

293
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CANCER EN CAVIDAD ORAL

*1630
Falta 11/11/1992*

T E S I S I N A
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MARTHA LETICIA TORRES LEDESMA



México, D. F.

1992

TESIS CON
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.

I N D I C E

	HOJA
INTRODUCCION.....	1
GENERALIDADES.....	2
HISTOLOGIA.....	5
ETIOLOGIA.....	7
DIAGNOSTICO.....	9
LEUCOPLASIA.....	13
MELANOMAS.....	17
CARCINOMAS.....	20
I) CARCINOMA ESPINOCELULAR.....	20
a) CARCINOMA ESPINOCELULAR DEL LABIO.....	21
b) CARCINOMA ESPINOCELULAR DE LA LENGUA.....	24
c) CARCINOMA ESPINOCELULAR DE PISO DE BOCA.....	26
d) CARCINOMA ESPINOCELULAR DE REGION GINGIVAL Y DE LA MUCOSA.....	30
e) CARCINOMA ESPINOCELULAR DEL PALADAR.....	31
II) CARCINOMA IN SITU.....	34
III) CARCINOMA VERRUGOSO.....	34
SARCOMAS.....	36
a) FIBROSARCOMA.....	36
b) RABDOMIOSARCOMA.....	37
c) OSTEOSARCOMA.....	39
TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES.....	41
I) TUMOR MUCOEPIDERMIDE.....	41
II) ADENOMA PLEOMORFO.....	45
III) CARCINOMA QUISTICO ADENOIDE.....	47
LINFOMAS.....	48
a) ENFERMEDAD DE HODKGIN.....	49
b) LINFOMA NO HODKGIN.....	51
TRATAMIENTO.....	54
I) CIRUGIA.....	54
II) RADIOTERAPIA.....	55
III) QUIMIOTERAPIA.....	56
CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	60

INTRODUCCION

La finalidad que se busca al elaborar ésta tesina, es - el de recopilar los datos necesarios, claros y específicos - de una de las patologías más dramáticas en nuestros días.

Por lo que es necesario, que el cirujano dentista esté informado de los problemas y de los progresos, de las necesidades y de la posible solución en la lucha contra ésta enfermedad.

La oncología que es la ciencia que la estudia, dará un diagnóstico precoz para obtener un tratamiento correcto.

El tratamiento de esta enfermedad ha mejorado de manera notable en los últimos años, la mayoría de los pacientes que padecen ésta enfermedad pueden ser tratados con éxito.

Esta victoria terapéutica ha sido la consecuencia de -- una estrecha colaboración entre médicos de diversas especialidades y científicos dedicados a la investigación básica, y representa uno de los grandes logros terapéuticos de nuestra era.

GENERALIDADES.

El cáncer es resultado de una alteración para controlar el crecimiento de las células. Los defectos principales son la pérdida de la adherencia y la inhibición por contacto.

Las enfermedades malignas pueden ser de dos tipos:

- 1) Sólidas..
- 2) Difusas..

1) Los cánceres sólidos pueden dividirse en dos tipos, de acuerdo al tipo de célula a partir de la cual surgen.

- a) Carcinomas..
- b) Sarcomas..

Los carcinomas se originan de capas epiteliales y son-- más activas y comunes. Pueden subdividirse de acuerdo al tipo de célula a partir de la cual se origina la división, es de utilidad para predecir la posible respuesta al tratamiento

Los carcinomas presentan metástasis en los linfáticos.

Los sarcomas se originan de estructuras mesodérmicas. - Se identifican dependiendo del tejido que invada y puede ser de tres tipos:

- a) Osteosarcoma (hueso)
- b) Fibrosarcoma (tejido fibroso)
- c) Rbdomiosarcoma (músculo)

Son tumores raros y todos los que surgen del tejido --
blando se comportan en forma similar.

Los sarcomas presentan metástasis a través del torrente
sanguíneo.

2) Los cánceres difusos quedan comprendidos dentro de
las discrasias sanguíneas y las reticulosis.

Las discrasias sanguíneas surgen de las células de la -
médula, las cuales originan a las células sanguíneas.

Las reticulosis surgen de las células del sistema reti-
culoendotelial que se encuentran en los ganglios linfáticos.

El sitio de la metástasis depende de la localización --
del tumor primario, la diseminación linfática aparece prime-
ro en la línea de drenaje normal hacia los ganglios linfáti-
cos regionales. Por lo tanto el conocimiento de las vías no-
males de drenaje linfático es de gran importancia para el de-
sarrollo del tratamiento.

La metástasis a través de la sangre tiende a crecer só-
lo en algunos lugares, también puede ocurrir por disemina --
ción linfática.

Los efectos del cáncer pueden ser; locales y generaliza-
dos.

Locales.- Puede surgir ulceración debido a que el teji-
do maligno esté cerca de la superficie y sujeto a traumatis-

mo, pues el área afectada resiste menor grado que el tejido normal. Frecuentemente la úlcera se infecta provocando olor desagradable, la cual puede ser la primer queja del paciente. Esto es muy común en cánceres superficiales, como el carcinoma escamoso del labio, la ulceración puede producir sangrado.

Cuando el cáncer ocurre en un órgano hueco como el (estómago) puede bloquear ésta cavidad y originar una obstrucción. En el pulmón causa dificultad al respirar. Los cánceres pueden originar síntomas si su volúmen causa presión sobre las estructuras vecinas como el tumor cerebral, en el cual la rigidéz del cráneo acelera la elevación de la presión a medida que el tumor crece.

Efectos generalizados pueden deberse a acciones específicas de un tumor en especial, o al efecto del cáncer en general, ésto dependerá del volúmen del tumor.

El cáncer no ocasiona dolor a menos que invada tejido óseo o nervios. Sin embargo, cuando hay dolor éste aumenta paulatinamente, persistiendo y provocando debilitamiento del paciente

(1-3-6-9)

HISTOLOGIA.

El cáncer, enfermedad tumoral que se origina cuando alguna célula somática experimenta cambio genético de modo que se multiplica en circunstancias en las cuales estaría restringida a la multiplicación de células normales.

Cuando las células cancerosas salen de los mecanismos que regulan el crecimiento, tienden a la pérdida de capacidad para la clase de estructura muy especializada. Suelen ser ineficaces funcionalmente, ya que su función no está regulada, no guardando relación con las necesidades del resto del organismo; se dice que las células cancerosas utilizan la energía para crecer y no para funcionar.

El cambio que convierte una célula somática en una célula cancerosa es genético, ya que éstas transmiten sus características asociales y agresivas a su descendencia.

Cuando el cáncer es diagnosticado en una etapa temprana y se da el tratamiento indicado, el paciente no corre riesgo alguno, pero si este crecimiento es de tiempo prolongado, las células pueden diseminarse por la sangre o linfa a sitios del cuerpo alejado del origen; en estos sitios las células establecen nuevos focos de crecimiento invasor y destructivo que se llama "Metástasis" y de esta manera las células cancerosas pueden dominar el cuerpo, ya que tienen la capacidad

dad de reproducirse indefinidamente.

(4)

ETIOLOGIA.

Los conocimientos obtenidos mediante la investigación etiológica en el laboratorio y los estudios epidemiológicos han originado el concepto de cáncer, como una enfermedad compleja constituida por un proceso que comprende múltiples fases, la cual sugiere que en el desarrollo de un cáncer contribuyen diversos factores del huésped, como el medio ambiente como iniciador o promotor, defectos congénitos, carencia vitamínica.

También se ven involucrados otros factores como son: tabaquismo y alcoholismo en uso excesivo, dietas deficientes, fármacos, ciertas ocupaciones como son las dadas en personas que están en contacto con el arsénico, polvo de níquel, éter, alcohol isopropílico, aserrín, benceno, petróleo, etc., así como la contaminación del agua y aire. Agentes infecciosos como hepatitis β , el virus de Epstein-Barr (se asocia al sida), linfoma Burt Kitt. etc.

La investigación etiológica actual otorga gran importancia a la identificación de los factores capaces de iniciar o promover el cáncer, con la esperanza de poder eliminar la exposición a éstos cancerígenos o de prevenir sus efectos.

Los signos de los tumores malignos son:

- a) Rápido ritmo de crecimiento.

- b) Su crecimiento local es invasor.
- c) No hay encapsulamiento.
- d) Origina destrucción de tejidos.
- e) Con frecuencia hay invasión a nivel de vasos.
- f) Origina metástasis y mitosis.
- g) Tiene efectos sobre el huésped.
- h) Incrementa la cromatina nuclear.

(5-9)

DIAGNOSTICO.

Todas las técnicas del diagnóstico médico requieren un alto rigor y un ritmo acelerado. En oncología, éstas técnicas adquieren un carácter especial, pues el diagnóstico debe completarse con una serie de estudios radiográficos y de laboratorio, en busca de datos imprescindibles o claves.

Los antecedentes de tumores en la familia y en el propio enfermo deberán ser investigados y registrados sin crear aprensiones innecesarias. También deberá aclararse la existencia de lesiones pseudotumorales. Los hábitos de higiene, uso y abuso del alcohol y tabaco, así como los datos profesionales, nos pueden orientar hacia el tipo de tumor que debe ser especialmente previsto y buscado.

El diagnóstico es temprano cuando el tumor permanece localizado y está limitado al órgano de origen sin invadir - - otros tejidos u órganos no presentando metástasis de ningún tipo.

Los conocimientos necesarios que el cirujano dentista - deberá tener para poder reconocer, diagnosticar y orientar - al paciente a un correcto tratamiento son:

- 1.- Actuar con criterio preventivo, a través del examen clínico sobre toda lesión sospechosa, ya sea por la observación casual o el motivo de la consulta.

2.- Deberá tomarse en cuenta todos los medios de diagnóstico para establecer un buen pronóstico.

3.- Ante lesiones malignas confirmadas por una serie de estudios, se consultará inmediatamente al especialista -- aunque ya se esté seguro del diagnóstico.

4.- El oncólogo establecerá el tipo de terapéutica curativa o paliativa, quirúrgica, radiante, química o sus combinaciones.

5.- El cirujano dentista no debe perder contacto con el paciente.

TIPOS DE DIAGNOSTICO.

a) Radiológicos.

Los aparatos de rayos X emiten sus radiaciones de la misma naturaleza que la luz visible, pero mucho más rica en energía y en poder de penetración y que en lugar de reflejarse e iluminar la superficie de los cuerpos, penetran y atraviesan sus masas. Estas propiedades son aprovechadas en la medicina, particularmente en la de los tumores, tanto en el diagnóstico como en la terapéutica.

b) Medicina nuclear.

La medicina se ha enriquecido con el empleo de los materiales radiactivos producidos artificialmente (isotópos radiactivos).

Estas sustancias emiten radiaciones gamma cuya naturaleza es similar a la de los rayos X. Pueden administrarse al hombre por vía oral o por inyección y según su finalidad química o sus propiedades fisicoquímicas, son captadas y retenidas en diferentes órganos. Las radiaciones que emiten pueden detectarse desde el exterior y permiten obtener imágenes de la forma, situación, tamaño y desviaciones de la normalidad de los órganos, denominadas gammagrafías. También permitirá el estudio dinámico de las funciones de los diversos tejidos y órganos.

c) Pruebas de laboratorio.

Sería muy útil disponer de una prueba de laboratorio -- que permitiera diagnosticar el cáncer prontamente y con seguridad, mediante el examen de la sangre y de otros humores -- corporales. Los análisis ordinarios son de gran utilidad para valorar la evolución de un cáncer, así como la oportunidad y eficacia de un tratamiento. Muchos de sus datos proporcionan una buena orientación, pero en realidad, no existen análisis suficientemente sensibles y seguros que permitan el diagnóstico del cáncer.

d) Biopsia.

Se considera el único método seguro para valorar la indole cancerosa o precancerosa de una lesión. Existen formas para realizar esta prueba.

1.- Biopsia de incisión.

Debe incluir tejido tumoral, zona límite, y mucosa normal. Se emplea cuando la lesión sospechosa es de gran volumen.

2.- Biopsia de socabado.

Aquí no es necesario tejido vecino. Se utiliza cuando la lesión tiene aspecto uniforme y la zona sometida a biopsia no es grande

3.- Biopsia de extirpación.

La lesión se extirpará en su totalidad para efectuar un estudio histopatológico. Las lesiones de 1 cm. o menos son las mejores para éste tipo de biopsia.

(3-6-9)

LEUCOPLASIA.

Consiste en placas blanquecinas engrosadas, con grietas y fisuras que no pueden desprenderse con facilidad, puede -- considerarse como un callo de la mucosa bucal.

HISTOLOGIA:

Histológicamente hay hiperplasia del epitelio escamoso e hiperqueratosis. Algunas de ellas puede resultar precancerosas o incluso malignas, la cual puede reconocerse por cambios displásicos en la biopsia en vista de su anatomía patológica, pero no en relación con su aspecto clínico.

La leucoplasia es una enfermedad muy importante para el dentista y el paciente, pero es la que recibe menos atención por parte del médico, dentista y paciente. La lesión es más frecuente en el hombre que en la mujer y se presenta entre los 40 y los 60 años.

ETIOLOGIA:

Intervienen varios factores predisponentes a las leucoplasias y son: generales y locales.

Generales

1.- Factores nutricionales.

- a) Carencia de vitamina A.
- b) Carencia de complejo B.

2.- Factores endocrinos.

3.- Relación con enfermedades generales; sífilis.

Locales.

1.- Traumatismos.

a) Irritación por mala implantación o prótesis defectuosas.

b) Hábito de morder los tejidos bucales.

2.- Químicos y térmicos.

a) Fármacos cáusticos, aplicados a lesiones irritativas.

b) Productos de destilación del humo del tabaco.

c) Agentes utilizados para la preparación del tabaco.

3.- Bacterianos.

a) Mala higiene bucal.

b) Enfermedad periodóntica.

SIGNOS Y SINTOMAS.

La leucoplasia es una enfermedad muy importante. En la primera etapa no hay síntomas de dolor por lo cual el paciente no busca atención profesional. La lesión puede seguir indolora a pesar de presentar signos de degeneración maligna.

Cuando la lesión se abre, se fisura o se vuelve dolorosa, las probabilidades de alteraciones malignas son elevadas.

Con frecuencia el primer síntoma que refiere el paciente y muchas veces el único, es la falta de flexibilidad de una zona blanca.

CLINICAMENTE.

Puede verse afectada cualquier zona de la mucosa bucal. Una característica especial de la leucoplasia lingual es la desaparición de las papilas en el foco afectado.

La leucoplasia del paladar puede presentar un cuadro clínico diferente por la anatomía de ésta zona, placas amarillentas elevadas al rededor de las aberturas de las glándulas palantinas.

Los sitios más frecuentes son: La superficie inferior de la lengua y los espacios sublinguales.

DIAGNOSTICO.

El aspecto macroscópico de la lesión, la distribución de la alteración y los cambios físicos de los tejidos afectados permiten establecer un buen diagnóstico para lo cual es indispensable realizar una biopsia además de un estudio de citología exfoliativa, para establecer una naturaleza de estos trastornos.

TRATAMIENTO.

Para efectuar un tratamiento correcto debemos contar con la cooperación del enfermo, explicándole la naturaleza -

crónica de la patología.

El cirujano dentista habrá de eliminar todos los factores que afecten a su rehabilitación, como son:

Factores de irritación.- (tabaco y alcohol).

Factores traumáticos .- (prótesis defectuosas).

Factores microbianos .- (mantener una buena higiene bucal).

Puede prescribirse una terapia a base de vitamina C y complejo B, en particular si hay inflamación de mucosa bucal, y la biopsia no muestra alteraciones por desqueratosis

Es posible prescribir Vitamina A de 4 a 6 meses, la absorción local de vitamina A impide queratinización patológica.

Debe observarse al paciente, para vigilar la evolución clínica de la lesión.

Está contraindicado el empleo de cáusticos durante el tratamiento de esta enfermedad.

Cada seis meses es recomendable una nueva biopsia o una citología exfoliativa, en particular si cambian de tamaño o de aspecto las lesiones.

(1-6-10)

MELANOMA.

Es la neoplasia maligna más agresiva y rara dentro de la cavidad oral, se origina de los melanocitos.

Clinicamente se puede desarrollar a partir de una lesión pigmentada, de color oscuro que presenta crecimiento rápido asimétrico y su tamaño es mayor de 0.6 cm.. Se extiende, se ulcera, forma costra, sangra fácilmente y presenta un halo rojizo en la periferia.

El melanoma es más frecuente en el hombre que en la mujer con un promedio de 50 años de edad.

Esta neoplasia encuentra predilección por el borde alveolar superior y paladar.

Su diagnóstico es tardío por lo cual se presenta como una lesión intensamente pigmentada.

Factores de alto riesgo para desarrollar melanoma maligno:

a) Fenotipo de piel blanca, pelo claro, ojos claros y complejión delgada.

b) Individuos que se han expuesto al sol y han sufrido quemaduras graves antes de los 20 años.

c) Individuos que están expuestos al sol constantemente en áreas tropicales y subtropicales (trabajo o deporte).

d) Individuos que presentan aumento constante en el número de nevus.

e) Enfermedades con xeroderma pigmentoso.

Clark y Col han descrito tres tipos de melanomas, -- por su aspecto clínico e histopatológico y son:

- 1.- Melanoma maligno lentigo.
- 2.- Melanoma de difusión superficial.
- 3.- Melanoma nodular.

(1-2) El melanoma maligno lentigo y el de difusión superficial pueden permanecer largo tiempo en fase de crecimiento superficial, con poca tendencia a causar metástasis antes de invadir los tejidos.

Su tratamiento es la extirpación quirúrgica.

Cuando la invasión cutánea local aumenta, el pronóstico empeora.

(3) El melanoma nodular es mucho más agresivo, actúa como neoplasia invasora desde el comienzo y no muestra crecimiento preinvasor.

Clark y Fitzpatrick han descrito cinco niveles por su invasión histológica y son:

Nivel I.- Las células tumorales están arriba de la membrana basal.

Nivel II- Las células tumorales atraviesan la membrana basal y se extienden en el cuerpo capilar sin alcanzar la -- dermis reticular.

Nivel III- Las células tumorales llenan la dermis papi--

lar y se extiende hasta la reticular sin penetrar en ella.

Nivel IV- Las células tumorales se extienden entre los haces de colágena de la dermis reticular.

Nivel V.- Las células de melanomas penetran en la grasa subcutánea.

Para su diagnóstico temprano hay tres signos positivos y son:

a.- Color variegado. Es una característica del melanoma maligno, los tonos rojos, blanco y azul indican malignidad y los tonos pardo y negro tienen peor pronóstico.

b.- Borde irregular. Se observa una muesca en el borde de la lesión.

c.- Superficie irregular. Algunas elevaciones irregulares que pueden verse o palpase, mientras que otras son de superficie lisa.

(3-10)

CARCINOMAS
CARCINOMA ESPINOCELULAR.

Es un tumor maligno (de células escamosas) más frecuente de la mucosa bucal y puede localizarse en cualquier sector de la misma, predominando en labios y lengua.

Se describe como un tumor en forma de nidos, columnas o riendas irregulares de células epiteliales malignas, que se infiltran debajo del epitelio. Las células tumorales pueden semejar cualquiera de las capas del epitelio estratificado.

SINTOMAS.

La queja principal es la irritación o malestar en la cavidad, el dolor es producido cuando la lesión se ha ulcerado y se han producido infecciones secundarias. Cuando se ve afectada algunas terminaciones nerviosas, o en ocasiones se puede producir una inflamación en ganglios linfáticos, la cual es producida por la infección o metástasis.

SIGNOS.

Cabe señalar que cualquier lesión con las siguientes características, son candidatos al cáncer oral, úlcera crónica que no se cura, lesiones duras, lesiones que se fijan a los tejidos más profundos, lesión roja de aspecto aterciopelado, lesión blanca moteada o una linfadenopatía (alteración de los ganglios).

CARCINOMA ESPINOCELULAR DEL LABIO.

Puede iniciarse en la semimucosa del labio inferior por transformación de una lesión precancerosa previa (leucoplasia, eritoplasia, liquen erosivo), etc., adoptando el aspecto de cualquiera de aquellas lesiones de las que clinicamente resulta muy difícil diferenciar. Muy raramente afecta el labio superior. El carcinoma espinocelular del labio es el más frecuente.

Se desarrolla a nivel del borde rojizo del labio inferior, entre la línea media y la comisura, afecta con más frecuencia al hombre con un promedio de 50 a 70 años, de complejión robusta, ocupaciones en la intemperie y de raza blanca, puede asociarse con el síndrome de Plummer Vinson.

La infiltración será de magnitud proporcionada a la agresividad en profundidad de la lesión y a su tiempo de evolución.

La lesión puede presentarse en forma ulcerosa (es la que tiene mayor potencial maligno), exofítica o verrugoso.

Suele presentarse como zona blanca, dura, localizada poco dolorosa, no se acompaña de adenopatías, lo que indica su lenta evolución, a veces se ulcera y presenta costras con bordes elevados y duros, en ocasiones sangra.

DIAGNOSTICO.

Las formas iniciales pueden ser sospechosas a partir de de una lesión crónica, por lo que es necesario descartar o - confirmar la neoplasia maligna mediante la biopsia, sin de-- jar transcurrir el tiempo.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de los carcinomas es quirúrgico. Las re secciones se realizarán dependiendo del tamaño del tumor, la ubicación de éste, así como su profundidad.

Cuando los tumores son muy grandes será necesario reali^zzar por separado de 3 a 4 semanas de la primera intervención una cirugía plástica, para que la boca adquiera sus características anatómicas y funcionales normales.

La reconstrucción se hará en tres planos y son:

Mucoso con puntos de catgut.

Muscular con puntos de catgut cromado

Piel con puntos de lino o nylon.

Recordemos que el plano muscular, deberá ser suturado - cuidadosamente pues de no ser así, tenderá a abrirse. Debe-- rá además, cuidarse especialmente el afrontamiento del borde del bermellón.

La cirugía se puede realizar con anestesia general y lo cal.

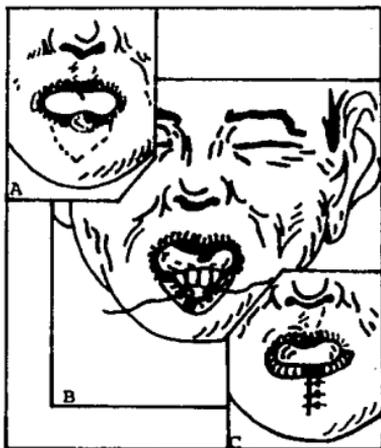


FIGURA No. 1

- A.- Nos muestra la resección en cuña de un cáncer del labio inferior. B.- La incisión deberá pasar 10 mm. del límite del tumor, ésta deberá ser en forma de corazón. C.- La reconstrucción del labio - se realizará con puntos separados.

CARCINOMA ESPINOCELULAR DE LA LENGUA.

Es el tumor más frecuente y agresivo de la cavidad oral se inicia preferentemente en el borde y cara ventral de la lengua. Es menos frecuente, aunque más grave, en la base de la lengua y raro en el dorso. Se presenta como una ulceración cuyo tamaño progresa con rapidez, con bordes ligeramente elevados y base endurecida e infiltrada. En sus primeros estadios puede ser difícil o imposible clínicamente diferenciarlos de la úlcera traumática, también puede iniciarse como una placa leucoplástica, o una lesión vegetante. Se presenta con mayor frecuencia en el hombre por la quinta etapa de la vida.

SINTOMAS.

El dolor puede ser una manifestación desde que se inicia, pero a medida que el proceso avanza e infiltra a los tejidos adyacentes, se hace neurálgico y puede ser el dolor más intenso.

En el tercio posterior puede originar disfagia y malestar. La metástasis en los ganglios cervicales, suele ser temprana, sin necesidad de que la extensión local sea pronunciada.

SIGNOS.

La infiltración de los tejidos llega a impedir la movi-

lidad de la lengua. Al examinar al paciente se le pide que saque la lengua y ésta tenderá a desviarse hacia el lado de la lesión, ésta lesión puede ser uni o bilateral.

DIAGNOSTICO.

Es imprescindible la biopsia inmediata, aunque cuando la lesión es ulcerovegetante e infiltrante, esto parece ser obvio.

PRONOSTICO.

Es mucho más grave que el del labio por su rigidez de evolución y producción temprana de metástasis, hay mayor tendencia a las recidivas y a la diseminación a distancia.

TRATAMIENTO.

Su tratamiento es quirúrgico, pero la intervención se realizará con mucho cuidado ya que se trata de un órgano muy delicado por su vascularización, por tal motivo durante la cirugía se aplicaran Hemostáticos.

Aconsejamos efectuar la insición por segmentos no mayores a 6-7 mm. y no avanzar hasta colocar las pinzas hemostáticas en todos los vasos que sangren. En el momento de afrontar los tejidos se harán en dos planos que son"

- 1.- Uno profundo con puntos separados de catgut.cromado que afronten un muñón muscular con el opuesto.

2.- Uno superficial o puntos separados de nylon o catgut.

Los puntos de sutura no deberán ser tensos.

la intervención se puede efectuar con anestesia infiltrativa local o general, aunque se prefiere la local, pues con ella el paciente puede controlar mejor un edema lingualposoperatorio.

CARCINOMA ESPINOCELULAR DEL PISO DE BOCA.

Se inicia por una lesión roja (eritolasia) o blanca -- (leucoplasia), que puede ser una placa lisa o verrugosa. A medida que progresa se infiltra, endurece y destruye los tejidos del piso de la boca, manifestándose como una úlcera -- ción o una lesión ulcerovegetante.

En superficie se extiende hacia los rebordes y la cara ventral de la lengua y en profundidad hacia la glándula submaxilar. Cuando su crecimiento es progresivo se ve invadida la lengua de tal manera que se ve afectada la movilización de ésta, siendo en este momento difícil establecer un buen diagnóstico, pues puede haber confusión si es una lesión de piso de boca o bien de la cara ventral de la lengua. Esta lesión es más frecuente en hombres con una edad de 50 a 60 años, afecta con más frecuencia a la raza negra.

DIAGNOSTICO.

En su primer estadio se puede confundir con una lesión-

eritoplástica o leucoplásia, solo la biopsia revelará la presencia de un carcinoma, cuando ya se ha transformado en una lesión ulcerosa o ulcerovegetante invade la lengua, el reborde o la submaxilar y el diagnóstico será más preciso. Deberá realizarse un estudio radiográfico más certero.

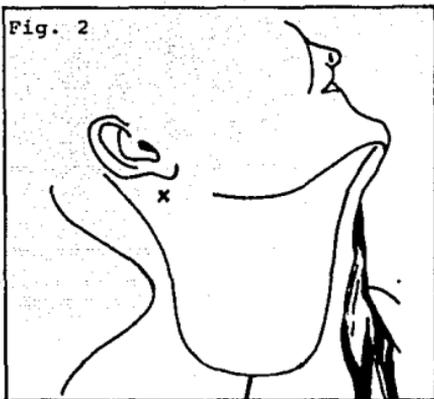
TRATAMIENTO.

Cuando la lesión es mayor de 15 mm. deberá realizarse - la técnica de glosectomía en bloc con mandibulectomía y vavaciamiento radical del cuello.

Es la intervención quirúrgica más amplia. La cirugía - se inicia con el vaciamiento radical del cuello, (considerada zona aséptica) seguida por la mandíbula y boca, (considerada zona séptica).

Se realiza una insición con un gran colgajo que va desde el mentón hacia la punta de la apófisis mastoides, pasando el límite inferior de su convexidad a unos 2 o 3 cm. por encima de la clavícula. Desde éste punto más interior se -- traza una pequeña insición de 4-5 cm. hasta el borde infe -- rior de la clavícula. (ver figura No. 2).

Fig. 2



Se realiza enseguida la resección del labio inferior -- por la línea media hasta el tragus, se incide la mucosa gingivolabial y gingivolingual a una distancia prudente del tumor, legramos el periostio, luego resecamos la lesión tumoral, después se inicia la etapa de reconstrucción, cerrando en forma hermética el piso de boca, aislando así la cavidad bucal del cuello, se deberá colocar un injerto de cresta iliaca o de costilla. Después se tiende a suturar por planos con hilo nylon.

Se debe dejar colocado un tubo de drenaje el cual se re tirará hasta observar que no hay flujo de ningún líquido y se finaliza la intervención con una traqueostomía, la que de be retirarse a los 7 días. La traqueostomía está indicada por la facilidad que hay para que los pacientes se traguen la lengua, debido a la pérdida de sus riendas anteriores.



Figura No. 3

**Técnica de Glosectomía en bloc con mandibulectomía
y vaciamiento radical de cuello.**

CARCINOMA ESPINOCELULAR DE REGION GINGIVAL Y DE LA MUCOSA.

Se localiza en la mandíbula y aún no se aclara si la -- presencia o ausencia de órganos dentarios ejerce alguna influencia.

Es más frecuente en el hombre antes de los 50 años.

Se inicia sobre una lesión leucoplásica o sobre mucosa aparentemente sana, adaptando un aspecto verrugoso en superficie o de una lesión exofítica más o menos localizada, la -- que posteriormente se ulcera a medida que su crecimiento se hace mayor.

Se ubica con más frecuencia en región de molares, invade progresivamente la mucosa palatina, el maxilar y la mucosa yugal.

Cuando existen órganos dentarios en la zona afectada, -- hay movilidad de éstos así como desalojamiento espontáneo. La destrucción ósea puede producir fractura de la mandíbula, por lo que hay dolor intenso.

DIAGNOSTICO.

Deberá realizarse un estudio radiográfico del hueso sub yacente para establecer la existencia de invasión ósea, su -- magnitud y características. También determinar con seguridad la presencia o ausencia de adenopatías.

TRATAMIENTO.

Su tratamiento es la técnica de glosectomía en bloc con mandibulectomía y vaciamiento radical del cuello (se describió en el tratamiento de piso de boca).

CARCINOMA ESPINOCELULAR DEL PALADAR.

Es menos frecuente que los anteriores, puede iniciarse en paladar duro o blando o en el límite de ambos, es una lesión ulcerosa de bordes irregulares, hay presencia de placas leucoplásicas pre existentes. Cuando la invasión es más avanzada la mucosa de los rebordes y los pilares se ven afectados.

Las adenopatías son prematuras y la invasión ósea puede invadir fosas nasales y senos maxilares.

Predomina más en el hombre más o menos a los 50 años.

DIAGNOSTICO.

En etapa menos avanzada puede confundirse con carcinomas originados en la mucosa del seno maxilar que han invadido el paladar. El estudio histológico inmediato es necesario para el diagnóstico de certeza.

TRATAMIENTO.

Su tratamiento dependerá de la extensión del tumor.

Resección parcial. La mucosa del paladar es invadido - parcialmente por lo que su resección requiere, para su re--- construcción, la colocación de un injerto cutáneo.

Resección amplia. Aquí se va a ver involucrada la ex-- tirpación parcial o total del maxilar superior, se recomiend-- da la anestesia general con entubación a través de la nariz.

Si la resección del maxilar superior es parcial, puede-- realizarse por vía bucal, colocando en la cavidad resultante un taponaje con gasa iodoformada o una prótesis previamente-- confeccionada.

Cuando la resección del maxilar superior va a ser total se le efectuará por vía externa. La incisión ofrece un am-- plio campo operatorio. Aquí se manejará con mucho cuidado - por la presencia de piso orbitario.

También se colocará una prótesis previamente confeccio-- nada, de ser necesario o con un simple taponaje con gasa --- iodoformada..

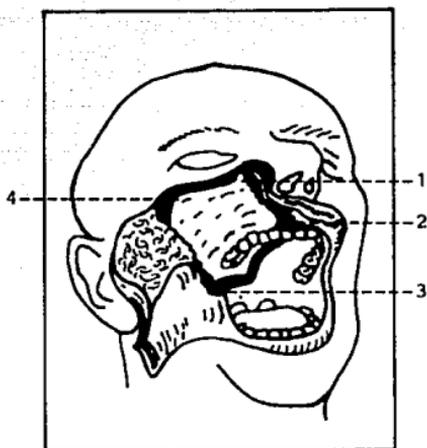


Figura No. 4

Una vez levantado el colgajo cutáneo-mucoso, se secciona con sierra la apófisis nasal, (1), el paladar óseo (2), la articulación pterigo-palatina -- (3) y la articulación -- con el maxilar (4) Con ellos se libera totalmente el maxilar superior.

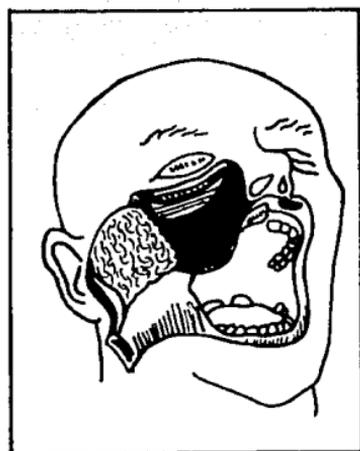


Figura No. 5

Cuando la magnitud y extensión del tumor, han obligado a reseca el piso de la órbita, para evitar la caída del ojo y posterior diplopia, se llevan las fibras más internas del músculo temporal hacia la línea media; forman una hamaca -- que sostiene el globo ocular.

CARCINOMA IN SITU

Es un carcinoma en el que las células neoplásicas malignas, que sustituyen en todo el espesor del epitelio a las células normales, no llegan a invadir la membrana basal.

El aspecto clínico puede variar desde placas atróficas-brillantes hasta la leucoplasia o la eritoplasia.

Microscópicamente la lesión muestra una desorientación-completa de células en todas las capas epiteliales, pero la membrana basal persiste intacta. El cambio del epitelio normal a epitelio atípico es muy brusco, con variaciones de volúmenes y formas celulares, pérdida de los clavos interpapilares, núcleos hipercromáticos raros y desaparición de la cohesión celular.

DIAGNOSTICO.

Deberá efectuarse el estudio histológico inmediato, el cual nos dará con certeza el diagnóstico.

TRATAMIENTO.

Quirúrgico.

CARCINOMA VERRUGOSO

Es un carcinoma de crecimiento lento, es de gran agresividad local, se forma especialmente en superficie exofítico,

a veces multifocal con tendencia a las recidivas, considerado de bajo grado de malignidad por su escasa tendencia a la -
deseminación (metástasis).

Se presenta como una o varias lesiones con aspecto de -
placas blandas y voluminosas compuestas de escrecencias papi
lares múltiples, con fisuras profundas de color blancas o ro
jas según el grado de queratinización. Se presenta en muco-
sa yugal, labios, lengua, fauces y paladar. Se inicia en mu
cosa sana o zona leucoplásica, a medida que pasa el tiempo -
la lesión se extiende y puede penetrar a los tejidos vecinos
e incluso llegar a la destrucción del tejido óseo.

HISTOLOGIA

Se observa una pronunciada proliferación epitelial, hay
hiperqueratosis. Con frecuencia la membrana basal no parece
destruida. La mitosis es escasa.

TRATAMIENTO.

Quirúrgico, radioterapia y quimioterapia basada en el -
empleo de metotrexato por infusión intraarterial.

(1-2-3-6-7)

SARCOMAS.

Se denomina sarcoma a los blastomas que emulan a los tejidos derivados del mesénquima, los sarcomas difieren de los reticulositos que son hiperplasia focales de dicho sistema.

La mayoría de los sarcomas de partes blandas se observan con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, son indoloros son de consistencia blanda, excepto el osteosarcoma el cual contiene tejido óseo. Cuando dan metástasis siguen su trayecto por vía linfática originando adenopatias ganglionares.

Deberán ser tratados por medios quirúrgicos asociadas con radiaciones, quimioterapia e inmunoterapia.

FIBROSARCOMA (tejido fibroso)

Aparece a cualquier edad pero se observa con más frecuencia a los 50 años de edad y afecta a ambos sexos. Hay primarios y secundarios.

Los secundarios son consecutivos de radiodermatitis crónica o neurofibromatosis de Recklenghaysen.

Se localiza con mayor frecuencia en la región yugal, aunque también se puede iniciar en lengua y paladar.

Son tumores que presentan elevación de volumen en la mucosa, son duros, de varios centímetros de diámetro, son in

doloros, cuando son de gran tamaño originan trastornos en la masticación deglución y respiración, la lesión crece rápidamente, pero se ve alternando con largos periodos de inactividad, cuando alcanzan gran tamaño se ven invadidos los maxilares pudiendo llegar a la movilización de órganos dentarios y producir anestesia.

•HISTOLOGIA.

Se aprecian fascículos de fibroblastos que se entre cruzan en diferentes direcciones.

Su diagnóstico es difícil, en su evolución invade localmente, pero la mayoría no dá metástasis.

TRATAMIENTO.

El más indicado es quirúrgico, también tiende a efectuarse radioterapia posterior a la cirugía, se ve asociada a la quimioterapia a base de Vincristina, ciclofosfamida y acitomicina D.

RABDOMIOSARCOMA (Tejido muscular)

Es un tumor muy grave, originado en músculos estriados, con más frecuencia se localizan en lengua, labios y paladar.

Se dividen en cuatro grupos y son:

Embrionarios.-

Pleomorfos.

Alveolares.

Brotrioides.

En este trabajo solamente describiremos los más frecuentes en cavidad oral y son: Embrionario y pleomorfo.

EMBRIONARIO.

Predomina en el tumor fibras musculares estriadas embrionarias. Son tumores que afectan a ambos sexos, aparecen especialmente en la primera infancia y adolescentes. Su localización principal es en paladar blando, mucosa yugal, surco vestibular y lengua.

Manifestaciones clínicas, asemejan a racimos de uvas, son polipoides, alcanzan varios centímetros de diámetro, son indoloros, si se ven invadidos los músculos masticadores pueden provocar trismus.

HISTOLOGIA.

El citoplasma acidófilo granular es el que permitirá el diagnóstico del tumor muscular.

TRATAMIENTO.

Habrà que recurrir a la cirugía asociada con radioterapia y quimioterapia, todo realizado precozmente. Hay algunos autores que sostienen que la aplicación exclusiva de ra-

dioterapia favorece la aparición de metástasis.

PLEOMORFO.

Se presenta con más frecuencia en el hombre entre 45 y-60 años.

Se presenta en lengua y encía con una apariencia de masa rojiza de tamaño variable, de consistencia dura y elástica, adherida a los tejidos de la zona que invade.

HISTOLOGIA.

Está formada por células fusiformes con núcleos oscuros y abundante citoplasma acidófilo. En algunos casos aparece metástasis al diseminar el tumor por vía sanguínea. Es to ocurre rápidamente, inmediatamente o a los meses de la intervención.

TRATAMIENTO.

Consiste en la extirpación quirúrgica junto con radioterapia.

OSTEOSARCOMA.

Son lesiones raras pero de gran invasión, se presentan en forma voluminosa la cual puede progresar hasta tener una apariencia de una masa dura, la expansión provoca perforación ósea.

SINTOMAS.

Hay dolor, debilitamiento y deformación facial, reabsorción por tal motivo pérdida de órganos dentarios.

HISTOLOGIA.

Se caracteriza por células malignas fusiformes o estroma celular poliédrico que produce tejido neoplásico osteoide u ósea sin pasar por la etapa cartilaginosa. La formación osteoide y ósea puede variar desde focos dispersos hasta crábeculas irregulares densamente entrelazadas, poco formadas y calcificadas con poco estroma intercolado. Hay gran vascularidad.

RADIOGRAFICAMENTE.

La membrana periodontal en la zona afectada muestra ensanchamiento simétrico.

Tiene aspecto de rayos solares por las trabéculas irregulares de hueso noeplásico que se irradian hacia afuera, -- puede tener una variante que va de radio lucida a radio opaca.

TRATAMIENTO.

Es la extirpación quirúrgica radial.

(3-6-7)

TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Son lesiones raras. Su diagnóstico se basa en la palpación, signos y síntomas clínicos, la sialografía y la biopsia. Estos tumores se presentan en ambos sexos sobre todo - después de los 50 años.

Signos y síntomas. Dolor, crecimiento rápido, parálisis del nervio facial, consistencia dura, límites precisos - con infiltración de tejidos vecinos y difusión metastática - por vía linfática o hematógena.

Por su localización anatómica se pueden clasificar en:

Glándula parótida

Glándula submaxilar.

Glándula sublingual.

Glándulas salivales menores o accesorias (paladar). -

TRATAMIENTO.

El tratamiento más común es la extirpación quirúrgica, - o la cirugía junto con la radioterapia. Desafortunadamente, los tumores de las glándulas salivales tienden a recidivas, - por la dificultad que hay para lograr su extirpación completa y la tendencia a la metástasis.

TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE.

Es una lesión de controversia de glándulas salivales --

con respecto a su comportamiento biológico, aunque es considerado como un tumor maligno.

Este tumor está formado por dos tipos de células principales y son:

- 1.- Células secretoras de moco; contienen glicoproteína.
- 2.- Células de tipo epidermoide; contienen filamentos intermedios de queratina.

LOCALIZACION

Se creé que crecen desde los segmentos interlobulares desde los conductos salivales, por lo que se observan cambios, en la sialografía. Aparece con mayor frecuencia en la glándula parótida, pero puede hacerlo en cualquier parte donde exista tejido glandular salival.

CARACTERISTICAS.

Es un tumor con tendencia ulcerosa, ulcerovegetante o fistulas salivales, suele tener color azulado o amarillento. Cuando el tumor se presenta como benigno, aparece como una masa blanca pequeña, de crecimiento lento e indolora, la cual en su interior contiene líquido mucoso viscoso. Cuando el tumor es maligno, crece rápidamente, es de consistencia dura y unida profundamente a las estructuras que lo rodean, desde su inicio es dolorosa, (Puede verse involucrado -

el nervio facial).

Se dice que a mayor cantidad de células epidermoides, -
habrá mayor malinidad.

Se presenta entre los 30 y 50 años, predominando en la-
infancia, se ven afectados ambos sexos.

DIAGNOSTICO.

Su diagnóstico puede confundirse con un ameloblastoma, -
quistes periapical o un absceso periodontal, por lo que hay --
que realizar una serie de estudios radiográficos y biopsia -
para confirmar con certeza nuestro diagnóstico.

RADIOLOGICAMENTE.

Cuando el tumor crece dentro de la mandíbula o maxilar,
son detectados como zonas radio lúcidas, las cuales son ex--
pansivas por lo que pueden romperse y dejar escapar su conte-
nido interior en los tejidos subyacentes, originando una in-
flamación. Esta lesión se localiza en regiones de premola--
res y molares, puede presentarse no definida o encapsulada.

TRATAMIENTO.

Es quirúrgico seguido por radiación. Durante la inter-
vención si se ve involucrado el nervio facial, el cirujano -
deberá de hacer una evaluación precisa en ese momento, para-
decidir si no sacrifica al nervio o si lo sacrifica.

Esto dependerá de la extensión del tumor a tejidos vecinos.

Las disecciones radicales de cuello por lo general se realizan cuando hay metástasis en los ganglios regionales.

La radiación puede ser benéfica para el control de la metástasis o en el tratamiento paliativo.

ADENOMA PLEOMORFO.

El adenoma pleomorfo o tumor benigno es el tumor más común de las glándulas salivales mayores y menores. La glándula salival mayor (parotida) es la más afectada, mientras que la glándula submandibular y la glándula salival menor -- (paladar) es la menos afectada.

Estos tumores se desarrollan en: Paladar blando, paladar duro, labio superior y mucosa yugal. El paladar blando tiende a extenderse, mientras que en el paladar duro no hay extensión.

Afecta ligeramente más a la mujer entre los 20 años, esta lesión está formada por dos tipos de células principales y son:

- 1.- Células mucoepiteliales.
- 2.- Células epiteliales.

Las cuales van a originar proliferación.

CARACTERISTICAS.

Es una lesión inflamatoria, indolora, no delimitada, la cual no causa ulceración. En la mandíbula se presenta como una masa discreta, durante la etapa temprana no se puede distinguir como lesión maligna. Cuando se presenta en glándula parótida, los tumores son indoloros, insensibles y de crecimiento lento.

LOCALIZACION

Se localiza por abajo del oído, atrás de la mandíbula, también puede presentarse en el ángulo de la mandíbula y anterior al músculo esternocleidomastoideo.

Algunos tumores presentan fisuras por la parte posterior de la rama de la mandíbula, atrofia ósea debido a la presión que ejerce el tumor.

Su tamaño varía de pocos milímetros a varios centímetros, capaces de alcanzar proporciones gigantes, en las glándulas salivales mayores se presenta en forma lobular encapsulada.

TRATAMIENTO.

Cuando el tumor afecta únicamente mucosa será quirúrgico, pero cuando se vea afectado el tejido óseo, será también quirúrgico pero seguido por otra intervención de prótesis maxilo-facial. Cuando el tumor a crecido dentro de la glándula parótida, la cirugía será complicada por la presencia del nervio facial; aquí el cirujano determinará después de haber realizado una evaluación, si sacrifica o no al nervio, esto dependerá de la lesión y tejidos adyacentes.

CARCINOMA QUÍSTICO ADENOIDE (CILINDRAMA).

Es un tumor localmente agresivo y por su extensión local, siguiendo su trayecto perineural puede llegar hasta el cerebro.

Invade principalmente glándulas menores. Se presenta como una lesión única con forma de ulceración que eleva la mucosa de forma hemisférica, su tamaño es de 2 a 6 cm., a veces aparece constituida por 2 o 3 lóbulos, se encuentra cubierta por una mucosa grisácea, translúcida, por tal motivo en ocasiones a través de la mucosa se observan vasos sanguíneos, es un tumor no delimitado en sus bordes. A mayor volumen del tumor, mayor cantidad de sustancia hialina en su interior.

Si la lesión está adherida a la mucosa o partes óseas, es indicio de mayor malignidad.

SINTOMAS.

Cuando afecta a los troncos nerviosos, puede producir dolor intenso.

TRATAMIENTO.

Es quirúrgico, puede asociarse con la radioterapia y quimioterapia.

(6-8-10-11)

LINFOMAS.

Un linfoma se caracteriza por la proliferación o acumulación de células originadas en el tejido linfoide, esto es: linfocitos, histiocitos o células reticulares madre. Dentro de las características del tejido linfoide cabe recordar que éste está formado por capilares linfáticos que drenan hacia zonas encapsuladas (ganglios linfáticos), los cuales poseen a su vez gran cantidad de células llamadas linfocitos, mismos que se encuentran en órganos como el timo y el bazo; también se localizan en forma de conglomerados no encapsulados, situados en tejido conectivo, llamados nódulos linfáticos. - Se reconocen dos tipos de linfocitos: Los linfocitos B, derivados de la bolsa de Fabricio en los pollos y de la médula ósea en mamíferos, y los linfocitos T, derivados del timo, - que desempeñan dos diferentes tipos de reacciones inmunológicas, la primera, en llamada inmunidad humoral o mediana por anticuerpos y la segunda, en la inmunidad celular.

CLASIFICACION

Los linfomas son neoplasias de difícil clasificación y diagnóstico, ya que está formado por células benignas y malignas entremezcladas, no manifestándose una anaplasia parcial o total, lo que ayudaría a establecer un probable grado de malignidad. Desde el punto de vista práctico, puede clasificarse en dos grandes grupos: Enfermedad de Hodgkin y -- linfomas no Hodgkin.

ENFERMEDAD DE HODGKIN.

La enfermedad de Hodgkin es una neoplasia maligna, caracterizada por agrandamiento lento, indoloro y progresivo de ganglios linfáticos y órganos del sistema reticuloendotelial, con fiebre, anemia y en general el paciente se va consumiéndose. Se presenta sobre todo en adultos, con predilección en los hombres, suele observarse entre los 15 y 34 años y después de los 50. No se sabe hasta el momento cuál sea el agente causal.

HISTOLOGICAMENTE.

Se parece a una enfermedad granulomatosa y a una neoplasia, caracterizada por la presencia de una célula gigante de Reed-Sternberg, que prácticamente es patognómica.

MANIFESTACIONES BUCALES.

Los pacientes con esta enfermedad, pueden venir primero a consulta dental considerando que la adenopatía cervical es secundaria a una infección de los órganos dentarios. En algunos pacientes se observan a veces hipertrofia gingival, hemorragia de las encías, e infección secundaria de las mismas. Los ganglios linfáticos están blandos o duros, según la etapa de la enfermedad. Siguen aislados sin tendencia a desintegrarse. La adenopatía en la primera etapa de la enfermedad, suele ser unilateral, lo cual ayuda a distinguir clíni-

camente el proceso del linfosarcoma y la leucemia, donde la adenopatía suele ser bilateral.

SINTOMAS

El comienzo suele ser granular. Hay aumento creciente de palidez y fiebre. Esta última puede ser constante o remi-
tente. El prurito cutáneo es sintoma importante, que a ve-
ces precede la adenopatía. El aumento de volúmen de los gan-
glios linfáticos, y los fenómenos consiguientes de compren-
sión, son tempranos y constituyen los síntomas más prominen-
tes. Esta presión ejercida por los ganglios linfáticos au-
mentados de volúmen, y los órganos del sistema reticuloendo-
telial, haciendo lo mismo sobre estructuras vecinas, dan ori-
gen a una sintomatología variada. La ronquera es frecuente-
por la presión ejercida al nervio laríngeo, muchos pacientes
se quejan por la dificultad de deglutir.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico será en base a la historia y cuadro cli-
nico, así como estudios radiológicos y la biopsia, en éste--
último estudio, se observarán las células patognómicas de --
Reed-Sternberg, en el ganglio linfático hipertrofiado.

TRATAMIENTO.

El tratamiento incluye radioterapia y quimioterapia. En

muchos casos el paciente es sometido a la radioterapia de la zona cervical en la cual es importante trabajar en estrecha relación con el radioterapeuta, antes de iniciar el tratamiento, para reducir al mínimo los efectos de la osteorradionecrosis. Es importante trabajar en estrecha colaboración con un hematólogo u oncólogo, especialmente si se planea para éstos pacientes un tratamiento dental prolongado, como por ejemplo; la terapéutica periodontica.

LINFOMAS NO HODGKIN.

Los linfomas no Hodgkin constituyen un grupo de neoplasias de diferentes grados de malignidad, las cuales se definen como neoplasias del sistema linfomieloproliferativo, -- que competen principalmente a linfocitos del grupo T y/o N, además de histiocitos.

Los linfomas no Hodgkin tienen predilección por el sexo femenino, con una incidencia entre los 50 y 60 años.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La disposición celular puede presentar patrones nodulares y difusos, con células grandes, con núcleo redondo, - oval, vesicular, que contiene cromatina ligeramente agrupada, localizada debajo de la membrana nuclear, células pleomorficas, bizarras, células gigantes multinucleadas, circunvaladas, hendidas o no hendidas, generalmente no se lo-

gra establecer los límites citoplásmicos.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Son diversas, pudiéndose presentar como inflamaciones inespecíficas de tejidos blandos, enfermedades periodontales pericoronitis, infecciones de tipo viral.

LOCALIZACION

Su localización más frecuente incluyen; paladar blando, orofaringe, pared faríngea, laringe, glándulas salivales mayores y menores, maxilares y labios.

SINTOMAS.

Puede incluir malestar general, fiebre, pérdida de peso prurito espontáneo, acompañada o no adenomegalia y asociación o no de esplenomegalia, dolores, disfagia, otalgia, odontalgias, cefaleas inespecíficas; puede presentarse también ulceraciones, tumoraciones de apariencia eritematosa y con cambios de color asociados.

SIGNOS.

Son inespecíficos, pudiéndose encontrar alteraciones locales como epistaxis, obstrucciones nasales e inflamación de tejidos blandos.

DIAGNOSTICO.

Radiográficamente no se presentan patrones definidos de

la neoplasia como para poder establecer su diagnóstico, las manifestaciones no son específicas, sino que corresponden a los sitios afectados, pudiéndose encontrar como resorciones óseas características de enfermedad periodontal, dando la imagen de dientes flotantes y zonas osteolíticas.

TRATAMIENTO.

Dependiendo del grado de malignidad, será su tratamiento efectuando una evaluación previa de la lesión. Puede ser radioterapia o quimioterapia o asociadas.

(2-3-11-12)

TRATAMIENTO

CIRUGIA

El objetivo de la cirugía es el asegurar una mejor técnica quirúrgica para el cáncer, realizando la extirpación -- del tumor en su totalidad. Un tumor que permanece alojado - en un órgano por pequeño que sea, requiere la extirpación de todo el órgano, si ello es compatible en la vida del enfermo. Además muchas veces deben ser sacrificados parte de los tejidos vecinos si existe la sospecha de que hayan sido invadidos.

Cuando ya existe invasión de los ganglios regionales, - la situación es crítica para la cirugía. Las posibilidades quirúrgicas dependen de la forma y de la localización del -- órgano afectado. Algunos órganos tumorales pueden extirparse con sus ganglios en bloque, sin solución de continuidad.- Otros no pueden ser intervenidos.

En todas las intervenciones el cirujano procede cuidadosamente para evitar la compresión del tumor, la cual favorecería la diseminación y la contaminación de células tumorales con células sanas, durante el procedimiento quirúrgico.

La cirugía, capaz de curar definitivamente el cáncer, - puede también ser muy útil cuando ya no es posible (cáncer incurable). Múltiples formas de cirugía paliativa permiten-

prolongar la vida del paciente y facilitar otras terapias, -
mejoran la función de su órgano vital y alivian el dolor.

RADIOTERAPIA.

La radioterapia persigue la anulación del tumor maligno sin extirparlo quirúrgicamente, por la acción de radiación - que pueden destruir directamente las células cancerosas o anular su capacidad de reproducción, esterilizando el tumor.- El efecto depende en gran parte de la dosis aplicada.

Las ventajas de la radioterapia son: la posibilidad de conservar tejidos sanos y sus funciones, y la capacidad de - tratar un volúmen tumoral mayor del que puede extirparse adecuadamente por cirugía.

Las desventajas de la radioterapia son: Planes prolongados de tratamiento, semanas de espera y lesión por radiación a tejidos normales que atraviesa el haz de rayos cerca del - tumor. Los efectos secundarios incluyen mucositis, epidermitis, xerostomía, alteraciones del gusto, caries por radia --ción, lesión de la pulpa, trismus, trastornos vasculares y - osteorradionecrosis.

La radioterapia radical pretende curar al enfermo utilizando únicamente radiaciones. Esto es posible en un número concreto, pero limitado de casos que, a veces debe ampliarse para incluir a enfermos que o debieran ser operados, pero --

que rechazan la intervención, o no pueden ser operados. En general, cuando el tumor no puede ser extirpado por sus condiciones intrínsecas, tampoco podrá aplicársele este tratamiento.

La radioterapia paliativa, es empleada en enfermos en los cuales no es posible un tratamiento quirúrgico ni radiológico radical, la cual va a reducir el tumor y corregir sus complicaciones dolorosas, mecánicas o hemorrágicas, así como las metástasis.

Los tumores superficiales pueden tratarse con radiaciones poco penetrantes que agotan su energía en los primeros milímetros de su penetración en los tejidos. Es la llamada radioterapia de contacto. En los tumores demasiado profundos, directamente se recurre a la radioterapia externa.

QUIMIOTERAPIA.

La posibilidad de que la quimioterapia ataque la enfermedad metastásica difusa y posiblemente aumente los efectos locales de la cirugía y de la radiación, sugiere que en el tratamiento del cáncer bucal hay diversos momentos en los cuales puede y debe pensarse en la quimioterapia.

La quimioterapia puede alcanzar un lugar mejor definido en combinación con la cirugía, la radioterapia o ambas para-

tratar lesiones potencialmente curables.

En todos los casos, deben tenerse presentes los efectos secundarios, en particular los efectos sobre la médula ósea, el tubo digestivo y la mucosa bucal, así como las complicaciones más raras que afectan piel y tejido pulmonar.

Las consideraciones principales al planear este tratamiento, son la etapa de la enfermedad, el grado y diferenciación de los tumores y su localización anatómica.

La quimioterapia, basada en bleomicina se puede administrar siempre y cuando el paciente no tenga más de 60 años y no sufra enfermedad pulmonar restrictiva crónica, la dosis recomendada es de 15 unidades/M2. administrada por vía intravenosa, dos veces por semana, para una dosis total de 200 unidades/M2. Los efectos de este fármaco son:

1.- Temperatura alta, a veces acompañada de hipotensión, por la cual se tiene que interrumpir la administración y dar terapéutica de sostén, ya que ésta reacción puede ir seguida de colapso y edema pulmonar grave.

2.- Hay toxicidad en piel y mucosa, la cual puede incluir úlceras bucales, alopecia, hiperpigmentación, eritema, hipersensibilidad o dolor de la piel, aparición de vesículas úlceras y engrosamiento de la piel.

3.- Hay toxicidad pulmonar, con neumonitis, que a ve -

ces progresa hasta fibrosis. El mejor método para vigilar - este efecto, es auscultar frecuentemente el tórax, e inte -- rrumpir el tratamiento si aparecen extertores finos.

4.- Puede haber dolor local durante la inyección, se--- guida de flebitis. Se recomienda su administración lenta -- (por 10 minutos).

Para pacientes con cáncer avanzado en las cuales ya no- se pueda recurrir a la cirugía o a la radioterapia, la qui-- mioterapia puede resultar paleativo.

Los productos que se han empleado incluyen bleomicina,- metotrexato, hidroxiurea, dactinomicina, 5-fluororuracilo -- y ciclofosfamida.

(6-7-9).

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES.

Podemos concluir que es importante la educación del paciente para que así, tome conciencia de la importancia de esta enfermedad, el cual deberá pedir orientación profesional ante cualquier tipo de lesión que se manifieste en la cavidad oral, aunque aparentemente no presente ningún síntoma.

El cirujano dentista por su parte, deberá realizar una inspección minuciosa de las estructuras de la cavidad bucal y cuello, así como una buena historia clínica, y si hay sospecha de un cáncer, orientar al paciente que debe recibir -- atención médica especializada, para que tenga el tratamiento indicado.

La oncología que es la ciencia que se encarga del estudio de esta patología, deberá de mantener una investigación-clínica y científica para poder llegar a mejorar los resultados obtenidos, ya que hasta nuestros días éstos no son muy satisfactorios.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bayley Leinster
Enfermedades sistemicas en odontologia
Editorial Cientifica, S.A.de C.V.
4a. reimpresión.
1990.
- 2.- Ricardo Francisco Borghelli
Patología bucal clínica
Tomo I
Editorial Mundial
1a. edición
1979.
- 3.- David Grinspan
Enfermedades de la boca
Tumores segunda parte
Tomo V
Editorial Mundi Saic y F.
1983.
- 4.- A.W. Han
D.H. Cormack.
Tratado de histologia
Editorial Interamericana
8a. edición.
1984.
- 5.- Kelly
Medicina interna
Editorial médica panamericana, S.A.
1990.

- 6.- Dr. Macolm A. Lynch.
Medicina bucal diagnóstico y tratamiento.
Editorial interamericana.
7a. edición
1980.
- 7.- Jens J. Pindborg.
Cáncer y precáncer bucal
Editorial médica panamericana.
1981
- 8.- Regezi & Scciubba
Oral Pathology
W.B. Saunders Company.
1989.
- 9.- Antonio Subias Fagés.
Biblioteca Salvat
1974.
- 10.- Perez Tamayo
Principio de Patología.
Editorial médica panamericana
3a. edición
1990.
- 11.- Daniel E. Waite
Tratado de cirugía bucal práctica.
Compañía editorial continental, S.A. de C.V.
2a. impresión
1988.
- 12.- Revista práctica odontológica
Vol. 9 No. 4
1988