

104
2 ELEM



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CANCER EN CAVIDAD ORAL

TESINA

Seminario de Titulación Neoplasias Orales

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

IRMA GARCIA CORDERO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D.F.

1993



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

El material audiovisual de este trabajo se encuentra en la biblioteca de la Facultad de Odontología

INDICE

INTRODUCCION	1
CANCER DE CAVIDAD ORAL	2
Embriología	2
Fisiología	2
Anatomía	2
Epidemiología	3
Etiología	3
Lesiones Precursoras	4
Patología	5
Conducta Biológica	6

Tumores primarios multiples	7
Campo de Cancerización	7
Aspectos Clínicos	7
Exploración de Cavidad Oral	9
Técnicas de Diagnóstico	10
Biopsia	11
Riesgo que Puede Haber en una toma de biopsia	13
Riesgos Quirúrgicos	13
Riesgos Oncológicos	14
Citología Exfoliativa	14
Técnica de Citología Exfoliativa	14

Fijación del Frotis	15
Teñido del Frotis	15
Diagnóstico Radiológico	15
Conclusiones	18
Bibliografía	20

INTRODUCCION

Aunque el cáncer de cavidad oral no es tan frecuente, es obligación del Círujano Dentista conocerlo y diferenciarlo de otras patologías, para poder realizar un buen diagnóstico temprano y con mejores posibilidades de controlar la enfermedad, así como mayores probabilidades de curación para el paciente.

Los cánceres de esta área resulta incapacitantes y mortales si no se les trata rápidamente y eficazmente. Cuando las lesiones son atendidas en etapas avanzadas de la enfermedad los pacientes incluso con el tratamiento se encaran a la posibilidad de perder órganos sensoriales, desfiguramientos, pérdida de función fisiológica incluso la muerte.

El paciente con carcinoma de cavidad oral será remitido con el médico especialista en oncología, el cual desidirá el plan de tratamiento más conveniente para el paciente.

La función del Círujano Dentista es detectar la enfermedad en una temprana etapa, así como un gran apoyo moral, ya que estos pacientes se encuentran bajo estado psicológico deprimente.

No debemos olvidar ante todo que el paciente antes de ser paciente no deja de ser un ser humano, y que es nuestra obligación atenderle y resolver su problema lo más pronto posible que este a nuestro alcance.

Recordemos que un cáncer en cualquier parte del organismo, puede aparecer a cualquier edad y en cualquier sexo.

CANCER DE CAVIDAD ORAL

Embriología

La cavidad oral se deriva del estomodeo o boca primitiva del embrión, y constituye el primer tramo del aparato digestivo.

Fisiología

La cavidad oral es un conjunto de estructuras en donde se efectúa la masticación de los alimentos, se inicia la digestión y la deglución de los mismos. Además contribuye a la fonación en tanto que el sonido laringeo se articula en ella dando lugar al lenguaje.

Anatomía

La cavidad oral está constituida por un esqueleto rígido formado por los huesos maxilares y los dientes los cuales mantienen su unión por medio de articulaciones que les permiten realizar las funciones de masticación gracias a los sistemas neuromusculares específicos ordenados en torno a estas estructuras y originando las paredes de la cavidad oral a la cual vierten su secreción glándulas salivales.

Para fines prácticos la cavidad oral es un conjunto de estructuras que comprenden labios, piso de boca, lengua en sus dos tercios anteriores, mucosa oral, encía superior e inferior, paladar duro y trigono retromolar.

Las estructuras orales tienen una extensa red de drenaje linfático que parte de cada área en particular y llegan al cuello en diferentes niveles, sin embargo es alrededor de la vena yugular interna donde está el grupo más importante de ganglios linfáticos que se distribuyen a lo largo de la vena desde la base del cráneo hasta la región supraclavicular.

Epidemiología

En cáncer de cavidad oral tiene una presentación de distribución universal; sin embargo, la frecuencia varía de un país a otro. En los Estados Unidos de Norteamérica se presenta alrededor del 10% de todos los tumores del cuerpo, mientras que en la India llega a ser el 50% de todos los tumores.

La mayor frecuencia de casos en la India se relaciona con el hábito de mascar una mezcla de nueces, betel, tabaco y cal muerta.

En México, la frecuencia real se desconoce, sin embargo, en el Instituto Nacional de Cancerología apenas ocupa el 1.5% de todos los tumores del organismo. Por desgracia más del 75% de estos pacientes fueron diagnosticados a su ingreso en etapas clínicas avanzadas (III y IV) requiriendo de tratamientos interdisciplinarios que muchas veces producen secuelas estéticas y/o funcionales severas, con costos económicos elevados y desafortunadamente, con un pronóstico fatal a dos años.

Es más frecuente que se presente en varones, entre las edades de 50 y 70 años y es relativamente menos frecuente en mujeres, lo anterior se ha asociado a que los individuos del sexo masculino se encuentran en mayor contacto con los agentes causales más frecuentes para provocar cáncer, como el tabaquismo, alcoholismo y exposición a la luz solar.

Etiología

La frecuencia de cáncer de cavidad oral varía ampliamente y esta en relación a las formas de vida de los individuos especialmente en cuanto a los hábitos de tabaquismo, alcoholismo y exposición a los rayos solares, así como otros factores menos importantes, pero de tomarse en cuenta como son higiene oral inadecuada, dieta deficiente en vitaminas A y C

irritación mecánica crónica por prótesis no adecuadamente ajustadas, así como exposición ocupacional a aceites isopropílicos, ácido sulfúrico, níquel, químicos en el tratamiento de pieles y procesadores de fibras textiles.

El tabaquismo en cualquiera de sus formas ya sea fumado en cigarro, puro, pipa, rapé o tabaco mascado, agrede a las mucosas de tal forma que se ha observado que el cáncer de cavidad oral en los fumadores es seis veces más frecuente, que en los no fumadores y el riesgo de desarrollar cáncer, se incrementa con la duración del hábito.

Por otra parte si al hábito tabaquico se le asocia la ingesta crónica e importante de alcohol, la posibilidad de desarrollar un cáncer en cavidad oral, se incrementará más de quince veces, cabe señalar que la ingesta de alcohol sin el hábito tabaquico, también incrementará el riesgo de desarrollar cáncer en la cavidad oral.

La exposición prolongada y sostenida a los rayos solares especialmente en las personas como los agricultores y marineros, así como los que acostumbran darse "baños de sol", tienen mayores probabilidades de desarrollar un carcinoma en los labios.

Lesiones precursoras

Los carcinomas de la cavidad oral pueden aparecer sobre lesiones precancerosas preexistentes, y estas pueden manifestarse por acción de los factores etiológicos mencionados anteriormente, pero es más común que se presente independientemente. Las lesiones precancerosas más comunes son: la leucoplasia que aparece sobre todo en la mucosa geniana, trigono retromolar y encía, se presenta como una placa brillante más o menos elevada y tiene un potencial de cancerización bastante bajo.

La eritroplasia que se presenta en tres manifestaciones clínicas:

1) Se presenta como una área difusa de color rojo vivo aterciopelada y suave, con bordes derechos y festoneados, bien delineados y es extensa de tamaño.

2) Las lesiones rojas, suaves están ligeramente elevadas con un trazo irregular y una superficie granular o finamente nodular con placas blancas muy pequeñas.

3) Eritroplasia mezclada con parches de leucoplasia, en estas áreas eritematosas son irregulares y no tiene un color rojo vivo, se observa con más frecuencia en la lengua y el piso de boca.

La eritroplasia tiene una elevada potencialidad de degeneración y es considerada por algunos como un carcinoma *in situ*.

Otras lesiones precancerosas son la fibrosis subepitelial, la papilomatosis, el liquen plano y el xeroderma pigmentoso.

Patología

Más del 95% de los tumores orales son del tipo carcinoma epidermoide, mismos que se originan de las mucosas y en diferentes localizaciones. Sin embargo, también es posible apreciar adenocarcinomas, sarcomas, melanomas.

El adenocarcinoma habitualmente se origina de las glándulas salivales menores siendo su localización más usual el paladar, las mucosas de mejillas y los labios.

Conducta biológica

El carcinoma epidermoide generalmente crece a lo largo de las superficies mucosas, pero puede también infiltrar a estructuras profundas. Algunos de estos tumores se ulceran y pueden ser fácilmente traumatizados como consecuencia de lo friable de su superficie.

En contraste, los adenocarcinomas empiezan a desarrollarse en los tejidos submucosos y tienden a no ulcerar, a menos que sean traumatizados o se dejen evolucionar hasta etapas clínicas avanzadas.

Como en todos los tumores malignos, además del crecimiento del tumor primario que tiende a ser rápido, se pueden presentar frecuentemente metastásis ganglionales cervicales, especialmente a los grupos ganglionales cervicales altos, los yugulo-gástricos y los submentoneanos. Dichas adenomegalias se pueden apreciar clínicamente a la palpación al momento del diagnóstico, sin embargo, también pueden presentarse en forma microscópica (subclínica) y habitualmente son ipsilaterales a el lado de la lesión primaria; en todos los tumores especialmente de piso de boca y lengua y en particular los que rebasan la línea media también pueden dar metastásis al cuello contralateral.

La presencia de metastásis ganglionales cervicales esta en relación a el mayor crecimiento tumoral del sitio del tumor primario, cuando clínicamente se manifiestan como tumores agresivos y pobremente diferenciados.

Todos los carcinomas epidermoides tienen a permanecer localizados en el sitio del tumor primario y lo común es que metastaticen a los ganglios linfáticos regionales; sin embargo, también pueden dar metastásis a

distancia entre un 13 y 23%, siendo los sitios más frecuentes, ganglios de mediastino, hígado, ganglios abdominales e inclusive pulmón y huesos.

Tumores primarios multiples

Los tumores primarios multiples pueden ocurrir sincronica o metacronicamente variando en su frecuencia entre un 3.6 hasta un 32%. Las localizaciones de estos pueden ser el área misma de cabeza y cuello y en especial el tracto aereo-digestivo alto.

Campo de cancerización

Es el responsable de multiples cánceres primarios que ocurren subsecuentemente en los mismos pacientes, esto fue descrito por Slaughter y asociados hace más de 20 años, los factores de este suceso son poco claros.

Cada continuación de hábito de fumar y abuso del alcohol dan la incidencia a multiples tumores. Una evaluación cuidadosa al inicio del diagnostico registrando algunos otros tumores primarios y frecuentes exámenes entre los tres y cinco años iniciales son obligatorios, considerando el real conocimiento de que se propicie algun tumor primario por segunda vez.

Aspectos clínicos

Muchos de los pacientes con tumores malignos en esta localización han sido tratados por Médicos Generales y Cirujanos Dentistas, antes de haber sido tratados por un especialista.

El diagnóstico de la enfermedad primaria, comienza con la historia clínica que debe incluir datos importantes como es la intensidad y duración del consumo de tabaco y alcohol, así como cánceres previos de la vía digestiva aerea superior. El dolor franco no es un síntoma ordinario, pero el crecimiento tumoral puede interferir complicando la deglución y la respiración, manifestando los pacientes una sensación de cuerpo extraño en la garganta, náusea o dificultad para respirar así como dificultad para la deglución, o el paciente puede despertar en la noche con tos secundaria, a la aspiración de saliva.

La disfonía o ronquera puede surgir por la invasión del nervio laríngeo recurrente o la infiltración directa a la laringe.

El dolor irradiado puede ser un síntoma importante de tumor primario por la proximidad de las vías nerviosas aferentes entre las que se encuentran el nervio vago, nervio glosofaríngeo y nervio trigémino.

Ocasionalmente los pacientes manifiestan que su saliva tiene sangre fresca, así como manifiestan síntomas de irritación y comezón que pueden extenderse desde el sitio de la lesión hasta la oreja y la mandíbula. Este tipo de comezón es un signo que indica induración, ulceración y presión.

Se pueden presentar algias leves al contacto con bebidas ácidas o alcohólicas y con alimentos calientes, más comúnmente en lesiones posteriores (pilares, paladar blando, región glosopalatina).

La lesión que podemos observar es habitualmente una masa indolora que ha persistido "durante semanas" ligeramente elevada o ulcerada de color rosáceo-blancuzco opaco respecto a la mucosa adyacente. En otros casos se advierte solo una erosión superficial con un fondo ligeramente

granuloso y en tal caso el fondo puede ser blando y casi siempre los bordes estan elevados y duros.

La hemorragia masiva puede ser resultado de la invacion de vasos sanguineos. Una complicacion tardia, pero rara es el desarrollo de una fistula orocutanea; con frecuencia la muerte se debe a neumonia.

Exploracion de cavidad oral

La piedra angular del diagnostico es la exploracion.

La exploracion fisica de cabeza y cuello requiere de un metodo sistemtica y familiaridad con el empleo del espejo dental.

Es posible inspeccionar las superficies cubiertas con mucosas mediante una lampara frontal y el empleo de dos abatelenguas para exponer los tejidos de la cavidad oral.

La traccion lingual cuidadosa y el uso del espejo dental permiten analizar la mucosa de la totalidad de la cavidad oral y faringea sin necesidad de anestesia local.

La exploracion comienza inspeccionando los labios, enseguida se presiona la lengua hacia abajo con un abatelenguas y se explora, la encia debe ser inspeccionada utilizando el abatelenguas, debe ser explorada la mucosa bucal completa del maxilar y de la mandibula al nivel del trigono retromolar.

Despues de que la mucosa ha sido inspeccionada, se deben visualizar los arcos dentales, enseguida el piso de boca que se explora elevando la lengua del paciente, se continua explorando la mucosa lingual y se logra

usando dos abatelenguas, uno para precionar la mucosa bucal lateral y otro para presionar la lengua por su parte media. El piso posterior de la boca y la parte lateral de la lengua pueden ser examinados mediante la palpación y con el espejo dental.

Es muy importante que se revise la lengua de anterior a posterior y prestar más atención en sus partes laterales ya que son las áreas más comunes donde aparecen lesiones malignas. La base de la lengua debe ser cuidadosamente examinada y efectuada la palpación ya que las proyecciones papiliformes pueden enmascarar un cáncer, y se continua explorando la hendidura de la misma.

El exámen de cuello es parte integral de la evaluación del enfermo con carcinomas epidermoides de la vía aereo-digestión superior. La metastásis a ganglios límfaticos desde primarios mucosos se presentan como ganglios firmes por lo general en la región lateral del cuello. Conforme la enfermedad nodular avanza puede fijarse a los tejidos blandos subyacentes, a la arteria carotida o puede ulcerar atravez de la cubierta cutánea. La ubicación de un ganglio dominante puede indicar la localización de un pequeño cáncer primario difícil de encontrar mediante laringoscopia indirecta. Casi 3 a 4% de todos los cánceres se presenta como ganglios linfaticos metastaticos sin un sitio primario manifiesto. Sin embargo, más importante es el hecho que las personas con cáncer en la cavidad bucal y bucofaringe, se presentan con el síntoma inicial de una masa en el cuello.

Técnicas de diagnóstico

La detección temprana y el tratamiento adecuado son esenciales en el mejoramiento de porcentaje de curación.

La laringoscopia, tanto directa como indirecta, es útil para diagnosticar cáncer de la cabeza y cuello. El método indirecto proporciona un mejor panorama de la lesión y más información acerca de la movilidad que el método directo. Sin embargo, la laringoscopia directa permite el examen de áreas no visibles al espejo.

Biopsia

La obtención de un tejido patológico vivo del organismo para someterlo a estudio microscópico constituye la clave de todo procedimiento diagnóstico en oncología. Tanto si se realiza para formular el primer diagnóstico de la naturaleza del proceso, como para diagnosticar una recidiva, o precisar la extensión de la enfermedad.

La biopsia más satisfactoria en una lesión intraoral es la biopsia incisional, en la cual se usa un bisturí o una aguja cortante. Esta indicada para lesiones de piel, labios y parte anterior de la cavidad oral.

Si se sospecha de cáncer en una lesión pequeña, cuya gruesa apariencia, podría ser alterada por la biopsia, es importante que el clínico que aplicará el tratamiento final deba observar la lesión antes de que la muestra sea tomada, para juzgar el grado de extensión y la planeación de una posible resección.

La toma del tejido para la biopsia suele hacerse en el consultorio o en el departamento quirúrgico extrahospitalario o si el paciente está ya hospitalizado en su propio lecho o en el cuarto de curaciones.

Aunque la biopsia de lesiones intraorales ordinariamente no presenta dificultades técnicas o problemas, los tumores en áreas como la base de la lengua y la nasofaringe pueden escapar a la detección, aún por un

examinador con experiencia. Para tumores en estos lugares, es necesario llevar a cabo la biopsia con el paciente bajo anestesia general con unas pinzas adecuadas introducidas a través del laringoscopio, procedimiento que debe ser realizado por el médico especialista.

En el método de extirpación y biopsia se usa un bisturi para extraer el tejido anormal de la mucosa y de la piel, cuando dicho tejido puede extraerse en forma fácil y completa se utiliza este tipo de biopsia, por que se combina diagnóstico y tratamiento.

Después de extirpar un pequeño corte de tejido, las heridas de la piel y los labios pueden serarse con uno o dos puntos de seda fina. Las biopsias pequeñas de mucosas suelen no necesitar sutura, una presión suave ejercida durante varios minutos generalmente logra la hemostasia.

La biopsia de un nódulo linfático se lleva a cabo sólo cuando la lesión primaria no puede identificarse o en linfomas y carcinomas de la tiroides. En estos casos el nódulo linfático debiera ser extraído entero (biopsia excisional) si es posible. La biopsia incisional de un nódulo linfático sospechoso, deberá evitarse para evitar la contaminación, del sitio de la biopsia por células tumorales .

El ganglio frecuentemente esta situado más profundamente de lo que parece y su extirpación puede complicarse con la hemorragia o lesión de estructuras importantes si no se trabaja con ayuda y exposición suficiente. Después de la biopsia abierta de un ganglio linfático cervical se produce una reacción desmoplástica con cicatriz, de formación y puede disminuir las probabilidades de curación.

La aspiración o la biopsia con aguja, de un ganglio o masa cervical constituye un método de diagnóstico útil si se comprenden sus limitaciones. La aspiración de pus, líquido quístico o células tumorales suele brindar al cirujano la información que necesita.

Al proporcionar al patólogo el frotis del líquido aspirado no debe pretenderse siempre que se establezca un diagnóstico completo, sin embargo, frecuentemente señala que contiene células tumorales y si se sabe que previamente hubo un cáncer a este nivel la presencia, de estas células quizás baste para el cirujano. Con este dato indicador de que una masa cervical sospechosa es un cáncer metastásico, puede llevar a cabo la terapéutica definitiva.

En caso de un ganglio cervical aumentado de volumen, la biopsia debe ser una de las últimas de diagnóstico. En el adulto el peligro de que el ganglio hipertrofiado sea asiento de cáncer metastásico, es mayor que el de cualquier otro diagnóstico similar. La mayor parte de tumores que produce metástasis en el cuello se hayan por encima de las clavículas; otras localizaciones primarias son pulmones, esófago y mano.

En las biopsias de aspiración o punción se recomienda usar agujas finas de calibre 22 .

Debe establecerse una estrecha colaboración entre el cirujano y el patólogo ya que este último debe de realizar la toma o recibir la muestra, y llevar a cabo los procedimientos de fijación y estudios histoquímicos.

Riesgos que puede haber en una toma de biopsia

Riesgos quirúrgicos

*Hemorragia

*Infección

*Provocación de procesos reactivos cicatrizales

Riesgos oncológicos

- *Posible siembra local, especialmente si la vía de acceso atraviesa tejidos sanos.
- *Apertura de las vías límpáticas de siembra (en caso de adenopatías)
- *Gran modificación del cuadro clínico que obstaculiza actos terapéuticos posteriores

Citología exfoliativa

La citología exfoliativa es una técnica usada para observar la morfología microscópica de células individuales después que han sido extraídas de un tejido, colocadas en una laminilla fijadas y teñidas.

La utilidad de la citología, es aumentar la detección de cáncer oral ya que alrededor del 95% de estos son de origen epitelial. Númerosos reportes sostienen que el uso de la citología oral ha acelerado biopsias de lesiones que no se aprecian clínicamente como cánceres orales, conduciendo al diagnóstico temprano de cánceres malignos que podrían de otra forma no haber sido sospechados.

Técnica de citología exfoliativa

Se utiliza una laminilla de vidrio de microscopio con el nombre del paciente, la fecha y el área de la cual se obtuvo la muestra. Se usa un aplicador limpio de algodón o una espátula de madera para la colocación de la muestra.

Si el área que se va a raspar esta seca, el aplicador o la espátula deben estar humedecidas. La saliva o secreciones del tejido son suficientes para prevenir la deshidratación.

Colocar el material de la lesión con un ligero movimiento y hay que recordar que la laminilla puede ser inadecuada si hay una pseudomembrana, demasiada saliva, sangrado excesivo o si hay humedad.

Fijación del frotis

La muestra debe ser fijada y teñida inmediatamente, sobre el área central de la laminilla.

*Se usa alcohol al 70%

*No dejar secar la muestra antes de su fijación.

Teñido del Frotis

La muestra se tiñe por una técnica modificada de Papanicolauo-traut usando hematoxilina de Mayer, naranja G, eosina y verde claro. La laminilla puede estar lista en menos de una hora.

El método de Papanicolauo, empleado en la cavidad bucal para el diagnóstico de cáncer, tiene un porcentual elevado de seguridad. El procedimiento correctamente hecho es bastante exacto, disminuye su seguridad una mala citotecnología, mala toma del material, malos colorantes, y la mala interpretación de los extendidos.

Diagnóstico radiológico

Los estudios rutinarios de rayos X nos proveen de información muy necesaria ,cuando algunas regiones anatómicas son difíciles de examinar

clínicamente. Los rayos X pueden penetrar en muchos tejidos pequeños de una sección anatómica sin usar mucha luz.

En ciertos casos son útiles las radiografías simples de la cabeza, para identificar la enfermedad o a fin de documentar la magnitud de la diseminación. Como los senos paranasales son inaccesibles al examen visual las radiografías sinusales nos ayudan en el estudio de una lesión primaria oculta o para valorar los síntomas en tal zona.

Las radiografías mandibulares pueden revelar la invasión del piso de la boca o la lengua por cáncer.

Los rastreos óseos con radionúclidos a base de tecnecio-99 también pueden ser eficaces para evaluar la invasión tumoral de la mandíbula.

Los tomogramas de la base del cráneo pueden mostrar una invasión maligna del agujero oval por extensión superior al nervio trigémino.

La tomografía computarizada es un auxiliar en la delimitación de las lesiones de cabeza y cuello, ya que producen excelentes imágenes de las estructuras óseas y ciertas zonas de tejido blando, como la fosa infratemporal y puede ser útil para evaluar la fase de la enfermedad.

Se evalúan mejor los tejidos blandos mediante el examen físico pero la producción de imágenes por resonancia magnética (MRI) puede mejorar la capacidad para evaluar la diseminación mucosa y submucosa del carcinoma de células escamosas.

En las personas sin problemas sistémicos importantes o síntomas que sugieran metastasis al hueso, la radiografía torácica y los valores séricos de fosfatasa alcalina son parte del estudio adecuado del laboratorio. En ausencia de síntomas y con valores séricos normales de fosfatasa

alcalina es poco probable que los rastreos óseos y hepáticos contribuyan a un mejor diagnóstico.

La mayoría de los tumores orales son relativamente avasculares o hipovasculares y son frecuentemente difíciles de definir con el uso de la angiografía.

La linfangiografía se utiliza para detectar linfomas o definir sitios de obstrucción linfática en la cabeza y cuello.

La instalación de soluciones radiopacas ayudaran al diagnóstico de tumores, infecciones, o fistulas de la glandula parótida. El sialograma normal enseña como estan distribuidas simetricamente las divisiones de los conductos de Stenon y Wharton.

La observación radioscopica del bario, acompañada de radiografías tomadas en diversos momentos demostrará el estado de la faringe y del esófago alto.

Conclusiones

Con estudios recientes se ha demostrado, que el carcinoma de cavidad oral no es tan común, ya que todavía predominan los cánceres de colon, cervix, pulmón, glánde prostatal y estómago, pero no por esta razón debe de dejarse conocer los signos y síntomas de esta enfermedad para poder detectarla en fase temprana, y así contribuir a un mejor diagnóstico.

Es necesario tomar en cuenta que cualquier persona, no importa edad , sexo, ni posición social puede presentar una lesión maligna.

Entre los agentes causales más frecuentes para provocar cáncer se encuentran los hábitos de tabaquismo, alcoholismo y exposición a la luz solar.

Es importante reconocer que muchos de los pacientes con carcinomas de labios se encuentran bajo esta situación por que su trabajo ha sido en contacto directo con la luz solar y con sustancias carcinógenas.

No debemos dejar pasar por desapercibido que se tiene que conocer la anatomía normal de cabeza y cuello para poder realizar una mejor exploración y diferenciar alguna alteración.

El diagnóstico de la enfermedad comenzará con la historia clínica, se requiere de una exploración completa de toda la región anatómica de cabeza, cuello y cavidad oral.

Para la toma de una biopsia debemos conocer el método más adecuado para realizarla, y cuando se tenga una duda consultarla con el médico patólogo, así como para la realización de la citología.

Es de mucho valor siempre contar con la ayuda de radiografías de las zonas anatómicas en estudio.

Realizar un buen diagnóstico en una fase temprana de la enfermedad será de valiosa cooperación para el paciente y el médico especialista en oncología para un buen pronóstico.

Bibliografía

- 1.- Griffiths Murray Russo, Oncología básica, Fisiopatología, Evaluación y Tratamiento. Ediciones Científicas p 3-14
- 2.- Kissing, B. et.al JAMA 224:1174, 1973
- 3.- López Arranz J.S. Cirugía Oral. p.1,2,3.
- 4.- Lowenfels, A.B. New York State Journal of Medicine 74:56, 1974
- 5.- Mendenhall, WM, et.al. Head and Neck Surgery 3:14-20, 1980
- 6.- Myers Eugene H, James Y,S., Cancer of the Head and Neck. Churchill Livisstone, 2a. Ed.
- 7.- Rothaan, K and Keller, A., Journal of Chronic Diseases 25; 711, 1972
- 8.- Sabiston Jr. MD, Interamericana, Principios de Cirugía, 712,725 David C. Sabiston Jr. MD.
- 9.- Safher, Tratado de Patología Bucal. Dr. William G. Shafer, Editoria Interamericana.
- 10.- Silverman S. and Griffith, M. Journal of the American Dental Association, 85:637, 1972
- 11.- Strong E.W., Spiro R:H:, Cáncer de Cavidad Oral.

12.- Wise, Cirugía de Cabeza y Cuello. Wise Robert Alexander, 1986
Editorial Interamericana.

13.- Wynder, E.L. and Stellman, S.A. Cáncer Research 37; 4608, 1977