



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

Facultad de Odontología

NEOPLASIAS ORALES

T E S I S

Que para obtener el título de  
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

ENRIQUE JAVIER CAMARILLO PADRON



México, D. F.

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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.

## INTRODUCCION

Actualmente el cáncer es uno de los padecimientos más severos que afligen a la humanidad tanto por su elevada tasa de mortalidad como por las secuelas que su tratamiento produce.

En algunas regiones del mundo la prevalencia y la incidencia de esta enfermedad constituye uno de los problemas principales de la salud pública, por lo que es fundamental reconocer sus características clínicas en estadio temprano, dada la importancia que adquiere el diagnóstico temprano me preguntaba si el cirujano dentista tiene la capacidad para el reconocimiento de las neoplasias tanto benignas como malignas y cual es la responsabilidad que tiene este profesional de la salud con la prevención, detección y sobre todo con el diagnóstico temprano de las neoplasias orales.

Es innegable la gran importancia que al cáncer se le concede, en el presente trabajo nos referiremos a tumores benignos y malignos. La atención se enfocara principalmente en caracteres, morfología, conducta básica y en una revisión de sus orígenes y su causa o causas, para la obtención de datos escogí, la técnica de investigación documental.

La mayor parte de los tumores benignos se designan histológicamente agregando el sufijo -oma al tipo celular que forma la neoplasia, pero sin embargo, los tumores benignos de origen epitelial no se sujetan a esta clasificación, estos tumores se clasifican de diversas maneras, algunas fundándose en las células de origen, otras en la arquitectura microscópica y otras en los caracteres macroscópicos, como las que forman masas quísticas voluminosas, como en el ovario que se llaman cistomas o cistoadenomas.

La nomenclatura para los tumores malignos sigue en esencia el sistema utilizado para las neoplasias benignas, con algunas adiciones. Los cánceres que nacen en el tejido mesenquimatoso se llaman sarcomas. Las neoplasias malignas originadas en células epiteliales, que provienen de cualquiera de las capas germinativas, se llaman carcinomas.

Algunas neoplasias se han clasificado en simples o sencillas según su proliferación celular esto las diferencia de los tumores mixtos o -- compuestos.

Otro grupo que se debe distinguir de las neoplasias simples se llama compuesta o teratógena, para indicar que contiene varios tipos celulares característicos, estas neoplasias llamadas teratómas provienen de una célula totipotencial y pueden producir tejidos bien diferenciados -- que guardan relación y semejanza con piel, músculo, grasa, epitelio intestinal, estructuras glandulares, estructuras dentales, y en realidad -- cualquier estructura de la economía.

## CAPITULO 1

## TUMORES ODONTOGENICOS

Los tumores odontogénicos son un grupo de neoplasias que se originan a partir de la lámina dentaria o cualquiera de sus derivados. Además de su origen, tienen en común otras características:

1. Todos son benignos. Algunos, como el ameloblastoma, pueden ser localmente agresivos y recidivar, pero ninguno produce metástasis.

2. Son de crecimiento lento.

Existen diversas clasificaciones para este grupo de neoplasias, algunas de ellas se basan en las características clínicas de la lesión, - otras se basan en la cantidad de tejidos que involucra la lesión, y en algunas otras su clasificación depende de la embriogénesis de la misma.

## Tumores odontogénicos epiteliales

1. Cambio inductor mínimo en el tejido conjuntivo

- a) Ameloblastoma
- b) Tumor odontogénico adenomatoide
- c) Tumor odontogénico epitelial calcificante

2. Cambio inductor acusado en el tejido conjuntivo

- a) Fibroma ameloblástico
- b) Fibrosarcoma ameloblástico
- c) Odontoma

Complejo                      Compuesto

## Tumores odontogénicos mesodermiales

- a) Mixoma y mixofibroma
- b) Fibroma odontogénico
- c) Cementoma

La clasificación empleada aquí está basada en el efecto inductor de un tejido dental sobre otro ( Pindborg y Claussen ). Durante el desarrollo normal de los dientes se ha observado que el epitelio ameloblástico ejerce un efecto sobre las células mesenquimatosas no diferenciadas de la papila dental induciendo a células adyacentes a seguir diferenciándose en odontoblastos. Hay datos indicativos de que estas células tienen su origen en la cresta neural. Los odontoblastos empiezan entonces a formar dentina, la formación de dentina, tiene a su vez un efecto inductor sobre los ameloblastos, iniciando así la formación de la matriz del esmalte.

## AMELOBLASTOMA

El ameloblastoma representa al tumor odontogénico más común y este causa poca o ninguna inducción de los derivados mesodérmicos. El ameloblastoma tiene una frecuencia baja, formando solo el 1% de los tumores de los maxilares. Se han postulado varios orígenes: el revestimiento --epitelial del quiste dentígero, los restos de la lámina dental y el órgano del esmalte y la capa basal de la mucosa bucal. Es mucho más probable que el ameloblastoma derive de la lámina dental que del ameloblasto, se han comunicado algunos casos de ameloblastoma en los cuales el tumor ha tenido su origen en los tejidos blandos y no en el hueso, lo cual implica que deriva de restos de la lámina dental.

Estos tumores suelen ser indolores y de crecimiento lento, causando cierto grado de deformidad facial y movimiento dental. Se ha discutido mucho sobre el potencial ameloblástico del quiste dentígero pero la frecuencia de este cambio no ha sido establecida de manera definitiva.

No se ha advertido ninguna preferencia sexual o racial. El tumor ha tenido su origen en el maxilar inferior en más del 80% de los casos y en el 70% de los casos ha sido en la zona molar-rana ascendente y --aproximadamente en el 10% de los casos esta asociado a un quiste dentígero. En el maxilar superior su localización más frecuente es la zona --canina y antral, los tumores en esta localización pueden crecer hasta --el seno maxilar, nariz, órbita o incluso hasta la base del cráneo.

Aspectos radiográficos. El aspecto radiográfico del ameloblastoma no es patognomónico, aunque puede resultar sugerente, a menudo se trata de una imagen multilocular con una clara división en compartimientos, --

que puede ser unilocular y que tal vez no sea posible diferenciarla por esta característica del quiste dentífero o de cualquier otra imagen radiolúcida de los maxilares.

*Aspectos macroscópicos.* El ameloblastoma está caracterizado por -- una dilatación fusiforme del hueso, la perforación de la tabla ósea escasa y en caso de ocurrir, se efectúa cuando el curso del tumor se halla muy avanzado. El tumor tiene un color blanco grisáceo y es fácil de cortar. Hay numerosos quistes pequeños, estos tienen un revestimiento liso y contienen un líquido incoloro o una sustancia gelatinosa.

*Aspectos microscópicos.* El ameloblastoma está caracterizado por filamentos epiteliales en un estroma de tejido conjuntivo fibroso. La periferia de los filamentos epiteliales está formada por células ameloblásticas, la mayoría de los tumores presentan una de las dos imágenes predominantes, plexiforme y foliolar, en este último hay tendencia a imitar el órgano del esmalte. Las células son cilíndricas con núcleo polarizado lejos de la membrana basal. La porción central de la isla de epitelio está compuesta por una red laxa de células semejantes al retículo estrellado.

En el tipo plexiforme, la imagen está caracterizada por masas irregulares y cordones interdigitales de células epiteliales, las células de los bordes se parecen a los ameloblastos o células basales. En este tipo hay frecuentemente degeneración quística del estroma.

Los métodos de tratamiento comprenden la extirpación, la resección radical de la mandíbula, la cauterización química, criocirugía. La extirpación local de un pequeño tumor accesible está indicada en los jove



nes, siempre y cuando accedan a revisiones subsecuentes. Las recurrencias son frecuentes después del raspado. El tratamiento quirúrgico incompleto puede estimular el crecimiento de las células tumorales. La resección en bloque del hueso afectado debe extenderse hasta incluir parte del hueso periférico de la masa tumoral.

#### TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE

Es un tumor odontogénico epitelial que comprende cerca del 3% de los tumores odontogénicos de los maxilares, se presenta con mayor frecuencia en la segunda década de la vida, es más común en las mujeres -- que en los hombres, y en el maxilar, casi dos veces más que en la mandíbula. En el maxilar, la zona de los caninos constituye su localización preferida. La mayoría de estos tumores se asocian con dientes retenidos y, por eso, en las radiografías se confunden a menudo con quistes dentígeros. El tumor puede ser asintomático o producir un agrandamiento en la zona.

Radiográficamente suele ser radiolúcido, pareciéndose a un quiste dentígero o a un quiste periodontal lateral, casi todos estos tumores -- tienen histológicamente pequeñas zonas de calcificación, pero estas no aumentan la densidad radiográfica, este tumor dilata la lámina cortical, pero no es invasivo y quirúrgicamente es fácil de extraer.

El origen de este tumor es desconocido, aunque se han sugerido diversas posibilidades, entre ellas está la de que se origina a partir -- del preameloblasto.

El tumor odontogénico adenomatoide está bien encapsulado y muchas -- veces algo quístico. La pared del quiste exhibe frecuentemente grandes --

excrecencias murales de tejido tumoral. Otras partes del quiste tienen un revestimiento liso y al microscopio aparecen tapizadas de un epitelio de quiste folicular normal.

Microscópicamente, el tumor consta de estructuras en rosetas o conductos, redondas o deformadas, tapizadas con una capa única de células epiteliales cilíndricas. A medida que el tumor se diferencia morfológicamente, ocurre un ahuecamiento de las rosetas o aglomeraciones en forma de alveolos y las células cilíndricas, se hacen altas en tanto que - en la luz de estas estructuras se puede ver un material hialino que probablemente ha sido secretado por las células preameloblastiformes.

#### TUMOR ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE

Pindborg fué el primero que reconoció este tumor, puede ser invasivo y localmente recidivante, comportándose como un ameloblastoma. A medida que crece el tumor, dilata a las estructuras óseas circundantes y produce un evidente aumento de volumen. La intensidad de malignidad es variable, aproximadamente el 75% de los tumores tienen su origen en el maxilar inferior, con una mayoría en la zona premolar-molar. La mayoría de los tumores han sido encontrados asociados a un diente incluido.

El aspecto radiográfico ha sido generalmente una combinación de radiolucidez y radiopacidad con numerosas islas densas de diversos tamaños dispersas por todo el tumor.

La imagen microscópica es variable. En la mayoría de los casos, el tumor consiste en pequeñas láminas de células epiteliales grandes, poliédricas y claras separadas por un estroma de tejido conjuntivo.

Su tratamiento consiste al igual que el ameloblastoma en la resección

*ción quirúrgica del tumor.*

#### FIBROMA AMELOBLASTICO

El fibroma ameloblástico está caracterizado por una proliferación de elementos epiteliales y mesenquimatosos, probablemente tenga su origen en la vaina epitelial de Hertwig.

Este tumor puede producir una dilatación indolora, y lenta de las láminas corticales de la zona premolar-molar del maxilar superior o, -- con mucha más frecuencia en la mandíbula.

Radiográficamente es una lesión quística de contorno liso que no se diferencia de un ameloblastoma unilocular. En algunos es multilocular, puede estar asociado a dientes incluidos, pero no con tanta frecuencia como el tumor odontogénico adenomatoide, este tumor es enteramente benigno, puede dilatarse pero no invade tejidos adyacentes.

Su tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica dado que se obtienen buenos resultados y poca probabilidad de recidiva.

Microscópicamente, el fibroma ameloblástico está encapsulado y compuesto de gemas, cordones e islas de células epiteliales en un estroma de tejido conjuntivo mesenquimatoso.

#### FIBROSARCOMA AMELOGLASTICO

El fibrosarcoma ameloblástico es un tumor sumamente raro que está compuesto de filamentos de epitelio odontogénico en un estroma mesodérmica rica en células, las cuales exhiben los caracteres histológicos de un fibrosarcoma. Es la contraparte maligna del fibroma ameloblástico y posiblemente tiene su origen en esta lesión.

Es más frecuente en adultos jóvenes, y más en la mandíbula que en

el maxilar. En la mayoría de los pacientes con este tumor, la tumefacción fue precedida por dolor y esto es un criterio de diagnóstico importante por que diferencia a este tumor de la mayoría de los tumores odontogénicos.

Radiográficamente, muestra una extensa destrucción mal definida. - Varios de estos tumores han desarrollado repetidas recidivas después de la intervención quirúrgica y se han extendido localmente, provocando la muerte del paciente. No ha habido ningún caso con metástasis.

Microscópicamente, este tumor presenta un epitelio odontogénico de aspecto benigno. El componente mesodérmico es muy celular, consistiendo en células fusiformes y poliedricas con núcleos hipercrómicos que confirman el diagnóstico de fibrosarcoma. La actividad mitótica es intensa con frecuentes atipias mitóticas.

#### ODONTOMA

Este término ha sido utilizado para significar un tumor en el cual la inducción ha dado lugar al desarrollo de esmalte y dentina. Se conocen tres tipos: odontoma ameloblástico, odontoma complejo, y odontoma compuesto.

Odontoma ameloblástico. Este término lo usaremos para designar a un tumor en el cual existen estructuras dentales sólidas. Este tumor no es invasivo, el odontoma ameloblástico es poco frecuente.

Este tumor está caracterizado por la ocurrencia simultánea de ameloblastoma y de odontoma complejo o compuesto dentro del mismo tumor. - Probablemente represente el estadio de inducción en el cual la dentina-actuando sobre los ameloblastos ha inducido la formación de esmalte.

Este tumor aparece, salvo pocas excepciones en niños y es más frecuente en el maxilar, su crecimiento es lento y muchas veces está asociado con tumefacción del proceso alveolar. Radiográficamente aparecen zonas de destrucción quística y la cavidad contiene numerosos cuerpos pequeños de material radiopaco. Algunas veces se observa una masa mayor de tejido duro con localización central.

Microscópicamente existen tejidos diversos: epitelio ameloblastico retículo estrellado, matriz de esmalte, cemento y tejido pulpar.

Odontoma complejo. En el desarrollo del diente normal hay una degeneración de la lámina dental poco después de la formación de tejido duro y el odontoma complejo corresponde a este estadio de inducción, su morfodiferenciación es escasa y hay poca semejanza con el diente normal.

Los odontomas complejo y compuesto juntos son probablemente los tumores odontogénicos más frecuentes. No parece haber preferencia sexual.

El odontoma complejo no es maligno y suele permanecer bastante pequeño, aunque algunas veces es gigante, algunas veces el odontoma complejo se interpreta como una osteítis esclerosante. La cirugía conservadora da una curación completa.

Odontoma compuesto. El odontoma compuesto difiere del odontoma complejo porque tiene un elevado grado de diferenciación e histodiferenciación. El tumor se llama compuesto cuando las estructuras calcificadas exhiben suficiente semejanza anatómica con los dientes normales, aunque los dientes sean pequeños y deformados.

Aparecen entre la segunda y tercera década de la vida y ocurren en la región incisivocanina del maxilar superior, el tumor es pequeño y no

es maligno. Suele descubrirse durante un examen radiográfico dental, donde su aspecto es muchas veces bastante característico, consistiendo en una masa de pequeñas estructuras parecidas a los dientes, rodeada por una banda radiolúcida. Frecuentemente, estos tumores aparecen entre las raíces de los dientes anteriores deciduos, impidiendo la erupción de los dientes permanentes.

#### CEMENTOMA

Es probablemente una neoplasia verdadera de cementoblastos funcionales que forman una gran masa de cemento o tejido semejante a este en la raíz dental.

Se origina antes de la segunda década de la vida, suele ser una lesión solitaria y ataca preferentemente a premolares y molares inferiores, es de crecimiento lento y puede causar expansión de las tablas óseas, -- suele ser asintomático.

El aspecto radiográfico de la lesión depende de el estadio de la lesión. El primer estadio está caracterizado por una radiolucidez periapical continua con el ligamento periodontal y fijada al ápice del diente. puede quedar en este estadio o puede progresar hacia un estadio más avanzado.

Durante el segundo estadio, la lesión es en parte radiolúcida y en parte radiopaca. La calcificación puede iniciarse en el centro y puede haber un aumento de depósito de cemento en la raíz.

El tercer estadio se reconoce como una masa radiopaca regular de -- densidad uniforme rodeada por una delgada línea radiolúcida que representa al ligamento periodontal y que lo separa del ápice del diente.

## CAPITULO 2

## TUMORES OSTIOGENICOS

Las neoplasias que se originan a partir de los huesos maxilares se clasifican como osteomas, fibro-osteomas, mixomas, sarcomas, tumor de Ewing y el tumor de células gigantes central.

Los osteomas en los maxilares se presentan como zonas circunscritas de neoplasias óseas benignas. Los osteomas que provienen de la superficie interna de la tabla ósea se les denomina endostosis u osteomas centrales. Los tumores de esta clase se forman con tejido cortical denso que se extiende dentro del tejido esponjoso del maxilar. Quizá no necesiten tratamiento, a menos que aparezca dolor por la presión sobre las fibras nerviosas; o ulceración superficial de los tejidos suprayacentes.

Los neoplasmas óseos circunscritos que se desarrollan por fuera de las tablas corticales se llaman exostosis. Estas formaciones óseas benignas, son de crecimiento lento y aparecen en adultos jóvenes. Pueden ser consecutivas a traumatismos o irritaciones. Suelen presentarse en las inserciones musculares o en la unión de dos huesos, como en el caso del torus palatino. El torus mandibular puede ocurrir en la parte lingual de la mandíbula y en las regiones de los premolares y molares.

## OSTEOMA OSTEÓIDE

Es una neoplasia de tipo benigno que se encuentra preferentemente en huesos largos y lo definen como un foco pequeño, oval o redondo, que está compuesto de osteoide y trabéculas de hueso de nueva formación depositado dentro de un sustrato de tejido conjuntivo osteogénico muy vas

cularizado.

Este tumor aparece en la segunda década. El síntoma principal es el dolor, que suele ser bastante intenso y bien localizado. El dolor al principio es intermitente pero luego se hace constante e intenso. Una extirpación quirúrgica del tumor es el tratamiento de elección.

Radiográficamente la imagen del osteoma osteoide es muy característica y se presenta como una zona radiolúcida redonda u oval, rodeada -- por una zona de hueso esclerótico denso. Algunas veces existe calcificación de una porción del foco radiolucido.

#### OSTEOBLASTOMA BENIGNO

El osteoblastoma benigno tiene una localización central dentro de los huesos largos, vertebras y huesos planos. Raras veces tiene una localización periférica. Parece haber cierta predilección por los hombres.

El osteoblastoma benigno es de crecimiento rápido comparado con el osteoma osteoide y es menos doloroso y carece del halo de hueso esclerótico observado en el osteoma osteoide.

La imagen radiográfica del osteoblastoma benigno, suele estar compuesta por masas radiopacas bien circunscritas que carecen de foco central compacto como el observado en el osteoma osteoide.

El tamaño de estos tumores ha tenido un diámetro de 2 a 10 cm. El tejido es friable, granuloso y hemorrágico, variando su color entre rojo y marrón.

Histológicamente existen espículas de osteoide, algunas de las cuales están tapizadas por capas únicas de osteoblastos gruesos. Se observan osteoclastos adyacentes a los campos de matriz mineralizada.



## CONDROMA

Los condromas en los maxilares son tumores muy raros, el condroma proviene del cartilago fetal aberrante en regiones específicas como las sínfisis, las apófisis coronoides y los cartilagos alveolomalares y parasseptal de los maxilares. El condroma puede calcificarse y cesar de crecer en cuyo caso se les denomina osteocondromas.

Algunos osteocondromas pueden sufrir transformación maligna convirtiéndose en condrosarcomas.

El lugar más frecuente de localización en el maxilar superior es la cresta alveolar anterior o el paladar. Las protuberancias se extienden muchas veces hacia arriba dentro de los senos paranasales o hacia la base del cráneo. En la mandíbula, las localizaciones más frecuentes son la porción posterior de la misma y las regiones condílea y coronóide.

Si el tumor es más periférico aparece como una masa cubierta por mucosa, cuando tiene situación central puede haber destrucción y exfoliación de dientes, así como aumento de volumen de la lámina lingual o bucal. Los tumores en las regiones coronóide y condílea producen una masa ósea que da lugar a dolor al masticar y desvía el maxilar hacia el lado libre.

No existen imágenes radiográficas que sugieran el diagnóstico de tumor cartilaginoso preoperatoriamente. Los tumores centrales invasivos producen destrucción del hueso y resorción de las raíces de los dientes. Estos tumores suelen ser radiolúcidos.

La diferenciación histológica entre tumores cartilaginosos benignos

res y malignos no predice su comportamiento clínico y muchas veces no se aprecia su grado de malignidad. La existencia de células multinucleadas y un aumento en el tamaño de los núcleos son signos indicativos de un tumor maligno.

Como la diferenciación de casos benignos y malignos resulta en ocasiones difícil, el tratamiento debe ser en general bastante radical, es decir, con una extirpación quirúrgica en bloque llegando bastante más allá de los límites del tumor. Incluso los condromas benignos son localmente invasivos y este diagnóstico debe ser juzgado con reservas aplicando un tratamiento radical.

#### FIBROSARCOMA

El fibrosarcoma es un tumor fibroblástico primariamente maligno--- que no exhibe tendencia a la formación de osteoide o a formar metastasis, su origen es desconocido siendo bastante raro encontrarlo en los huesos maxilares.

Clínicamente se encuentra una masa dura y dolorosa, sensible a la palpación y puede estar cubierta por mucosa o ulcerada. Suele haber fijación e inmovilización. Ha habido parestesia en un tercio de los casos. Al parecer se localiza más a menudo en el maxilar inferior que en el superior y la mayoría de los pacientes tienen una edad que oscila entre los 20 y 50 años.

No existe ningún signo radiográfico específico que diferencie al fibrosarcoma de otros tumores maxilares. En algunos casos hay destrucción del hueso y resorción de las raíces dentarias, pero también puede haber grandes tumores con poco o ningún cambio radiográfico.

El aspecto patológico de estos tumores es muy variable, desde blando y fluctuante hasta duro. Las células malignas fusiformes con núcleos largos están casi siempre dispuestas en forma ordenada. En los ejemplares más anaplásicos se pierde esta disposición celular ordenada y los núcleos son irregulares con numerosas imágenes mitóticas.

Este tumor es radioresistente. La recidiva local es bastante frecuente, sobre todo en una extirpación quirúrgica limitada.

#### CONDROSARCOMA

Los tumores cartilaginosos en los maxilares son muy raros, y la mayoría de los autores consideran que son transformaciones malignas de un tumor previamente benigno.

Generalmente se nota al examen clínico una masa o tumefacción cubierta por mucosa. Los tumores de localización central dilatan el paladar y la lámina ósea vestibular.

A menudo se debe a un cambio maligno de un condroma previamente benigno. La recidiva local del tumor puede seguir a una extirpación insuficiente. La propagación metastásica no es común, pero si existe suele ser en los pulmones. Es necesario un control posterior prolongado para poder evaluar con precisión los resultados del tratamiento. La ausencia de síntomas subjetivos tempranos permiten el desarrollo de la enfermedad.

Radiográficamente se evidencia destrucción ósea así como densidades moteadas debidas a la calcificación. El tumor es radiolucido con perfil bastante indefinido que denota actividad en la periferia de la neoplasia.

Macroscópicamente los tumores están formados por cartílago o fibro cartílago. Los criterios microscópicos de la malignidad consisten en la presencia de numerosas células con núcleos gruesos e irregulares y especialmente células multinucleadas y aumento del tamaño nuclear u cromatina condensada. Generalmente hay matriz mixomatosa mal organizada.

El sarcoma osteogénico y fibrosarcoma, así como la displasia fibrosa y tumores y quistes odontogénicos deben ser tenidos en cuenta para el diagnóstico diferencial.

#### SARCOMA OSTEOGENICO

Los sarcomas osteogénicos están derivados de células primitivas -- productoras de hueso, estos tumores tienen un alto grado de malignidad; su aparición es raro y suelen presentarse en niños durante los períodos de crecimiento activo.

Se conocen tres tipos generales:

1. Sarcomas osteolíticos, que se acompañan de considerable destrucción ósea, células tumorales inmaduras y escasa formación de hueso nuevo.

2. Sarcomas osteoblásticos, que producen hueso nuevo en abundancia con signos de pequeñas áreas de actividad tumoral diseminadas en el hueso.

3. Sarcomas telangiectásicos, que son muy vascularizados, se desarrollan más rápidamente e invaden tejidos blandos vecinos.

Aproximadamente el 6.5% de todos los osteosarcomas tienen su origen en los maxilares, clínicamente aparece como una masa o tumefacción difusa y de consistencia dura, en los casos reportados rara vez existía

ulceración. El dolor e inflamación son síntomas importantes cuando el tumor maxilar invade el antro.

Radiográficamente, Presentan una imagen de resplandor solar radiante del hueso neoplásico. En la mayoría de los tumores del maxilar inferior se encuentran zonas de destrucción sin aumento de densidad o con el, en los del maxilar superior puede haber un proceso osteolítico e, al contrario el tumor puede ser más radiopaco, dependiendo del tipo de sarcoma que se trate. Cuando hay una lesión antral se observa una nebulosidad del seno.

Al examen macroscópico, los tumores varían entre blandos y granulados hasta densamente escleróticos. Hay destrucción del hueso y se extiende más allá de los límites normales del hueso. Algunos de los tumores son principalmente fibrosos o cartilagosos y a veces hay espículas radiantes de hueso neoplásico extraóseo.

En caso de recidiva, esta es local en la mayoría de los casos. Las metástasis a distancia no son frecuentes. Las sarcomas osteogénicos de la mandíbula tienen mejor pronóstico que los del maxilar.

Tiene gran importancia para el tratamiento de estos tumores una extirpación amplia y radical.

Las metástasis linfáticas son raras y no está indicada una disección profiláctica de los ganglios regionales, la irradiación influye poco o nada en el crecimiento de este tumor.

#### TUMOR DE EWING

El tumor de Ewing es un tumor maligno primario que tiene su origen en la medula ósea. Aunque aparece a cualquier edad es más frecuente en

la segunda década de la vida. Es más frecuente encontrarlo en varones que en hembras. Aunque se localiza en cualquier hueso, la mayoría de los tumores están situados en huesos largos y en el cinturón pelviano. El hueso suele ser doloroso, sensible a la palpación e hinchado, y a menudo existe sensación de calor en la región correspondiente, las metástasis son frecuentes, sobre todo en otros huesos y también en los ganglios linfáticos y pulmones. La frecuencia de metástasis lejanas ha sugerido un posible origen multicéntrico.

El maxilar inferior se afecta con más frecuencia que el maxilar superior, aunque la localización en los maxilares como tumor primario es muy rara. El síntoma principal es el dolor que frecuentemente está asociado con una tumefacción de rápido desarrollo. Cuando el tumor atraviesa la cortical del proceso alveolar se produce una tumefacción de los tejidos blandos y puede estar presente la ulceración. Los tumores en el maxilar superior tienden a comprimir el seno maxilar y se ha registrado anestesia del labio y mentón en un paciente con un tumor en la mandíbula.

Las radiografías muestran destrucción del hueso y un aspecto semejante al de la osteomielitis. La dilatación de la corteza y formación subsiguiente de nuevo hueso subperióstico puede resultar en una imagen de "piel de cebolla" con espículas verticales.

Macroscópicamente, el tejido neoplásico es celular y blando. Tiene color gris, blanco o gris rojo y son frecuentemente las zonas de necrosis y hemorragia que dan a su superficie un aspecto centellante.

Microscópicamente, el tumor está formado de hojas o cordones de el

tulas estrechamente aglomeradas con citoplasma difuso y núcleos redondos así como, cromatina esparcida. Pueden sobresalir nucléolos. En su conjunto los núcleos tienen un aspecto obscuro ahumado.

El tumor de Ewing tiene un pronóstico muy desfavorable.

## CAPITULO 3

## TUMORES ORALES EPITELIALES

El estudio de los tumores originados en el epitelio superficial de la cavidad oral constituye una fase importante para el cirujano dentista ya que de ello dependerá su temprano y correcto diagnóstico y tratamiento de estas lesiones.

Muchas de las lesiones benignas que son incluidas en el presente capítulo, no son auténticos tumores pero los consideraremos así por presentarse clínica y microscópicamente como neoformaciones a consecuencia de una multiplicación de células epiteliales superficiales, tampoco la leucoplasia oral constituye propiamente, una neoplasia en el sentido habitual de la palabra, pero su relación posible con el carcinoma de la boca nos lleva a su presentación en este trabajo.

## PAPILOMA

El papiloma constituye un tumor benigno bien definido del epitelio superficial. Pueden ser pedunculados o sésiles, los papilomas son generalmente pequeños y con frecuencia el paciente desconoce su existencia. Algunos autores consideran que es la tumoración más frecuente del paladar blando y la úvula.

La etiología del papiloma oral es desconocida. El tumor se origina con frecuencia a partir de una mucosa de aspecto completamente normal, faltando a menudo antecedentes de traumatismo, infecciones u otras posibles causas locales.

Clínicamente los papilomas se presentan como neoformaciones exofíticas de aspecto de coliflor, cuyo origen suele estar en un pedículo de



pequeño tamaño. Algunos han sido descritos como originándose de una base amplia, si bien el examen microscópico de tales lesiones suele demostrar la existencia de las características propias de las verrugas vulgares. Este hecho subraya la relación que existe entre ambas lesiones y sugiere que la separación entre ambas no tiene por qué existir.

El color del papiloma oral varía según su localización. Las lesiones originadas en un epitelio no queratinizado como el piso de la boca o el paladar blando, tendrán el mismo color de los tejidos circundantes. Por su parte los papilomas del paladar duro, encías, lengua y labios -- suelen estar cubiertos de queratina o paraqueratina y tienen una coloración blanca.

Es frecuente que los clínicos confundan el papiloma con otras lesiones localizadas benignas, utilizando a menudo el término para designar cualquier crecimiento elevado de partes blandas. Sin embargo, una cuidadosa exploración clínica conduce habitualmente al diagnóstico correcto. El auténtico papiloma es una neoformación pedunculada con una superficie arrugada de aspecto de coliflor.

En el síndrome de hipoplasia dérmica focal, pueden observarse múltiples papilomas en los labios y cavidad oral.

Microscópicamente el papiloma oral típico presenta un patrón complejo de múltiples prolongaciones digitales de epitelio estratificado y escamoso alrededor de un núcleo central de tejido conjuntivo vascular.

El pronóstico es excelente y sólo en casos excepcionales la lesión recidiva después de su extirpación, no existen pruebas para afirmar que el papiloma oral pueda evolucionar a un carcinoma.

Conocida además como, hiperplasia papilar inflamatoria, papilomas múltiples del paladar y papilomatosis. Esta lesión se limita al paladar duro de los enfermos portadores de una dentadura mal ajustada, si bien existen excepciones a esta norma.

*Etiología.* Se sugiere como principal agente causal a la irritación local causada por el roce constante de una dentadura mal ajustada, además de la colocación defectuosa de la misma por parte del paciente.

La hiperplasia papilar suele limitarse a la bóveda del paladar duro, observándose con frecuencia un contorno bien definido en la mucosa con respecto a la zona de relieve de la prótesis dental. Alteraciones parecidas se observan en el paladar de los pacientes que han utilizado durante largo tiempo prótesis parciales.

La hiperplasia papilar suele ser una lesión asintomática, si bien algunos pacientes se quejan de molestias leves. El roce puede dar lugar a pequeñas hemorragias y clínicamente, la lesión aparece más enrojecida que el tejido circundante. La zona afectada contiene numerosas elevaciones polípidas, y nódulos que forman una zona como una placa. Los pólipos se aprecian mejor dirigiendo aire comprimido hacia la lesión.

Microscópicamente, la hiperplasia papilar muestra prolongaciones polípidas múltiples del epitelio que se originan en una amplia base y rodean un núcleo de tejido conjuntivo inflamado. Muchas de las lesiones revelan una notable hiperplasia epitelial con largas y tortuosas prolongaciones de los surcos hacia el tejido conjuntivo subyacente.

El pronóstico de esta lesión es dudoso, debido a que su potencial premaligno no está plenamente establecido.

*La hiperplasia papilar es un padecimiento relativamente frecuente-  
y a menudo no es sometida a tratamiento.*

## CARCINOMA

El carcinoma epidermoide es la lesión maligna más frecuente y de mayor importancia en la región oral y representa más del 90% de todos los cánceres orales. Dado que estas lesiones son de origen epitelial es decir, originados en la mucosa de revestimiento, el diagnóstico precoz en una fase curable debe conseguirse en un número razonable de enfermos.

El carcinoma de la boca supone un porcentaje apreciable de toda la problemática cáncerosa del organismo humano. Los cálculos sobre su frecuencia total señalan que los carcinomas orales constituyen entre el 5% y 40% de todos los cánceres en diversas localizaciones.

*Etiología.* La etiología del carcinoma epidermoide de la cavidad oral, al igual que las demás formas de cáncer, es aún desconocida. Se ha sugerido que el carcinoma oral se acompaña de una variedad de estímulos, tanto de origen intrínseco como de origen extrínseco.

Actualmente ha surgido el concepto de la cocarcinogénesis y la cocarcinogénesis que supone una ampliación de la carcinogénesis a cargo de agentes que, por sí mismos, no son carcinogénicos. Algunos autores sostienen que la carcinogénesis implica dos fases separadas: período de iniciación y proceso de promoción. En el período de iniciación, algunas células normales se convierten, en un tiempo corto y por acción de un carcinógeno, en células tumorales latentes. Durante el período de promoción, las células tumorales latentes son estimuladas al crecimiento hasta convertirse en tumoraciones visibles tras largos períodos de tiempo y mediante la acción repetida de agentes no carcinogénicos. Esta acción por agentes no carcinógenos ha sido denominada acción cocarcinoge-

## nética

El papel del tabaco como agente etiológico merece especial atención ya que existen bastantes pruebas para que pueda considerarse responsable en la producción del carcinoma oral. Varios estudios han demostrado que los fumadores empedernidos tienen un riesgo considerablemente mayor que los no fumadores para la aparición del carcinoma oral, otros factores extrínsecos son la luz solar ( en el cáncer labial ) y diversos estímulos aún desconocidos, entre los factores intrínsecos existen algunos altamente sospechosos tales como el alcoholismo, déficit vitamínicos de hierro y sífilis.

La importancia de los traumatismos mecánicos por dientes agudos o rugosos, dentaduras mal ajustadas, restauraciones que sobresalen, etc. En la etiología del carcinoma oral, es difícil de valorar desde una base científica, no es raro que el carcinoma de la lengua, mucosa bucal y labios esté localizado en relación con un diente y cresta alveolar fragmentados, en tanto que el carcinoma del surco vestibular puede asociarse a las aletas de las dentaduras. La gran frecuencia de estos mismos factores irritantes entre la población general, hace que, a pesar de todo, su papel resulte difícil de valorar.

La mayoría de las autoridades en el campo de la carcinogénesis experimental tienden a descartar el papel de los traumatismos puramente mecánicos en la etiología del cáncer. Sin embargo, vale la pena tener en cuenta el efecto de un traumatismo mecánico sobre una mucosa ya condicionada por el tabaco, alcohol, déficit vitamínicos, etc.

A este respecto puede resultar significativa la observación de que

el cáncer nunca se asienta en una boca lúmpia. Aunque en cierto número de pacientes con cáncer oral carecen de dientes y gozan de bocas lúmpias en el momento de diagnosticarles el cáncer, lo que ocurre es que por lo general estos individuos perdieron sus dientes a causa de una estosis oral muy avanzada y procesos periodontales.

Hay una asociación establecida entre el carcinoma oral y el síndrome de Plummer-Vinson. Este síndrome suele incidir especialmente en mujeres y se caracteriza por una piel facial lisa y tensa, boca estrecha, lengua lisa, anemia, disfagia y posibilidad de pérdida de todas las piezas dentarias. Se considera que el déficit crónico de hierro es una causa primordial en la aparición de este síndrome, las alteraciones atrofícas mucosas resultantes parecen predisponer al cáncer.

El aspecto clínico del carcinoma epidermoide oral presenta variaciones. La lesión inicial puede adoptar un aspecto inocente, manifestándose solamente como una zona aplanada de mucosa eritematosa, o ligeramente rugosa, o bien como una placa blanca o incluso como una masa polípoide con ulceración superficial o sin ella. Al ir evolucionando clínicamente, los carcinomas orales muestran tendencia a adoptar uno de estos tres tipos de crecimiento: exofítico, ulcerado y verrugoso.

La lesión exofítica se reconoce como una masa elevada de base amplia y superficie algo nodular. La palpación descubre induración en la base y bordes. A medida que el tumor crece aparece generalmente necrosis ulcerándose por su porción central.

El carcinoma ulcerado se presenta como un defecto crateriforme de bordes encorvados y elevados. Este tipo de carcinoma tiende a invadir -

profundamente los tejidos profundos con más facilidad que el tipo exofítico.

El carcinoma verrugoso se caracteriza por un crecimiento papilar - excesivo y acentuado, de múltiples pliegues extensivos. No es frecuente la ulceración excepto en las grietas existentes entre los pliegues papilares.

Microscópicamente, el carcinoma epidermoide se caracteriza por masas, islotes o cordones irregulares de células escamosas que proliferan hacia abajo, invadiendo el tejido conjuntivo subyacente. Existe una gran variación microscópica según el grado de diferenciación de las células tumorales y el tipo de crecimiento, que en algunos tumores puede semejar muy de cerca la diferenciación observada en el epitelio escamoso normal, mientras que otras veces se aprecia una diferenciación acentuada ( anaplasia ).

Las células del carcinoma epidermoide bien diferenciado apenas varían respecto al epitelio escamoso normal y tienden a reduplicar los cambios sufridos en el desarrollo por el epitelio escamoso normal. La actividad mitótica en el carcinoma bien diferenciado es mínima y las imágenes de división que se observan son normales.

Los carcinomas con un grado de diferenciación moderado presentan un patrón histológico más notable con respecto a su variación. Se aprecia en este caso un cambio en el tamaño de las células, del de sus núcleos y una variación en las reacciones de tinción. La actividad mitótica es, más acentuada, observándose tanto formas normales como anormales.

El carcinoma escasamente diferenciado muestra escasa o nula tendencia a la queratinización, con ausencia de puentes intercelulares. Las células tumorales pueden exhibir notables variaciones de tamaño, en cuanto a la actividad mitótica, es considerable, pudiendo encontrar imágenes de división tripolar o de otros tipos anormales.

Puede lograrse la agrupación clínica de los carcinomas en la cavidad bucal haciendo un examen cuidadoso del área local y regional antes de realizar la biopsia. La palpación cuidadosa del tumor y los tejidos periféricos y las palpaciones bilaterales de los ganglios linfáticos regionales, proporcionan importante información. Los síntomas subjetivos de dolor local o irradiado, trismus del maxilar, fijación de la musculatura local y parestesia, son ayuda para clasificar clínicamente la enfermedad neoplásica.

Broders implantó un sistema para la clasificación de los tumores malignos según el grado de malignidad, este sistema se basa en el grado de diferenciación del tumor y utiliza la gradación del I al IV. En el carcinoma de grado I, del 75 al 100% de las células están diferenciadas, mientras las que no están diferenciadas pueden oscilar entre el 0 y 25%; en el grado II, la proporción de células diferenciadas es de 50 a 75%; en el grado III, la proporción de células diferenciadas es del 25 al 50%; y en el grado IV del 0 al 25% están diferenciadas y del 75 al 100% son células indiferenciadas.

Para la designación de los tumores orales se sugiere la siguiente clasificación:



**Estadio 1**

El tumor primario está limitado a su lugar de origen en la cavidad oral sin metástasis ganglionares palpables.

**Estadio 2**

El tumor se ha extendido más allá de su lugar de origen alcanzando las zonas vecinas, pero todavía está limitado a la cavidad oral sin metástasis ganglionares palpables.

**Estadio 3**

El tumor primario es parecido al de los estadios 1 e 2 pero con metástasis ganglionares cervicales clínicamente palpables no fijas.

**Estadio 4**

El tumor se ha extendido ya más allá de la cavidad oral con metástasis ganglionares cervicales fijas, clínicamente palpables, o bien es un tumor en los estadios 1, 2, o 3 con metástasis a distancia.

Los carcinomas epidermoides de la cavidad oral metástizan por vía linfática englobando los ganglios regionales.

Denotx introduce los tres elementos de la enfermedad maligna: tamaño, nodulos y metástasis, de esta manera finca las bases de la clasificación T.N.M. La T puede proyectarse para designar tamaños de tumor de la manera siguiente: T1 indica un carcinoma in situ

T2 indica un tumor de 2cm o menos

T3 indica un tumor de 2 a 4cm de diámetro

T4 indica un tumor de 4cm o más de diámetro

La N se usa para indicar la presencia de nodulos ( metástasis regional ).

N1 nódulo pequeño y móvil

N2 nódulo presente en el lado contrario al tumor  
( contralateral )

N3 nódulo grande y no móvil

La M designa la metástasis distante.

#### CARCINOMA IN SITU

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

Los factores etiológicos relacionados con el carcinoma *in situ* son desconocidos. Indudablemente se trata de los mismos que operan en el -- carcinoma invasor.

El aspecto clínico del carcinoma *in situ* es variable y muchas veces las alteraciones encontradas son mínimas. La zona afectada puede aparecer como una ligera elevación, o ser plana o incluso deprimida. La superficie tiende más bien a adoptar un aspecto granuloso o aterciopelado. Otras veces, el carcinoma *in situ* adopta la forma de manchas brillantes atróficas, de un color rojo más intenso que el de la mucosa circundante.

Entre los criterios requeridos por los anatomopatólogos para diagnosticar un carcinoma *in situ* está la desorganización de las células en todas las capas de la epidermis. Pueden observarse variaciones extremas en cuanto al tamaño y la forma de las células, que a menudo son hiper-- cromáticas con grandes núcleos. La actividad mitótica es notable, y se observan imágenes de división celular anormales.

Aunque el pronóstico del carcinoma *in situ* localizado, sea relativamente bueno, el paciente debe ser considerado como de riesgo elevado y vigilado de cerca.

Es lógico pensar que la mayoría de los carcinomas orales *in situ* no sometidos a tratamiento, se convertirán a la larga en carcinomas invasores.

#### CARCINOMA DEL LABIO

El carcinoma del labio es una lesión frecuente y supone el 25% de todos los carcinomas de la región oral, siendo más frecuente en el labio inferior.

El carcinoma del labio muestra una notable preferencia por el sexo masculino, este carcinoma puede incidir en personas de edades muy diversas. Existe una relación del carcinoma labial con prolongadas exposiciones a la luz solar.

El carcinoma labial suele asentar la mayoría de las veces en el borde del labio inferior por fuera de la línea de contacto con el labio superior. Su lugar de origen está casi siempre en un punto situado a media distancia entre la línea media y la comisura.

El carcinoma labial inicial suele presentarse como una zona blanca engrosada y localizada que puede estar recubierta, en parte, por una costra. Muchos de los pacientes con carcinoma labial exhiben, además, una leucoplasia generalizada de todo el borde labial, la mucosa está a menudo seca, atrófica y con numerosas grietas y fisuras. Mientras el tumor evoluciona sigue uno de los tres patrones siguientes: exofítico, ulcerado o verrugoso.

El carcinoma labial tiende a mostrar una evolución clínica indolora, con una tendencia más acentuada a la extensión lineal lateral que a la invasión en profundidad. Cuando las lesiones son de evolución prolongada, sin embargo, puede haber una considerable invasión de la musculatura del labio, piel de la cara y mandíbula.

Las metástasis del carcinoma labial no se producen tan precozmente como en los carcinomas epidermoides. La frecuencia señalada en las diversas publicaciones sobre la existencia de metástasis en el momento -- del diagnóstico y tratamientos iniciales, varía según los distintos centros. Los ganglios submaxilares son la principal localización de las metástasis.

Los carcinomas que afectan las comisuras tienen más probabilidades de dar metástasis que los ubicados en el labio propiamente dicho.

El carcinoma labial es bastante desfavorable con respecto a su pronóstico y los resultados obtenidos son alentadores aún en casos avanzados.

#### CARCINOMA DE LENGUA

El carcinoma lingual es un tumor maligno común e importante, en -- contraste con el carcinoma labial, el cáncer lingual es una enfermedad -- altamente mortal y el pronóstico es muy pobre. El cirujano dentista desempeña un papel importantísimo en la detección del cáncer lingual precoz y, en consecuencia, acaso curable. En esta fase, la lesión suele -- ser totalmente asintomática, pero una exploración cuidadosa de la lengua permite descubrir la presencia del cáncer en la fase inicial.

El carcinoma de lengua es una enfermedad que tiene tendencia por --

el sexo masculino, apareciendo en los últimos años de la edad adulta entre los 60 y 90 años de edad. Aunque se presenta en forma ocasional en jóvenes.

Los síntomas, las características clínicas y la evolución del carcinoma lingual, varían considerablemente según su localización.

El carcinoma lingual suele localizarse la mayoría de las veces en el borde lateral del tercio medio.

Una masa, a menudo 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. También la afección del nervio glossofaríngeo puede provocar dolor-referido a los oídos. La disfagia o la presencia de un abultamiento en el cuello es un síntoma indicativo en un determinado número de pacientes.

El carcinoma lingual inicial que afecta los dos tercios anteriores suele aparecer como una zona de engrosamiento, localizada o 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 una 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. Tal cuestión nos lleva a pensar en la disección profiláctica sistemática del cuello. El carcinoma lingual tiene un pronóstico grave.

#### CARCINOMA DE PISO DE BOCA

El piso de la boca es una de las principales localizaciones de los carcinomas orales.

Clínicamente 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 la vida.

La lesión carcinomatosa: inicial de piso de boca consiste en una lesión de aspecto inofensivo, como 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.

Los síntomas son, 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.

El carcinoma epidermoide del piso de boca suele ser una neoplasia moderadamente diferenciada. Las metástasis son frecuentes, aunque no se

Presentan en fase temprana. Por otra parte, dado que el tumor suele originarse cerca de la línea media, pueden producirse metástasis bilaterales o contralaterales, siendo la diseminación bilateral más frecuente en el carcinoma de piso de boca que en el de la lengua.

#### CARCINOMA DE ENCIA Y MUCOSA ALVEOLAR

El carcinoma de la mucosa alveolar suele observarse en pacientes de más de 60 años de edad y con frecuencia de cuatro a cinco veces superior en hombres que en mujeres.

El carcinoma parece incidir en la mucosa alveolar de la mandíbula con una frecuencia dos o tres veces más elevada que en el maxilar superior.

Los carcinomas alveolares acostumbra ir asociados a zonas leucoplásicas y, con frecuencia parecen originarse de ellas.

En su fase avanzada aparece muchas veces como una masa exofítica con una ulceración central, los bordes de la úlcera están elevados. Una de las características del carcinoma gingival es la que muestra un aspecto verrugoso.

Clínicamente el carcinoma gingival se presenta como una masa proliferativa sin ulceración aparente, puede confundirse con una hiperplasia gingival. La invasión del hueso alveolar provoca la pérdida de los dientes adyacentes. La invasión del hueso se produce en un porcentaje elevado de los carcinomas del surco alveolar. Radiográficamente se observa una destrucción lítica e irregular de hueso.

Los carcinomas gingivales acostumbra ser de los tipos bien diferenciados. Su estrecha relación con el hueso hace que la invasión ósea

sea un hecho frecuente. Las metástasis del cáncer gingival, tanto del maxilar como de la mandíbula, asienta fundamentándose en los ganglios submaxilares. El pronóstico del carcinoma gingival es algo mejor que el del carcinoma de lengua y aproximadamente el mismo que el del carcinoma de piso de boca.

#### CARCINOMA DE LA MUCOSA BUCAL

El carcinoma inicial de la mucosa bucal puede presentarse clínicamente como una zona de leucoplasia, una placa irregular de mucosa eritematosa o un crecimiento papilar con una superficie rugosa de color blanco o rosado.

Los carcinomas plenamente desarrollados de la mucosa bucal pertenecen a uno de los tipos de crecimiento antes mencionados.

La mayor parte de los carcinomas epidemoides de la mucosa bucal son tumores con una diferenciación de moderada a intensa, sobre todo aquellos que pertenecen al tipo exofítico. En cambio, los carcinomas epídemoides anaplásicos son menos frecuentes.

Las metástasis procedentes de la mucosa bucal suelen encontrarse en los ganglios linfáticos submaxilares o bien en los ganglios cervicales profundos. El pronóstico del carcinoma de la mucosa bucal guarda relación con el tamaño, grado histológico u localización del tumor.

#### CARCINOMA DE SENO MAXILAR

El carcinoma de seno maxilar no constituye una de las formas más frecuentes; a pesar de todo, la aparición de signos y síntomas orales subrayan su significación, puesto que los síntomas de presentación involucran a menudo un proceso dental.



*Etiología.* Se ha sugerido que la sinusitis maxilar crónica tal vez sea factor predisponente, aunque las pruebas a este respecto son escasas.

Se presenta después de la quinta década de vida, la mayoría de los carcinomas antrales permanecen asintomáticos durante largos períodos de tiempo, los síntomas se hacen aparentes cuando el tumor invade las paredes óseas circundantes.

Los carcinomas del seno se hacen notorios por la tumefacción de la mejilla o alrededor del ojo, también la obstrucción nasal constituye otra de las manifestaciones. El carcinoma puede invadir la segunda división del quinto par craneal originando dolor en los dientes superiores o pariestesia y anestesia en la piel y mucosa. La invasión del piso del seno provoca la destrucción del hueso alveolar, invadiendo el ligamento paradontal y dando lugar a la caída de piezas dentarias.

Los datos radiográficos iniciales en el carcinoma antral consisten únicamente en un velado inespecífico del seno, que no puede ser diferenciado del que se observa en la sinusitis maxilar. En las lesiones más avanzadas aparece la destrucción de una o más paredes óseas, dato altamente sugestivo de la malignidad.

Los carcinomas antrales tienden a ser relativamente indiferenciados aunque en alguna ocasión se observan tumores queratinizantes de una elevada diferenciación.

La localización del tumor dentro del antro tiene considerable influencia en cuanto al pronóstico. Los que se originan en las paredes superiores, interna o posterior tienen peor pronóstico debido a su tenden-

cía a invadir lugares inaccesibles.

## MELANOMA

Los melanomas suponen, el 2% de todos los cánceres sufridos por el hombre, se considera cómo relativamente raro, aunque esto es discutible.

El melanoma maligno se origina a partir de los melanocitos de la epidermis, los cuales pueden encontrarse en la piel normal, en las pecas o en los componentes epidérmicos de un nevo pigmentado benigno.

Los melanomas orales muestran una notable predilección por la mucosa alveolar del maxilar y el peñador duro y blando. Estos tumores aparecen con mayor incidencia en la sexta década de la vida.

Estos tumores aparecen cómo una masa elevada de color marrón o azulado; su ulceración y malignización es bastante común y parece producirse en fases precoces de los melanomas orales.

Los rasgos microscópicos del melanoma maligno pueden describirse bajo los siguientes epígrafes: melanoma superficial maligno, nevo transicional premaligno, melanoma invasivo maligno plenamente desarrollado. No existe una clara separación entre la lesión premaligna y la fase superficial de el melanoma. La identificación microscópica del melanoma maligno raras veces llega a constituir un problema, pero la interpretación de las lesiones que cabalgan ponen a prueba la habilidad y experiencia del anatomopatólogo.

El pronóstico del melanoma suele ser bastante desfavorable, los melanomas se caracterizan por una evolución imprevisible y por su tendencia a la diseminación extensa. El camino seguido para la metástasis suele iniciarse por los ganglios linfáticos regionales, son frecuentes las

*metástasis a distancia en los pulmones, hígado, corazón, cerebro y huesos.*

*El tratamiento habitual para el melanoma consiste en la escisión - quirúrgica con disección en bloque de los ganglios linfáticos regionales.*

## CAPITULO 4

## TUMORES ORALES DE ORIGEN MESENQUIMATOSO

## HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA

Las alteraciones que con mayor frecuencia se observan en la mucosa oral la constituyen masas compuestas de tejido conjuntivo fibroso, altamente colagenizado. Para describirlas se han utilizado diversos términos tales como: fibroma, mixofibroma, lesión fibroepitelial, lipofibroma, fibroma osificante y tumor por lesión de la dentadura.

Gran parte de estas lesiones presentan una sobreproducción de colágeno y una alteración de su recambio, no se les considera como verdaderas neoplasias. Las que aparecen en los encías han sido llamadas también epulis fibroso.

La hiperplasia fibrosa inflamatoria puede hallarse en cualquier parte de la boca, pero su localización más frecuente es la mucosa bucal y labio inferior así como en la lengua y otros lugares fácilmente traumatizables. Estas formaciones pueden ser pedunculadas, ampliamente sessiles, hiperqueratinizadas, duras, blandas y ulceradas. Es frecuente que una inflamación secundaria altere el aspecto superficial y la sintomatología.

Microscópicamente se observan fascículos colágenos densos y entrelazados y separados en ocasiones por núcleos fibroblásticos, pequeños canales vasculares y un número variable de células inflamatorias crónicas, su vascularización suele ser ligera. La calcificación y la ossificación se han atribuido ocasionalmente a restos óseos o fragmentos dentarios en el seno de los tejidos afectados, y tienen relación con su etiología.

## FIBROMATOSIS GINGIVAL

El aumento de tamaño de las encías tanto de la mandíbula como del maxilar, han sido descritos en diversas situaciones clínicas. Su característica histológica predominante, el tejido conjuntivo fibroso colágeno, es casi idéntica a la hiperplasia inflamatoria fibrosa.

Las fibromatosis pueden clasificarse de la siguiente manera:

1. Fibromatosis gingival generalizada
  - a) Tipo hereditario
  - b) Tipo con influencia farmacológica
  - c) Tipo idiopático
2. Fibromatosis gingival localizada
  - a) Tipo hereditario
  - b) Tipo idiopático

Fibromatosis gingival generalizada. Llamada también elefantiasis gingival, se carece de información acerca de su etiología pero sin embargo se han podido observar algunos tipos diferenciados.

Fibromatosis gingival hereditaria. Esta fibromatosis ha sido observada y documentada con cierta frecuencia, transmitiéndose como un rasgo autosómico dominante. La fibromatosis gingival hereditaria, con influencia farmacológica, es también conocida con el nombre de gingivitis por dilantin, es un rasgo casi constante en los pacientes con antecedentes de tratamiento anticonvulsivo. Es probable que el dilantin ( difenilhidantoina sódica ) ejerza influencia tanto sobre la formación como sobre la estabilidad del colágeno localizado en las encías.

Fibromatosis gingival generalizada idiopática. En esta no existen-

antecedentes de tratamiento con dilantín ni signos de transmisión genética, se han podido comprobar la existencia de procesos clínicos y microscópicamente similares a la fibromatosis gingival generalizada hereditaria y a la influida farmacológicamente.

Dentro de la fibromatosis gingival generalizada, ya sea de tipo hereditario, influido por fármacos o idiopático, existen variaciones tanto del patrón clínico como de su magnitud. La enfermedad se desarrolla a menudo, con rapidez, afectando a las papilas interdentarias, y la proliferación es a veces tan extensa que provoca la separación de los dientes o, en situaciones extremas, que recubre completamente las superficies dentarias. El color de estos tejidos es el mismo que el de los tejidos mucosos normales o de un rojo más profundo.

Microscópicamente, los cortes practicados revelan la existencia de fascículos entrelazados y prominentes de colágeno, separados por pequeños canales vasculares, células inflamatorias y núcleos fibroblásticos. En ocasiones se ha observado una acantosis delicada y filamentosa del epitelio escamoso estratificado colocado por encima de las porciones inferiores de colágeno.

#### FIBROMA Y FIBROSARCOMA

Estos constituyen un grupo de neoformaciones mesenquimatosas que se originan en los fibroblastos del tejido conjuntivo oral, de la cabeza y cuello. Tanto los fibromas como los fibrosarcomas son formaciones neoplásicas monocelulares, tanto por su origen como su histología. Resulta difícil formular los conocimientos acerca de estos procesos debido al poco número de casos reportados.

**Fibromas.** Se presentan como masas indoloras sin características -- distintivas que permitan un diagnóstico clínico. La falta de ulceración o necrosis, su crecimiento lento y, cuando están en disposición más profunda, la pseudocapsulación o la delimitación de los tejidos circundantes, son otras características previsibles. Suele localizarse en las encías, lengua, mucosa bucal y piso de boca, relacionándose a veces con antecedentes traumáticos.

Los fibromas orales son bastante raros, en ocasiones aisladas se encuentran masas orales con una histología monocelular fibroblástica, pero para que puedan ser consideradas como fibromas, los núcleos de las células de estos tumores deben conservar un carácter fibroblástico y no poseer figuras mitóticas. Si se demuestra la presencia de colágeno y fibras de reticulina, cabe suponer que el grado de diferenciación es avanzado.

**Fibrosarcoma.** La incidencia de los fibrosarcomas en los tejidos -- blandos orales es poco frecuente, pero sin embargo el fibrosarcoma es -- la tumoración maligna más frecuentemente encontrada y comprobada en el tejido conjuntivo, un dato importante es que un 10% de las neoformaciones malignas del mesenquima han sido fibrosarcomas de cabeza y cuello.

Clinicamente el fibrosarcoma oral aparece en todas las edades, aún que la máxima incidencia se registra en la cuarta década de vida, sin tener predilección por un sexo determinado.

Los síntomas varían según la duración y localización del proceso, -- aunque frecuentemente se trata de masas indoloras. Los fibrosarcomas -- pueden estar pedunculados o en situación más profunda, sin que provoque

signos constantes o fuera de lo normal.

Los fibrosarcomas evidencian grados muy discordantes de diferenciación histológica; existen algunos que a excepción de signos sutiles, parecen proliferaciones benignas o incluso no tumorales, y los hay tan anaplásicos que incluso harían dudar de su origen fibroblástico.

En los casos orales no se siguen criterios histológicos especiales. Una neoformación fibroblástica debe considerarse maligna si se presenta anaplasia y mitosis. Estas características de mínima malignidad no deben menospreciarse, ya que un tratamiento inadecuado inicial es uno de los motivos del fracaso terapéutico.

Microscópicamente se observan invasiones periféricas extensas, anaplasia, invasión celular vascular, afectación linfática o elevado índice mitótico que han sido considerados como datos concluyentes. A medida que la diferenciación se hace menos característica, los núcleos fibroblásticos, fusiformes tienden a adoptar una forma redondeada, con lo que tales células ya no pueden asociarse tan fácilmente a la formación de colágena y reticulina.

La gradación histológica de los fibrosarcomas es de gran ayuda a la hora de predecir el grado de malignidad clínica. El fibrosarcoma de localización oral de grado elevado origina metástasis que, casi siempre por vía sanguínea alcanzan los pulmones.

Si se recurre al tratamiento inicial adecuado, el pronóstico será bueno.



## LIPOMA

En términos generales, las neoplasias adiposas son raras en las proximidades orales, el lipoma es una tumoración benigna de células maduras del tejido conjuntivo adiposo, en las estructuras orales se localiza predominantemente en la lengua, mejillas y piso de boca, el diagnóstico precoz sólo se realiza en raras veces.

Clínicamente, los lipomas orales son unas masas amarillas, blandas y de lento crecimiento, a menudo tienen una periferia delicada, lisa y encapsulada. Raras veces son dolorosos, a pesar de que en algunas ocasiones alcanzan grandes tamaños.

Radiográficamente los lipomas presentan una imagen radiolúcida y redondeada, bien diferenciada. Macroscópicamente, los lipomas tienen un aspecto grasoso y amarillento inconfundible. Los lipomas de gran tamaño pueden sufrir necrosis y hemorragias, siendo la lobulación otra de sus características.

Microscópicamente, las células aparecen como grandes zonas redondeadas con un núcleo aplanado y en situación periférica. La vascularización dentro del estroma tumoral es generalmente mínima.

Liposarcoma. En la región oral es sumamente raro, se cuenta con muy poca documentación sobre estos casos.

Microscópicamente, los liposarcomas se han descrito como de morfología fibromatosa. Antes de poder demostrar la presencia de lipoblastos malignos se recurre a una cuidadosa exploración microscópica.

## TUMORES DE ORIGEN VASCULAR

### HEMANGIOMA

El hemangioma es un tumor benigno, cuyas células forman espacios revestidos por una capa única de endotelio y que contienen sangre, muchos de estos tumores no son en realidad neoformaciones.

Clinicamente, es frecuente encontrar hemangiomas tanto en la piel como en las partes blandas de la cabeza, cuello y cavidad oral; en esta última localización suelen aparecer en la lengua, labios y mucosa bucal, aunque ninguna estructura es inmune a su aparición.

Los hemangiomas orales son de color rojo o azul, reflejando tanto el carácter venoso de la sangre que contienen como su posición mucosa y profunda. Son indolores y por lo general palidecen a la presión. En ocasiones, los hemangiomas alcanzan un tamaño considerable y afectan a las porciones anatómicas asociadas, lo que hace difícil su erradicación quirúrgica. La mayoría de los hemangiomas aparecen en el primer año de vida y la mayor parte de ellos son congénitos.

Microscópicamente, los hemangiomas se subdividen en dos tipos: tipo capilar y tipo cavernoso, en los hemangiomas del segundo tipo resulta difícil, en ocasiones, la identificación del endotelio. Los núcleos son, a menudo, pequeños e hiperromáticos. No es raro que cuando los espacios vasculares afectan la mucosa oral, ocupen una posición inmediata subepitelial. Si su situación es más profunda, los hemangiomas consisten en canales vasculares dispuestos en racimos que circulan a través del tejido o forman la estroma, el cual está compuesto de tejido conjuntivo fibroso, escaso y edematizado.

## LINFANGIOMA

Los linfangiomas son unos tumores benignos, cuyas células forman espacios ocupados por linfa o líquido seroso, y están revestidos por una capa de endotelio. En algunas ocasiones dentro de los vasos pueden observarse estructuras valvulares.

Clínicamente, los linfangiomas orales se diferencian de los hemangiomas por ser incoloros o, azules. Son de consistencia blanda e indolores y no poseen características clínicas precisas. Si se afecta la lengua, una macroglosia puede ser el signo inicial. No es raro que los linfangiomas de la lengua evidencien un carácter clínico papilar.

Microscópicamente, los linfangiomas revelan unos espacios vasculares de tamaño grande y pequeño, revestidos por una capa única de células endoteliales. Es característico que estos espacios carezcan de elementos sanguíneos, aunque pueden contener líquido linfático.

## SARCOMA DE KAPOSI

Al respecto del sarcoma de Kaposi se ha llegado a un acuerdo de -- que se trata de un proceso neoplásico del sistema vascular, pero sin embargo no se ha llegado a un acuerdo respecto a su origen celular exacto y si se trata de una enfermedad de origen multicéntrico o si las manifestaciones multicéntricas se producen a consecuencia de metástasis.

La afección oral solo raras veces es el lugar inicial del proceso. La célula de origen sigue siendo tema de investigación debido al fenómeno de la coexistencia o desarrollo ulterior de linfoma maligno o algún otro proceso reticuloendotelial en los pacientes con sarcoma de Kaposi -- ha dado origen a numerosas especulaciones.

El sarcoma de Kaposi es una enfermedad de la piel, en un porcentaje aproximado del 85% de los enfermos suele comenzar como una erupción maculosa o una coloración hemorrágica en las extremidades sobre todo en las prominencias óseas a nivel de manos y pies. A medida que estas lesiones aumentan de tamaño, van haciéndose más firmes y nodulares. Es -- frecuente la afección unilateral y puede decirse que ninguna localización está a salvo de la aparición de este tumor; la afección visceral puede constituir la afección inicial. Si bien la participación oral o de la cabeza y cuello puede comprobarse hasta en un 25% de los enfermos, tales manifestaciones suelen aparecer en fases tardías de la enfermedad. La mucosa del paladar, la mucosa bucal y la lengua son las localizaciones orales más frecuentes, habiéndose descrito las lesiones como nódulares, papilares, bulbosas o ulceradas. La naturaleza pigmentaria típica de las lesiones cutáneas, es menos acentuada cuando se trata de lesiones orales.

Es raro que el diagnóstico pueda establecerse basándose únicamente en una biopsia oral. El diagnóstico no puede llevarse a cabo si no existen signos de células fusiformes íntimamente asociadas a hiperemia vascular.

## RABDOMIOMA

Los tumores de la musculatura estriada son poco frecuentes. Sin embargo, se han descrito rabdomiomas de partes blandas, bastante diferenciales de los mioblastomas de células granulares, histológicamente similares.

Clinicamente, los rabdomiomas orales consisten en masas indoloras, bien encapsulados y circunscritos, son clinicamente benignos. Sus células se parecen a las del músculo estriado; son grandes, con estriaciones cruzadas y poseen un citoplasma granuloso y altamente eosinófilo. - Histológicamente, estas lesiones difieren de los mioblastomas de células granulosas en que el rabdomioma se observa glucógeno y glucoproteínas mientras que en los gránulos del mioblastoma de células granulosas son grasas.

## RABDOMIOSARCOMA

El rabdomiosarcoma es un tumor maligno que tiene su origen en el músculo estriado. La cabeza y el cuello son las localizaciones más frecuentes, siendo la lengua el lugar preferido, seguida del paladar blando, paladar duro y partes blandas de la boca.

La lengua se menciona como el lugar más frecuente de localización de los rabdomiosarcomas orales, estos tumores tienen un crecimiento rápido y se presentan como masas indoloras tanto en niños como en adultos jóvenes, tiene una ligera tendencia por el sexo masculino. La duración de los síntomas antes del diagnóstico ha oscilado entre uno y seis meses, no existe ninguna característica macroscópica que permita llegar al diagnóstico clínico del rabdomiosarcoma.

Microscópicamente, los rhabdiosarcomas se dividen en cuatro tipos: alveolar, pleomórfico, embrionario y botroide. Los rhabdiosarcomas predominantes son los embrionarios. Estos tumores presentan combinaciones de diversos tipos histomorfológicos. En cada uno de ellos, se aprecian signos de su origen celular.

Es probable que solo el 25% o menos de los pacientes con rhabdiosarcoma sobrevivan a los 5 años después del tratamiento. En los casos de localización oral se producen metástasis linfáticas y hematíicas hacia los ganglios linfáticos, pulmones, huesos, cerebro y otros lugares.

## CAPITULO 5

## LESIONES PRECANCEROSAS

A la lesión precancerosa se la define como "un tejido de morfología alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal" ( OMS, 1972 ). En la boca existen dos lesiones precancerosas: leucoplasia y eritroplasia.

## LEUCOPLASIA

A esta lesión se la define como una placa blanca que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad, - el concepto premaligno se origina a causa de su frecuente asociación -- con el carcinoma.

Para muchos, la leucoplasia es una designación clínica empleada para referirse a una placa blanca de la mucosa, que no se desprende y cuya identificación no resulta tan fácil como en el caso de otras lesiones mucosas específicas, como el liquen plano, nevo blanco esponjoso, - etc.

Etiología. La etiología de la leucoplasia ha sido atribuida a numerosos factores, incluyendo tabaco, alcohol, irritaciones locales mecánicas, sífilis, deficiencia vitamínica, trastornos endocrinos, galvanismo, radiaciones actínicas, etc.

Los productos de combustión del tabaco ( alquitranes ) son agentes irritantes capaces de producir alteraciones en el epitelio de la mucosa oral, que va desde una simple hiperqueratosis hasta un carcinoma epidermoide. También el hábito de mascar o aspirar tabaco puede producir estas alteraciones. El consumo de alcohol también es un factor etiológico

en la formación de leucoplasia, ya que es irritante de la mucosa. Se ha que el alcoholismo y el tabaquismo juntos actúan de manera sinérgica en la producción de leucoplasias.

La irritación mecánica local parece ser un agente etiológico claro en los casos en que la leucoplasia aparece en zonas crónicamente irritadas por prótesis mal adaptadas o por piezas dentarias mal colocadas. La mordedura sistemáticamente habitual de las mejillas o lengua también -- puede originar una zona de hiperqueratosis a nivel de la irritación crónica.

Características clínicas. La leucoplasia de la boca varía desde una pequeña mancha blanca bien localizada hasta una zona difusa que afecte buena parte de la mucosa oral. Asimismo caben considerables variaciones respecto al color y textura de las lesiones. Algunas zonas de leucoplasia son como unas placas lisas, planas o ligeramente elevadas y de un color blanco traslúcido. Otras en cambio son gruesas, fisuradas, papilomatosas y duras a la palpación. Es frecuente que la superficie de la lesión sea firme y rugosa. Algunas manchas leucoplásicas están bien delimitadas, con bordes bien definidos, mientras que otras se difuminan gradualmente con los tejidos circundantes. El color puede variar, asimismo, desde un blanco perla hasta un blanco amarillento o grisáceo.

Algunas de las manchas blancas asientan sobre una base eritematosa, mientras que otras se alternan con zonas de eritema siendo esta potencialmente más grave que los demás tipos de leucoplasia oral.

Es una lesión indolora, a veces el paciente no se da cuenta que la tiene o no le da importancia, puede presentarse en cualquier zona, pero



tiene predilección por mucosa vestibular y comisura labial; puede presentarse en lengua, paladar, labios y piso de boca.

Histológicamente la leucoplasia puede presentar varias imágenes:

**Hiperqueratosis:** se refiere a un aumento anormal de la capa de queratina del estrato córneo del epitelio.

**Hiperparaqueratosis:** Es el aumento anormal de la capa de queratina del estrato córneo, pero con restos de núcleos.

**Acantosis:** Significa que el estrato espinoso se encuentra hiperplástico, esto es que hay un aumento en el número de células de este estrato, por lo tanto esta engrosado.

**Displasia epitelial:** Se le considera a cambios en la morfología y organización de las células epiteliales.

El centro de referencia colaborativo para lesiones precancerosas bucales de la OMS (1978) menciona la posibilidad de que en la displasia epitelial ocurran las siguientes alteraciones:

Mitosis incrementadas, siendo algunas de ellas anormales.

Queratinización de células individuales.

Formación de perlas de queratina.

Perdida de relación núcleo-citoplasma.

Perdida en la relación y tamaño de los núcleos.

Nucleolos prominentes.

Perdida de polaridad y desorientación de las células.

No todos los cambios se observan necesariamente en un caso dado. Muchas veces a la displasia epitelial se la divide arbitrariamente en -

tres categorías: leve, moderado y severa. La elección de la categoría se basa en la interpretación que hace el histopatólogo de la presencia, grado y significación de los grados atípicos.

Muchas veces es difícil indicar el tratamiento adecuado de la leucoplasia porque se cuenta con escasa información sobre la evolución natural de la displasia epitelial bucal. Prácticamente no se puede anticipar qué perspectivas hay de que una displasia en particular se cancerice. Como regla, conviene escindir todas las lesiones con severa displasia y carcinoma *in situ*, si una lesión no se extirpa, se la debe seguir con regularidad.

## ERITROPLASIA

Se la define como una placa aterciopelada de color rojo intenso, - que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como atribuible a ningún otro estado.

Puede presentarse en cualquier sitio de la boca teniendo predilección por piso de boca, bulba y carrillos, se presenta como una área roja, brillante aterciopelada, puede presentarse en tres formas:

1. Homogénea.- Área roja brillante, blanda, de margenes definidos- en mucosa bucal, paladar blando y a veces piso de boca y lengua.
- 2.-Mezclada.- Como su nombre lo dice se presenta mezclada con áreas leucoplásicas ; zonas rojas no tan brillantes, de bordes mal definidos- es frecuente en lengua y piso de boca.
3. Eritroplasia moteada.- Se presentan áreas blancas, rojas elevadas con pequeños puntos leucoplásicos, de superficie granular.

Histológicamente este tipo de lesiones presentan características - propias del carcinoma in situ, tienen un epitelio delgado y capilares - dilatados, su tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica abarcando grandes zonas alrededor de la lesión y radioterapia.

## CAPITULO 6

## TRATAMIENTO DEL CANCER BUCAL

En el presente capítulo no me propongo comentar de manera detallada el tratamiento del cáncer bucal, pero, sin embargo, haremos mención de manera general de los diversos principios terapéuticos que existen para el tratamiento del cáncer.

El plan de tratamiento en los tumores malignos depende de el resultado de la biopsia, de la localización del neoplasma, de su radiosensibilidad, del grado de metástasis y de la edad y condición del paciente.

La localización del tumor en la cavidad bucal puede complicar el tratamiento. Las neoplasias de la parte posterior de la boca son menos accesibles y suelen atacar estructuras vitales. El 80% de los cánceres del labio pueden tratarse con éxito por medio de la terapéutica inmediata, pero el carcinoma de piso de boca, de la lengua y de las encías tienen peor pronóstico. Estos carcinomas infiltran rápidamente las estructuras adyacentes y producen metástasis tempranas a los ganglios linfáticos cervicales, menos del 25% de estos neoplasmas pueden tratarse con éxito después de formar metástasis extensas.

La edad y estado físico del paciente son importantes para el plan de tratamiento. Pacientes en edad avanzada y debilitados sólo soportan procedimientos quirúrgicos extensos después de una cuidadosa preparación.

Terapéutica por irradiación. El tratamiento del cáncer es la responsabilidad de un grupo integrado por un patólogo, radiólogo, internista, oncólogo y cirujano bucal. La radioterapia para el tratamiento de los tumores malignos se basa en el hecho de que las células del tumor -

en las fases de crecimiento activo son más susceptibles a la radiación que el tejido adulto. Mientras más diferenciadas son estas células histológicamente, menos radiosensibilidad tiene el tumor. El modo de acción de la irradiación sobre el crecimiento activo del neoplasma consiste en la muerte inmediata o tardía de las células del tumor y en la supresión de su reproducción. Los agentes empleados para la irradiación son los rayos Roentgen de onda corta y los rayos gama del radio. Aunque estos agentes tienen un efecto selectivo sobre los tejidos neoplásicos-activos, el tejido normal debe ser protegido.

Suelen emplearse tres métodos para aplicar la irradiación. Las emanaciones se aplican al área del tumor a distancia, los agentes radioactivos se implantan dentro del tumor y por último una combinación de ambos métodos puede emplearse con o sin cirugía.

A los efectos de reducir la incidencia de recidivas en el campo quirúrgico y de atenuar la probabilidad de que ocurran metástasis a distancia a causa de las manipulaciones quirúrgicas, se adoptó la irradiación en el preoperatorio, pero los resultados no han sido uniformes.

*Tratamiento quirúrgico.* El tratamiento quirúrgico de los tumores malignos de la cavidad bucal requiere extirpación amplia. La escisión amplia es importante ya que el crecimiento del tumor invade los tejidos vecinos normales; a veces esta invasión no es preceptible al examen clínico.

La extensión del neoplasma dentro del periostio y hueso requiere la resección parcial o total del hueso. La resección puede ser extensa cuando las corticales del hueso están invadidas. La resección parcial -

puede estar indicada en los casos en que únicamente el periostio está invadido. Los tumores malignos pueden invadir el hueso dando como resultado zonas osteolíticas visibles en las radiografías.

El carcinoma epidermoide puede producir metástasis a los ganglios linfáticos cervicales al principio de la evolución de la enfermedad, -- los ganglios de la región se agrandan y pueden identificarse a la palpación. Estos ganglios linfáticos deben de ser incluidos en la resección amplia para que no ocurra una extensión mayor. Aunque algunos ganglios linfáticos del campo operatorio pueden parecer normales hay que extirparlos en bloque con las inserciones aponeuróticas. Algunas estructuras normales se sacrifican en este procedimiento.

Quimioterapia. Consiste en la infusión de agentes quimioterápicos en los vasos sanguíneos que irrigan las áreas del tumor alrededor de la cavidad bucal, al parecer estos agentes tienen predilección por los tejidos anaplásicos y destruyen el tumor. Los antimetabolitos son un grupo prometedor de agentes químicos sintéticos usados para tratar el cáncer bucal. Estos agentes químicos interfieren con el metabolismo de las células cancerosas en rápido crecimiento y difusión. La cantidad del -- compuesto químico necesaria para efecto cancericida puede tener que reducirse en concentración debido a los efectos depresores del sistema hematopoyético del paciente. Náuseas, vómitos y malestar general son síntomas previstos. Se provoca suspensión de la actividad del tumor, y el sitio generalmente se esfacela. El tratamiento de continuación puede -- ser triple y consistir de agentes quimioterápicos adicionales, rayos X y la extirpación quirúrgica de un tumor menor y menos agresivo.

*Criocirugía.* La técnica consiste en congelar áreas seleccionadas - con el objeto de provocar muerte celular en los tejidos neoplásicos, se lleva a cabo tocando con la punta de una sonda el tejido neoplásico después de que el nitrógeno líquido haya entrado a la punta en cantidades controladas. La temperatura de los tejidos tocados se baja a aproximadamente -180 grados centígrados. Como resultado de este breve contacto se provoca muerte celular. A este tratamiento le siguen consecuencias normales de inflamación, necrosis y esfacelación de los tejidos afectados.

## CONCLUSIONES

1. La responsabilidad del cirujano dentista en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer consiste en proceder como un especialista en el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos bucales.
2. El cirujano dentista tiene el deber de examinar sistemáticamente a sus pacientes en busca de cualquier aspecto de enfermedad bucal, - este examen deberá ser minucioso de los tejidos bucales y sus regiones cercanas, tales como el cuello, para descubrir el cáncer bucal en su etapa temprana y curable.
3. Deberá ser muy precavido con respecto a cualquier cambio encontrado en las características de la mucosa bucal, dando la importancia debida al hecho de realizar diagnósticos tempranos con relación al cáncer bucal ya que de esto dependerá el éxito del tratamiento.
4. Deberá ser capaz de reconocer las características propias de -- las neoplasias benignas y malignas.
5. Los tumores benignos no afectan el estado general del paciente -- son de crecimiento lento, poseen una cápsula, no se diseminan por el -- cuerpo ( no dan metástasis ), no se ulceran, o se ulceran rápidamente.
6. Los tumores malignos crecen rápidamente, atacan al estado general del paciente, tienen la propiedad de infiltrarse en los tejidos adyacentes, se ulceran y dan metástasis.
7. Cabe mencionar que para obtener resultados satisfactorios es extremadamente importante canalizar a los pacientes a instituciones adecuadas donde reciban tratamiento definitivo.



## BIBLIOGRAFIA

- BHASKAR. S N. *Patología bucal*, 2a Edición, México, D.F. 1974, 456 p. IL  
Editorial Ateneo, México.
- Editor - in - chief: ROGER H. Scholle, DDS, MS *Dental abstracts*, -  
January 1983, Volume 28 Number 1, Published by American dental -  
association.
- Editor - in - chief: ROGER H. Scholle, DDS, MS *Dental abstracts*, -  
January 1984, Volume 29 Number 1 Published by American dental -  
association.
- Editor - in - chief: ROGER H. Scholle, DDS, MS *JADA* March 1983, -  
Volume 106 Number 3 141p.
- GUILLERMO A. Ries Centeno, *Cirugía Bucal*, 8a Edición 1979, Editorial -  
Ateneo, Buenos Aires Argentina, 680 p.
- GIUNTA, John, *Patología Bucal*, 1a Edición Editorial Interamericana, -  
México, D.F. 1975 .
- KRUGERT, O. Gustav, *Tratado de Cirugía Bucal*, 4a Edición, Editorial -  
Interamericana 1978, México D.F. 616 p IL.
- KURT H. Thoma, *Patología Oral* Salvat Editores S.A. Mallorca 43, Barcel -  
lona España. 1273p
- PINDBORCG, Jens Jorgen *Cancer y precancer bucal*, Medica panamericana -  
1981, México.
- ROBBINS, Stanley C *Patología estructural y funcional*, México, Nue -  
va editorial interamericana, 1987.
- SHAFFER-Hine-Levy *Oral pathology*, Second Edición, W.B. Saunder --  
company, Philadelphia and London 768p.

## INDICE

	Pág
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO 1 TUMORES ODONTOGENICOS .....	3
CAPITULO 2 TUMORES OSTEOGENICOS .....	13
CAPITULO 3 TUMORES ORALES EPITELIALES .....	22
CAPITULO 4 TUMORES ORALES DE ORIGEN MESENQUIMATOSO ..	42
CAPITULO 5 LESIONES PRECANCEROSAS .....	53
CAPITULO 6 TRATAMIENTO DEL CANCER BUCAL .....	58
CONCLUSTONES .....	62
BIBLIOGRAFIA .....	63
INDICE .....	64