UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN MESENQUIMATOSO QUE OCURREN EN LOS MAXILARES.

T E S I S

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

CAROLINA BAZUA PEREZ ALBA
ELENA IVONNE HERAS SANCHEZ

México, D. F. 1977

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN MESENQUIMATOSO QUE OCURREN EN LOS MAXILARES.

TESIS PROFESIONAL

CAROLINA BAZUA PEREZ ALBA
ELENA IVONNE HERAS SANCHEZ

México, D. F. 1977

AL HONORABLE JURADO.

Sometemos a vuestra responsable consideración el presente trabajo, como único mérito en el interminable afán de superación y el palpitante fervor con que hemos abrazado la profesión.

Los errores contenidos son el producto,no de las - enseñanzas de nuestros maestros, sino la falta de madurez profesional que sólo se alcanza con la dedicación y la práctica.

C. D. ANSELMO APODACA LUGO

C. D. ERASMO GONZALEZ COSS

C. D. FERNANDO DEL RIO QUINTERO

A NUESTROS PADRES

a quienes les debemos lo que somos.

Sr. José Bazúa Arredondo (finado)

C.D. Edmundo Montiel Hernández.

Sra. Virginia Pérez Alba Ortíz

Sra. Ma. del Rosario Heras Sánchez

A NUESTROS HERMANOS

que siempre nos alentaron.

José Luis	Mundo
Wily	Matty
Vicky	Martín
Silvia	David
Vero	Paloma y
Marco	Panchito

A TODOS AQUELLOS QUE NOS HAN BRINDADO SU APOYO FISICO Y MORAL EN LA REALIZACION DE NUESTRA CARRERA.

TEMARIO

I.- Definición

a) Diferencias entre neoplasias benignas y malignas
b) Teorías acerca del orígen del cáncer
c) Carcinógenos.

II.- Forma y función de los tejidos primarios del organismo humano

III.- Clasificación de los tumores malignos con relación a los diferentes tejidos de orígen mesenquimatoso.

IV.- Características y desarrollo de las diferentes entidades nosológicas, teniendo en relación sus:

a) Diferencias clínicas
b) Frecuencia anatómica
c) Relación cronológica
d) Incidencia en sexo.

V.- Técnicas diagnósticas para detectar el cáncer

VI.- Diferentes tratamientos utilizados para combatir el cáncer

VII.- Pensamiento quirúrgico en relación a los maxilares

VIII.- Presentación de un caso clínico quirúrgico y anátomo patológico de Retículo Sarcoma en un niño de 11 años (del IMSS)

IX.- Conclusiones

X.- Relaciones bibliográficas.

I. - DEFINICION

Neoplasia. - Es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede del de los tejidos normales, provocando una multiplicación ilimitada de determinados grupos celulares, independientemente de todo control del organismo, generalmente esto se acompaña de una indiferenciación celular que infiltra - los tejidos vecinos ó los rechaza.

a) Diferencias entre neoplasias Benignas y Malignas

Neoplasias benignas -------sufijo OMA

Neoplasias malignas -------sufijo SARCOMA o CARCINOMA

Caracteres	tumor benigno	tumor maligno
Diferenciación	Estructura a menudo típica del tejido de origen	Estructura a menudo atípica
Modo de crecimiento	crecimiento pro-expansión se forma cápsula	crecimiento infil-- trante y expansivo, no hay encapsula-- ción
Rapidez de crecimiento	crecimiento progresivo, y lento; que puede detener-se o experimentar regre-sión, imágenes mitóticas escasas y normales	crecimiento rápido y con muchas imá-genes mitóticas -- anormales
Metástasis	no hay	a menudo hay

b) Teorías acerca del origen del cáncer

Hay 2 teorías principales acerca del origen del cáncer

1.- Teoría clonal; se basa en el concepto, de que el cáncer nace de una sola célula que se desvía.

2.- Teoría del campo; dice que el cáncer se desarrolla en un campo de células afectadas simultáneamente.

c) Carcinógenos

Carcinógenos químicos.- Dentro de los principales productos químicos carcinógenos tenemos los hidrocarburos aromáticos policíclicos, y los mejor estudiados son el 7-12 dimetil - benzantraceno, el dibenzo antraceno, el benzopirano y el metilcolantreno y sus derivados, estos se forman durante la combustión y en las altas temperaturas, y un ejemplo de ello es el fumar, en el que se alcanzan temperaturas de hasta 835oC, y por pirolísis produce hidrocarburos policíclicos.

Algunas aminas aromáticas son también carcinógenos potentes, las más importantes son: N dimetil - 4 - aminoazobenceno (DMAB), N - metil 4 - aminoazobenceno (MAB) y la Naftilamina, agentes alquilantes como la betapropiolactona y los epóxidos.

También algunos compuestos que hay en los alimentos del hombre son carcinógenos, quizá el más importante sea la Alfatoxina B, alcaloide elaborado por una cepa del hongo Aspergillus.

Otra variedad de carcinógenos químicos son las hormonas, que bajo condiciones especiales actúan por períodos excesivamente largos y en dosis anormales hasta producir tumores en los órganos efectores.

Carcinógenos Físicos

Las radiaciones son agentes con gran poder oncogéno, produciendo -

una cantidad desenfrenada de leucocitos, denominada leucemia.

Los rayos actínicos producen también cáncer dependiendo de la exposición solar de los individuos y del pigmento protector de la piel.

Virus Carcinógenos

Se ha demostrado experimentalmente que no existen virus oncogénos en el hombre.

En los animales se conocen aproximadamente 150 virus oncogénos, la 3a. parte aproximadamente son virus de DNA, los demás virus de RNA.

* La Revista reportes médicos, publicó un artículo del Dr. William - E. Rawls sobre el papel etiológico de los virus en el cáncer humano, encontrándose los siguientes virus relacionados con las neoplasias.

Los papovavirus, los adenovirus, los herpesvirus y los leucovirus, - tres primeros contienen DNA y los leucovirus RNA.

---

* William E. Rawls.; Papel etiológico de los virus en el cáncer humano; reportes médicos. - Cáncer, vol 1 No. 4 p.p. 18 - 21.

II.- FORMA Y FUNCION DE LOS TEJIDOS.

En el organismo humano encontramos cuatro tejidos primarios y son:

1.- TEJIDO EPITELIAL

2.- TEJIDO CONECTIVO

3.- TEJIDO MUSCULAR

4.- TEJIDO NERVIOSO

TEJIDO EPITELIAL

Tiene forma de membrana, es esencialmente celular, y por sí mismo no tiene capilares. Siempre hay líquido tisular por debajo de la membrana - epitelial.

Tiene la función de revestir y cubrir superficies dentro y fuera del - cuerpo.

TEJIDO CONECTIVO

Está formado por células, y sustancia intercelular que es lo que asegura la unión de todo el cuerpo.

Tiene la función de sostener, conectar e implantación de anexos (folículos pilosos y glándulas sebaceas ó sudoriporas)

TEJIDO MUSCULAR

Está formado por células musculares que se llaman fibras, y un componente importante de tejido conectivo que lleva nervios y vasos sanguíneos esenciales para controlar y alimentar el músculo y trasmitir la tracción del músculo que se contrae a un hueso, o la estructura que el músculo debe mover.

Hay tres tipos de tejido muscular:

a) músculo liso. - Llamado también músculo involuntario, su principal papel estriba en conservar el tono y, en ocasiones, presentar contracciones lentas, más o menos rítmicas.

b) músculo estriado. - Llamado también músculo esquelético o asimismo músculo voluntario, porque en su mayor parte está bajo control de la mente -- conciente.

c) músculo cardiaco. - Porque es el que constituye el corazón, las fibras de - este músculo presentan estriacciones transversales; esta inervado por el - sistema nervioso vegetativo.

El tejido muscular; tiene la función de contractivilidad y conductivilidad.

TEJIDO NERVIOSO

Está formado por neuronas que son células nerviosas; una célula nerviosa está formada por un cuerpo celular, que alberga su núcleo y varias prolongaciones citiplasmáticas, la más larga de ellas reciben el nombre de axón y las más cortas dendritas, las cuáles se pueden encontrar con mielina o --- amielinicas.

Las funciones básicas y más elevadas del sistema nervioso son:

a) El proceso de almacenamiento de información y metabolización de pensa-- miento e ideas; así como el proceso dinámico y estático de las reacciones propioceptivas.

b) Ser estimulado para conducir rápidamente y a veces a grandes distancias de impulsos nerviosos a músculos y células de glándulas exocrinas cuyas funciones controlan.

c) Servir como tejido receptor a los diversos tipos de estímulos que provienen o nacen del exterior o interior del cuerpo.

III. - CLASIFICACION DE LOS TUMORES MALIGNOS CON RELACION DE LOS DIFERENTES TEJIDOS DE ORIGEN MESENQUIMATOSOS.

1. - Tejido Conectivo y derivados:

Tejido fibroso ----------	fibrosarcoma
Tejido mixomatoso	mixosarcoma
Tejido adiposo	liposarcoma
Cartilago	condrosarcoma
Hueso	osteosarcoma
Tejido notocordal	cordosarcoma

2. - Tejido Endotelial y afines:

Vasos sanguíneos ----------	angiosarcoma
Vasos linfáticos	linfangiosarcoma
Sinovia	sinoviosarcoma
Mesotelio	mesoteliosarcoma
Vasos sanguíneos de médula ósea	tumor de Ewing

3. - Células sanguíneas y afines:

Células hematopoyéticas ----------	leucemia granulocítica
	leucemia monocítica
Tejido linfoide	linfomas malignos
Sistema retículo endotelial	sarcoma de células del retículo
	Enfermedad de Hodgkin

4.- Músculos

Músculo liso	----------	liomiosarcoma
Músculo estriado		rabdomiosarcoma

IV. - CARACTERISTICAS Y DESARROLLO DE LAS DIFERENTES ENTIDADES NOSOLOGICAS TENIENDO EN RELACION SUS:

a) Diferencias clínicas

b) Frecuencia anatómica

c) Relación cronológica

d) Incidencia en sexo

FIBROSARCOMA

Diferencias clínicas

Es la neoplasia mesenquimatosa maligna más frecuente y representa un 29% de los sarcomas de los tejidos blandos.

Es un tumor de fibroblastos malignos que puede desarrollarse a partir del tejido conjuntivo fibroso, en cualquier localización incluyendo periostio y endostio.

Los fibrosarcomas tienden a ser masas voluminosas y mal limitadas, al corte las características son: masas tisulares blandas, de color gris ó -- blanco perlino, el tejido puede adoptar consistencia pulposa en las áreas frecuentes de necrosis, la necrosis suele acompañarse de hemorragia, los bordes son imprecisos, pues no hay cápsula.

Histológicamente; se aprecian todos los grados de desdiferenciación, desde tumores de crecimiento lento, hasta tumores sumamente anaplásicos y de crecimiento rápido en los cuales varían mucho el tamaño y forma celulares.

Frecuencia anatómica.

La mayor parte de estos tumores se reproducen en las extremidades,

pero un 16% se encuentran por encima de las cláviculas incluyendo localizaciones orales como el periostio de la mandíbula y el maxilar, lengua, labio, encía antro maxilar y la articulación temporo - mandibular.

Relación cronológica

Pueden presentarse en personas de cualquier edad, pero son más frecuentes en las de mediana edad.

Incidencia en sexo

Es mayor en varones que en mujeres.

MIXOSARCOMA

Diferencias clínicas

Estos tumores suelen ser principalmente fibrosos, pero poseen áreas celulares laxas con abundante sustancia fundamental, en el tumor maligno no hay fibras de colageno, pero se encuentran figuras de mitosis, estas lesiones son localmente infiltrantes, de consistencia gelatinosa.

Frecuencia anatómica

Se presentan principalmente en el tejido subcutáneo, huesos, región retroperitoneal, se presenta en la parte alveolar de los maxilares, pero también se ve en el paladar.

Relación cronológica

Es más común en la segunda y tercera décadas, que en edades ulteriores.

Incidencia en sexo

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en varones.

LIPOSARCOMAS

Diferencias clínicas

Son tumores muy raros que se presentan principalmente en los depósitos adiposos retroperitoneales y mediastínicos.

Macroscopicamente tienen aspecto opaco, gris blanco o amarillo, estan mal circunscritos y no son encapsulados, suelen crecer alrededor de vasos sanguíneos e incluir órganos adyacentes.

El estudio microscópico, muestra las mismas características variables que el fibrosarcoma, en los liposarcomas más malignos las células tienden a retroceder hacia fibroblastos anaplásicos, este tumor suele invadir y dar metástasis.

Frecuencia anatómica

En la mucosa bucal no se han observado liposarcomas

Relación cronológica

Suelen presentarse en personas de edad avanzada

Incidencia en sexo

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, que en varones.

CONDROSARCOMA

Diferencias clínicas

Es una neoplasia maligna de las células formadoras de cartílago y representa un 10% de las neoplasias malignas ósea; se presenta una masa dura, no dolorosa, lobulada, no ulcerada, que se adhiere al hueso.

Frecuencia anatómica

Estas neoplasias suelen aparecer en los huesos formados por osifica--

ción endocondral, pero puede desarrollarse en los maxilares, en relación con los restos cartilaginosos de la apófisis coronoides, condilar y malar, canal incisivo, agujero mentoniano y tabique nasal.

Relación cronológica

Se puede presentar a cualquier edad, la mayor parte de casos se presentan en la cuarta y quinta década de la vida.

Incidencia en sexo

Se presenta en hombres y mujeres en una proporción de 3 veces mayor en hombres.

SARCOMAS OSTEOGENOS

Diferencias clínicas

Se originan a partir de las células productoras de hueso, éstos tumores son sumamente raros y malignos, generalmente es un tumor solitario.

La clasificación del sarcoma osteógenico se ha intentado en varias formas citándose más comunmente las siguientes:

Sarcoma Osteolítico; en este tipo hay gran destrucción de hueso y sustitución por tejido tumoral, compuesto por células que no han alcanzado madurez de desarrollo y puede encontrarse hueso de nueva formación en diferentes lugares del neoplasma, este tumor se presenta con mayor frecuencia en adultos.

Sarcoma Osteoblastico; hay abundante producción de hueso nuevo, con manifestaciones en pequeñas áreas del tumor, de activa diseminación por todo el hueso, se presenta más en niños y adolescentes que en adultos.

Sarcoma Telangiectasicos; sumamente vascular, desarrollándose más

rápidamente e invadiendo por extensión dentro de los tejidos blandos circundantes, se presenta con mayor frecuencia en personas de edad avanzada, de 18 a 59 años, con un promedio de 34 años aproximadamente, y con más frecuencia en la mujer que en el hombre.

Frecuencia anatómica

Se presenta en la parte inferior del fémur y la extremidad superior de la tibia, se presenta con menor frecuencia en los maxilares.

Sarcoma Osteógeno de los Maxilares, altera el contorno de la cara de acuerdo al crecimiento del tumor, la piel se pone tensa, la temperatura de la piel sobre el tumor puede ser más alta que en otras partes del cuerpo, se hacen visibles las venas dilatadas, en la boca la apófisis alveolar aparece distendida, la encía está rojiza, los dientes están desviados o separados, la rapidez de estos tumores varía grandemente.

Relación cronológica

Se presenta en la 2a. década de la vida, cuando el desarrollo del hueso es intenso.

Incidencia en sexo

Es más común en la mujer que en el hombre.

ANGIOSARCOMA

Diferencias clínicas

Es una neoplasia maligna de origen vascular, caracterizada por la atípia y la anaplasia de masas de células endoteliales.

Macroscopicamente el contorno es mal definido, a causa del carácter invasor, y se mezcla imperceptible con los tejidos adyacentes, se observa como una masa carnosa, voluminosa, blanda de color gris blanquecino, con

frecuencia se observan necrosis y hemorragia.

Microscópicamente pueden observarse todos los grados de diferenciación de estos tumores.

Este tumor da metástasis que puede ser por vía sanguínea o bién por vía linfática.

Frecuencia anatómica

Se puede establecer en cualquier sitio del cuerpo, por lo regular en - piel, hígado, bazo, pulmón, huesos y a veces tejido retroperitoneal.

Relación cronológica.

Se presenta a cualquier edad, algo más frecuente en jóvenes.

Incidencia en sexo

Se presenta en varones y mujeres en una proporción igual.

LINFANGIOSARCOMA

Diferencias clínicas

Son trastornos neoplásicos en el tejido linfático que se originan de las células de revestimiento endotelial.

El desarrollo de un linfangiosarcoma primario de los tejidos blandos de la cavidad oral es una condición extremadamente rara.

El tamaño del linfangiosarcoma, oscila entre 1 y 10 cm; están constituidos, por tejido de color rojo obscuro, y al corte es frecuente observar: -- sangre fresca, degeneración quística, y zonas de necrosis. La piel normal - que existe entre los nódulos o placas siempre se encuentra edematosa, y el tumor habitualmente no invade músculos estriados.

El linfedema, es el factor más importante en su etiopatogenia.

Frecuencia anatómica

Se localiza comunmente en las extremidades superiores, aunque existen casos en los cuales se ha presentado esta neoplasia en las extremidades inferiores.

Se localiza con mayor frecuencia en la dermis y el tejido adiposo subcutaneo.

Relación cronológica

Se presenta; entre el quinto y el sexto decenios de la vida

Incidencia en sexo

Se presenta en mujeres adultas, con mayor frecuencia que en varones.

SINOVIOSARCOMA

Diferencias clínicas

Es un tumor invariablemente maligno, se presenta en la membrana sinovial estos tumores causan invasión local, se abren paso hacia la cavidad articular, destruyendo la función de la misma, invaden vasos sanguíneos y - se extienden a pulmón y otros órganos, destruyen el hueso adyacente por propagación directa, se disemina a ganglios regionales.

Frecuencia anatómica

Se presenta en las articulaciones, en vainas tendinosas y bolsas serosas

Relación cronológica

Suele ocurrir en la madurez y en años avanzados.

Incidencia en sexo

Afecta a mujeres y varones por igual.

MESOTELIOSARCOMA

Diferencias clínicas

Estos tumores tienen características invasoras sarcomatosas de crecimiento en los cuales las cápsulas experimentan hipertrofia.

Estos cánceres provienen de neoplásias primarias de pulmón y de la glándula mamaria.

Frecuencia anatómica

Los mesoteliomas primarios se extienden rápidamente en la cavidad pleural producen múltiples implantaciones en el lado afectado y a veces llenan por completo el espacio pleural con tejido neoplásico carnoso, de color gris blanco.

Relación cronológica

Ocurren con mayor frecuencia en la edad adulta

Incidencia en sexo

Afecta a mujeres en una proporción mayor que a los varones.

TUMOR DE EWING

Diferencias clínicas

Según varios investigadores el tumor se forma de la capa endotelial de los vasos sanguíneos o linfáticos, pero estudios recientes ultraestructurales han aducido a la idea de que estos tumores no son primarios en el hueso sino, corresponden a neuroblastomas metastásicos, posiblemente originados en la médula suprarrenal.

El signo clínico predominante es el dolor, se observa con frecuencia masa tumoral palpable, fiebre, se presentan metastásis en pulmones, hígado,

ganglios linfáticos, cerebro y otras vísceras, los enfermos suelen morir de - cáncer metastásico difuso, en término de uno o dos años de diagnosticado el - tumor.

Frecuencia anatómica

Puede presentarse en cualquier hueso, incluídos los maxilares.

Relación cronológica

Se presenta entre los 4 y los 25 años de edad.

Incidencia en sexo

Hay cierta predominancia en varones.

LEUCEMIA

Diferencias clínicas

Se presenta como neoplasia de los leucocitos y se caracteriza por aparición de leucocitos anormales e inmaduros en sangre circulante, sustitución difusa en médula ósea por células leucémicas e infiltrados difusos en hígado, bazo, y otros tejidos.

El número de leucocitos en sangre periférica está muy aumentado en - ocasiones 1 000 000 x mm^3 de sangre.

Leucemias se clasifican en:

1.- leucemia granulocítica o mielógena

2.- Leucemia monocítica

Leucemia granulocítica, se caracteriza por extensa hiperplasia del tejido leucopoyético, el bazo se agranda enormemente, los síntomas son lasitud, palidez creciente, pérdida de peso y alteraciones gastrointestinales, dolor en los huesos y anemia. A nivel bucal se observa: agrandamiento de las papilas -

interdentales, posteriormente hipertrofia general de la encía, hay tendencia a la hemorragia y equimosis, así como ulceraciones, hay infección periodontal y notable fetidez bucal.

Leucemia monocítica; es comparativamente rara, se encuentra asociada con infecciones de la boca.

El paciente puede presentar ulceras en la boca y hemorragias de las - encías, los leucocitos están moderadamente aumentados 15 000 a 4 500 con - 70% a 90% de monocitos.

Frecuencia anatómica

Se encuentra infiltrado en; médula ósea, higado, bazo y otros tejidos.

Relación cronológica

Se presenta con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes, que en grupos de mayor edad.

Incidencia en sexo

Es algo más frecuente en varones que en mujeres, y en sujetos de raza caucásica que en los de raza negra.

LINFOMAS MALIGNOS

Diferencias clínicas

Son trastornos neoplásicos provenientes del tejido linfoide, que se originan por lo regular en un ganglio linfático, que puede invadir cualquier tejido orgánico.

En el linfosarcoma se observan lesiones, ya sea osteolíticas u osteoblásticas, cerca del 66% de los enfermos que padecen de linfosarcoma presentan linfadenopatías inguinales discretas e indoloras como manifestación ini--- cial de la afección.

Alrededor de la quinta parte de los pacientes con linfosarcoma desarrollan lesiones secundarias de la piel, constituidas por focos discretos de infiltrado tumoral en la fase inicial, y posteriormente compromiso cutáneo masivo.

Frecuencia anatómica

Las lesiones primarias del linfosarcoma se localizan en la órbita, las glándulas - lacrimales, la conjuntiva y el espacio retro - orbitario, en amigdalas y nasofaringe.

Las lesiones secundarias se localizan en el abundante tejido linfoide - del anillo de Waldeyer.

El tórax ocupa el tercer puesto en frecuencia del linfosarcoma en su fase inicial, se manifiesta por adenomegalias mediastinales; puede acompañarse de derrame pleural, nódulos pulmonares múltiples, y diseminación linfática de la enfermedad.

En el intestino delgado pueden hallarse, masas tumorales pequeñas o lesiones difusas, en el colón, el linfosarcoma se manifiesta por afecciones - únicas, múltiples de aspecto polipoide ó compromiso difuso.

Relación cronológica

Se presenta a cualquier edad, pero ocurre con mayor frecuencia en pacientes que oscilan entre 40 y 60 años.

Incidencia en sexo

Hay predominio en los hombres en proporción de 2 a 1.

SARCOMA DE CELULAS DE RETICULO

Diferencias clínicas

Los síntomas iniciales, más frecuentes son: dolor, y pérdida de peso,

los ganglios son dolorosos, de vez en cuando duelen a la palpación, con frecuencia hay diseminación y ataque de bazo, hígado y otros órganos. El pronóstico - suele ser grave, casi todos los pacientes mueren antes de uno o dos años de haber hecho el diagnóstico.

Frecuencia anatómica

Las localizaciones más frecuentes en su origen son los ganglios linfáticos, médula ósea, sistema nervioso central, ganglios retroperitoneales, tejido linfoide del aparato gastrointestinal. También puede originarse en amigdalas.

Relación cronológica.

Se presenta en edades avanzadas

Incidencia en sexo

Se presenta en varones y mujeres.

ENFERMEDAD DE HODGKIN

Diferencias clínicas

En general se considera que la enfermedad de Hodgkin es una neoplasia maligna de origen obscuro, que se cree que puede empezar como un trastorno inflamatorio y con el tiempo transformarse en un cuadro neoplásico, similar - por su potencial a los linfomas.

Enfermedad de Hodgkin; es una denominación genérica en la que se incluyen, tres procesos histopatológicos más específicos. Los tres tipos tienen una característica histopatológica común, que es la existencia de una célula gigante distintiva del tumor histiocítico, conocida como célula de Reed-Sternberg (RS) esta célula casi siempre es binucleada y que cuando se encuentra, son signos patognomónicos de la enfermedad de Hodgkin.

En el cuadro clínico de la enfermedad de Hodgkin el dato más frecuente es la linfadenopatía, hay hepatosplenomegalia. En los casos característicos, - los pacientes presentan anemia, pérdida de peso y fiebre.

Frecuencia anàtómica

Se presenta en los ganglios cervicales, axilares, inguinales, mediatinicos, yuxtaaórticos y pélvicos.

Relación cronológica

Ataca a personas que se hayan en la segunda y cuarta década de vida.

Incidencia en sexo

Se presenta con mayor frecuencia en varones que en mujeres.

LIOMIOSARCOMA

Diferencias clínicas

Son neoplasias malignas originadas a partir de músculo liso; son muy poco frecuentes, son bastante voluminosos, y tienden a ser blandos, presentan zonas de necrosis y hemorragia.

Frecuencia anatómica .

Estos sarcomas casi siempre se observan en útero o región retroperitoneal y dan metástasis por vía sanguinea a: pulmones, hígado y ganglios linfáticos regionales.

Relación cronológica

Se presenta en personas entre la la., 3a. y 4a. década de vida.

Incidencia en sexo

Ataca a hombres y mujeres, con mayor frecuencia en mujeres.

RABDOMIOSARCOMA

Diferencias clínicas

Es un tumor raro, sumamente maligno, del rabdomiosarcoma se conocen tres tipos clínicos histológicos:

1.- P leomórfico: se ve en personas que están en la quinta y sexta década de la vida, la mayor parte se desarrolla en las extremidades inferiores, en la boca tienen un aspecto de tumor sólido muy infiltrante que no suele ser doloroso a menos que afecte el nervio lingual y al hueso, la ulceración -- ocurre cuando las lesiones son muy grandes.

2.- Alveolar embrionario; se presenta en personas jovenes

3.- Botrioide embrionario; se presenta en niños y representa la mayor parte de los rabdomiosarcomas originados en la cabeza y en el cuello.

El rabdomiosarcoma da metástasis precoces en los pulmones y la muerte suele ocurrir en un plazo de 2 años.

Frecuencia anatómica

Puede ser atacado cualquier músculo estriado del cuerpo, incluido el corazón, los más frecuentemente afectados son los de las extremidades inferiores y tronco.

Relación cronológica

Es más frecuente en decenios avanzados de la vida, pero puede ocurrir en cualquier edad.

Incidencia en sexo

Ocurre en varones y mujeres.

V. - TECNICAS DIAGNOSTICAS PARA DETECTAR EL CANCER.

La biopsia ocupa un lugar preponderante en el diagnóstico del cáncer en sus fases primarias por lo cual el cirujano dentista debe practicarla, haciendola a conciencia y teniendo en cuenta la gravedad del caso y más aún que está en sus manos un método seguro que exige de toda su atención y responsabilidad.

CLASIFICACION DE LA BIOPSIA.

1. - Biopsia previa ó incisional.

Es la remoción quirúrgica parcial de tejido tumoral incluyendo tejido normal, la incisión se debe hacer en forma de triángulo ó en forma de V, facilitando la sutura, sin dejar tejidos irregulares. Debe evitarse obtener el fragmento de las porciones necróticas o infectadas del tumor que dificultan ó imposibilitan el diagnóstico.

2. - Aspiración biopsia.

También denominada biopsia por punción se utiliza en zonas poco accesibles, como son el seno maxilar y las glándulas salivales; para la toma de tejido se utilizan trocares especiales, como la aguja de Silverman; sus desventajas -- principales son las de ser un procedimiento ciego, y que pueden obtenerse fragmentos sin tumor ó necrosis extensa.

3. - Extirpación biopsia ó por escisión

Es el método de elección cuando la lesión es pequeña y el diagnóstico clínico hace sospechar de una tumoración benigna; la remoción total ha de constituir el tratamiento, el corte se practica en forma elíptica, incluyendo la zona - periférica de tejido normal.

4. - Biopsia transoperatoria.

Este estudio se lleva a cabo en la sala de operaciones, en el transcurso de un acto quirúrgico.

Esto consiste en el corte, la tinción y la interpretación rapida de un fragmento de tumor obtenido en el curso de la operación, lo que determina el tipo de tratamiento a seguir.

El éxito de todos estos procedimientos depende de 3 factores fundamentales.

1. - la selección de un fragmento adecuado.
2. - la interpretación histológica por un patólogo, con experiencia y sentido de responsabilidad.
3. - la colaboración íntima entre el clínico y el patólogo.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

Es utilizada como un arma excelente para salir al encuentro del cáncer, y estudia la morfología de las células descamadas de un tejido, ya sea por descamación espontánea o inducida.

Se basa en dos principios fundamentales:

1. - la anaplasia es característica de las células tumorales malignas y las distinguen de las células normales.
2. - las células de los tumores malignos tienen menor cohesión que las células normales y tienden a descamarse.

La citilogía exfoliativa nos dice, si hay cáncer ó no, pero las características del mismo no nos la señala, por lo cual debemos practicar la biopsia.

Valoración de la citología exfoliativa:

Desventajas

No localiza la lesión

No establece relación entre tumor y tejidos vecinos

No orienta sobre el grado de invasión

Puede inducirnos solamente a pensar en el tipo de tumor

Requiere citólogo experto para su interpretación e informe

Ventajas

Rápido

Simple

Exacto

Económico

Inocuo

Indoloro

Eficaz en control

Atraumático

Diagnostica en lugares inalcansables para la biopsia

Reduce biopsias innecesarias

TECNICA

La técnica de la obtención de una muestra es muy sencilla, puede realizarse en cualquier consultorio dental ó médico.

El material utilizado individualmente es: 2 porta objetos, un abatelenguas, una espátula, unas tiras de gasa y un fijador.

Técnica:

1. - Historia clínica del enfermo.

2. - Escribir el nombre del enfermo y fecha en el porta objetos.

3. - Humedecer una gasa con agua bidestilada y limpiar la superficie de la lesión.

4. - Humedecer la terminación del abate lenguas, para las lesiones amplias ó la espátula para las lesiones pequeñas, y raspar firmemente, en una sola dirección la superficie de la lesión. En los casos de ulceración puede provocarse alguna hemorragia, que se detiene con facilidad. En las lesiones queratinizadas es mejor desprender antes toda la superficie queratinizada antes de obtener la muestra, de otra forma se pueden obtener células superficiales enucleadas, que no sirven para el diagnóstico.

5. - Inmediatamente extender el material obtenido por toda la superficie libre del porta objeto, formando así una capa muy fina.

6. - Fijar la muestra, el fijador puede ser alcohol de 96 grados en el que se deja 15 min. ó simple spray. Los porta objetos se secan al aire libre.

7. - Enviar entonces, los porta objetos y la historia clínica del paciente, a un laboratorio adecuado, para que se realice el estudio citológico.

INFORME CITOLOGICO.

Una vez establecido que el material en estudio, presenta ó no células cancerosas, se debe presentar el informe. Es conveniente hacerlo según una clasificación conocida, como la propuesta por Papanicolau, que es útil, práctica y una de las más generalizadas.

CLASIFICACION DE PAPANICOLAU.

Clase I	Presencia de células normales.
Clase II	Presencia de células con alteraciones, pero sin señales de trans-formación maligna.
Clase III	Presencia de células con alteraciones sospechosas de cáncer.
Clase IV	Presencia de células neoplásicas, sugestivas de cáncer.
Clase V	Positiva - franca evidencia de cáncer.

VI. - DIFERENTES TRATAMIENTOS UTILIZADOS PARA COMBATIR EL CANCER.

La terapia del cáncer tiene como finalidad la esperanza óptima de curar la enfermedad ó bien el propósito paliativo para alargar la vida, disminuir la incapacidad y dar comodidad al paciente. Y para lograr estos efectos se utiliza principalmente: Cirugía, Radioterapía, y Quimioterapia.

Cirugía

La extirpación de las neoplasias por medio de bisturí, es un método seguro de eliminar por completo las lesiones localizadas y es a la vez un método bastante inseguro para incluir las prolongaciones invasoras de la lesión infiltrante.

La cirugía del cáncer exige conocimiento de: forma, crecimiento, y de los mecanismos de diseminación de tumores específicos.

Cirugía Paliativa; es aquella que alivia ó reduce un padecimiento en su severidad, aunque no lo cure, y los objetivos de este tratamiento paliativo son:

a) limitar la invasión y crecimiento del tumor
b) estimular las defensas del huésped
c) aliviar los síntomas del huésped
d) sostener la moral del enfermo

Radioterapía

La radioterapia; se usa para combatir los cánceres, debido a que las células malignas, son más susceptibles a la radiación que las células normales, en la radioterapia se utilizan principalmente los; rayos X y los rayos gamma.

Este tratamiento es de elección cuando el tumor es radiosensible, si es poco diferenciado y si por su localización permite administrar dosis altas relativamente, sin lesionar gravemente los tejidos normales, interpuestos ó adya—

centes.

Quimioterapia

Se ocupa del tratamiento de los distintos procesos neoplásicos por medio de productos químicos, que son en su mayoría sustancias tóxicas que deben emplearse con constante precaución, a dosis debidamente calculadas, su aplicación condicionada al caso clínico, y emplearse los medios apropiados a las defensas - orgánicas, contra esas acciones y en general contra el carácter tóxico de los — quimioterápicos.

Entre los anticáncerosos más eficaces en la actualidad tenemos:

1. - agentes de alquilación; que se utilizan en el tratamiento del cáncer diseminado (la mostaza nitrogenada, cloroetilaminas y derivados)
2. - antimetabólicos; dificultan la síntesis de DNA (5 fluorouracilo, ametopterina, antipurínicos, antiperimidícos, antiacidoaminados)
3. - antibióticos (actinomicina D, mitomicina C)
4. - hormonas
5. - compuestos diversos (uretano, derivados de la colchicina, de la podofilina y de la vinvarosea, estilbamidina, etc. .....)

VII. - PENSAMIENTO QUIRURGICO EN RELACION A LOS MAXILARES.

EXTIRPACION QUIRURGICA DEL MAXILAR INFERIOR.

Se pueden extirpar porciones de diversos tamaños, conservando la continuidad del hueso ó sacrificando éste al resecar un segmento completo, y en lesiones muy extensas se necesita a veces desarticular el maxilar.

En las pequeñas neoplasias superficiales y no muy invasivas se practica la extirpación por medio de taladro y fresa quirúrgica, haciendo varios orificios que atraviezan totalmente la estructura ósea y con el ostéotomo se marca el contorno del fragmento a extirpar: este procedimiento, tiene la ventaja de que se conserva la continuidad de éste y que generalmente no es necesaria la osteoplastia.

La resección de un segmento completo del maxilar por lo general debemos hacer, una incisión cutánea y cuando el segmento a extirpar es ancho, está debe ser paralela al borde inferior del hueso, a 1.5 cm. por debajo de él para eludir la rama submandibular del facial.

En algunos casos es necesario realizar la hemirresección de la mandíbula esta es una de las intervenciones clásicas descritas por Farabeuf; debe operarse siempre bajo anestesia general, por entubación traqueal, en algunas ocasiones, es conveniente practicar previamente una traqueostomía, para facilitar la administración de la anestesia a través de la cánula traqueal y a la vez asegurar la ventilación pulmonar.

Se practica la clásica incisión de Farabeuf, que se inicia, un cm. por debajo del lóbulo de la oreja, para respetar las fibras del nervio facial y la glándula parótida; el trazo sigue una dirección descendente por detrás del borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula, paralelamente a esta hasta llegar al

ángulo de la mandíbula, al que contornea, siguiendo hasta la sinfísis mentoniana, y termina en la línea mucocutánea del labio inferior; la incisión debe llegar hasta hueso, debe ligarse la vena y la arteria facial.

Después de legrar la cara externa, pinzando el paquete dentario, seccionarlo y empacar el cabo central dentro del hueso, taponeando con cera y se termina el legrado; enseguida se legra la cara interna, respetando el paquete dentario. Se deja libre el borde posterior de la rama ascendente.

Enseguida se corta la mucosa gingival y también se práctica la extracción del incisivo del lado por resecar, se practica la osteotomía de la sinfísis mentoniana con sierra de Gigli ó con sierra eléctrica. Se fija el cuerpo de la mandíbula con pinza de Farabeuf; hecho el corte óseo, el fragmento mandibular es luxado, se legra la parte de la mandíbula, y se desinsetan los tendones de la articulación témporo-mandibular. Enseguida se desartícula con movimientos de rotación y tracción de la articulación témporo-mandibular, y por último se reconstruyen planos.

EXTIRPACION QUIRURGICA DEL MAXILAR SUPERIOR.

El tratamiento quirúrgico radical de los tumores del maxilar superior es intentar lograr una mayor supervivencia.

El tratamiento del cáncer del maxilar superior se realiza por medio de cirugía, realizando la resección del maxilar superior, que es una intervención que tiene por objeto resecar un bloque óseo formado por el maxilar superior, la porción horizontal del palatino, la concha inferior y una parte del malar. Este bloque forma parte del macizo facial.

Esta intervención se realiza bajo anestesia general, siendo conveniente la traqueotomía previa para facilitar la administración endotraqueal del anestésico-

y para asegurar la ventilación pulmonar.

La incisión más recomendada en esta operación es la de Liston-Nélaton; que se inicia en el ángulo externo del ojo, a unos dos ó tres mm. por debajo del reborde subórbitario, y paralela a este, hasta el ángulo interno para ahí descender, seguir el surco nasogeniano, contornear el ala de la nariz hasta llegar a la espina nasal anterior, descendiendo y terminar en el borde libre del labio. La - incisión llega en profundidad hasta el hueso; la hemorragia es abundante, pero se cohibe por pinzamiento de los pequeños vasos y ligadura de las arterias corres-- pondientes.

En seguida se legra la cara anteroexterna del maxilar.

En el tiempo siguiente se levanta el periostio órbitario; para ello se em-- plea una legra iniciando el despegue contorneando el borde subórbitario, con cuidado para evitar que se escape el instrumento; este es el lugar en donde la pe-- riórbita tiene mayor adherencia. El legrado se sigue en toda la extensión de la órbira, respetando por dentro las adherencias del periostio con el saco lagrimal; por fuera, el despegue sólo debe dejar al descubierto la parte anterior de la hendidura esfenomaxilar, con retractor ancho se levanta el contenido de la órbita envuelta por su cápsula fibrosa que no debe desgarrarse.

Después se lleva a cabo la osteotomía del malar, primer punto de unión - del maxilar con el resto del esqueleto facial.

El corte se lleva a cabo mediante una sierra de Gigli y se extiende desde la parte anterior de la hendidura esfenomaxilar a la cara externa del maxilar. Se pasa por la hendidura esfenomaxilar, de la órbita hacia el borde inferior del malar, una aguja larga u curva ensartada con alambre flexible, en el extremo del - cuál se anuda el ojo de la sierra de Gigli para pasar por dicha hendidura y por la

cara interna del malar.

El tiempo subsiguiente sirve para practicar la segunda osteotomía, se introduce una cizalla recta en la apófisis ascendente, con el bisel vuelto hacia el lado por resecar. La apófisis se corta de un solo golpe, respetando el saco lacrimal.

Antes de que el paladar duro sea seccionado, la membrana mucosa debe ser incidida; la incisión comenzará en el aspecto posterior de la incisión gingivo labial y extendida a través del paladar suave a la línea media en la unión de los paladares blando y duro. Enseguida se secciona la bóveda palatina por medio de una cizalla, colocando una de las ramas en la cara externa sobre la línea media y la otra por la cara palatina del reborde alveolar con el bisel vuelto hacia el lado por resecar. La presión de las ramas al cerrarse obra como cuña, desartículando las láminas palatinas juntamente con la porción horizontal del palatino.

En el tiempo siguiente solo falta separar la unión pterigomaxilar único punto que sostiene en este momento al maxilar en su sutura con el esfenoides.

El tiempo siguiente, el más impresionante, consiste en arrancar el bloque facial por resecar. El fragmento se toma con pinzas de Farabeuf, de manera que una de sus ramas apoye sobre el reborde órbitario y la otra sobre las caras oclusales de las piezas dentarias. Con ligeros movimientos de rotación y tracción, se logra arrancar el bloque. El lecho que deja es extraordinariamente sangrante, pués se han desgarrado múltiples vasos colaterales de la maxilar interna. Cuidadosamente se pinzan y ligan todos los vasos que sangran y cuando se ha logrado la hemostasis, solo queda como último tiempo la reconstrucción por planos.

Hecha ya la ligadura de los vasos que han estado sangrando, tanto internos como externos se va a colocar sobre toda esa parte del colgajo el injerto dermoe-

pidérmico, que se toma generalmente de la cara anterolateral del muslo y se sutura. El uso de injertos de la piel está considerado uno de los más importantes avances recientes en la cirugía radical de la maxila.

Estos injertos tienen éxito sobre el colgajo de la mejilla, de tal manera que queda perfectamente cubierta la superficie cruenta, ó sea que todos los músculos faciales que han sido desinsertados de la maxila, quedan debidamente protejidos por el injerto de piel, facilitando el empacamiento post-operatorio de la cavidad. Si el injerto no se práctica, las contracciones ó arrugamientos sobre el área quirúrgica pueden crear problemas.

Después se empaca gasa con gelatina de petróleo ó pechote con bálsamo de Perú en la cavidad con el objeto de poder mantener esos tejidos lo mejor posible y mantener la cavidad, cuidando que los tejidos no queden tan hundidos transoperatoriamente ó directamente post-operatorio, dándole así consistencia como de esponja en que se puede comprimir, pero que adhiere cuerpo, de manera que de apoyo al globo ocular, porque la extirpación del suelo de la órbita suele provocar diplopía y dificultades en la oclusión de los párpados, además ese bálsamo de Perú colocado directamente sirve un poco de sedativo.

Y a continuación se aproxima la incisión inicial y por último se sutura el colgajo cutáneo por planos.

VIII. - PRESENTACION DE UN CASO CLINICO QUIRURGICO Y ANATOMO PATOLOGICO DE RETICULO SARCOMA EN UN NIÑO DE 11 AÑOS (DEL IMSS).

HISTORIA CLINICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FICHA DE IDENTIDAD.

Nombre. - Muñoz Sausillo Mario

Edad. - 11 años

Sexo. - masculino

Edo. civil. - soltero

Ocupación. - estudiante

Escolaridad. - 4o. grado de primaria

Lugar de origen. - León Guanajuato

Fecha de estudio. - 9/II/76

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Padre; muerto aparentemente, por carcinoma gástrico a los 49 años. Madre; de 42 años de edad con alcoholismo ocasional, con tabaquismo positivo, de 8 a 10 cigarrillos diarios, amigdalectomizada hace 10 años, y apendicectomizada - hace 25 años.

Abuelos paternos; se desconocen sus antecedentes patológicos. Abuelos-maternos; abuelo materno muerto a los 39 años, por infarto pulmonar, probablemente por cardiopatía; abuela muerta a los 78 años por cardiopatía no especificada.

ANTECEDENTES LUETICOS, FIMICOS, REUMATICOS, OTROS; Negativos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Paciente de 11 años de edad, producto del 3er embarazo, a término, parto Eutócico, con duración de 6 hrs., durante el parto no se aplicarón métodos -- analgésicos, peso al nacer de 3.1500 kg.

Desarrollo Psicomotor:

Postnatal; que lloró y respiró al nacer, no se citarón datos cianóticos e - ictericos, además de otras alteraciones patológicas negativas, fijo la mirada a - los 3 meses, se sentó a los 5 meses, con monosflabos a los 8 meses, caminó a los 12 meses, con control esfinteriano a los 2 años.

Alimentación:

Desayuno. - un vaso con leche de 250 ml/cc aproximadamente, con una rebanada de pan bimbo con mantequilla, y ocasionalmente, vaso de jugo de frutas, - dos huevos.

Comida. - un plato con sopa aguada ó bién un plato de sopa de arroz, y guisado, variando en carnes y verduras, y de calidad y cantidad.

Cena. - un vaso con leche, una ó dos piezas de pan de dulce, huevos, fruta y legumbres ocasionalmente.

Habitación:

Localizada en medio urbanizado, con drenaje y agua potable, luz, piso de mosaico y techo de concreto, constando de 3 recámaras, cocina, baño con todos los servicios, buena ventilación, sin hacinamiento y promiscuidad, con baño diario y cambio de ropa con la misma frecuencia, con lavado de dientes 2 veces al día, lavado de manos antes de cada comida.

Inmunizaciones:

Antipoliomelítica (Sabin), 3 dosis; DPT, 5 dosis, BCG y Antivariolosa, - no se mencionan otras inmunizaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Cuadros gripales y enterales, sin importancia, con amigdalitis de repetición sin especificación de tiempo; sarampión sin especificar la edad, no menciona otros datos de importancia patológica.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS, TRAUMATICOS, ALERGICOS, MEDICAMENTOSOS, TRANSFUSIONALES y ALIMENTARIOS: Negativos.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Se trata de paciente, de 11 años de edad, enviado por la clínica del Seguro Social de León Guanajuato, con diagnóstico de Quiste sebaceo y sinovia maligna, con padecimiento de evolución de 2 meses, secundario a traumatismo mentoniano, el cuál mostró aumento de volúmen lento pero progresivo, acompañado de dolor local, en un principio moderado, que fué acentuandose progresivamente, - interviniendosele al mes de evolución del padecimiento.

Extirpandósele; quiste sebaceo en está unidad, posteriormente se observó aumento de volúmen al mismo nivel, pensándose en tumoración; estudiandose y - corroborandose en esté servicio; tumoración maligna (sinovia maligna), por lo - cuál se trasladó a la unidad del IMSS de la Ciudad de México, D F., practicandósele tratamiento; quirúrgico, radioterápico y quimiotérapia.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Sistema músculo esquelético. - lo referido en padecimiento actual.

Sistema linfático. - infarto ganglionar regional

Aparato digestivo. - con hiporexia, desde el inició del padecimiento

Aparato respiratorio. - S. D. P.

Aparato cardiovascular. - S. D. P.

Sistema hemático. - S. D. P.

Sistema endocrino. - S. D. P.

Piel. - aumento de volúmen en la región mentoniana

Anexos. - S. D. P.

SINTOMAS GENERALES:

Pérdida de peso no cuantificada, astenia, adinamia, fiebre e hiporexia.

Exploración Física:

Peso actual	31. 500 kg.
Pulso	80 X min.
Tensión arterial	110/70
Temperatura	37 °C
Respiraciones	20/min.

Inspección general:

Paciente escolar de 11 años de edad, del sexo masculino, conciente, afebril, con actitud libremente escogida, orientado en las 3 esferas; sin facies características, constitución media, bién conformado, que coopera al interrogatorio, respondiendo bién a los estímulos externos.

Cabeza; cráneo. - normocéfalo, sin exostosis, ni hundimientos, pelo castaño y abundante, pelo bién implantado de acuerdo a sexo y edad, Cara; Ojos. - conjuntivas pálidas, húmedos, pupilas centrales isocoricas simétricas y normoreflexicas, que responde a los reflejos fotomotor, motomotor y consecual. - Oídos; conducto auditivo externo y membrana timpánica sin alteraciones patológicas, pabellón auricular bién implantado., Naríz recta, con narinas permeables, en buen estado higiénico, S. D. P.

En región mentoniana se observa una tumoración de consistencia dura, - que se encuentra en fuerte unión con tejido óseo, poco movible, que no está adherida a planos superficiales, que no produce cambios en la coloración de la piel, - pero que a la inspección se observa deformación de la región, con cicatriz quirúrgica de 12 cm, con discreta red venosa superficial, doloroso al tacto, detrás del labio inferior., Boca. - mucosa de coloración normal, piezas dentarias de -- acuerdo a la edad del paciente: por la parte interna del labio inferior se observa, variabilidad en la coloración de la mucosa (enrojecida), con secreción serosa.

Faringe y Amigdalas . - S. D. P.

Cuello. - no se palparón ganglios, pulso carotideo, homócroto y sincrónico con - el radial.

Laringe. - central y móvil S. D. P.

Tiroides. - no palpable.

PLAN DE TRATAMIENTO.

Inicialmente se tomó biopsia, la cuál fué compatible con Retículo Sarcoma, secundariamente; se procede a aplicar radioterapia, dándose una cantidad total — de 6000 ratds; con esto disminuyó en un 30 % la masa tumoral, efectuandose, es-

to en el mes de febrero, a los 2 meses de la radioterapia, se presenta el paciente con un aumento de volúmen, más marcado y el área mentoniana con zonas de - rubor, presentando algias de grado variable, de intensidad mayor, en órganos — dentarios anteriores inferiores, y edema en fondo de saco en la parte vestibular, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente.

TECNICA OPERATORIA.

La técnica planeada, fué hecha extraoral; incidiendo en región submento-- niana de primer molar permanente, al correspondiente del lado opuesto, se deseca por planos, se liga la arteria facial y con sierra de Gillis, se secciona el hueso de canino a 2o. molar temporal y a continuación se procede, a la sutura por - planos; suturandose los planos profundos con catgut y la piel con dermalón 5 ceros, con surgete discontinuo. - el paciente se retira en buenas condiciones, locales y generales.

Se decide después la cirugía; mantener al paciente con radio y quimioterapia, la quimioterapia fué a base de Vincristina, Actinomicina D y Cicloforfanida, el paciente evolucionó por un mes favorablemente, después decrece su evolución precipitandose hasta su deceso.

CONCLUSIONES

El texto de estas páginas, comprende en forma sencilla el tema Cáncer; - junto con todo su conjunto de implicaciones, Físicas, biológicas, sociales, económicas, y psicológicas principalmente. Los cuales constituyen un complicado - sistema de agresión y repercusión dentro del ámbito de nuestro organismo.

En sentido estricto el término Cáncer, dentro del ambiente científico es- conocido como Neoplasia, que literalmente significa; nuevo crecimiento o neoformación.

Podemos agregar que el nuevo crecimiento carece de finalidad, hace presa del huésped, y es prácticamente autónoma. Hace presa del huésped a medida de que el crecimiento del tejido neoplásico establece competencia con las células y los tejidos normales en cuanto al suministro de energía y sustratos nutritivos. Después de esta pequeña introducción enfátizaremos sobre algunos puntos importantes, tratados más a fondo en las hojas anteriores; que como se ha dado a groso modo, contiene los conceptos más recientes con respecto al tema.

Considerando que estas masas pueden florecer en un paciente que está -- agotandose en cierta medida, son autónomas. Pero se puede resumir que está - autonomía no es completa, pués todas las neoplasias dependen de última instancia del huésped; en cuanto, a la nutrición, respiración y en realidad el riego sanguíneo; muchas neoplasias que necesitan incluso sostén endocrino.

Después de la introducción previa, hacemos hincapié en unos puntos básicos, con respecto al cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento de las neoplasias en general.

Debemos aclarar entre la palabra tumor y neoplasia. - en propiedad tu--

mor denota sencillamente la tumefacción que es, uno de los signos cardinales de la inflamación. Si bién una neoplasia, cerca de la superficie de la economía produce una tumefacción tumoral, hablando de manera estricta, no todos los tumores son malignos, y pueden ser producidos por hemorragía o edema.

Los calificativos benigno y maligno; aplicados a neoplasias tienen deducciones clínicas, cuya designación de benigno; significa, que la lesión no amenaza la vida, es de crecimiento comparativamente lento, no se disemina por el cuerpo (no produce metástasis) y es susceptible de extirpación con cura del paciente, es raro que una neoplasia benigna cause la muerte y en este caso, es por virtud de su sitio estratégico ó su función.

En cambio en casi todas las neoplasias malignas tiene las potencialidades desagradables de: crecimiento rápido y destrucción de los tejidos adyacentes y diseminación en todo el cuerpo (Metastásis) que origina la muerte.

Cada tumor tiende a seguir una conducta específica ó inespecífica por ello su designación entraña, deducciones clínicas de importancia.

Con respecto al diagnóstico, todas las neoplasias alarman al sujeto que las padece, pero imaginemos el consuelo que da el diagnóstico de tumor benigno.

El diagnóstico diferencial entre tumores benignos y malignos; es el juicio más importante, que se solicita del patólogo.

Debemos destacar que, aunque la mayor parte de los tumores son patentemente benignos o inconfundiblemente malignos, algunos están en los límites y no pueden clasificarse con certidumbre; estas lesiones discutibles destacan la subjetividad última en la interpretación morfológica de los caracteres diferenciales de los tumores malignos y benignos.

En consecuencia no siempre hay relación perfecta entre los pronósticos -

morfológicos y el comportamiento biológico (sin embargo estos tumores son las - excepciones).

Todos los tumores malignos y benignos, tienen dos componentes básicos:

a) Células neoplásicas en proliferación

b) Estroma de sostén

Todas las células parenquimatosas tienen algunos carácteres en común; - cuanto mayor sea la semejanza con las antecesoras normales, tanto mayor será la diferenciación y el pronóstico.

En términos generales la rápidez de crecimiento, en una neoplasia guarda relación con el nivel de diferenciación y el comportamiento clínico.

Cuando las células cáncerosas son llevadas, a un sitio alejado de su ori-- gen, tienen la capacidad de implantarse (metástasis); la metástasis misma puede originar secundariamente otras metástasis, que hacen más sombrío, el pronóstico y el tratamiento.

Los factores y etiologías que gobiernan en el cáncer, son todavía discutibles, por su gran extensión e incertidumbre.

El tratamiento de estos problemas, vemos que todavía es incierto y costoso, pués está basado, casi siempre en tratamientos de experimentación e investigación, con altas implicaciones de dificultad y complicación hacia el paciente.

Llegamos al final de estas conclusiones. Nuestra copa está medio llena y medio vacía. La etiología y la patogenia de las neoplasias todavía están llenas de preguntas, y la prevención de estos trastornos está fuera de nuestro alcance por desgracia.

De todas maneras, se han identificado varios medios ambientales, y algunos han sido controlados. Se conoce algo más de la conducta biológica del cáncer:

la consecuencia ha sido, un diagnóstico mejor y una comprensión más amplia de los enfoques terapéuticos. Además, el conocimiento creciente de agentes causales susceptibles de provocar cáncer en animales de laboratorio algún día será fructuoso para el hombre, porqué en último análisis, no es absurdo considerar que las leyes biológicas que se aplican a los animales inferiores, no sean aplicables al hombre. Por desgracia, hasta aquí el pronóstico de la mayor parte de cánceres es malo, pero en un futuro, y con la solución de estos puntos en cuestión, quizá se logre la solución del problema antes de conocerse perfectamente su teoría.

RELACIONES BIBLIOGRAFICAS

1.- ARTHUR, W. Ham.; Tejidos del cuerpo; en, Tratado de histología; 6a. edición, Editorial Interamericana.- pp 169 - 206 - 476 - 545.

2.- K.H. Thona.; Tumores centrales de origen no odontogeno y no osteogeno; en, Patología bucal; tomo II, - Editorial Hispano-Americana, - traducción de la. 2a. edición en inglés pp 1097 - 1143.

3.- Robbins, Stanley.; en, Neoplasias Patología estructural y funcional; 1a. edición, Nueva Editorial Interamericana. 1974, pp. 105 - 139 - 142 - 161.

4.- Anuario de actualización de medicina., IMSS; fascículo 11, Oncología (segunda parte).

5.- Lietmanovitz, Lieber man Mario.; Investigación clínica en el cáncer; Definición y propósitos.

6.- Garza, G. Roberto.: Diagnóstico oportuno de los tumores malignos de la cavidad oral y orofaringe; Suscripción general médica. -marzo 1962.

7.- Anuario de actualización en medicina: Fascículo 10, Oncología. Investigación clínica en el cáncer.

8.- Lauren, V. Ackerman and Juan A. del Regato.: Cáncer Diagnosis, -- treatment, and prognosis; fourth edition, St. Louis - 1970 - Mosby company.

9.- Ruy, Pérez Tamayo.: Neoplasias: en. - Patología general, p.p. 145 - 146

10.- Index medicus.: Tumores malignos de la cavidad bucal; de noviembre de 1950 a noviembre de 1976.

11.- Peter W Appel, D.D.S., Reticulum - cell sarcoma in the jaws; report of two cases, - Oral Surg., july 1968; volume numberl, p.p. 92-95.

12.- Kruger O. Gustav.: Text book of Oral Surgery: fourth edition Mosby -

13.- Excerpta Médica.: Vol 31.2; Cáncer, section 16

14.- B.L. Coley.: Neoplasmas of bone; 2a. edición.

15.- L.Z. Piehtenstein.: Bone tumours; 4a. edición, 1972.

16.- Conley.: Cáncer of the Head and Neck; Butterwarthrs 1976, New York.

17.- Robbins, Stanley L.: Tratado de patología; Neoplasias., p.p. 81 - 118, 3a. edición-. Editorial Interamericana 1968

18.- Wilhelm Meyer.: Tratado general de odontoestomatología; tomo 1 Editorial Alhambra, Madrid 1958

19.- Samuel K. Morgan, William G. Thurman.; Cáncer; Ewing's Sarcoma in children, january 1970, clinical pediatrics.

20.- David M. Molander.: Linfosarcoma, Diagnóstico y Tratamiento; Tribuna médica de México, 21/2/1972.- tomo XXI, No. 7

21.- William E. Rawls.: Papel etiológico de los virus en el cáncer humano; reportes médicos.- Cáncer, vol. 1 No. 4 p.p. 18 - 21

22.- Sir Alexander Haddow, M.D.: Las posibles causas de cáncer - nues-- tros conocimientos actuales; Abbottempo, libro 4.- producido y publicado en 1970 por Abbot universal p.p. 8 - 11

23.- Alberto Palacio G.: Técnicas quirúrgicas de cabeza y cuello; Hemirre sección de la mandíbula, p.p. 245 - 248; Resección del maxilar superior, p.p. - 249 253; Editorial Interamericana.

24.- Dr. Zuckerman, Conrado.: Normas Generales en el diagnóstico de -- los cánceres; México - Médico Asambleas: XXa época, vol 5 - No. 22, Enero - febrero 1970

25.- Dra. John R. Jocoway, Robert C. Boyers, Seymour Hoffman, Sigurds O. Krolls y John N. Trodhal.; Cáncer de la cavidad oral; tribuna médica, 1er. No. de noviembre 1973 - No. 300, tomo XXV No. 9

26.- Romero Gutierrez.: Evaluación de Leucemias, en la unidad de Oncología del Hospital General.- 1960 - 1961; p.p. 8, 9, 85 a 89

27.- Albores Saavedra Jorge.: Sarcomas y lesiones seudosarcomatosas de partes blandas.- La prensa médica mexicana-. ed. 1976 - p.p. 4 87 a 89.