología Dental.
Tercera edición, 1983.
Salvat.
Barcelona(España).
p.p. 448

ZEGARELLI, EDWARD, V.,
Diagnóstico en Patología Oral.
Primera edición, 1977.
Salvat.
Barcelona(España)
p.p. 309