

87
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

CANCER BUCAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
MARIA MIREYA FERNANDEZ RANGEL
MARIA EUGENIA GARCIA DE LA ROSA



Dirigió y Supervisó:
DR. VICENTE GONZALEZ CARDIN

MEXICO, D. F.

1994

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS DE:

MA. MIREYA FERNANDEZ RANGEL.

A DIOS
QUE ES PARTE ESENCIAL
DE MI VIDA Y MI PERSONA
AL CUAL LE DEBO TODO.

A TI MAMA

LA PERSONA QUE SIEMPRE
QUE ESTA A MI LADO.
Y ME ENTREGA TODO SU CARINO
Y CUYA DEVOCION A SU FAMILIA
ESTA ASENTADA POR LA TERNURA
DE SU FIRMEZA Y SUS CONSEJOS
PARA ASI LOGRAR MIS METAS.

A TI PAPA

QUIEN ME AYUDA A SUPERAR
LOS TEMORES Y DESENGANOS
Y COMBIERTE TODO LO QUE PUEDE
EN EXITOS Y ESPERANZAS Y CUYO
AMOR POR LA VIDA RUMBO DE CONDUCTA
Y SABIDURIA. HOY TIENE PARA MI
MAS SIGNIFICADO QUE CASI TODO
LO QUE HE APRENDIDO.

QUE DIOS LOS COLME DE BENDICIONES.

A MI NOVIO

POR ESCUCHAR MIS INQUIETUDES
CON CARINO Y COMPARTIR SU TERNURA,
DULSURA Y COMPRESION, EN LOS
MOMENTOS QUE MAS LO NECESITO.

LUIS HECTOR GARCIA DE LA ROSA.

A MI AMIGA Y COLEGA

A QUIEN QUIERO Y ADMIRO.
ES UN EJEMPLO MARAVILLOSO.
A ELLA QUE ME AYUDO TANTO
EN LA CULMINACION DE MIS ESTUDIOS.
Y A LA QUE LE DEBO MUCHO.
GRACIAS MARU.

C.D. MA. EUGENIA GARCIA DE LA ROSA.

AGRADECIMIENTOS DE:

MA. EUGENIA GARCIA DE LA ROSA.

**PORQUE SE QUE TU ERES MI
ALIENTO Y ME SABES ESCUCHAR
GRACIA DIOS MIO
PORQUE SIEMPRE ESTAS A MI LADO.**

A MI PAPA Y A MI MAMA

**SIEMPRE HAN SIDO PARA MI
UNA BENDICION Y UNA INSPIRACION,
OFRECIENDOME SU SEGURIDAD
CON SU AMOR.**

**QUIERO QUE SEPAN QUE SON...
MUY IMPORTANTES PARA MI.
GRACIAS, POR LO QUE ME HAN
AYUDADO HA CONVERTIRME, SE
QUE SON MUCHOS AÑOS DE ARDUO
TRABAJO PARA LOGRAR ESTE
GRAN TRIUNFO Y ESTO SE LOS
DEBO A USTEDES.**

A MIS HERMANOS

**LA JUVENTUD ES ALGO MAS
QUE UNA ETAPA DE LA VIDA,
ES UNA ACTITUD FRENTE A ELLA,
SER JOVEN ES TENER TEMPLE
EN LA VOLUNTAD, CALIDAD Y ALTURA
EN LA IMAGINACION, VIGOR
EN LAS EMOCIONES
Y RESPETO HACIA LOS DEMAS.**

A MIS SOBRINOS Y MI CUÑADA

ADRIANA Y JAVIER
SUPEREN TODOS SUS TEMORES
Y LOGREN TODOS SUS OBJETIVOS
Y ESPERANZAS.

A TI ROSALINDA
PORQUE ME BRINDAS TU APOYO
SIN CONDICION Y SIN INTERES
EN LOS MOMENTOS QUE LO NECESITO.

A MIREYA

PENSANDO EN LO IMPORTANTE
QUE TU BONDAD Y COMPRENSION
HAN SIDO PARA MI, A TRAVEZ
DE LOS AÑOS.
HAY COSAS QUE NUNCA CAMBIAN...
Y ES BUENO SABER QUE NUESTRA
AMISTAD ES UNA DE ELLAS.

A TODAS AQUELLAS PERSONAS
QUE DE ALGUNA FORMA
TOMARON PARTE EN MI VIDA
ALENTANDOME Y ESTIMULANDOME
CON AFECTO, CON CARINO O GRATITUD.

ME HAS ENSEÑADO QUE CADA SER
HUMANO FORMA SU PROPIO DESTINO...
ME HAS ENSEÑADO QUE NO HAY
IMPOSIBLES PARA EL QUE PERSEVERA
Y TIENE ILUSIONES. PERO LO MAS
IMPORTANTE...
... ¡ ES QUE ME HAS ENSEÑADO
A DECUBRIR UNA FELICIDAD
QUE NO PENSE QUE EXISTIERA !

GRACIAS JUAN MANUEL.

AL C.D. VICENTE GONZALEZ CARDIN

**EXPRESANDOLE NUESTROS MAS PROFUNDOS
AGRADECIMIENTOS, POR SU ASESORIA
EN LA REALIZACION DE ESTA TESIS.**

DRA. BLANCA R. IBIETA ZARCO

POR SU ESTIMULO Y COLABORACION.

CANCER BUCAL

INDICE

Pág.

INTRODUCCION.....	1
-------------------	---

CAPITULO 1

CANCER

Definición.....	4
Historia.....	4
Nomenclatura y clasificación.....	7
Diferencia de los tumores benignos y malignos.....	8

CAPITULO 2

ETIOLOGIA

Origen de los tumores.....	11
Factores predisponentes de riesgo.....	13

CAPITULO 3

CANCER BUCAL

Consideraciones.....	18
Clasificaciones.....	18
Lesiones cancerosas premalignas.....	20
Carcinoma de labio.....	21
Carcinoma de lengua.....	21
Carcinoma de piso de boca.....	22
Carcinoma de paladar duro y blando.....	23
Carcinoma de mucosa bucal.....	24

CAPITULO 4

HISTORIA CLINICA

Datos generales	27
Inspección extra-oral	31
Inspección intra-oral	32

CAPITULO 5

BIOPSIA

Generalidades	37
Tipos de biopsia	38

CAPITULO 6

METODOS DE DIAGNOSTICO DE LAS LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL

Generalidades	42
---------------------	----

CAPITULO 7

TRATAMIENTO DEL CANCER

Generalidades	47
---------------------	----

CAPITULO 8

PREVENCION

Generalidades	54
Conclusiones	55
Bibliografía	56

INTRODUCCION

El término Neoplasia se refiere a una masa de tejido anormal que prolifera más allá de los límites del tejido normal, por lo general no cumple las mismas funciones de las células normales del tejido.

Su origen puede ser de tipo óseo o de tejidos blandos; están clasificados en benignos o malignos según el tipo tisular del que dependan.

En la cavidad oral van a adquirir distintas formas y aspectos, los síntomas pueden llegar a ser variados, su desarrollo y evolución depende del tipo histológico del tumor, desencadenando así grandes neoplasias.

Se puede llegar a desarrollar en cualquier edad, sexo, raza; sin embargo la literatura ha reportado que en cuanto a la edad, se presenta con mayor frecuencia entre quinta y sexta década de la vida y conforme al sexo existe mayor predisponibilidad en hombres que en mujeres.

Estas neoplasias pueden llegar a diseminarse a tejidos adyacentes sanos, en algunas tumoraciones llegan a dar metástasis a distancia.

Se han realizado estadísticas y se ha podido comprobar que existen factores de riesgo como son los agentes químicos, físicos, biológicos y térmicos.

Existen varios métodos de diagnóstico, sin embargo, los más utilizados para cavidad oral son la citología y la biopsia.

El tratamiento médico apropiado de los pacientes con cáncer exige un enfoque multidisciplinario, representando la combinación óptima de cirugía, radioterapia y quimioterapia.

La detección temprana en cavidad oral es de vital importancia para prevenir a tiempo cualquier problema neoplásico y así poder dar un tratamiento adecuado.

CAPITULO

1

CANCER

DEFINICION

HISTORIA

NOMENCLATURA Y CLASIFICACION

DIFERENCIA DE LOS TUMORES BENIGNOS

Y MALIGNOS

CANCER

Se puede definir como una proliferación anormal de células que produce la invasión de los tejidos normales adyacentes, la diseminación a órganos distantes (metástasis) o ambas cosas.

HISTORIA

Las neoplasias se conocen desde los tiempos más remotos, se sabe por documentos médicos que fueron descritos en el año 1200 A. de C. en Egipto. Sin embargo la enfermedad es mucho más antigua, probablemente las primeras células, al aparecer vida en la Tierra, fueron cancerosas o similares a estas, debido a la percepción directa de rayos ultravioleta, pues no existía capa de ozono en la atmósfera, más tarde, esa unidad biológica, se transformó en Autotrofa (algascinoficia) y en fósiles de criptógamas del carbonífero y reptiles del Jurásico se han encontrado indicios de cáncer, se ha descubierto un osteoma (neoplasia ósea) en la vértebra de un dinosaurio que vivió aproximadamente unos 50 millones de años.

Hipócrates (460 - 375 A. de C.), descubrió muchas de las manifestaciones clínicas del cáncer.

Las observaciones que han orientado al estudio científico de este grupo de entidades hasta antes del presente siglo son relativamente escasas.

Las más conocidas de estas observaciones antiguas es la de Sir Percival Pott, en 1775 publicó sus estudios sobre el carcinoma del escroto de los deshollinadores de chimeneas en Londres el cual asoció la permanencia por mucho tiempo de hollín en los pliegues del escroto de dichos individuos.

Después de las observaciones de Pott, muchos investigadores trataron de producir cáncer experimental en animales, usando materiales similares al hollín de chimeneas.

Los conceptos modernos de esta enfermedad tiene posiblemente su origen en los trabajos de Johannes Muller, en 1838, quien observó que las neoplasias compuestas de tejidos celulares.

Virchow 20 años después, dio nuevo impulso a esta teoría y descubrió las alteraciones celulares características del cáncer.

A comienzos del siglo XVI se advirtió que la mayor parte de los trabajadores de las minas Schneeberg y Joachimsthal, de plata, níquel, cobalto, uranio y arsénico presentaban al cabo de algunos años una enfermedad progresiva de los pulmones invariablemente mortal. Fue hasta el año de 1879 que dicho padecimiento fué identificado como cáncer.

En 1889, se inició trabajo experimental importante sobre las neoplasias, cuando Henau transplantó un cáncer de una rata a otra.

En el siglo XIX se progresó con cierta lentitud en el campo etiológico, aunque se dieron importantes pasos en el crecimiento de la anatomía macro y microscópica.

Durante el siglo XIX predominó por mucho tiempo la teoría de Conhim, según el cual el cáncer se debía a la reactivación de grupos celulares de origen embrionario que habían permanecido estáticos por mucho tiempo. En aquel siglo también se iniciaron los estudios estadísticos orientados a la investigación etiológica de los tumores.

Loeb en 1901, demostró una serie de experimentos que el cáncer espontáneo de la rata podía ser transplantado a otra.

La investigación del cáncer propiamente dicho, comenzó en el año de 1903, con trabajos presentados con Jensen. Por otro lado, científicos franceses y alemanes demostraron la formación de metástasis en neoplasias malignas e infiltración en tejidos vecinales.

La importancia de los factores genéticos comenzó a advertirse cuando Tyzzer, en 1907, produjo varias cepas de ratas de gran pureza y observó notables diferencias en la frecuencia del cáncer mamario entre ellas.

En 1916, se descubrió el 1er. agente carcinógeno por estudios de producción experimental de cáncer. Yamagiwa e Ichikawa hicieron la observación histórica de que cuando las orejas de los conejos se untaban con alquitrán de huella durante mucho tiempo, se producían papilomas, algunos de los cuales terminaban por hacerse cancerosos.

Esta demostración fué seguida por la investigación de los componentes químicos del alquitrán de huella con poder carcinogénico, la cual fué hecha por un grupo de investigadores ingleses, encabezados por Sir Ernest, quienes aislaron y señalaron la similitud química de algunos de los carcinógenos químicos más potentes que hoy se conocen, los hidrocarburos policíclicos del tipo del benza-traceno.

Un poco antes de la publicación de Yamagiwa, que dió base a la teoría química del cáncer, el investigador Peyton Rous en New York, publica en 1911 sus observaciones que dieron base a la teoría de que el cáncer era producido por un virus filtrable.

Rous encontró en un pollo un sarcoma que puede ser transmitido a otros animales de la misma especie por medio de filtrados libres de células.

Hacia 1932, Lacassagne estudió las sustancias químicas estrógenos naturales.

En 1933, Maine y Bar Harbor comprobaron la participación de un factor extracromosómico en la génesis de los tumores mamarios del ratón.

Otros investigadores que lograron cepas genéticamente puras en las cuales podría aparecer cáncer espontáneamente, demostró la transmisión de cáncer de madres e hijos en las ratas mediante el paso de un agente libre de células por la leche de la madre (factor lácteo).

Se sabe también que aquellos procesos que estimulan la reacción celular, predisponen la producción del cáncer. Por otro lado, se conoce que las células de aspecto normal pueden poseer en su interior, como parte constitutiva del DNA, un gen de virus oncógeno denominado "oncogen", que podría con la utilización de rayos X o por productos químicos.

Recientemente, médicos de Boston descubrieron que la hormona dietilstilbestrol (DES) producía cáncer vaginal raro en las niñas prenúbiales, si se administraban en sus progenitoras cuando están embarazadas.

Por último diremos que el Dr. Schneiderman considera que en la única forma de obtener una respuesta real sería realizando pruebas en seres humanos. Lo cual lo ético no lo permite.

Todas las líneas de investigación mencionadas han progresado extraordinariamente en las últimas décadas, produciendo pruebas científicas de gran valor.

Biskind en 1944 demostró que en las ratas los ovarios que habían sido ingeridos en bazo, desarrollaban neoplasias.

Grossen (1951) pudo transmitir leucemia a ratones con filtrados libres de células.

Boren Blun (1951) propuso una hipótesis para el desarrollo del cáncer, la cual lo divide en dos etapas: La primera es la iniciación y la segunda es la promoción. Dicha hipótesis sólo indica la posibilidad de que se produzcan modificaciones seriadas en la conversión de una célula normal a una célula cancerosa. También comprobó que sustancias no carcinógenas pueden estimular la carcinogénesis.

Cole y Nowel en 1965, demostraron que cierto número de mutaciones y el tumor producido guarda una proporción, esto es, que la acción oncógena incluye la mutación.

En 1966, Borek y Sachs confirmaron que las realizaciones pueden causar cambios en la estructura del DNA, pero estos cambios pueden ser suprimidos y reparados por enzimas. Tal reparación podría evitar la carcinogénesis, por lo tanto cuando un cultivo de tejido es sometido a la acción de los rayos X, los efectos carcinogénesis de radiación quedan suprimidos, a menos que las

células se dividan poco después de la radiación.

En 1970, Warren mencionó los efectos de la energía radiante, estos son:

- a) Acelerar el envejecimiento (mayor frecuencia de mutaciones espontáneas, y por consecuencia cáncer).
- b) Activa los virus oncogénos.
- c) Altera el macroambiente de las células.
- d) Estimula las células las cuales proliferan originando errores mitóticos.
- e) Es la causa del desarrollo de mutantes vigorosos, constituyendo tumores.

NOMENCLATURA

TUMORES BENIGNOS

Se designan histológicamente agregando el sufijo "oma" al nombre de la célula de la cual proviene el tumor.

Ejemplos: Los tumores benignos originados de células del tejido fibroso se llaman fibromas. Esta clasificación es fácil en lo que se refiere a los tumores benignos de origen mesenquimatoso (o sea los que nacen en músculos, huesos, tendones, cartilago, grasa, vasos, tejido linfático y fibroso).

Pero los tumores benignos de origen epitelial (epidermis, mucosa del tracto digestivo, glándulas exócrinas y endócrinas y algunas estructuras pigmentadas y nerviosas), escapan a esta clasificación, pues no hay nombres distintivos suficientes para la variedad de epitelios en el organismo. Por lo tanto las neoplasias benignas epiteliales se clasifican de diversas maneras. Algunas se denominan según su aspecto microscópicos. Las que son de Epitelio glandular se les llama adenoma. Ejemplo: El adeno ameloblastoma. Otras se denominan según su cuadro macroscópico, por ejemplo las que producen prolongaciones en las superficies epiteliales se les llama pólipos.

TUMORES MALIGNOS

Todos los tumores malignos reciben el nombre de cáncer. Las neoplasias malignas o cánceres se dividen en:

Sarcoma.- Que son los que nacen de tejido mesenquimatosos (músculos, huesos, tendones, cartilago, grasa, vasos y tejido linfóide y fibroso). Ejemplo: el tumor maligno de tejido fibroso es fibrosarcoma, el cáncer de hueso es el sarcoma osteogéno.

Carcinoma.- Que son las que nacen de tejido epitelial (epidermis, mucosa del tracto digestivo, glándulas exócrinas y endócrinas y algunas estructuras pigmentadas y nerviosas). Ejemplo: El tumor maligno que produce un cuadro de crecimiento glandular se le llama adenocarcinoma.

Es necesario advertir acerca de algunos nombres tan arraigados que no han podido ser eliminados. Ejemplo: Los tumores malignos pigmentados de melanoblastomas se les llama melanomas y no melanocarcinomas.

DIFERENCIAS DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

	TUMOR BENIGNO	TUMOR MALIGNO
Estructura	Parecida al tejido de origen	Diferenciación imperfecta
Modo de crecimiento	El crecimiento suele ser expansivo y forma cápsula	El crecimiento es por filtración y expansión y no se forma cápsula bien definida
Rapidéz de crecimiento	El crecimiento suele ser progresivo y lento	El crecimiento puede ser rápido y variable
Evolución de crecimiento	Puede detenerse y regresar	Cesa raras veces, es habitualmente progresivo hasta producir la muerte del huesped
Metastasis	No hay	Existen frecuentemente
Consecuencias	Peligroso por su localización	Peligroso por su crecimiento, progresión, infiltración y metástasis

CAPITULO

2

ETIOLOGIA

ORIGEN DE LOS TUMORES

FACTORES PREDISPONENTES

ORIGEN DE LOS TUMORES

Todavía no se tienen amplios conocimientos para poder determinar con claridad el porque las células, siendo normales, súbitamente adquieren caracteres de malignidad; pueden ser producidos por uno o varios agentes etiológicos.

Hay varias teorías de carcinogénesis, que son las siguientes:

a) Alteraciones genéticas o teoría de mutación.

Se sabe que las células cancerosas en alguna etapa presentan alteración genética irreversible, que conduce a la reproducción continuada, incluso después de que dejan de actuar la causa desencadenante.

Cuando ha comenzado la reproducción celular, la probabilidad de que ocurran anomalías o mutaciones, aumenta considerablemente. La mayor parte de las anomalías o mutaciones secundarias, probablemente son mortales, pero el cambio inicial podría ser una anomalía genética. Pero también puede ser que el cambio inicial afecte el estado metabólico de la célula, y como consecuencia haya mutación genética.

En muchas células cancerosas hay alteraciones genéticas. Estos cambios toman forma de anomalías cromosómicas. En muchos estudios de cánceres primarios, en sus células cancerosas se ha identificado anomalías cromosómicas estructurales y numéricas, pero estos estudios se han advertido cariotipos diploides aparentemente normales en tumores.

La concentración de DNA en las células tumorales, presenta variaciones. Estas células pueden tener el doble, el cuádruple o mayor cantidad de DNA.

b) Teoría de la supresión de la retroalimentación.

Se refiere a la pérdida de la facultad de la célula para regular su capacidad de reproducción, es decir que la célula cancerosa en actividad, ha perdido los mecanismos reguladores, de manera que su capacidad para dividirse no conoce límites. Los mecanismos reguladores son enzimas retroalimentadores y genes reguladores y como se dijo anteriormente, la pérdida de estos mecanismos reguladores, llevan a la célula normal a la transformación de célula cancerosa. Por estos conceptos de pérdida de la regulación se le llama supresión de la retroalimentación.

c) Teoría multifactorial.

Esta teoría se refiere a que varios agentes etiológicos actúan juntos, para producir un tumor. Pero en realidad una combinación adecuada puede producir el tumor. Se apoya esta teoría en los experimentos que se hicieron con ratones, a los que se les provocó neoplasias mamarias con virus, pero se comprobó que participó en la producción de este tumor, hormonas (estrógenos).

Otro factor es la susceptibilidad, porque se observó que algunos ratones

eran resistentes al virus, al igual que otra clase de animales de laboratorio.

Así pues, se observa que en este experimento actuaron tres factores: Suceptibilidad, hormonas y virus.

d) Teoría multifásica o de etapas múltiples.

Esta teoría indica que el cáncer evoluciona lentamente por etapas progresivas y su evolución puede necesitar meses o años. La alteración inicial de las células se le llama neoplasia incipiente, ocurre en etapas tempranas de la vida. Esta alteración inicial o incipiente puede permanecer inactiva durante toda la vida o ser activada por agentes adicionales (hormonas, virus, agentes físicos, químicos, etc.).

Muchos experimentos o estudios indican que los agentes adicionales pueden actuar en dos periodos bastante bien definidos; primero en el periodo de comienzo o iniciación y segundo en el periodo de fomento o estímulo. Es decir, si se aplica un agente adicional carcinógeno a una célula normal en el periodo de comienzo o iniciación, no se producen muchos cambios visibles. A este agente carcinógeno se le llama iniciador. En el segundo periodo se aplica otro agente adicional no carcinógeno y desencadena un tumor, a este agente adicional se le llama fomentador o estimulador. Si se invierte el procedimiento, o sea que se aplica primero el fomentador y después el iniciador, no produce tumor. Sin embargo, no debe pensarse que para desencadenar un tumor debe estar presente el fomentador. Por esto muchos autores se oponen a la división arbitraria en dos etapas y proponen la teoría multifásica, que es la continuidad desde la alteración carcinógena incipiente hasta aparición final de malignidad. En experimentos se ha demostrado la teoría multifásica, aplicando agentes carcinógenos químicos en la piel de conejos estos agentes producen una alteración inicial casi no observable y que posteriormente es irreversible y pueden presentar estos animales lesiones; inicialmente, hiperplasia o aparición de focos de hiperpigmentación. Estos atributos del cáncer no se adquieren simultáneamente, sino que aparecen en sucesión, quizás al azar, durante largo tiempo, adquiriendo caracteres de malignidad, a esto se le llama progresión.

Según lo anterior, el cáncer se desarrolla durante largo tiempo. Pero la progresión puede detenerse en cualquier etapa y regresar o puede avanzar. Así pues es importante saber que los cánceres clínicamente manifiestos, comienzan años antes de tornarse patentes.

e) Teoría del origen multicelular o teoría de campo.

Esta teoría dice que el cáncer se origina más o menos simultáneamente en muchas células adyacentes y no se origina en una célula. Es decir, el cáncer incipiente o temprano identificable por estudio histológico, no es de una célula sino de una zona celular. O sea que el agente carcinógeno no actúa sobre una célula, sino en una zona más o menos extensa de tejido.

FACTORES PREDISPONENTES DE RIESGO

En la actualidad se han identificado agentes carcinógenos, muchos de los cuales se encuentran distribuidos en el medio ambiente que nos rodea.

Estos agentes carcinógenos los clasificamos de la siguiente forma:

1) Agentes físicos

La irritación debida a una anomalía de larga duración puede terminar en cáncer en la piel de la cara, en los labios y en la mucosa bucal.

Un ejemplo importante de irritación crónica, son los rayos solares. Una exposición excesiva al sol explica la frecuencia alta de cáncer en piel y labios, en campesinos y otras personas que trabajan al aire libre. Aquí el color de la piel es importante para que aparezca cáncer, siendo los de tez clara más sensibles que los de tez morena. También los labios prominentes o gruesos, son más sensibles al cáncer, siendo el inferior el que se presenta mayor propensión al cáncer, por ser menor la protección contra los rayos solares.

Otra irritación crónica es el tabaco, que desencadena cáncer en la mucosa bucal por el contacto prolongado y puede dar lugar a leucoplasias, hiperplasias que son lesiones precancerosas. El cáncer provocado por la pipa es otra irritación crónica y térmica y es por la irritación del tubo de la pipa y el calor del mismo tubo.

El cáncer del masticador de tabaco, que aparece en el surco gingivo bucal.

Los pacientes con cáncer lingual, pueden ser sifilíticos, ya que un buen porcentaje de población blanca, padece esta última enfermedad y son los labios, piso de la boca y la mucosa de las mejillas las áreas afectables.

Leucoplasia de la mucosa bucal. Que es una hiperqueratinización de la mucosa bucal dando lesiones de color blanco amarillento, que es debido a causas distintas de sífilis y es una lesión precancerosa irritante, con peligro de degeneración maligna, al igual que la lesión precancerosa hiperplásica verrugosa.

Los factores dentales son una variedad de irritación crónica como factores desencadenantes de cáncer. Es el caso de irritación provocada por dientes rotos, agudos o cariados, prótesis mal ajustadas, coronas y obturaciones.

Sepsis bucal que es una infección crónica, es otra causa de cáncer, de caries dental, glositis, amigdalitis.

La irritación crónica quizá no pueda producir cáncer por sí sola, sino que también interviene la susceptibilidad del individuo hacia el cáncer o también

puede actuar sobre el origen del cáncer muchos factores de tipo hormonal o virosico (Teoría multifactorial del origen del cáncer).

Alcohol es una irritación crónica que provoca cáncer y tiene gran importancia por la gran cantidad de alcohol que se consume en este tiempo.

Muchas formas de energía física tiene actividad carcinógena, las más importantes son las radiaciones ionizantes, como los rayos X, rayos ultravioleta y como ya se había dicho anteriormente rayos solares, estos se han relacionado con la aparición de cáncer en piel y labio, siendo casi inmunes las personas de tez oscura.

2) Agentes químicos

El humo de tabaco y hollín de chimeneas son factores químicos que estimulan directamente el desarrollo de lesiones malignas y lesiones precancerosas de gran peligro.

Otros agentes químicos son el arsénico, alquitrán, brea, parafina sin refinar, petróleo crudo y sus derivados, benceno, colorantes de anilina, cosméticos, medicamentos, insecticidas, sustancias para conservación de alimentos, etc., que se relacionan principalmente con cáncer de piel aunque pueden causar también cáncer profundo.

3) Agentes hormonales

Está comprobado que desequilibrios hormonales en animales de experimentación, pueden producir cáncer, aunque se desconoce el mecanismo de acción, también se desconoce si actúan a manera de carcinógenos completos o sólo como estimuladores. Ejemplo: Se les administró dosis grandes de estrógenos a ratones y se les originó cáncer mamario, pero no se sabe si había un virus presente o de otro tipo de factor carcinógeno.

4) Otros agentes carcinógenos

Factores socio-económicos. Se ha observado un aumento progresivo de mortalidad por cáncer en grupos socio-económicos bajos. Este aumento se refiere a cánceres de piel, labios, laringe, boca, esófago, estómago y cuello uterino. En general esto se debe a las diferencias alimenticias, falta de información, salubridad y el trabajo realizado por estas personas socio-económicamente bajos, por esto se requiere un mayor esfuerzo educacional para la detección temprana del cáncer en estos grupos.

Factores proteccionales. Como se había explicado en la teoría multifactorial del origen del cáncer, no solo la irritación crónica puede producir cáncer por

si sola, sino que también figuran otros factores, como los de la protección individual. Aquí es posible que se requiera para producir cáncer en individuos con alto índice de protección, la acción prolongada de irritantes potentes. Por otra parte los individuos con bajo índice de protección, sufren cáncer con más facilidad, si se le aplica una irritación relativamente breve.

CAPITULO

3

CANCER BUCAL

CONSIDERACIONES

CLASIFICACIONES

LESIONES CANCEROSAS PREMALIGNAS

CARCINOMA DE LABIO

CARCINOMA DE LENGUA

CARCINOMA DE PISO DE BOCA

CARCINOMA DE PALADAR DURO Y BLANDO

CARCINOMA DE MUCOSA BUCAL

CONSIDERACIONES

El cáncer bucal se describe clásicamente como una tumoración ulcerada, indurada, o una úlcera dolorosa o no acompañada a menudo de adenopatía cervical. Lamentablemente, esta descripción corresponde a una enfermedad avanzada, que suele haber existido durante muchos meses o más tiempo. Cuando se aplican estos criterios clásicos a la detección del cáncer bucal, sólo se descubren lesiones sintomáticas, tardías, bien establecidas. Estudios recientes han demostrado que las iniciales tienen un aspecto característico y pueden identificarse en forma predecible. Hoy en día es imperdonable pasar por alto lesiones asintomáticas cuyo aspecto clínico se ha comprobado bien.

Tradicionalmente, la cavidad bucal se ha dividido en regiones anatómicas para indicar el sitio del cáncer, por ejemplo, lengua, mucosa bucal, labios, piso de la boca y paladares duro y blando. Aunque estas divisiones clásicas son convenientes, la distribución clínica actual del cáncer bucal no sigue esta disposición arbitraria, sino que se limita esencialmente a tres áreas precisas. Se reconocen muy bien las variaciones geográficas y nacionales en la localización del cáncer y pueden explicarse fácilmente basándose en factores regionales y ambientales o costumbres locales.

CLASIFICACIONES

LESIONES BUCALES PRECANCEROSAS

A) Benignas de origen epitelial:

- Leucoplasia Homogénea
- Leucoplasia Ulcerada
- Leucoplasia Moteada
- Eritroplasia
- Leucoqueratosis Palatina
- Fibrosis Submucosa Bucal - Papiloma

B) Malignas de origen epitelial:

- Carcinoma Epidermoide
- Carcinoma de Labio
- Carcinoma de Lengua.
- Carcinoma de Piso de Boca
- Carcinoma de Encía y Mucosa Alveolar
- Carcinoma de la Mucosa Bucal
- Carcinoma Verrugoso

TUMORES BENIGNOS

A) De origen de la membrana periodóntica:

- Fibroma Cementante
- Fibroma Osificante
- Fibroma Cemento Osificante
- Fibroma

B) De origen en el hueso alveolar:

- Fibrosteoma
- Fibroma Osificante Juvenil
- Querubismo
- Displasia Fibrosa
- Tumor de Células Gigantes
- Quiste Oseo Aneurismático
- Lesión Maxilar por Hiperparatiroidismo
- Enfermedad de Paget

TUMORES MALIGNOS

- Osteosarcoma
- Condrosarcoma
- Fibrosarcoma
- Melanoma Maligno

TUMORES ODONTOGENOS

A) De origen ectodérmico:

- Ameloblastoma
- Tumor Odontogéno Adenomatoido
- Tumor Odontogéno Epitelial

B) De origen mesodérmico:

- Fibroma Odontogéno
- Mixoma Odontogéno
- Fibroma Osificante
- Fibroma Cementante
- Fibroma Cemento Osificante

C) De origen mixto:

- Fibroma Ameloblástico
- Odontoma Ameloblástico
- Odontoma Compuesto ó Complejo

LESIONES CANCEROSAS PREMALIGNAS

Benignas de Origen Epitelial

Para mayor facilidad en la interpretación de lesiones sospechosas, se ha usado mucho el término de leucoplasia, que significa clínicamente una mancha blanca en la mucosa bucal, y no es suprimida por raspado. Tenemos tres tipos de leucoplasias:

1. Leucoplasia Homogénea
2. Leucoplasia Ulcerada
3. Leucoplasia Moteada

La primera se caracteriza por placas elevadas múltiples, que varían en dimensiones y tienen bordes irregulares, la mayor parte son blancas, ó de color amarillento grisáceas.

La segunda, es causada por traumatismo al masticar o quemar la mucosa, es muy observable en la India, por la costumbre de masticar betel, y hábito de fumar en dirección inversa. Las zonas afectadas tienen color rojo uniforme.

En la tercera, se presentan nódulos de color blanco o placas sobre una base eritematosa. Esta a su vez se subdivide:

- a) Eritoplasia
- b) Leucoqueratosis palatina
- c) Fibrosis submucosa bucal

a) Eritoplasia.

Se presenta en cavidad bucal, como una placa bien definida o un parche de superficie aterciopelada de color rojo vivo, y asociada a nódulos blancos, y casi siempre muestra cambios malignos o premalignos.

b) Leucoqueratosis palatina.

De nicotina, específica del paladar causada por fumar en exceso; la mucosa palatina tiene aspecto blanco y engrosado. Hay pequeñas excresiones nodulares, con una mancha roja central, principalmente en la parte posterior del paladar.

c) Fibrosis submucosa bucal.

Se observa casi exclusivamente en habitantes del subcontinente, tiene presencia de bridas fibrosas palpables, que se dificultan los movimientos de la boca. Para el tratamiento de este tipo de leucoplasia, es la eliminación del factor irritante y predisponente y algunas extirpadas en su totalidad o cauterizadas.

CARCINOMA DE LABIO

Este carcinoma se presenta principalmente en hombres mayores, y es más común la involucración del labio inferior.

Etiología. Existen diferentes factores etiológicos posibles uno de los más comunes ha sido el uso de tabaco, principalmente por fumar en pipa, aunque es importante hacer mención como factor etiológico la exposición prolongada a la luz solar.

La higiene bucal pobre es un factor característico en paciente con cáncer de labio. También los traumatismos como quemaduras con cigarrillos o lesiones crónicas por dientes quebrados. Pero es difícil determinar científicamente el papel de tales factores en la etiología del cáncer.

Características clínicas. El tumor suele iniciarse en la zona bermellón a un lado de la línea media, a menudo comienza como una zona blanca pequeña engrosada indurada, ulcerada o irregular. Al aumentar de tamaño la lesión puede llegar a producir un defecto crateriforme o puede producir una proliferación exofítica de tejido tumoral.

Algunos pacientes generan grandes masas fungosas en un tiempo relativamente corto, en tanto que en otros pacientes la lesión progresa con gran lentitud.

El carcinoma de labio suele ser tardío para dar metástasis y puede llegar a constituirse una lesión de magnitud antes de que haya evidencias de involucración ganglionar regional; si se maneja temprana y adecuadamente.

Tratamiento. El carcinoma de labio ha sido tratado en diversos centros mediante extirpación quirúrgica, o radiación con éxito bastante similar, según la duración y extensión de la lesión y la existencia de metástasis.

CARCINOMA DE LENGUA

El carcinoma lingual es un tumor maligno común e importante, es una

enfermedad altamente mortal y el pronóstico es muy pobre. Tiene tendencia por el sexo masculino, apareciendo en la edad adulta entre los 60 y 90 años de edad se presenta ocasional en jóvenes.

Síntomas. Las características clínicas y la evolución del carcinoma lingual, varían considerablemente según su localización, la mayoría de las veces se localiza en el borde lateral del tercio medio.

Una masa a manudo indolora y con frecuencia descubierta por el paciente, es el síntoma más común del carcinoma de los dos tercios anteriores de la lengua. El dolor, es el síntoma más común del carcinoma del tercio posterior de la lengua a menudo se confunde con una faringitis.

El carcinoma lingual inicial que afecta los dos tercios anteriores suele aparecer como una zona de engrosamiento, localizada como una zona indolora, ulcerada o descamada superficialmente. A medida que la lesión avanza, la zona ulcerada aumenta de tamaño y queda con unos bordes encorvados y grisáceos. Las alteraciones mínimas en el carcinoma lingual inicial así como la falta de síntomas relevantes subraya la importancia de la cuidadosa exploración y palpación de la lengua.

Las lesiones del tercio posterior de la lengua son difíciles de visualizar y tienen tendencia a infiltrar profundamente los tejidos. El signo físico más frecuente consiste en una zona de induración que se identifica a la palpación profunda. A menudo existe ulceración aunque resulta difícil de visualizar a menos que se traccione la lengua y se observe la lesión con ayuda de un espejo.

El carcinoma lingual tiene una elevada incidencia de metástasis a los ganglios linfáticos regionales. Este carcinoma tiene un pronóstico grave.

Tratamiento. Las lesiones primarias pequeñas pueden tratarse mediante radioterapia y la cirugía. En otras circunstancias es de utilidad una irradiación preoperatoria y postoperatoria.

CARCINOMA DE PISO DE BOCA

El piso de la boca es una de las principales localizaciones de los carcinomas orales, tiene mayor predisposición.

Clinicamente. El carcinoma del piso de la boca es una enfermedad que tiene preferencia por el sexo masculino y suele observarse después de la quinta década de vida; es muy agresivo ya que se trata de un órgano móvil muy irrigado por vasos sanguíneos y linfáticos que facilitan la metastatización.

La lesión carcinoma tosa inicial de piso de boca consiste en una lesión de aspecto inofensivo, cómo puede ser una mancha localizada de mucosa enrojecida o una zona leucoplásica. A medida que la enfermedad avanza, aparece la clásica ulceración de bordes levantados. Es frecuente que la mucosa vecina aparezca con alteraciones leucoplásicas y, a medida que el tamaño de la lesión va en aumento, la induración es cada vez más pronunciada.

Síntomas. Con frecuencia mínimos y el dolor es una característica más bien tardía. El primer síntoma suele ser la aparición de una zona dura que el propio paciente descubre con la punta de la lengua, puede definir un bulto en la boca; presenta salivación excesiva dificultad para hablar ligera y/o limitación en los movimientos de la lengua.

Las metastasis son frecuentes, aunque no se presentan en fase temprana. Por otra parte, dado que el tumor suele originarse cerca de la línea media, puede producirse metástasis bilaterales o contralaterales, siendo la diseminación bilateral más frecuente en el carcinoma de piso de boca que en el de la lengua.

Las lesiones grandes debido a la anatomía, suelen constituir un problema quirúrgico, es por eso que el tratamiento más indicado es respetar la anatomía facial y dar terapia de radiación externa.

CARCINOMA DE PALADAR DURO Y BLANDO

El carcinoma epidermoide del paladar no es una lesión particularmente común de la cavidad bucal. Afectando con mayor frecuencia el paladar blando, regularmente se forma sobre una queratosis palatina y suele producirse como primarios o secundarios.

Tiene preferencia hacia el sexo masculino.

Características clínicas. El cáncer palatino suele manifestarse como una lesión mal definida, ulcerada, dolorosa a un lado de la línea media. Con frecuencia cruza la línea media, y se extiende lateralmente para incluir la encía lingual o hacia atrás hasta el pilar amigdalino o hasta la úvula.

El tumor del paladar duro puede invadir el hueso y hasta las fosas nasales, en tanto que las lesiones infiltrativas del paladar blando pueden extenderse a la nasofaringe.

El carcinoma epidermoide suele ser una lesión ulcerada, en tanto que los tumores originados en las glándulas salivales accesorias, aún las lesiones malignas, rara vez se ulceran ya que permanecen cubiertos por una encía intacta. Este hecho puede ser de alguna ayuda para distinguir clínicamente entre ambos tipos de neoplasias.

En una proporción considerable de casos se producen metástasis ganglionares regionales, pero hay pocas evidencias que indiquen si son más comunes en el carcinoma del paladar blando o del duro.

Tratamiento. Para este carcinoma han sido empleadas la cirugía y la radiación.

El pronóstico no es bueno ya que no existen series significativas de carcinomas palatinos puros como para que ayuden a determinar la supervivencia total de pacientes con esta lesión, ya que presenta metástasis.

CARCINOMA DE MUCOSA BUCAL

Comprende toda la mucosa de la boca y los surcos bucales superior e inferior, excluyendo la comisura labial.

Se presenta con mayor incidencia en el sexo masculino.

Etiología. Es de suma importancia la irritación mecánica o química (mascar betel o tabaco), que es acentuada con la absoluta falta de higiene.

Se añaden las desórdenes dentales ocasionados por accesorios protésicos mal plantados.

Características clínicas. Puede presentarse en tres formas diferentes, exofítico, ulceroso infiltrante y verrucoso.

Es asintomático en etapas iniciales.

Se presenta como una masa ulcerada e indurada, la mayoría de las veces asociadas a leucoplasia o muy raras veces con eritroplasia.

A medida que el tumor se agranda se traumatiza con facilidad durante la metastásis y de este modo se ulcera. Además se infecta y esto puede originar tumefacción de la mejilla, seguida por dolor, conforme avanza se dificulta la apertura de la boca y la masticación.

En algunos casos invade el hueso adyacente. Además puede invadir piel y abrir fistulas múltiples.

Metastásis. Es difusa en etapas tardías, suele observarse en ganglios linfáticos submaxilares.

Pronóstico. Dependerá de la presencia o ausencia de metastásis, dependiendo del tamaño, grado histológico y localización del tumor.

Tratamiento. Cirugía con radioterapia.

CAPITULO

4

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

INSPECCION INTRA-ORAL

INSPECCION EXTRA-ORAL

DATOS GENERALES

Existen razones principales para elaborar la historia clínica: tener la seguridad que el tratamiento no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar, averiguar si la presencia de una enfermedad o la toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento pueden entorpecer o comprometer al éxito del tratamiento aplicado al paciente, para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial, para conservar un documento gráfico que pueda resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

Existen varias formas válidas y adecuadas para tomar la historia clínica. Algunos prefieren registrar la información en una hoja de papel blanco, mientras que otros optan por servirse de impresos con una pauta que guía al interrogatorio. Hay que tener en cuenta que un cuestionario sirve como instrumento útil en la búsqueda de información acerca de la salud, pero siempre será necesario introducir más detenidamente al respecto de una enfermedad específica, como, es el caso en particular del cáncer.

Básicamente la historia clínica puede considerarse completa cuando se siguen los nueve siguientes pasos:

- 1.- Interrogatorio
- 2.- Inspección
- 3.- Palpación
- 4.- Percusión
- 5.- Auscultación
- 6.- Punción
- 7.- Percusión auscultatoria
- 8.- Medición
- 9.- Métodos de laboratorio

El interrogatorio será una serie de preguntas ordenadas o anamnesis, con el fin principal de localizar el padecimiento, saber el principio, evolución y estado actual del padecimiento, así como el terreno en el que se desarrolla el padecimiento. Hay que considerar que para realizar una correcta historia clínica será necesario investigar todas las generalidades del paciente y posteriormente inquirir en el padecimiento actual.

A continuación se mencionan una serie de preguntas que nos ayudan a elaborar una adecuada historia clínica:

Padecimiento actual:

Primeramente se le preguntará al paciente si sufre trastornos o alguna enfermedad, en caso de ser afirmativa la respuesta deberá mencionar cual es su padecimiento. Se preguntará si ha existido alguna alteración de su salud general en el año anterior, cuando fué su último reconocimiento físico,

si esta bajo tratamiento médico y sobre que enfermedad. Si ha padecido alguna enfermedad grave, si le han operado. Es importante registrar los datos negativos cuando se valoran los síntomas de una enfermedad. Es conveniente anotar tanto los síntomas positivos como los negativos por dos razones. Primera proporciona información sobre la gravedad de la enfermedad, o el grado de afectación; segunda permite una mejor valoración en el curso de la enfermedad. A los hechos importantes se les debe poner la fecha más exacta posible, ya sea poniendo la fecha del acontecimiento o la edad del individuo.

Antecedentes patológicos.- Una vez terminada la historia de la enfermedad actual, el interrogatorio se extiende hasta la salud y enfermedad anteriores. Esta anotación deberá contener una exposición del estado de salud del enfermo, una lista de las principales infecciones que haya padecido, una mención de los estados alérgicos importantes, en especial la reacción a los fármacos, y un registro de las intervenciones, heridas y datos acerca de técnicas médicas, enfermedades e ingresos a hospitales; se anotarán los datos de los antecedentes patológicos que sean importantes para la enfermedad actual. La historia contendrá también información acerca de la estabilidad mental del paciente.

Antecedentes familiares.- Estos comprenden la edad, salud y causa de muerte familiares. Incluirá una anotación acerca de la infección con gran capacidad de contagio (tuberculosis) que afecten a miembros de la familia, y las enfermedades con predisposición familiar (gota, diabetes, cardiovasculares, etc.).

Antecedentes personales.- Nos proporcionarán unas breves notas sobre la vida presente y pasada del paciente. Comprenderá la ficha de datos personales como son: Lugar de nacimiento, edad, residencia actual, costumbres, profesión, estado civil, desde cuando está casado si lo está y la salud del cónyuge y los hijos. Consideran elementales para darnos cuenta si el paciente padece enfermedades generales:

- 1.- Si ha padecido o padece fiebre reumática o cardiopatía.
- 2.- Lesiones cardíacas congénitas.
- 3.- Enfermedades cardiovasculares, trastorno cardíaco, insuficiencia coronaria, ataque cardíaco, oclusión coronaria, tensión arterial elevada, arterioesclerosis, apoplejía (pérdida súbita y total del conocimiento y del movimiento ocasionado generalmente, por un trastorno circulatorio de las arterias cerebrales.
- 4.- Si hay dolor en el pecho después de algunos esfuerzos.
- 5.- Que si le afecta el aliento después de ejercicios moderados.
- 6.- Si se le hinchan los tobillos.
- 7.- Si hay dificultad al recostarse y se necesitan más almohadas para poder respirar bien.
- 8.- Si ha existido alergia.
- 9.- Asma o fiebre del heno, (variedad de asma producida en ciertas personas por el polen de algunas plantas gramíneas).

- 10.- Urticaria o erupción cutánea.
- 11.- Desvanecimiento o ataques.
- 12.- Diabetes; se tiene necesidad de orinar más de seis veces al día, si tiene sensación de sed con mucha frecuencia, si tiene sensación de sequedad en la boca más de lo normal.
- 13.- Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.
- 14.- Artritis.
- 15.- Reumatismo inflamatorio (tumefacción dolorosa de las articulaciones).
- 16.- Úlceras gástricas.
- 17.- Transtornos renales.
- 18.- Tuberculosis.
- 19.- Tos persistente con expectoraciones de sangre.
- 20.- Hipotensión.
- 21.- Enfermedades venereas.
- 22.- Alguna otra enfermedad.
- 23.- Que redacte la historia de sus experiencias hemorrahíparas.
- 24.- Si se produce equimosis con facilidad.
- 25.- Si ha necesitado transfusión sanguínea.
- 26.- Existencia de anemias, o algún trastorno de la sangre.
- 27.- Que tipo de tratamiento se le han aplicado en caso de un trastorno o lesión.
- 28.- Si toma algún medicamento.
- 29.- Alergias a los medicamentos.

Además de las anteriores cuestiones, que únicamente nos dan una idea general de la salud del paciente, será necesario hacer un estudio detallado de aparatos y sistemas en particular.

Aparato digestivo:

- 1.- Valoración de la masticación.
- 2.- Problemas con la deglución.
- 3.- Disfagia (pérdida de apetito por la dificultad al tragar).
- 4.- Polifagia (hambre exagerada).
- 5.- Hematemesis (vómito con sangre).
- 6.- Melena (hemorragia intestinal formada por sangre negra).
- 7.- Rectorragia.
- 8.- Vómitos frecuentes.
- 9.- Diarreas frecuentes.
- 10.- Dolor estomacal.
- 11.- Evacuación (normal o anormal).

Aparato respiratorio:

- 1.- Obstrucción local.
- 2.- Epistaxis (hemorragia nasal).
- 3.- Cefalea.
- 4.- Tos (duración, si produce flemas, si llega a haber cianosis).
- 5.- Disnea (de pequeños, medianos o grandes esfuerzos).
- 6.- Enfisemas (dilatación anormal de las ramificaciones bronquiales).

Aparato circulatorio:

- 1.- Disnea.
- 2.- Edema (en que zona se localiza).
- 3.- Hipotensión.
- 4.- Hipertensión.
- 5.- Lipotimia (pérdida súbita y pasajera del sentido y del movimiento; el palidez del rostro y debilidad de la respiración y la circulación).
- 6.- Síncope (pérdida súbita de la conciencia y caída si el paciente esta de pie, consecuencia de anemia cerebral, producida por un paro cardiaco).
- 7.- Colapso, agotamiento general momentáneo, o duradero acompañado de enfriamiento de la piel, sudoración, taquicardia e hipertensión arterial, puede ser originado por intoxicaciones graves, hemorragias, traumatismos intensos.
- 8.- Cianosis. Coloración azulada de los tegumentos, debido a un exceso en la sangre de hemoglobina no oxigenada.
- 9.- Fiebre reumática.

Aparato urinario:

- 1.- Cantidad de orina y número de micciones al día.
- 2.- Oliguria.
- 3.- Poliuria (emisión exagerada de orina).
- 4.- Anuria (supresión de la orina).
- 5.- Piuria (secreciones en la orina).
- 6.- Hematuria (salida de sangre con la orina).
- 7.- Incontinencia urinaria.

Aparato genital:

- 1.- Menarquia (aparición del primer período menstrual).
- 2.- Menopausia (supresión del período menstrual).
- 3.- Líbido (instinto sexual).
- 4.- Metrorragias (hemorragia de la matriz).
- 5.- Leucorrea (flujo blanquecino que proviene de las vías genitales de la mujer).
- 6.- Embarazo.

Sistema endocrino:

- 1.- Peso y estatura (evolución de ambas).
- 2.- Hambre o sed anormales.
- 3.- Síndromes.
- 4.- Diabétes.
- 5.- Acromegalia.
- 6.- Hiperparatiriodismo.

Sistema nervioso:

- 1.- Hipo e hiperestecias.
- 2.- Neuralgias.
- 3.- Parálisis.
- 4.- Sentidos (gusto, oído, olfato, tacto, vista).
- 5.- Personalidad y estados emocionales del paciente.

Aparato músculo-esquelético:

- 1.- Motilidad.
- 2.- Algias (mialgias, atraalgias).
- 3.- Antecedentes de fracturas.
- 4.- Limitaciones de movimientos (hemicplejía, parálisis de miembros).
- 5.- Simetrías musculares u óseas.

Además debemos explorar e interrogar acerca de reacciones inmunológicas, problemas de cicatrización, infecciones recurrentes, adinamias, experiencias de hemorragias, signos vitales (pulso, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial), examinaremos la cabeza y el cuello observando sus características, las facies y la marcha.

INSPECCION EXTRA-ORAL

Piel.- La piel de la cara y el cuello debe ser cuidadosamente revisada, teniendo en cuenta el tipo de tumores que sean más comunes en estas zonas, como son los carcinomas basales y escamosos. Un diagnóstico diferencial suele ser difícil lo que nos obliga a practicar una biopsia. Toda tumoración debe ser palpada para observar su consistencia, si es sólida o no y si esta fija a los tejidos subyacentes.

Cuello.- Para la inspección y palpación del cuello es necesario tener presente una serie de estructuras que necesitan ser exploradas. Dichas estructuras comprenden la laringe, el tiroides, la tráquea, el músculo esternocleidomastoideo, las áreas donde existen ganglios linfáticos, y en las glándulas salivales.

En el trayecto de los vasos linfáticos se encuentran, a intervalos diferentes, masas redondeadas u ovaladas de 25 mm. de diámetro. Estos cuerpos llamados ganglios linfáticos son muy abundantes en algunas regiones como el cuello, axila región inguinal y mesenterio.

En el cuello los grupos ganglionares ocupan la parte anterior de éste: unos son superficiales, están situados en la cara externa del músculo esternocleidomastoideo y padecen agruparse alrededor de la yugular externa; los demás son profundos, mas numerosos y están colocadas a lo largo de la yugular interna.

Ganglios linfáticos.- Es importante inspeccionar las zonas de los ganglios linfáticos para conocer su tamaño y la consistencia también de las glándulas salivales. El ángulo de la mandíbula es una localización común de ganglios linfáticos aumentados de tamaño y no rara vez de tumores en la cola de la glándula parótida. El borde anterior del esternocleidomastoideo puede encimarse a una masa quística que representa un quiste de la hendidura bronquial. Debe tenerse cuidado con estructuras que aparentan ser ganglios linfáticos

crecidos, cuando en realidad son estructuras normales.

Las masas en la tirióides se prescribe mejor si el examinador se coloca por detrás de paciente y palpa los lóbulos de la glándula entre el pulgar y el índice.

Glándulas salivales.- Las glándulas salivales, deben ser inspeccionadas debidamente, puesto que también suelen ser invadidas por infecciones. Existen glándulas salivales llamadas, como son las labiales, molares y palatinas y glándulas mayores que son más importantes, están dispuestas alrededor de la cavidad oral formando una especie de herradura pegada a la mandíbula. Estas se distribuyen según su localización: parótidas, submaxilares y sublinguales.

Senos paranasales.- Desgraciadamente los senos paranasales son zonas inaccesibles a la exploración física, razón por la cual, cuando llegan a presentarse lesiones neoplásicas ocultas en ellos se manifiestan tardíamente.

Su manifestación provoca la asimetría apreciable mejor, observando las mejillas desde arriba, en ciertos casos la palpación en estas áreas suele producir dolor o una sensación de llenura. El mejor método para un buen diagnóstico de este tipo de lesiones neoplásicas localizadas en los senos paranasales son los rayos X.

Laringe.- Siempre será complemento de una buena exploración física la laringoscopia indirecta, principalmente cuando haya síntomas como la ronquera y dolor de la garganta. Esta inspección consiste en emplear un espejo laringeo flameado para evitar que se empañe y de luz ya sea frontal o de una lamparita eléctrica. Inclinando el espejo hacia abajo se podrá observar el tercio posterior de la lengua, la pared lateral de la faringe, la pared faríngea posterior, la epiglotis y los senos piriformes.

En general; la piel debe ser examinada en busca de lesiones induradas, úlceras o zonas irritadas. Debe hacerse la palpación de la superficie del organismo en busca de masas subcutáneas o musculares y aumentos de tamaño de los ganglios linfáticos.

INSPECCION INTRA-ORAL

Se realizará un examen bucal completo por lo cual el odontólogo deberá:

- 1.- Proveerse de una buena luz.
- 2.- Usar guantes, un depresor de lengua y un espejo faríngeo.
- 3.- Primeramente inspeccionará labios, separándolos suavemente para poder examinar la encía, empleando el depresor para separar carrillos y lograr así una buena visualidad de la mucosa oral.
- 4.- La lengua se examinará con el órgano protuido y ordenado, luego su

elevación.

- 5.- El suelo de la boca se examinará con cuidado, separando la lengua con el depresor lingual.
- 6.- Después, con la lengua deprimida se observará paladar, úvula y zonas tonsilares.
- 7.- Antes de examinar la superficie mucosa previamente, deberá ésta secarse con gasa.
- 8.- Recuérdese el tercio posterior de la lengua y las fosas tonsilares, son difíciles de examinar, pero deben inspeccionarse por palpación con un espejo laríngeo en su caso.
- 9.- Se hará flexionar el cuello del paciente hacia adelante, de tal manera que su barbilla llegue casi a tocar con la pared torácica, es posible así lograr palpar la base de la lengua y fosas tonsilares, evitando náuseas y con respecto a la palpación es de gran importancia en el examen de la mucosa bucal y los tejidos adyacentes.

Articulación temporomandibular, tipo de oclusión, maxilares y mandíbula (padecimientos infecciosos, traumáticos, congénitos, neoplásicos).

Región gingival observando, consistencia, color, forma, volúmen, atrofia e hipertrofia, pigmentaciones, tártaro dentario, encías sangrantes si las hay, exudado, dolor, bolsas parodontales.

Estado general de la boca: higiene bucal que práctica, número y grados de caries, alteraciones pulpares, restauraciones, dientes retenidos, supernumerarios o incluidos, piezas ausentes, movilidad y si existen prótesis.

Dentro de la inspección de alguna zona debemos tomar en cuenta: actitud, forma, volumen, coloración, movimientos y estados de la superficie.

Muchas veces será necesario palpar ciertas lesiones que nos parezcan sospechosas, esto se hará con el dedo enguantado y haciendo una comparación simétrica, de ser posible y si el paciente lo resiste la palpación será efectuando hasta la pared lateral de la faringe y si se sospecha la presencia de lesiones en la nasofaringe o en la base de la lengua, se palparán también estas áreas.

En la palpación tomaremos en cuenta: la consistencia, temperatura, sensibilidad y los movimientos de la piel en los planos profundos.

Para la percusión: se provocarán fenómenos acústicos, se investigarán los movimientos tendinosos reflejos y se localizarán puntos dolorosos.

La auscultación circunscribe los aparatos respiratorio y el circulatorio, esto es aplicando el oído para escuchar frecuencia respiratoria, respiración forzada, soplos, sistólico y diastólico, sonidos cardiacos normales y anormales.

La percusión auscultatoria es una combinación de las dos anteriores y se utiliza para delimitar los perímetros de las vísceras.

La punción será realizada para extraer sustancias contenidas en alguna zona, para posteriormente en combinación con el laboratorio ser examinados.

Las mediciones nos darán datos que nos ayudarán a saber el grado de evolución.

Finalmente muchas veces nos vemos en la necesidad de recurrir a los estudios de laboratorio; entre los más frecuentes estudios están: las químicas sanguíneas, las biometrías hemáticas, las pruebas preoperatorias, los rayos X, exámenes generales de orina.

La técnica para el diagnóstico del cáncer debe hacerse en forma ordenada: historia clínica tomada cuidadosamente, exploración física completa, exámenes de laboratorio: principalmente sangre y orina. Cualquier sospecha que se abrigue por clínica, deberá despejarse mediante estudios radiológicos apropiados, en los cuales puede resultar necesario emplear varias técnicas con material radiopaco. Los métodos para hacer biopsia de un tejido sospechoso también necesitan mucha consideración.

El diagnóstico de la mayor parte de lesiones de la cabeza y el cuello es relativamente fácil, puesto que la mayoría quedan al alcance de la vista y de la mano del explorador, aún así es trágico comprobar, con frecuencia pasan inadvertidas las lesiones malignas de esta área, y no sólo aquellas más difíciles de diagnosticar, sino lesiones fácilmente visibles.

CAPITULO

5

BIOPSIA

GENERALIDADES

TIPOS DE BIOPSIAS

GENERALIDADES

Biopsia.- es el estudio histopatológico de las muestras obtenidas de una lesión sospechosa y es de enorme utilidad para el diagnóstico del cáncer de la boca, de la piel o de cualquier otra región. La biopsia no solo es para lesiones malignas; sino al contrario, es útil para diferenciar lesiones malignas, de lesiones sin gravedad.

Una biopsia se puede tomar desde una pequeña parte de la lesión, o bien extirpar todo el tumor seguida del cierre por sutura hemostáticas o por electrocoagulación. Por lo general, para la biopsia se toma una parte pequeña del tumor, no hay contraindicación para la biopsia.

En la biopsia se debe de tomar una porción pequeña de tejido normal.

Quando se toma la biopsia es preferible evitar las zonas cercanas al hueso, el cartilago, los dientes o a los vasos sanguíneos grandes, también debe evitarse el tejido necrosado.

En la biopsia hay que incluir la parte del tumor de crecimiento más activo y suele estar cerca del tejido normal.

En las maniobras quirúrgicas deben de tenerse precauciones estrictas de asepsia. La anestesia de la región donde se encuentra el tumor se hará por infiltración local a cierta distancia del tumor o por bloqueo nervioso y nunca hay que infiltrar el tumor con anestésicos.

Por lo tanto, la biopsia es el medio con el que el patólogo dispone de material para estudio, resultando de la descamación, punción o incisión y excisión de lesiones orgánicas superficiales y profundas. En la actualidad no existe ningún órgano inaccesible a este tipo de exploración.

Etapas de la biopsia:

- 1.- Toma de la muestra
- 2.- Exámen macroscópico
- 3.- Preparación del material para exámen microscópico
- 4.- Observación e interpretación de los hallazgos
- 5.- Diagnóstico final

Forma de hacer la biopsia:

- 1.- Se inyecta una pequeña cantidad de anestésico local.
- 2.- Resecando con un bisturí una pequeña muestra del tumor o lesión sospechosa, procurando que el tejido resocado no haya sido deformado por el defecto edematizante del líquido anestésico.
- 3.- El tejido se fija en una solución salina de formol al 10%, se anexa una hoja en donde se anota el nombre, edad, sexo y raza del paciente. Así mismo es necesario precisar la localización, tamaño, tiempo de evolu-

ción, rapidéde crecimiento, si hay ulceración o bien induración, también advertir si el paciente ha presentado síntomas durante la evolución de la enfermedad.

- 4.- Se envía al laboratorio para ser deshidratado, incluido en parafina, cortado y coloreado con hematoxilina y eosina u otros métodos apropiados.

La biopsia debe hacerse aún en casos de diagnóstico clínico, aparentemente claro y sobre todo en tumores malignos y antes de tomar una decisión terapéutica.

TIPOS DE BIOPSIA

Biopsia por punción.- Se efectuará mediante la introducción de una aguja. Esta punción puede ser aspirativa, que es cuando se obtiene material líquido o semilíquido y en caso que haya fragmentos tisulares éstos suelen ser pequeños.

Punción biopsia.- Se usan cánulos para obtener muestras cilíndricas de tejido u órgano en estudio.

Biopsia por raspado.- Consiste en el arrastre mecánico del tejido con curetas apropiadas. Se usa en lesiones óseas.

Biopsia exicional o exición biopsia.- Se realiza cuando el tumor es pequeño, se retira el tumor y se entrega al patólogo para examinarlo. Por su tamaño la lesión permite extirparla en su totalidad.

Biopsia durante el acto quirúrgico.- Este procedimiento está indicado en el diagnóstico de tumores malignos y permite al cirujano ampliar la extensión de la resección en el mismo acto quirúrgico. En este tipo de biopsia los tejidos son examinados en pocos minutos y se diagnóstica en el curso de una intervención quirúrgica. Se practica en todos los tumores glandulares y melanomas.

Biopsia por trepanación.- Se emplea un taladro o aguja trefina para obtener muestras de gran densidad y consistencia. Se usa en la biopsia del hueso y médula ósea.

Biopsia en sacabocados.- Es la resección que se hace con pinzas especialmente diseñadas. Se usa en lesiones ulcerosas, infiltrantes o vegetantes de mucosas accesibles (boca, cuello uterino, recto, vejiga urinaria, etc.)

Biopsia incisional.- Es la más comúnmente se práctica y es la obtención de una parte de tejido dañado mediante la incisión. Se usa en lesiones superficiales de fácil acceso (lesión cutánea, bordes de una ulceración, etc.).

- Deben tomarse las siguientes precauciones, cuando se toma una biopsia:
- 1.- Evitese todo trauma innecesario, presión u otra manipulación de la tumoración.
 - 2.- Evitese la inyección de soluciones anestésicas directamente en la zona tumoral.
 - 3.- Evitese las zonas cercanas al hueso, piezas dentarias o vasos sanguíneos de gran calibre.
 - 4.- Evitense las zonas de necrosis.
 - 5.- Evitese la cauterización del espécimen, ya que pueden destruirse las características histopatológicas de las que depende el diagnóstico microscópico. Sin embargo, a veces es aconsejable la electrocoagulación de los vasos sanguíneos de la herida que ha quedado, después de la extirpación del tumor.
 - 6.- Selecciónese las zonas cercanas a los márgenes de la tumoración, para efectuar las incisiones quirúrgicas, sin que se corte necesariamente tejido normal adyacente.
 - 7.- Procúrese llevar a cabo la incisión, lo bastante profunda como sea necesario, pero evitando siempre la penetración hacia el periostio subyacente.
 - 8.- Asegúrese de que la superficie tumoral ha sido bien identificada de tal manera que las secciones de los tejidos seancortadas en ángulos rectos en relación con su superficie.

CAPITULO

6

METODOS DE DIAGNOSTICO DE LAS LESIONES

DE LA MUCOSA BUCAL

GENERALIDADES

GENERALIDADES

Los métodos de diagnóstico constituyen un paso muy importante para llegar al diagnóstico de un tumor, los métodos son los siguientes:

a) Citología exfoliativa:

Es el estudio de las lesiones mediante frotis. Las zonas donde esta técnica resulta más útil son las regiones anatómicas inaccesibles como nasofaringe, senos nasales, conducto auditivo, etc.

Esta técnica no puede desplazar las biopsias. Esta técnica es útil sobre todo en estudios de posibles lesiones malignas, en particular cuando estas se presentan como lesiones ulceradas o rojizas sin queratina.

La citología exfoliativa bucal no debe tomarse como base para el diagnóstico de un tumor maligno por el hecho de que sea más fácil de realizar.

Las indicaciones para la citología exfoliativa son las siguientes:

- 1) Estudio rápido de laboratorio de una lesión bucal que por su aspecto clínico puede resultar maligna.
- 2) En pacientes con lesiones premalignas múltiples. A veces no es posible tomar biopsias de todas las lesiones, o quitar por completo la lesión grande, aquí la citología constituye un complemento útil de la biopsia.
- 3) Indicado para el estudio seriado de laboratorio de una zona de mucosa sometida anteriormente a terapéutica por irradiación, para combatir el tumor maligno, aquí no se pueden tomar biopsias sucesivas, y la citología representa un método de la observación clínica.

La única contraindicación de la citología exfoliativa, es cuando se está frente a un cáncer evidente, aquí se debe recurrir inmediatamente a la biopsia para saber el tipo de cáncer y aplicar el tratamiento adecuado.

Para hacer la citología se necesita una espátula de madera o acero para recoger un buen número de células, ejerciendo una fuerte presión sobre la lesión y después en un porta-objetos se realiza el frotis en un solo intento para que no haya amontonamiento de capas celulares que dificulten la observación. Después de realizar la fijación lo más rápidamente posible para provocar la muerte de las células, de tal manera que conserven lo mejor posible las características morfológicas que tuvieron durante su vida. No existe un fijador perfecto, los fijadores que mejor actúan son los que penetran rápidamente y producen menos modificaciones. Los fijadores actúan solidificando el protoplasma de las células por coagulación y los fijadores que se pueden usar son el alcohol absoluto, calor seco o a la flama y el alcohol metílico. Inmediatamente se aplica el colorante que puede ser la hematoxilina eosina.

La clasificación patrón empleada en los reportes de citología bucal es la siguiente:

Clase I. Células normales.

Clase II. Algunas células atípicas sin datos de malignidad.

Clase III. Cambios poco precisos del núcleo; pero no hay prueba de malignidad, pero se observan células defectuosas.

Clase IV. Posible malignidad.

Clase V. Cambios malignos evidentes.

Un reporte del laboratorio que corresponda a las clases III, IV y V, deben ir seguidas siempre de biopsia de la lesión.

b) Biopsia:

Ver capítulo 5.

c) Diagnóstico temprano:

La importancia de un diagnóstico temprano es muy grande en el caso de los tumores malignos de la cavidad oral, pues es creciente la frecuencia con la cual el cáncer bucal se confunde con otros trastornos de la cavidad oral. Por esto al ver una lesión de la boca, debe recordarse que la tardanza en la identificación de un cáncer bucal significa la muerte. Por lo tanto, cuando nos encontremos cualquier lesión susceptible de ser maligna, debemos de tomar medidas rápidas para una biopsia, con esto se puede salvar vidas.

Pero el diagnóstico temprano de cáncer, es también responsabilidad del público pues de comunicar inmediatamente algún síntoma sospechoso. Pero para esto, el profesional debe educar a la gente señalándole los síntomas o signos de sospecha de cáncer que son:

1) Hemorragias anormales.-

No se incluyen aquí las menstruaciones o los sangrados accidentales. Las hemorragias más importantes que acompañan al cáncer son las silenciosas y sin dolor, ardor u otra molestia.

2) Tumorações.-

Que es de gran importancia, cuando se encuentra en regiones superficiales del organismo, pues se ven y se palpan fácilmente, así se puede diagnosticar el cáncer de parótida.

3) Úlceras crónicas.-

Especialmente las pequeñas que se pueden ver en la piel y mucosa de la boca. Con esto se puede diagnosticar cáncer basocelular de la boca.

4) Modificaciones de las lesiones cutáneas benignas.-

Que pueden ser síntomas de cáncer, producidas por la edad o exposición al sol.

5) Trastornos persistentes en la deglución y digestión.-

Son datos importantes que se deben investigar profundamente, pues se puede encontrar frente a cáncer de aparato digestivo.

6) Modificaciones persistentes en la defecación y la micción.-

Importante solo por lo general para diagnosticar cáncer de próstata y de aparato digestivo.

7) La disfonía y tos persistente.-

Son dos síntomas muy importantes sobre todo en personas mayores y con antecedentes de tabaquismo, pues pueden presentar cáncer de boca y pulmones.

Existen síntomas generales que pueden aparecer en cualquier tipo de cáncer como son la fiebre, pérdida de peso, anorexia y debilidad. Hay otro síntoma negativo que es la ausencia de dolor en el cáncer temprano, lo que hace peligrosa la evolución del cáncer, por esto es la importancia de educar al público sobre los síntomas tempranos de cáncer, pues por lo general suelen acudir con el profesional cuando ya existe una tumoración importante que produce dolor o algún síntoma o signo alarmante.

En consecuencia, cuando el público está bien informado sobre los signos y síntomas del cáncer temprano y el profesional hace un buen diagnóstico y tratamiento del cáncer, se llega a la curación de dicho mal. Pero si por falta de información un paciente no comunica a tiempo su mal o el profesional no hace un buen diagnóstico o un buen tratamiento, las posibilidades de curación de las neoplasias malignas se reducen.

d) Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial efectuado por el dentista, tiene relación con muchas manifestaciones clínicas de varias enfermedades, que se observan en la boca.

Por eso en el diagnóstico diferencial, el dentista debe tomar una biopsia para hacer un estudio histológico. En este estudio nos podemos encontrar:

- 1) Que en la imagen histológica de la lesión no hay malignidad, pero conocemos con esto la lesión no cancerosa histológicamente con la cual se confundió.
- 2) Que se encuentra la lesión sospechosa en proceso canceroso.
- 3) Que se encuentra en la imagen histológica que la lesión es cancerosa.

CAPITULO

7

TRATAMIENTO DEL CANCER

GENERALIDADES

GENERALIDADES

El tratamiento óptimo de los pacientes con tumores malignos cambia en respuesta a los continuos avances de la investigación básica y clínica del cáncer. Actualmente se disponen de tres modalidades terapéuticas principales para el tratamiento de los tumores malignos: la cirugía, la radiación y la quimioterapia.

La terapéutica de sostén y sintomática es de gran importancia para el mantenimiento de una calidad óptima de vida. El elemento central de un plan de tratamiento para cada paciente debe ser la consideración del posible papel de cada una de estas modalidades en el caso concreto, y ha de solicitarse una consulta multidisciplinaria. Los papeles tradicionales de la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia están cambiando, y es necesario disponer de un asesoramiento experto en estos campos. La cirugía para la enfermedad metastásica ya no es siempre puramente paliativa. La quimioterapia ya no es un último recurso, sino que se emplea antes, al mismo tiempo o inmediatamente después de las modalidades de tratamiento primitivas locales, en un intento de mejorar el índice de curación de cánceres seleccionados.

La cirugía o la radioterapia son habitualmente el tratamiento de elección en la enfermedad localizada, cuando un estudio cuidadoso, realizado antes del tratamiento, no ha revelado ninguna prueba de metástasis. Si un tumor es accesible y susceptible de extirpación quirúrgica completa, éste ha sido tradicionalmente el procedimiento recomendado. La radiación se ha utilizado como terapéutica primitiva en situaciones en que la cirugía está contraindicada o provocaría una inaceptable pérdida de función (algunos tumores de la cabeza o del cuello) o cuando un tumor es altamente sensible a las radiaciones (linfomas). La quimioterapia está indicada como coadyuvante de la terapéutica primitiva en la enfermedad localizada regional, cuando puede identificarse un grupo de pacientes con alto riesgo de residiva, o existe un agente o agentes que han demostrado un cierto nivel de eficacia en los tumores metastásicos en tipo en cuestión.

El tratamiento eficaz de las neoplasias malignas diseminadas se basa primordialmente en la disponibilidad de agentes quimioterápicos que actúan sistémicamente, destruyendo la células tumorales de todo el cuerpo.

Quimioterapia. Los compuestos activos en el tratamiento del cáncer suelen ser citotóxicos. Estos agentes ejercen sus efectos sobre la proliferación celular, interfiriendo con la síntesis o la transcripción del DNA, lesionando el DNA preformado, bloqueando la mitosis o inhibiendo la biosíntesis del RNA o de proteínas.

El objetivo de la quimioterapia del cáncer es destruir las células cancerosas que se dividen rápidamente.

El tratamiento dental de los pacientes que han de estar o estarán ya

recibiendo quimioterapia está subrayado en las normas siguientes:

I. Antes de la quimioterapia.

- A. Practicar una evaluación intraoral completa que incluya radiografías.
- B. Hay que eliminar todo agente potencial de infección odontogénica mediante extracción, tratamiento del canal de la raíz y profilaxis oral. Ha de estudiarse el uso de antibióticos profilácticos con el oncólogo del paciente.
- C. Debe repararse cualquier lesión de caries grande presente en los dientes que quedan.
- D. Ha de eliminarse cualquier borde áspero o agudo de los dientes que quedan.
- E. Se han de instruir instrucciones sobre higiene oral y reforzarlas durante la quimioterapia.

II. Durante la quimioterapia.

- A. Hay que considerar los enjuagues orales profilácticos con clorhexidina para reducir la incidencia y la gravedad de la mucositis, y disminuir las bacterias y *C. albicans* orales durante la quimioterapia.
- B. Infección odontogénica.
 1. Si el recuento de neutrófilos es inferior a 500, hay que tomar la decisión acerca de si debe tratarse o esperar hasta que se resuelva la neutropenia. Esta decisión debe discutirse con el oncólogo.
 2. Hay que efectuar un cultivo bacteriano, si es posible, para determinar si los gérmenes son susceptibles a los antibióticos de amplio espectro que el paciente estará tomando (habitualmente, una penicilina sintética, como la carbenicilina, y un aminoglucósido, como gentamicina).
 3. Si se toma la decisión de tratar y es necesario hacer una extracción o una eliminación de sarro periodontal, ha de intentarse conseguir un recuento de plaquetas de 50.000/mm³ cúbicos.
- C. Hemorragia.
 1. Para la hemorragia gingival localizada ha de aplicarse presión con una gasa empapada en trombina tópica o aplicarse polvo de colágeno microfibrilar.
 2. Si se produce una hemorragia gingival generalizada, se aplicará polvo de colágeno microfibrilar en los portadores orales habituales.
 3. Si la hemorragia no responde a las medidas antes mencionadas, se consultará con un oncólogo para administrar una transfusión de plaquetas.
- D. Mucositis.
 1. Toda lesión ulcerada debe ser cultivada en busca de virus del herpes simple y practicarse una tinción de Gram o colocarse sobre un portaobjetos con potasa cáustica para determinar si está presente la *C. albicans*. El cultivo en busca de *Candida* no es adecuado, ya que muchas personas tienen este germen como parte normal de su flora oral.

2. Si las lesiones dan positivo para el virus del herpes simple, se tratará al paciente con aciclovir (intravenoso o cápsulas orales).
3. Si las lesiones dan positivo para la *C. albicans*, se tratará al paciente con nistatina, clotrimazol o ketoconazol.
4. Si no se está usando clorhexidina profilácticamente, se considerarán los enjuagues orales con clorhexidina para tratar la mucositis reduciendo las bacterias y la *C. albicans* orales.
5. Para aliviar el dolor oral, se utilizarán anestésicos tópicos, como lidocaína viscosas mezcladas con leche de magnesia.
6. Si aparece la xerostomía oral, que debe tratarse con higiene oral meticulosa, vigilancia frecuente y tratamiento diario con fluoruro tópico, en los portadores habituales de fluoruro.

Radioterapia. Se estima que el 50% aproximadamente de los cánceres de cabeza y cuello se tratan con radioterapia, sola o en unión con quimioterapia y cirugía.

La radiación se combina con el agua del interior de las células tumorales para formar radicales libres, lo que produce una interrupción de la secuencia de nucleótidos por el material genético nuclear. Esto provoca muerte celular. Como la radiación actúa a un nivel genético (durante la fase mitótica de la división celular), las células que sufren mitosis más rápidas son más sensibles a la radiación. Además, la presencia de oxígeno dentro de las células tumorales facilita la acción letal de los radicales libres; por lo tanto, las células oxigenadas son más sensibles a la radiación. Los efectos letales de la radiación, afectan no sólo las células tumorales, sino también los tejidos orales adyacentes, en especial los tejidos con una renovación rápida. Estos tejidos orales incluyen las células epiteliales y los osteoblastos y osteocitos alveolares. Las células acinares y ductales de las glándulas salivales son también radiosensibles, pero esta sensibilidad no puede ser atribuida a la rápida mitosis celular. Los efectos secundarios sobre los tejidos sanos incluyen mucositis, disgeusia, glosodinia, xerostomía, caries por radiación y osteorradionecrosis. Estos cambios producen cambios en la nutrición del paciente.

El tratamiento de los pacientes que están bajo tratamiento de radioterapia son los siguientes:

A. Mucositis.

1. Enjuagues alcalinos.- una cucharada de agua oxigenada en un cuarto de litro de agua, o media cucharadita de bicarbonato en un cuarto de litro.
2. Analgésicos.
3. Anestésicos tópicos.- Dyclone más leche de magnesia, a la concentración de 1:1, una cucharadita cada 2 horas; lidocaína viscosa al 2% (una cucharada cada 2 horas) Benadryl y Kaopectate a la concentración de 1:1 (retener una cucharada y escupirla al cabo de

1 min., cada 2 horas); soluciones de plata coloidal; agentes antimicrobicos y corticosteroides en combinacion con anestésicos tópicos.

4. Modificaciones de la higiene oral, utilizar cepillo blando.
5. Ajustes dietéticos como dieta suave y blanda.
6. Evitar el exceso de lavados bucales, el alcohol y el tabaco, debido a su potencial irritativo.
7. Utilizar medicaciones para las infecciones mucosas secundarias: medicaciones antiviricas, como aciclovir, o medicaciones antimicrobicas, como nistatina, clotrimazol y ketconazol.

B. Disgeusia y glosodinia.

Disgeusia. Pérdida del gusto sobre la lengua ocasionado por radiación de las microvellosidades y células exteriores.

Glosodinia. Dolor de lengua causada por glositis.

1. Terapéutica paliativa en forma de suplementos de cinc, se ha demostrado que acelera la recuperacion, aunque parecen ser ineficaces profilácticamente.

C. Xerostomía.

1. Colutorios alcalinos como se describió en la mucositis.
2. Frecuentes sorbos de agua, especialmente en la noche y durante la masticación.
3. Sustitutos de la saliva, que suelen ser combinaciones de glicerina, electrolitos y fluoruro.
4. Estimulantes de la saliva, goma de mascar.

D. Caries por radiación.

1. Insistir en medidas completas y regulares de higiene oral.
2. Visitas frecuentes para insistir en la higiene oral.
3. Consejos dietéticos para reducir al mínimo la ingestión de hidratos de carbono.
4. Aplicaciones diarias de fluoruro. (Utilizarse fluoruro estañoso al 0.4% o fluoruro sódico al 1%, en un vehiculador. El paciente debe colocar de 5 a 10 gotas en el portador y mantener éste in situ durante 5 min. escupiendo después sin enjuagues. Debe practicarse una vez al día, preferiblemente al acostarse, inmediatamente después de cepillarse los dientes.

E. Ostrorradiación necrosis.

Area de hueso expuesto en un campo de radiación.

I. Prevención. El papel del dentista es primordial.

- A. El primer determinante de los cuidados depende de la información procedente del oncólogo radioterapeuta citada antes, como la dosis de radiación, campo de radiación, complicaciones orales previstas, pronóstico del paciente, pauta cronológica (si el paciente está siendo tratado antes, durante o después de la radiación.)

1. Fase preradiación se recomienda:

- a) Se aconseja realizar las extracciones de dientes que tenga mal pro-

nóstico como son:

- Dientes impactados.
- Dientes con periodontitis moderada a grave.
- Dientes con una caries extensa asociada a compresión de la pulpa o la que requieren excesivos esfuerzos de restauración.
- Dientes con lesiones pulpares.

Para realizar extracciones se debe considerar:

- Deben suturarse los alveolos, los puntos no deben ser muy apretados para prevenir necrosis por compresión de la mucosa.
 - Las extracciones se llevarán a cabo de 14-21 días antes de empezar la radiación para permitir la cicatrización correcta de la mucosa.
 - Durante el período de cicatrización debe administrarse antibióticos.
- b) Hay que insistir en las medidas de higiene oral hasta que el paciente este conciente de lo que es mantener su dentición después de la radioterapia.
- c) Programar al paciente para visitas frecuentes a fin de tener estrecha vigilancia durante la radioterapia y después de ella.

B. El segundo determinante de estos cuidados son las informaciones obtenidas del paciente como son:

1. El nivel existente de caries y de enfermedad periodontal.
2. La motivación de higiene oral.
3. Necesidades dentales, funcionales y estéticas.

II. Tratamiento.

- A. Terapéuticas no quirúrgicas. Comprenden irrigación, desbridamiento y analgésicos, en combinación con antibióticos de amplio espectro. La terapéutica no quirúrgica es menos probable que tenga éxito con la radiación interna y con las extracciones postradiación. Parece no haber ninguna relación entre el éxito de la terapéutica no quirúrgica y el momento de la osteorradionecrosis.
- B. Resección alveolar. Es el segundo sistema terapéutico para la osteorradionecrosis y está indicado en los casos siguientes:
1. Dolor intratable.
 2. Infecciones graves recidivantes.
 3. Fractura patológica.

CAPITULO

8

PREVENCION

GENERALIDADES

GENERALIDADES

Debemos de participar diagnosticando precozmente las lesiones neoplásicas de la boca, establecer entre nuestros pacientes reglas de higiene tanto general como bucal, someter a exámenes periódicos, ya que se debe tener en cuenta QUE EL CANCER EN SUS INICIOS ES CURABLE, ESTO A LAS SOSPECHAS.

Nosotros consideramos seguir las siguientes normas para la prevención de cáncer bucal:

1. Acudir al dentista cuando menos cada seis meses, aún cuando el paciente crea estar bien de la boca.
2. Evitar traumatismos repetidos.
3. No fumar, y menos haciéndolo con pipa.
4. No masticar tabaco.
5. Cuidar el aseo bucal, atendiendo las indicaciones del dentista.
6. Evitar ingerir alimentos calientes, irritantes o mal masticados.
7. Atender oportunamente cualquier alteración en la mucosa oral, acudiendo de inmediato al profesional, sin esperar a que se experimente dolor.
8. No irritar dicha área de la boca en ninguna forma.
9. Atender la caries desde que ésta se localice.
10. Substituir lo más pronto posible, las piezas dentarias faltantes, por prótesis bien ajustadas y preparadas.
11. Acudir al médico general para el reconocimiento y corrección de las deficiencias vitamínicas y hormonales.
12. Tratamiento y corrección de anomalías dentarias por medio de la Ortodoncia.
13. No ingerir en forma desmedida carbohidrato en la dieta. Si se hace aseo de inmediato la boca.
14. Alejar causas de stress, angustia y depresión.

CONCLUSIONES

El objetivo primordial de la realización de esta tesis es la responsabilidad de identificar lesiones malignas o premalignas , ya que la salud del paciente está en manos del profesional que consulte. Pues cada vez aumenta el número de personas con cáncer bucal, debe de realizarse un exámen minucioso de los tejidos de la boca y siempre solicitar la ayuda del especialista para dar un tratamiento adecuado de manera que se le garantice al paciente posibilidades de curación.

BIBLIOGRAFIA

Br. J. Alcohol and cancer. *Cancer* 1992; 66, 1200-1201.

Edward E. Black, DDS, MS. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75:556-8.

Ernest L. Wynder, M.D. A study of the etiological factors in cancer of the mouth. *Cancer*, Vol. 10 No. 6, 1957; 1300-1323.

Everett E. Vokes. Interactions of chemotherapy and radiation. *Seminars in Oncology*, Vol. 20 No. 1, 1993; 70-79.

F. Chiesa. Prevention of local relapses and new localisations of oral leukoplakias. *Oral Oncol, Eur & Cancer*, Vol.28 B, No. 2, 1992; 97-102.

Jinkun Chen, D.M.D.,M.S. Lip cancer. *Cancer* 1992; 70:2025-2030.

Silvia Franceschi, M.D. Risk factors for cancer of the tongue and the mouth. *Cancer* 1992; 70:2227-2233.

Steven G. Ashman, DDS, F.A.C.D. Desmoplastic ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75:479-82.

Paolo Boffetta. Carcinogenic effect of tobacco smoking and alcohol drinking on anatomic sites of the oral cavity and oropharynx. *Int. J. Cancer* 1992; 52,530-533.

Tsugio Inokuchi, DDS, PhD. Osteoradionecrosis of sphenoid and temporal bones in a patient with maxillary sinus carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;70:278-81.

Ackerman's. *Surgical Pathology*. The C.V. Mosby Company. Vol. One 1989.

Burket, Lester William. *Medicina Bucal de Burket Diagnóstico y Tratamiento*. Edit. Interamericana-México. 3a. edición 1980.

Friedenthal, Marcelo. *Diccionario Odontológico*. Edit. Médica Panamericana, S.A. Buenos Aires 1981.

Kruger, Gustavo. *Textbook of oral surgery*. St Louis:C.V. Mosby 2a. edición 1981.

Lynch, Malcolm A. *Medicina Bucal de Burket: Diagnóstico y Tratamiento*. Edit. Interamericana-México. 7a. edición 1980.

Philip Robin. Oncología clínica para estudiantes de medicina y médicos un enfoque terapéuticos multidisciplinario. Publicada por la Sociedad Americana del Cáncer Robhester(New York, E.E. U.U. 5a. edición 1978.

Pindborg, J.J. Atlas de enfermedades de la mucosa oral. Edit. Salvat, Barcelona; México. 3a. edición 1981.

Ries Centeno, Guillermo A. Cirugía Bucal: con patología clínica y terapéutica. Edit. El Ateneo. 9a. edición 1987.

Robbins, Stanley Leonard. Patología Estructural y Funcional. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. Madrid; México. 4a. edición 1990.

Sol Silverman, J.R. Oral Cáncer. Edit. The American Cancer Society. 2a. edición New York 1985.

Thoma, Kurt Hermann. Patología Oral. Edit. Salvat. Barcelona;- México 1973.