

2ej' 263

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

NEOPLASIAS ORALES

*Revisó
Simig 18/10/82*



TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

María Arcelia Esparza Badillo
María de la Paz E. Carrión Suárez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION.

GENERALIDADES.

CAPITULO I. HISTORIA DEL CANCER.

CAPITULO II. NEOPLASIAS.

II. 1.- Definición de Neoplasias.

II. 2.- Nomenclatura.

II. 3.- Diferenciación y Anaplasia.

II. 4.- Predisposición a las Neoplasias.

II. 5.- Aspectos Clínicos de las Neoplasias.

II. 6.- Diagnóstico de las Neoplasias.

II. 7.- Diagnóstico diferencial entre neoplasias benignos
y malignos.

CAPITULO III Clasificación de las Neoplasias en General.

III. 1.- Clasificación histológica de los Tumores.

III. 2.- Características Macroscópicas.

III. 3.- Características Microscópicas.

CAPITULO IV . Neoplasias benignas y malignas de la Ca-
vidad Oral.

IV. 1. Neoplasias benignas.

IV. 2.- Neoplasias malignas.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

Al hablar sobre Neoplasias, es comprensible que se conceda mayor importancia a las Neoplasias Malignas, ya que el Cáncer es un problema grave y polifacético que abarca el ámbito de la Biología, de la Medicina y de toda la sociedad humana.

Actualmente no se dispone de los conocimientos suficientes sobre la Biología del Cáncer, en los que fundamentar una actuación médica de eficacia máxima. Por ello, el Cáncer es todavía una amenaza para la humanidad.

Generalmente la población no posee la información -- adecuada sobre este tema, y como no es fácil precisar en que momento empieza la enfermedad, esto ocasiona que el interesado no acuda al médico en el instante oportuno; presentándose después, cuando la enfermedad ya representa un serio peligro para la vida.

El presente trabajo tiene como propósito, contribuir al estudio, comprensión y diferenciación entre los tumores benignos y malignos de la cavidad oral.

El Odontólogo juega un papel importante en el diagnóstico de los tumores, puesto que, él depende detectar las anomalías que se presentan en la cavidad oral, y así poder atacarlas desde sus inicios; apoyados por los grandes avances en la Terapia de las Neoplasias.

GENERALIDADES.

La cavidad oral aparece tapizada por mucosa, cuyo epitelio en su mayor parte es estratificado, escamoso y no queratinizado. El epitelio de las mejillas no se haya queratinizado; el de la lengua lo esta parcialmente, y el de las encías y el paladar lo está completamente.

En la cavidad oral se distinguen una porción externa más pequeña, llamada vestíbulo, y una porción mayor interna o cavidad propiamente dicha.

Vestíbulo.- Es la hendidura comprendida entre los labios y las mejillas externamente, y los dientes y las encías internamente. El techo y el suelo del vestíbulo están formados por la reflexión de la mucosa desde los labios y mejillas a las encías. En el vestíbulo se encuentra formado por algunos músculos, en el se encuentran los orificios de las glándulas labiales; también el conducto parotídeo que se abre en el vestíbulo a nivel del segundo molar superior.

Cuando los dientes se hayan en contacto, el vestíbulo se comunica con la cavidad bucal solamente por un espacio variable, entre los últimos molares y la rama de la mandíbula.

Cavidad Bucal.- Se encuentra limitada por delante y a cada lado por los arcos alveolares, los dientes y las encías, comunica por detrás con la orofarínge mediante un orificio llamado orofaríngeo o Istmo de la Fauses, el cual es limitado en cada lado por los pilares palatoglosos.

El techo de la cavidad bucal es el paladar; el suelo se haya en gran parte ocupado por la lengua y por debajo-

de ésta, hay estructuras blandas que en conjunto se el conoce como suelo de la boca, que comprenden los músculos milohioides.

La cara inferior de la lengua se haya unida al suelo de la boca por un pliegue medio de la mucosa llamado frenillo lingual, que presenta a cada lado, una elevación o papila sublingual en la que se abre el conducto de la glándula Submaxilar. También en la mucosa del piso de la boca se encuentran los conductos sublinguales que se abre a nivel del pliegue sublingual.

Labios.- Los labios son los pliegues móviles mucofibrosos que limitan la entrada de la boca, se extienden lateralmente hasta el ángulo de la misma, la parte media del labio superior presenta externamente un surco poco marcado llamado Philtrum. La cara interna de cada labio se relaciona con la encía por un pliegue medio de mucosa llamado frenillo labial. Los labios están recubiertos de piel y contituidos parcialmente por los músculos orbiculares y por glándulas labiales, todo ello tapizado por mucosa.

Mejillas.- Tienen una estructura similar y continua al músculo bucinador. La unión entre mejillas y labios vienen marcada externamente a cada lado por un surco nasolabial que se extiende lateralmente y hacia abajo desde la nariz al ángulo de la comisura bucal.

Paladar.- Este constituye el techo de la boca, y el suelo de la cavidad nasal, se extiende hacia atrás constituyendo una separación parcial, entre las porciones bucal y nasal de la farínge. El paladar es arqueado en sentido transversal y anteroposterior y se compone de dos partes. las dos partes anteriores constituyen el paladar duro y el tercio posterior, el paladar blando.

Paladar duro.- El paladar duro queda en el adulto a nivel del Azis, pero más alto (a nivel de la articulación entre el cráneo y el Atlas), en el niño. El paladar óseo esta formado por la apófisis de los maxilares por delante y las láminas horizontales de los palatinos por detrás; el paladar óseo se haya recubierto por arriba por la mucosa nasal, y por abajo, por la mucosa y periosteó del paladar duro. La lámina mucoperióstica contiene vasos sanguíneos y nervios, y posteriormente un gran número de glándulas palatinas de tipo mucoso. Su epitelio se ha ya queratinizado y es de tipo escamoso estratificado y muy sensible al tacto. La lámina mucoperióstica presenta un Rafé medio que termina por delante de la papila incisiva.

Algunos pliegues transversos palatinos se extienden lateralmente y contribuyen a la fragmentación de los alimentos por comprensión contra la lengua durante la masticación; en la cara inferior del paladar se observa a veces una prominencia ósea central, llamada torus palatino.

Paladar blando.- El paladar blando o velo del paladar es una formación fibromuscular movable, que constituye el borde posterior del paladar duro. El paladar blando constituye una separación parcial entre la nasofaringe por arriba, y la orofaringe por debajo; funciona cerrando el Istmofaríngeo durante la deglución y la fonación. Está cubierto principalmente por epitelio escamoso estratificado, y en su cara anterior se observan numerosas glándulas palatinas, los corpúsculos del gusto se hayan posteriormente. El borde inferior libre del paladar blando presenta en el plano medio una proyección de variable longitud, la úvula; el paladar blando se continúa lateralmente que reciben el nombre de pilares glosopalatino y faringopalatino.

Lengua.- La lengua es un órgano formado por una masa de tejido estriado, recubierto por una mucosa cuya estructura varía de acuerdo a la región.

Las fibras musculares estriadas se entrecruzan en los tres planos del espacio y los haces musculares se hayan separados por una gran cantidad de tejidos conjuntivo.

La mucosa se presenta fuertemente adherida a la masa muscular a causa de la penetración del tejido conjuntivo de la lámina propia entre las fibras musculares.

En la superficie inferior de la lengua la mucosa se presenta lisa.-

En la cara opuesta su aspecto es extremadamente irregular debido a la presencia de un gran número de pequeñas elevaciones que son las papilas linguales.

La región posterior de la cara dorsal de la lengua, - está separada de la cara opuesta por una línea en forma de V de trás de esta línea la superficie de la lengua presenta un número de prominencias formadas principalmente por nódulos linfáticos.

Dientes.- Cada diente consta de tres porciones, la corona, el cuello y la raíz. Al hacer un corte sagital a un diente observamos las siguientes estructuras; esmalte: que forma -- una cubierta protectora de espesor variable sobre toda la superficie de la corona de las piezas dentales. Dentrina: está constituye la mayor parte del diente, como tejido vivo está compuesta de células especializadas como los odontoblastos y una sustancia intercelular etc. En sus propiedades físicas y químicas se parece mucho al hueso. Cemento; éste constituye el tejido -- dental duro que cubre las raíces anatómicas de los dientes, es un tejido especializado, calcificado, mesodérmico un tipo modificado de hueso. Pulpa; es un tejido conjuntivo laxo especializado que tiene como finalidad dar vitalidad a la pieza dentaria.

Encías.- La encía se encuentra formado por la mayor parte de fibras colágenas elaboradas por fibroblastos principal elemento celular del tejido conectivo, la encía se haya dividida en: encía libre, encía alveolar y encía insertada o adherida. Las encías se hayan cubiertas por una membrana mucosa vascular y lisa.

Hueso.- El hueso del maxilar superior presenta dos tablas óseas, una externa, y una interna en ambas tablas se observan agujeros vasculares, el tejido es compacto denso, aloja vasos y nervios. El hueso del maxilar inferior, al igual que el superior se encuentra formado por dos tablas, una interna y --- otra externa, que dejan entre ellas una cantidad de tejido esponjoso variable de espesor según la región que se considere, - el cóndilo se haya cubierto por una delgada lámina de tejido -- compacto, aloja los vasos y nervios dentarios en el conducto inferior o mandibular.

Glándulas Salivales.- Las glándulas salivales pueden dividirse en mayores y menores. Las glándulas salivales mayores son la Parótida, Submaxilar y sublingual. Las glándulas salivales menores son las glándulas pequeñas y grupos de las mismas - en el paladar mucosa del carrillo y piso de la boca, que secretan moco.

Las glándulas mayores funcionan primordialmente en la producción de saliva durante los períodos de masticación, lo -- cual ayuda a preparar el bolo alimenticio para deglutirlo. Las salivales menores tiene como función lubricae las membranas mucosas, para facilitar la deglución, el habla y los movimientos de la mandíbula.

CAPITULO I

HISTORIA DEL CANCER

La Historia Médica con relación al cáncer puede dividirse en tres etapas.

La primera incluye observaciones realizadas durante el Renacimiento Griego, Romano y Bizantino, durante el renacimiento este intervalo cubre el año 460 antes de Cristo hasta el año 1600 después de Cristo.

El segundo período comenzó con el descubrimiento del microscópio y progresó rápidamente hasta el siglo XIX.

El tercero comenzó en el siglo XX, cuando los investigadores empezaron a estudiar intensamente los fenómenos biológicos, químicos y etiológicos del cáncer por métodos experimentales. Los rayos Roentgen se descubrieron en 1896 y el radium en 1899, dos de los eventos más relevantes en este campo de la Medicina. Estos descubrimientos son de extraordinaria importancia en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

El cáncer tiene una historia muy larga y muy variada, es mencionado en los escritos más antiguos de la literatura en India y Persia. El sarcoma de hueso se descubrió en los escritos más tempranos y los esqueletos remanentes de los Incas contenían esos tumores.

Los egipcios trataron las úlceras cancerosas con -- aceites de arsénico y otros medicamentos para las escaras, un -- tratamiento inefectivo para estas enfermedades, que algunos --

"Sanatorios de Cáncer" recomiendan todavía en América, sin embargo aún en este período temprano, al menos un tumor, aparentemente en lipoma fue tratado con instrumento cortante.

1.- Literatura temprana neoplásica (460 a.c.- 1600 - d.c.)

A) Hipócrates (460-375 a.c.). Fue el primero en clasificar los tumores en internos y externos, en profundos y superficiales. Diferenciaba las úlceras indolentes y las lesiones progresivas a las que llamó carcinomas.

B) Celsus (30 a.c.- 38 d.c.). Un patricio que no era médico pero que dió la mejor historia de la Medicina Romana. - Fué el primero en recopilar los alcances en el tratamiento del cáncer.

C) Galeno (130-200 d.c.). Fué un médico griego cuyas doctrinas todas basadas en teoría, dominaron el pensamiento médico más de 1500 años. Su teoría humoral de que el cáncer era causado por bilis negra lo condujo a recomendar tratamientos tales como dietas vegetales, irrigaciones colónicas, y enemas nutrientes, regímenes todavía usados por los ignorantes de hoy.

D) Leonides de Alejandría (180 d.c.). Fué el primero que uso el termocauterio en la destrucción del cáncer de mama. También aconsejó la extirpación de los tumores por cauterio o excisión con inclusión de tejido sano.

L) El Renacimiento (1453-1700). Epoca refulgente -- por los descubrimientos tales como la imprenta, la circulación sanguínea por Harvey en 1628 y de los glóbulos rojos por Malpighi en 1661, produjo pocos avances en el campo del cáncer, -

La cirugía, sin embargo, mejoró y los tumores benignos y malignos fueron clasificados en forma separada por Marco Aurelio Severino (1580-1656).

II.- Los conceptos tempranos de la estructura histológica del cáncer aparecieron cuando Antonio Van Leeuwenhoek - mejoró el microscopio perfeccionandolo en 1683. Poco avanzó - el conocimiento del cáncer en los siguientes años, hasta 1824- cuando el invento de los lentes acromáticos mejoró el microscopio.

A) Hooke, en 1665 usó por primera vez el término Célula.

B) Morgagni (1682-1771). Inició el estudio científico de la Anatomía patológica, y Rokintansky (1804-1878), fue - otro gran patólogo.

C) Johannes Muller, en 1836, estableció la diferencia célular de los tumores y Schwann en 1839 estableció la teoría célular de la estructura animal.

D) Meckel en 1827, describió el origen del carcinoma bucal, del epitelio oral.

E) Un reporte de veinte conferencias, la Célular - - Pathologie de Virchow, que se publicó en 1858 es uno de los -- más grandes libros en la historia de la Medicina y ganó para - este autor el Título de el Padre de la Patología Célular.

F) Conheimen en 1877 introdujo la teoría de la activación de restos embrionarios como origen del cáncer.

G) Volkmann en 1875 reconoció al hollín y la parafina como cuasas externas o irritativas del cáncer. Harrison -- describió al cáncer por anilina (en la vejiga) en 1895.

H) Durante el siglo XIX, el tratamiento del cáncer -- progresó en los aspectos quirúrgicos. Roux en 1839, reportó -- la primera cirugía mayor por cáncer de lengua. En 1884 Sedi-- llot describió la técnica Moderna de dividir el labio inferior y mandíbula para extirpación de la lengua.

III.- Las investigaciones del siglo XX en adición a-- los estudios de morfología y de Historia natural se relacionan con los fenómenos biográficos, químicos y otros.

A) Se hicieron muchos descubrimientos en el laborato-- rio experimental: Maud Slye, durante 1914 hasta 1937 reporto -- resistencia al cáncer en ratones en forma dominante y Sucepti-- bilidad en forma recesiva. Clunet en 1910 descubrió acciden-- talmente un carcinoma de estómago en rata infectada con un gu-- sano nemátodo.

Yamagiwa Elchikawa en 1916 produjo carcinoma en las -- orejas de conejos con hollín; Rous, en 1911, produjo un sarco-- ma en la mama (glándula mamaria) de un pollo por la inyección-- de un virus.

B) El tratamiento del cáncer, desde el principio de-- este siglo, ha tenido una rápida evolución, como las técnicas -- de cirugía, radium y rayos X han mejorado, estos elementos han ayudado al tratamiento del cáncer,

1.- Enormes avances en las técnicas quirúrgicas se -- han hecho desde el desarrollo de la anestesia general después-- de la introducción de Morton en 1846 del eter como agente anes-- tésico y más recientemente desde la introducción de Lundy en --

1933, del pentotal sódico con oxígeno intratraqueal, es más - con el gran conocimiento del estado fisiológico y bioquímico - del enfermo, órganos y áreas anatómicas que se consideraban - inaccesibles al cirujano han venido a ser ahora sitios en donde frecuentemente se hacen cirugía radical. Se ha dominado y disminuído la mortalidad. Ciertos cánceres con metástasis cervicales se quitan ahora con disección radical en bloqueo.

2.- La radioterapia ha alcanzado el nivel de una especialidad desde los rayos X por Roentgen en 1896 y el redium por los Curies en 1899.

3.- En 1947 Huggina introdujo los tratamientos hormonales con Andrógenos y Estrógenos.

4.- Se ha empleado metales pesados como el oro, además del arsénico y calor en el tratamiento del cáncer.

5.- Agentes quimioterapicos también se utilizan en - el tratamiento del cáncer pero se encuentran en investigación - en muchas instituciones.

CAPITULO II
NEOPLASIAS

- II.1. DEFINICIONES
- II.2. NOMENCLATURA
- II.3. DIFERENCIACION Y ANAPLASIA
- II.4. PREDISPOSICION A LAS NEOPLASIAS
- II.5. ASPECTOS CLINICOS DE LAS NEOPLASIAS
- II.6. DIAGNOSTICO DE LAS NEOPLASIAS
- II.7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS

II.1 DEFINICIONES

Definición de Neoplasia según Willis:

"La neoplasia es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede de los tejidos normales y que no está coordinado con estos mismos, y que persiste de la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadenó el cambio, la masa anormal carece de finalidad y es autónoma".

Todas las neoplasias dependen en última instancia del huésped en cuanto a la nutrición, la respiración y el riego -- sanguíneo; muchas formas de neoplasias necesitan incluso sostén endócrino.

Aclaremos los términos tumor y neoplasia; se dice que tumor denota tumefacción, que es de hecho, un signo cardinal de la inflamación. Una neoplasia cerca de la superficie de la economía produce una tumefacción tumoral, no todos los tumores son neoplásicos, y pueden ser producidos por hemorragia o ede-

ma. Cáncer es el nombre común para todos los tumores malignos.

Los calificativos benigno y maligno, según se aplican a las neoplasias, tiene deducciones clínicas. La designación significa que la lesión no amenaza la vida, es de crecimiento comparativo lento, no dará metástasis y es susceptible de extirpación con cura del paciente, una neoplasia benigna raramente causa la muerte, y en este caso virtud de su sitio extratético a su función. Casi todas las neoplasias malignas tienen la potencialidad desagradable de invasión, crecimiento rápido, y destrucción de tejidos adyacentes y dan metástasis que originan la muerte.

II.2. NOMENCLATURA

La nomenclatura de los tumores no siguen un sistema constante y único. La mayor parte de los tumores benignos se designan histológicamente agregando el sufijo OMA, al tipo celular que forma la neoplasia.

La nomenclatura para los tumores malignos sigue el sistema utilizado para las neoplasias benignas con algunas añadidas. Cuando la neoplasia consiste en células muy primitivas e indiferenciadas, debe designarse sencillamente como tumor maligno poco diferenciado o no diferenciado o cuando sea posible carcinoma indiferenciado o sarcoma indiferenciado. Los cánceres que nacen en tejido mesenquimatosos se llama sarcoma.

Los sarcomas también se clasifican según la histogénesis. Las neoplasias malignas originadas en células epiteliales, que provienen de cualesquiera de las tres capas germinativas, se llama carcionomas. Los carcinomas pueden clasificar--

se el estudio histológico, cuando el cuadro es de crecimiento glandular se les llama adenocarcinoma, el que produce células escamosas identificables en cualquiera de los epitelios pavimentosos estratificados de la economía se llamará carcinoma de células escamosas o epidermoide. Las células en proliferación de un tumor guardan íntima semejanza entre sí como si proviniera de antecesores muy íntimamente relacionados. Algunas neoplasias se han clasificado como sencillas, solo para diferenciarlas de los tumores mixtos o compuestos. Los tumores mixtos se caracterizan por la diferenciación divergente de las células neoplásicas que origina más de un tipo celular en la neoplasia.

Dentro de las neoplasias simples hay otro grupo que se llama compuesto o teratógeno, para indicar que contiene varios tipos celulares característicos de más de una capa germinativa. Estas neoplasias llamadas teratomas provienen de células totipotenciales, por lo cual se encuentran principalmente en las gónadas.

Los tumores mixtos y los teratomas, tienen gran interés teórico pues indican la profundidad del cambio fundamental concomitante con la oncogénesis. Cada tumor tiende a seguir un comportamiento específico; por ello, su designación específica entraña deducciones clínicas de importancia.

II,3, DIFERENCIACION Y ANAPLASIA

Todos los tumores, benignos y malignos, tienen dos componentes básicos, que son: 1) Neoplásicas en proliferación que forman el parénquima, y 2) Estroma de sostén que consiste en tejido conectivo, vasos sanguíneos y posiblemente linfáticos,

Las células neoplásicas tienden a diferenciarse de -- sus homólogos normales, en lo que se refiere al núcleo, (puede aumentar de tamaño o sólo mostrar variaciones más amplias que las observadas en el tejido Homólogo normal, puede mostrar hipercromatismo, o mitosis anormales en número y o morfología, - finalmente el cambio más frecuente, es la pérdida de la relación núcleo-citoplasma). En lo que respecta al tamaño y forma es frecuente que las células tumorales tengan tamaños anormales o formas caprichosas. El citoplasma de éstas células puede conservar la estructura característica de su función original.

Hay una amplia gama de trastornos de la morfología y la función, que abarca desde células prácticamente idénticas a las normales, hasta células notablemente atípicas que no guardan semejanza alguna con las normales.

Las células parenquimatosas son las más importantes, - pues no sólo forman la mayor parte de casi todos los tumores, - sino también se presenta el borde cortante en proliferación y por ello rigen el carácter de la neoplasia.

La diferenciación de las células parenquimatosas denota la medida en la cual, estas células guardan semejanza con -- sus antecesoras normales y de esta manera alcanzan sus caracteres maduros especializados, funcionales y morfológicos.

En términos generales, todas las neoplasias benignas -- están bien diferenciadas, pero las malignas varían desde las -- bien diferenciadas hasta las que consisten en células indiferenciadas, anárquicas, de aspecto primitivo.

Anaplasia, - La anaplasia puede usarse como sinónimo de indiferenciación de las células tumorales.

Los tumores anaplásicos son invariablemente malignos, y consisten en células más o menos indiferenciadas que han perdido en parte o por completo semejanza con las equivalentes normales.

Las células y núcleos presentan como característica el pleomorfismo que es una variación en tamaño y forma. Los tumores anaplásicos suelen poseer gran número de mitosis atípicas y extrañas.

El estroma si bien es importante para la supervivencia y el crecimiento de una neoplasia, no es dato de peso para diferenciar los tumores benignos de los malignos. La capacidad de proliferación del perénquima depende de la suficiencia del riego sanguíneo y del sostén del estroma. Cuando el crecimiento parenquimatosos excede de la capacidad del riego sanguíneo, la región central de la neoplasia, más alejada del riego sanguíneo periférico experimenta necrosis isquémica y hemorragia.

II.4. PREDISPOSICION A LAS NEOPLASIAS

Se han identificado algunos factores ambientales y constitucionales (genéticos), que pueden tener importancia causal en las neoplasias.

A) Epidemiología: a las neoplasias les corresponde el 16.8% de la mortalidad global, por la elevada frecuencia de los cánceres cutáneos, no mortales que representan el 23% de todos los cánceres en el varón y el 13% en la mujer.

Es muy raro que los cánceres de piel causen la muerte ya que se descubre fácilmente y suelen curarse por extirpación quirúrgica,

B) Influencias Ambientales: Aquí se incluye una -- enorme serie de influencias externas que rodean la vida de un paciente, su estilo de vida, ocupación, dieta, costumbres sociales y culturales.

El ambiente contribuye al desarrollo del cáncer, ya -- que existen diversos agentes que pueden provocar la aparición de este mal; entre los agentes encontramos:

Productos químicos como el hollín, alquitranes, aceites, humo de tabaco, naftalinas, bencidina, níquel y compuestos de cromo y amianto. Las radiaciones (incluso las solares), los agentes virales que se hayan por todas partes. Con la -- frecuencia variable de procesos malignos específicos, como el que se observa entre las clases sociales y económicas diferentes, sin duda puede atribuirse a influencias ambientales.

C) Factores raciales y Geográficos: Las frecuencias de formas específicas de cáncer muestran diferencias notables -- según la región y los países, es mucho más frecuente que las -- variaciones geográficas puedan atribuirse a factores ambientales que a su susceptibilidad individual y racial.

D) Edad: El cáncer suele considerarse enfermedad de la edad avanzada, pero hay pequeños máximos durante los cuatro primeros años de la vida, seguido de una frecuencia progresivamente creciente que alcanza la cifra mayor de 55 y 74 años, -- después disminuye algo, la disminución en la frecuencia de cáncer mortal en personas de edad muy avanzada, probablemente depende de su mayor frecuencia de cardiopatías y apoplejías mortales. Las formas más frecuentes de cáncer mortal varían con la edad, El cáncer es la segunda causa de muerte desde la infancia a los 74 años.

E) Herencia: El ciclo prolongado de generación del hombre, el número limitado de descendientes, la ausencia de diagnóstico comprobados anatopatologicamente en muchos certificados de defunción, las dificultades para la vigilancia prolongada de grupos familiares, y las muchas muertes intercurrentes por otras causas antes que el paciente haya alcanzado los años en que el cáncer es más frecuente, todos ellos dificultan el estudio de la herencia, y muchas veces lo complican considerablemente.

Actualmente se ha identificado tipos de herencia Mendelianas para unos cuantos cánceres y para algunos trastornos que predisponen al cáncer, pero estas mismas neoplasias se presentan en pacientes sin antecedentes sospechosos de transmisión hereditaria, por lo tanto la importancia de los factores genéticos es deficiente en cada uno de los procesos.

Los tipos de Transmisión Mendeliana de Cáncer dominante simples o recesivos son la excepción más que la regla. - Para la mayor parte de tipos de cáncer, la herencia posible -- incluye los modos mucho más complejos de la transmisión poligénica. Nunca se ha identificado una predisposición familiar al cáncer.

Hay otros datos indicando la influencia de factores genéticos en la predisposición al cáncer, la aparición de leucemia en pares de gemelos, se ha registrado con frecuencia suficiente para indicar que este fenómeno es más frecuente que el correspondiente a una simple probabilidad.

Diversas enfermedades con base hereditaria conllevan una predisposición elevada para determinar la neoplasia maligna. Trastornos hereditarios caracterizados por malformaciones congénitas llevan un aumento de peligro, lo cual sugiere -

un posible factor genético común que origine ambas cosas, las anomalías y las neoplasias.

En todos los estudios genéticos hay la posibilidad de que muchos casos de predisposición familiar reflejen simplemente la exposición común a influencias carcinógenas ambientales.

F) Sexo: existen diferencias netas en la frecuencia del cáncer según el sexo. Tiende a ser más frecuente en los varones, por su trabajo está expuesto a muchos más peligros -- ocupacionales; también se ha supuesto que las mujeres tienen una defensa inmunológica más eficaz, que pudiera lograr la destrucción de neoplasias incipientes. No se sabe si hay tendencias ambientales que modificarán con frecuencia lo sexual o el control de este flagelo.

II.5. ASPECTOS CLINICOS DE LAS NEOPLASIAS

Los tumores malignos causan mayor impacto sobre los huéspedes que los tumores benignos. De cualquier forma una neoplasia benigna no siempre constituye una enfermedad sin peligro.

En las neoplasias benignas presentan características clínicas importantes:

- a) Localización extratétrica al hacer presión.
- b) Tener actividad funcional, como la producción de hormonas.
- c) Presentar complicaciones como hemorragias o úlceras con infección secundaria.
- d) Sufrir transformación maligna en algunos casos.

La consecuencia más grave del cáncer es que causa la muerte, Aunque la desaparición final de todo paciente con cáncer avanzado en alguna forma resulta peculiar, todos presentan

caquexia, debilidad progresiva, anorexia, anemia y desnutrición.

Generalmente aunque no siempre se observe correlación entre volumen y amplitud de difusión del tumor maligno y la gravedad de la caquexia; en consecuencia la caquexia va aumentando a medida que la enfermedad avanza.

Los cánceres pequeños pueden ser silenciosos, a veces lesiones menos limitadas han producido caquexia maligna.

Desde el punto de vista clínico, existen un acuerdo general al considerar que no hay una sino muchas enfermedades debidas a la presencia de tumores en el organismo humano. Cada tumor constituye un cuadro clínico diferente, con características propias, por ello es imposible englobar todas las neoplasias en un cuadro clínico semiológico y terapéutico uniforme.

SIGNOS Y SINTOMAS

Estos datos son extraordinariamente variados, y dependen en gran parte de la localización del tumor y de las funciones orgánicas que interfieren, hay algunos signos y síntomas que se han llamado de alarma. Estos síntomas y signos pueden no corresponder a la presencia de un tumor.

En las campañas de educación, al público, se recomienda consultar al médico cuando exista algunos de estos síntomas o signos de alarma, y es deber de éste indagar la causa del signo encontrado por el paciente. Algunos de estos signos son los siguientes:

- A) Una masa anormal en cualquier sitio del cuerpo, -

Estas cuando son indoloras pueden ser o no notadas. Una masa más frecuente es la expresión de una metástasis de un tumor localizado en órganos internos en cuyo caso el pronóstico es sombrío.

B) Una úlcera que demora en curar puede ser la indicación de un tumor maligno, este es el caso visto en la piel y las mucosas. En las úlceras crónicas de etiología traumática o infecciosa, puede establecerse un cáncer que generalmente se implanta en un proceso regenerativo de hiperplasia.

C) Una hemorragia, puede ser el primer signo de un tumor maligno que ha ulcerado una mucosa y erosionado vasos sanguíneos.

D) La pérdida de peso sin razón aparente que la justifique, puede ser la indicación de un proceso neoplásico que esté de alguna manera interfiriendo con la nutrición. Lo mismo se puede decir de una anemia inexplicada y de cambios anormales en los hábitos intestinales (diarrea o constipación crónica).

E) Los procesos tumorales a veces se manifiestan por la presencia de fiebre, generalmente de carácter cíclico y de poca intensidad. Esta se puede deber a la necrosis de tejido tumoral por inadecuada provisión de vasos sanguíneos o procesos infecciosos facilitados por los efectos mecánicos del tumor.

F) La tos espontánea indica la compresión de ramas nerviosas sensitivas por la neoplasia, extremadamente variable y con frecuencia es un signo tardío. El dolor provocado por la palpación es un signo más temprano que el dolor espontáneo.

G) Un signo muy frecuente de los tumores de la cavidad oral es un mal ajuste de prótesis que surge sin causa aparente.

II.6. DIAGNOSTICO DE LAS NOEPLASIAS

En grupos importantes de tumores es un hecho conocido que las medidas terapéuticas son efectivas mientras menos avanzada sea la extensión del tumor en el organismo.

Por esta razón uno de los principales puntos de la estrategia de la lucha contra el cáncer es el diagnóstico temprano, la tardanza en el diagnóstico se observa frecuentemente -- en los países en desarrollo.

En casi todos los hospitales generales que se atienden a personas de bajos recursos económicos, se observa que la mayoría de los pacientes con cáncer consultan cuando su enfermedad ha avanzado más allá de su localización inicial. Por medio de campañas de información al público, es posible hacer -- que la consulta sea temprana, pero lo más trascendental para el éxito del tratamiento es el estudio y corrección de las causas por las cuales el médico que ve primero al paciente es -- culpable del retraso del tratamiento.

La mayor esperanza de curar un cáncer es descubrirlo y tratarlo antes de que se produzcan síntomas clínicos.

El diagnóstico seguro de las neoplasias solo se logra mediante exámenes histológicos de los tejidos. No se ha logrado métodos completamente objetivos para distinguir neoplasias benignas de malignas o para indentificar imágenes histológicas, lugares de origen, y conducta biológica previstas, para un crecimiento -- nuevo.

En el diagnóstico anatómico de las neoplasias se efectúa principalmente, representando en parte algo de ciencia, y en parte considerable un arte dependiente de largos años de experiencia, guiándose por consideraciones de la edad del paciente, la localización y el tipo posible del tumor, y peligros e implicaciones del tratamiento insuficiente o excesiva, la inteligencia o la confianza que merezca el enfermo para volver con frecuencia a visitas de vigilancia, y su confianza en las diversas opiniones recibidas. La preponderancia en neoplasias no es tan enorme y suele poder efectuarse un diagnóstico anatómico seguro.

Diagnóstico Histológico.- El examen macro y microscópico de la neoplasia por un patólogo, debe proporcionar un diagnóstico preciso en un 95% a 98% de las neoplasias. El tejido sometido para diagnóstico ha de contener pequeñas muestras, y una mayor.

En todas las formas de sarcomas, con excepción de las más malignas, los peligros supuestos son menos que los reales.

Es más importante que la biopsia contenga tejido tumoral representativo y no necrosado, ya que los cánceres que crecen más rápidamente presentan necrosis central.

Diagnóstico Citológico.- Después del diagnóstico histológico, en orden de importancia viene el citológico. En contraste con el trabajo del histólogo, aquí el diagnóstico debe establecerse basándose en la citología de cada célula o quizá en el de un acúmulo de células sin la confirmación del desarrollo arquitectónico, la pérdida de orientación de una célula en relación con otra, y de hecho, de particular importancia señales de invasión. A pesar del rigor que corresponde a este método de diagnóstico las células suelen clasificarse en una

de las siguientes categorías:

Clase I	Normal
Clase II	Probablemente normal (atipia ligera)
Clase III	Dudosa (atipia más intensa que representa posible displasia o posible cáncer)
Clase IV	Probable cáncer (sospecha muy fuerte de anaplasia)
Clase V	Cáncer (anaplasia indudable)

Otras pruebas de diagnóstico.- Se dispone de otras -- pruebas para dar un diagnóstico que ayuden a descubrir el cáncer pero ninguno tiene la especialidad o la precisión de los métodos histológico y citológico. La identificación de células cancerosas en la sangre circulante se ha propuesto como medio de diagnóstico, esta ha resultado de poco valor y se utiliza raramente, ya que dichas células circulantes solo se descubren cuando el cáncer primario es voluminoso, incluso el error por resultado falso es muy alto, aún cuando la prueba es positiva. Hay que emplear otros medios para identificar la localización de la lesión.

Otras técnicas para facilitar el diagnóstico del cáncer incluyen la determinación de hormonas, enzimas y otros productos de la neoplasia circulante, ya que estos en muchos casos son específicos de formas particulares de neoplasias,

En el curso de los años se han hecho muchos esfuerzos para lograr métodos que permitan expresar con seguridad la extensión y gravedad del cáncer en un paciente. Los términos como "operable", "no operable", "localizado", o "diseminado", -- son demasiado subjetivos y difusos para que tengan significación precisa, por lo que es de suma importancia que se dispon-

ga de un método bastante preciso para establecer la extensión del cáncer, si deseamos valorar los resultados finales de la terapéutica.

Muchas de las diferencias en cuanto a las curaciones logradas, proceden de comprar etapas diferentes de la enfermedad. También es necesario crear métodos para establecer etapas del cáncer con el fin de seleccionar el tratamiento más -- adecuado y proporcionar criterios diagnósticos que puedan du--plicarse para cada paciente.

La clasificación Broders intenta proporcionar grados cuantitativos de agresividad del cáncer basándose en la diferenciación citológica de las células tumorales y el número de mitosis. Dicha clasificación está dividida en cuatro grados.-- Los tumores de grado I, son los mejores diferenciados, tiene -- la mayor proporción de células comparativamente normales y el número menor de mitosis, acompañándose del mejor pronóstico.-- Así sucesivamente hasta llegar al grado IV que son los más indiferenciados con mayor número de mitosis y con el peor de los pronósticos. Si bien esta clasificación puede tener alguna -- utilidad, no se justifica que se dependa demasiado de ella, ya que el comportamiento de los tumores es, en lo mejor de los casos imposible de predecir. La confianza de este método depende de prever la conducta biológica basándose en datos morfológicos de la lesión primaria.

Se utilizan más los métodos que intentan expresar la extensión del cáncer, (etapa), en términos sistemáticos.

El desarrollo más reciente en el establecimiento de -- etapas aplicables a todas las neoplasias, se conoce como sistema TNM; la T, para primarios; N para nódulos (ganglios) re--gionales; y M para metástasis.

Estos símbolos se cuantifican definiendo la localización primaria como T_1 , T_2 , T_3 y T_4 , para la enfermedad que va avanzando; N_0 , N_1 , N_2 y N_3 , para la participación ganglionar - creciente y por último M_0 y M_1 para ausencia o presencia de me tástasis. Evidentemente la confianza que merezca el sistema - TNM, depende de lo preciso de las observaciones en cuanto a la extensión de la enfermedad. Este método brinda la posibilidad de emplear un lenguaje común que permita proporcionar datos me jores acerca de los resultados comparativos de la terapéutica - en clínicas diferentes.

DIAGNOSTICO DE LOS CANCERES

El diagnóstico del cáncer se hace por:

- A) Procedimientos clínicos
- B) Procedimientos de Laboratorio
- C) Procedimientos Radiológicos

A) Entre los Procedimientos Clínicos se encuentra la - Anamnesis detallada y la valoración correcta, esto es, recoger al máximo datos y hacer aprecio semiológico. También se hace - una exploración física completa incluyendo, examen visual y -- tacto digital de cavidades naturales accesibles. Hacer endos- - cofias de las cavidades accesibles. Las endoscopías respecti- - vas no deben considerarse como exploraciones exclusivas de los especialistas, sino como parte indispensable en el arsenal - - diagnóstico del médico general.

El especialista afirmará detalles, pero la voz de - - alarma, determinada por el encuentro de una lesión tumoral, -- debe ser hecha, en primer término por el médico que inicialmen - te examina al enfermo.

B) En los procedimientos de laboratorio, el estudio histopatológico es lo primordial, lo básico tanto que la citología exfoliativa es un método que puede encausar hacia el diagnóstico. Otros procedimientos, como la investigación de fosfatasa, etc., son de utilidad en algunos cánceres.

Para hacer el diagnóstico histopatológico se requiere un estudio por medio de una biopsia, esto es, el examen al microscopio de una porción de tejido tumoral, bien sea tomado de una fracción de la neoplasia, antes de que la institución del tratamiento, o durante la fase primaria de la terapéutica quirúrgica, haciendo el examen seriado y cuidadoso de la fase operatoria.

El informe positivo del cáncer en una biopsia preoperatoria, no excusa el examen completo de la pieza operatoria, ni debe hacerse solamente este en ausencia del primero, ya que la posibilidad de error clínico es alto y la terapéutica del cáncer es habitualmente agresiva. Esto quiere decir que se podrían hacer mutilaciones innecesarias o extirpaciones insuficientes, ambas perjudiciales, en cuyo caso es difícil decir cual representa un mal mayor.

Los diversos tipos de biopsias preoperatorias son:

- a.- Directa
- b.- Excisional
- c.- Por aspiración
- d.- Por socabado "Ponch".

a.- Las directas consisten en la toma de un fragmento de toda la lesión accesible en piel o mucosa, con o sin dispositivo endoscópico.

Las lesiones de la piel se toman bajo anestesia local, y es de aconsejarse se hagan fusiformes. Incluyendo piel sana y tumor. La única contradicción para éste tipo de biopsia lo constituye el melanoma no ulcerable.

El cuchillo eléctrico no es aconsejable en la toma de biopsias directas por las modificaciones que el calor imprime a los tejidos. En última instancia podrá hacerse cauterización tras de obtener el tejido para examinar.

b.- La biopsia excisional implica incisión, através de tegumentos sanos y tejido subcutáneo normales. Es desearse la extirpación con margen tridimensional adecuado, si el tumor es único y clínicamente maligno. Su indicación es en tumores de partes blandas. Hay casos en los que no se puede llenar estos requisitos, por ejemplo, en los tumores óseos --- primitivos metastásicos, en donde lo que se trata de obtener es una porción adecuada para su estudio microscópico, o en las metástasis voluminosas y en ganglios aislados, será conveniente quitar toda la lesión tumoral para el examen histológico.

c.- Las biopsias por aspiración consiste en obtener una porción de tejido de tumor subcutáneo através de una aguja de luz amplia (calibre 17) a cuyo pabellón se conecta una jeringa que se utilizará para obtener una presión negativa. Son requisitos indispensables:

- 1.- La fijación adecuada del tumor, realizada normalmente en los que anatómicamente no están fijos.
- 2.- La penetración de la aguja con el mandril al seno del tumor,
- 3.- El retiro del mandril y la aplicación de la succión conectando la jeringa.
- 4.- La ejecución de movimientos de vaivén y rotación a la agu-

ja sin que la punta de ésta abandone el seno del tumor.

- 5.- La supresión de la aspiración, y hasta entonces, extracción de la aguja.
- 6.- La expulsión del material obtenido en la luz de la aguja - empujando el mandril.
- 7.- La disposición de éste, bien en frotis en dos láminas porta-objetos, o si hay sangre, la inmersión del coágulo con el material o el incorporado, en una solución de formol al 10% con lo que puede ser incluido en parafina y seccionado como cualquier otro tipo de material biópsico.

Este método es aún motivo de controversias en cuanto a su valor, indicaciones e inclusive en lo relativo a persistir en uso, ya que muchos patólogos no lo consideran fidedigno o útil, para otros sin embargo lo es en alto grado, si se coordinan clínicos que sepan efectuarlo y patólogos que quieran y sepan interpretarlo, y por supuesto, cuando esté claramente indicado; en masas ganglionares en cuello, axila, ingle, y tumores glandulares, y en huesos accesibles.

d.- La biopsia por socabados de Silverman, consiste en la obtención de tejido, usando un trócar especial, de calibre grueso de bisel más bien corto, cuyo mandril está formado por dos hojas semicirculares con borde libre cortante, de longitud mayor que el tallo del trócar, se introduce ésta junto con la vaina, pero no saliendo más allá del extremo distal de éste. En cuanto penetra al tumor, se avanza la vaina hasta la posición relativa que tenían las hojas en el momento de la inserción, entonces, y solo entonces se imprime y se hacen movimientos de rotación a la vaina y no a las hojas, se repite la maniobra. Al extraer todo el conjunto se obtiene un cilindrito de tejido para exámenes microscópicos. Este método tiene como desventaja el ser muy traumático (dependiendo del calibre del trócar) y más delicado en su manejo (sin olvidarse de la -

vida corta de las hojas si no se les trata adecuadamente).

La biopsia transoperatoria (conocida también con el erróneo nombre de extemporánea), consiste en el examen de tejido tumoral durante el acto operatorio mismo, ya que el enfermo siempre debe estar bajo anestesia general. Es preferible quitar toda la neoplasia con margen tridimensional, pero habrá casos en que este requisito no pueda cumplirse y se extirpe tan solo una fracción del tumor. En ocasiones, sobre todo si se cuenta con un patólogo experimentado, éste podrá sugerir el diagnóstico por el aspecto macroscópico, sin embargo, deberá hacerse siempre el examen microscópico, cortando la pieza a estudiar previa congelación en gas carbónico. Admitiendo que la inclusión en parafina proporciona una finura de detalle incomparablemente mayor; es indiscutible que el examen por congelación, baste habitualmente para distinguir entre una neoplasia benigna y un cáncer.

El examen histopatológico completo, y cuidadoso de la pieza operatoria, además de confirmar el diagnóstico de cancer y de dar mayores detalles estructurales, celulares, hísticos, etc., proporciona el valiosísimo elemento pronóstico, informando acerca del grado de extensión tumoral, presencia y ausencia de metástasis ganglionares, la localización de éstos durante la excisión primaria.

No debe admitirse una simple denominación de cáncer, deben decirse al anatomopatólogo los datos arriba mencionados.

C) Procedimientos de Gabinete: Es primordial el estudio radiológico y dentro de éste el más importante es el radiográfico.

La radiología deberá usarse para:

- a) Demostrar un tumor no visible y no palpable
- b) Determinar la invasión o el origen óseo de un tumor que sí es palpable.
- c) Evidenciar el desplazamiento extrínseco a la invasión de cavidades o conductos naturales por el tumor adyacente a ellos.
- d) Demostrar diseminación tumoral o visceral (preferentemente a pulmón) o a esqueleto de un tumor primario distante.

En las tres primeras contingencias será la clínica el tipo de examen radiográfico por efectuar. Sería en cambio, imperativo, ordenar de rutina radiografías de campos pulmonares y algunos huesos (que la experiencia ha señalado como sitios frecuentes de metástasis), ya que estos estudios radiográficos deberán hacerse tanto para la valoración inicial del caso, con el fin de apreciar la diseminación tumoral en las consultas subsecuentes de revisión, esto si se trata de un tumor primario.

II.7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS

El diagnóstico diferencial entre tumores benignos y malignos es el juicio más importante que se solicita del patólogo. Sobre esta decisión se funda el tratamiento a la lesión y las perspectivas para el paciente. Para efectuar un diagnóstico diferencial se utilizan muchos requisitos, y se refiere a los caracteres generales de las neoplasias benignas y malignas.

La mayor parte de los tumores son potencialmente benignos o inconfundiblemente malignos, algunos están en los límites y no pueden clasificarse con certidumbre,

Algunas neoplasias de aspecto engañosamente benigno - se comportan biológicamente como cáncer, y viceversa, por lo - tanto, no siempre hay relación perfecta entre las predicciones morfológicas y el comportamiento biológico. Pueden establecerse, requisitos morfológicos para diferenciar entre tumores benignos y malignos.

Entre estos requisitos encontramos:

Grado de diferenciación: con respecto a este carácter, los tumores benignos presentan su estructura a menudo típica - del tejido de origen. Los tumores malignos presentan una estructura a menudo atípica, esto es diferenciación imperfecta.

Modo de crecimiento: la mayoría de los tumores benignos crece de manera expansiva, empujando y comprimiendo los tejidos vecinos, pero sin infiltrarlos, en parte por la presencia de una cápsula de tejido fibroso que los rodea; en cambio - las neoplasias malignas muestran crecimiento infiltrativo, con destrucción y sustitución de las estructuras vecinas, y no tiene cápsula.

Rapidez de crecimiento: en los tumores benignos el crecimiento suele ser progresivo y lento, puede detenerse o experimentar regresión (fenómeno poco común, de que una neoplasia detenga espontáneamente su crecimiento por períodos largos o definitivamente, y en el menor de los casos que desaparezca - por completo), en cuanto a las imágenes mitóticas escasas que se observan son normales. En los tumores malignos el crecimiento puede ser rápido y con presencia de muchas imágenes mitóticas anormales.

Metástasis: cuando las células cancerosas son llevadas a un sitio alejado de su origen, y tiene la capacidad de -

implantarse y seguir creciendo, se habla de una metástasis.

Los tumores benignos no presentan metástasis, cabe señalar que la ausencia de metástasis no califica a un tumor como benigno, ya que no todos los tumores malignos presentan metástasis.

Las células metastásicas pueden seguir varias vías de diseminación, entre las cuales tenemos: la vía linfática; vía-hematógena, la combinación de las dos anteriores, la transcelómica; y por conductos preformados y revestidos de epitelio.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LAS NEOPLASIAS EN GENERAL

III.1. CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES

III.2. CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS.

III.3. CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS.

III.1. CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES

Los conocimientos acerca de los tumores han sido adquiridos de manera más gradual y con participación de numerosos grupos humanos pertenecientes a distintas culturas. El aporte de numerosos datos en este campo es permanente, y en muchas ocasiones modifica conceptos antes tenidos como válidos. Estos hechos crean en ocasiones considerables confusiones e indican la necesidad que existe en el mundo científico de usar un lenguaje, común e internacional; por lo que se trata de establecer una clasificación de los tumores en general.

En el siguiente cuadro (autor Dr. Stanley L Robbins), se presenta una clasificación de los tumores en general.

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES

Tejidos de origen	Tumor benigno	Tumor maligno
1, Sencillos (compuestos de células neoplásicas de un tipo),		

Tejidos de origen	Tumor benigno	Tumor maligno
A) Tumores de origen		
1. Tejido conectivo. Mesenquimatoso		
Tejido fibroso	Fibroma	Fibrosarcoma
Tejido mixomatoso	Mixoma	Mixosarcoma
Tejido adiposo	Lipoma	Liposarcoma
Cartilago	Condroma	Condrosarcoma
Hueso	Osteoma	Sarcoma osteogeno
Tejido notocordal	Cordoma	Cordosarcoma
2. Tejido endotelial		
Vasos sanguíneos		
	Hemangioma	Angiosarcoma
	Hemangioendotelio- ma.	Endoteliosarcoma
Vasos linfáticos		
	Linfangioma	Linfangiosarcoma
	Linfangioendote- lioma.	Linfangioendote- liosarcoma.
Sinovia	Sinovioma	Sinoviosarcoma
Mesotelio	Mesotelioma	Mesoteliosarcoma
Membranas cere- brales	Meningioma	
3. Células sangui- neas.		
		Leucemia granulocí- tica
Células hemopo- yéticas		Leucemia monocítica
Tejido linfoide		Linfomas malignos Leucemia linfocítica Plasmocitoma (mielo- ma múltiple).

Tejidos de origen	Tumor benigno	Tumor maligno
Sistema reticuloendorelial		Sarcoma de cél. del retículo Enfermedad de Hodgkin
4. Músculos		
Músculo liso	Liomioma	Liomiosarcoma
Músculo estriado	Rabdomioma	Raddomiosarcoma
B) Tumores de origen epitelial		
Escamoso estratificado	Papiloma	Carcinoma epidermoide
Epitelio de revestimiento		
Glándulas o conductos	Adenoma	Adenocarcinoma
Grupo bien diferenciado	Papiloma Adenoma papilar	Carcinoma papilar Adenocarcinoma papilar
Grupo mal diferenciado	Cistadenoma	Cistadenocarcinoma Carcinoma indiferenciado (simple) Carcinoma medular
Glándulas de anexo de piel		
Folículos pilosos		Carcinoma de cél. basales

Tejido de origen	Tumor benigno	Tumor maligno
Glándulas sudoríparas	Adenoma glánd. sudoríparas	Carcinoma de Glánd. sudoríparas
Glándulas sebáceas	Adenoma glánd. sebáceas	Carcinoma de glánd. sebáceas
Epitelio respiratorio		Carcinoma broncogénico Adenoma bronquial
Neuroectodermo	Nevo	Melanocarcinoma
Epitelio renal	Adenoma renal tubular	Carcinoma de Cél. renales
Células hepáticas	Adenoma cél. hepáticas	Carcinoma cél. hepáticas o hepatoma
Vías biliares	Adenoma de vías biliares	Carcinoma de vías biliares
Epitelio del aparato urinario	Papiloma de células de transición	Carcinoma de cél. de transición
Epitelio placentario	Mola hidatídica	Coriocarcinoma
Epitelio testicular		Carcinoma embrionario

II. Mixtos (varios tipos de células neoplásicas generalmente derivados de una germinativa)

Glándulas salivales	Tumor mixto originado en glándulas salivales.	Tumor maligno originado en glándulas salivales.
Primordio renal		Tumor de Wilms

Tejido de origen	Tumor benigno	Tumor maligno
III. Compuestos (varios tipos de células neoplásicas derivados de dos o más capas germinativas).		
Células totipotenciales en las gónadas o restos embrionarios	Teratoma dermoide	(Uno o más elementos se tornan malignos, carcinoma de células escamosas originado en teratoma).

III.2. CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS

Estas características son las que debe conocer el médico clínico, internista y de cirugía, ya que las otras características estructurales bioquímicas, genéticas etc., pertenecen al campo de los especialistas respectivos.

CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS

1.- Aspecto:

- a) Tumoración, masa aumentada de volumen.
- b) Ulceración, con pérdida de tejido más o menos amplio.
- c) Endurecimiento o reblandecimiento (cambio de consistencia).
- d) Combinación de los anteriores.

2.- Forma:

- a) Nodular de límites imprecisos.
- b) Esferoidal.
- c) Polipoide.
- d) Papilar.

- e) Granulosa
- f) Fungosa.
- g) Placas induradas.
- h) En anillo.
- i) Fusiforme.

3.- Coloración:

- a) Blanquesina: carcinoma.
- b) Rosácea: sarcoma.
- c) Negra: melanoma.
- d) Roja: Hemangioma.

4.- Dimensiones:

Varian desde los muy pequeños, invisibles a simple -- vista, como los carcinomas intraepiteliales, a los llamados -- ocultos por tener unos milímetros de diámetro, hasta alcanzar -- masas de un kilogramo de peso hasta pesar varios kilos más.

5.- Límites:

- a) Encapsulado.
- b) Bien limitados pero no encapsulados.
- c) infiltrantes sin bordes precisos.

6.- Superficie:

- a) Lisa.
- b) Nodular.
- c) Granular.
- d) Papilar.
- e) Necrótica.
- f) Irregular.

7.- Consistencia:

- a) Firme por aumento de células.
- b) Blanda por necrosis.
- c) Viscosa, semilíquida o mixoide.
- d) Remitente por quistes.
- e) Semidura en cartílago.

8.- Sección:

- a) Aspecto homogéneo.
- b) Aspecto fibrilar.
- c) Aspecto grasoso.
- d) Aspecto gaseoso.
- e) Aspecto cartilaginoso.

9.- Origen Aparente:

- a) Piel epidermis: carcinoma.
dermis: fibrosarcoma.
- b) Mucosa: carcinoma
- c) Músculo.
- d) Tejido adiposo.
- e) Hueso, perióstio, etc.

III.3. CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS

Las neoplasias están formadas por tejidos, que lo componen las células tumorales y el estroma conjuntivo de soporte,

El diagnóstico microscópico de las neoplasias se basa en los datos de morfología celular, la disposición celular y principalmente el comportamiento celular. Las alteraciones -- morfológicas se refieren a cambios en la forma, el volumen, relación núcleo-citoplasma, afinidad tintorial, mitosis aumenta-

das, núcleos deformados etc. Los cambios en la disposición celular se refiere a cambios en la polaridad de las células, desagrupación diferente, de invasión de estructuras, de vasos y vainas perineurales.

Sin embargo, ninguno de estos caracteres por si sólo es capaz de determinar malignidad o benignidad de una lesión - por lo que se busca fundamentalmente su comportamiento celular, traducido por crecimiento rápido y anárquico con capacidad de invasión de otros tejidos, con posibilidad de implantación celular en superficies serosas o mucosas y su capacidad de producir metástasis regional o distante.

Las células neoplásicas malignas pueden conservar todas las características de la morfología celular normal, siendo muy difícil su diagnóstico en los estudios citológicos en que aparecen aislados, esto es en las neoplasias bien diferenciadas. En cambio en las indiferenciadas o anaplásicas es imposible su clasificación histogénética ya que no hay forma de encontrar alguna relación o parecido con el tejido de origen.

En los últimos años se han establecido nuevos métodos de estudio de las neoplasias, entre las cuales destaca el cultivo celular, la histioquímica, la microscopía electrónica - - etc., la que más destaca aunque aún se encuentra en la experimentación es el diagnóstico automático por computación electrónica que ha dado algunos resultados satisfactorios en el diagnóstico de las células aisladas.

CAPITULO IV
NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD ORAL.

IV. 1. NEOPLASIAS BENIGNAS

IV. 2. NEOPLASIAS MALIGNAS

Las neoplasias son formaciones nuevas de tejido anormal que aparecen en la cavidad bucal, al igual que en otras partes del cuerpo. Pueden aparecer en los labios carrillos, piso de la boca, paladar, lengua, en la mandíbula y la maxila. Estas nuevas formaciones pueden ser de tejido epitelial, conectivo o nervioso, sin embargo, los tumores neurogénicos son extremadamente raros en la cavidad bucal.

Las neoplasias pueden ser benignas o malignas según su comportamiento y estructura celular. Como se ha mencionado anteriormente el tumor benigno crece lenta y generalmente está encapsulado. Se agranda por expansión periférica, empuja las estructuras vecinas y no produce metástasis. El tumor maligno por el contrario, pone en peligro la vida del paciente en virtud de su rápida extensión por infiltración en las vitales estructuras vecinas y por el fenómeno de metástasis, pues provoca neoplasias secundarias en partes distantes del cuerpo, generalmente a través de las corrientes linfáticas y sanguíneas.

El tratamiento en los tumores consiste esencialmente en su extirpación, pero la intervención quirúrgica difiere según la naturaleza de la neoplasia. En el caso de los tumores malignos, cuando son locales, y pueden ser curados de raíz, se utiliza en principios la cirugía y la radioterapia, en cambio en un tumor generalizado al no poder usarse los métodos ante-

riormente dichos, se requiere de medios químicos y biológicos-que actúen sobre todo el organismo en forma paliativa.

El objetivo de la cirugía es extirpar en su totalidad el tumor, ya que una extirpación incompleta corre riesgo de la reproducción de la neoplasia. Cabe aclarar que las posibilidades quirúrgicas dependen de la forma y de la localización del órgano afectado.

La radioterapia persigue la anulación del tumor maligno, por la acción de radiaciones que pueden destruir directamente las células cancerosas o anular la capacidad de reproducción del tumor. El efecto depende en gran parte de la dosis aplicada.

El problema de este método es que no se tiene que dañar el tejido sano ni el estado general del organismo.

El tratamiento de irradiación en el cáncer de la cavidad oral, tiene sus limitaciones. La radioterapia se utiliza sobre todo en el tratamiento de linfomas y de algunos carcinomas epidermoides, también en cánceres superficiales y precoces, en particular los que se hayan en porciones relativamente inaccesibles de la cavidad bucal. En localizaciones como el paladar blando, los trastornos funcionales son menores después de la irradiación que la extirpación quirúrgica.

La radioterapia no constituye un tratamiento de elección en el caso de cánceres avanzados (como los adenocarcinomas, los sarcomas y los melanomas), puesto que estos tumores son muy voluminosos y profundamente infiltrantes.

Las radiaciones suelen estar contraindicadas para cánceres que invaden el hueso o están encima de él, por el peli-

gro de radionecrosis ósea. En general no debe usarse para cáncer recurrente en una zona previamente sometida a irradiación.

Algunos tumores sólo pueden curarse con la extirpación quirúrgica, otros con radioterapia, pero la decisión dependerá sobre todo de la experiencia y preferencia del médico.

La quimioterapia del cáncer no es sencilla y menos rigurosa que la cirugía y la radioterapia, ni menos peligrosa, sino quizá más por la acción de los fármacos sobre el organismo y porque, en general, se utiliza en situaciones muy avanzadas y con enfermos muy débiles.

IV.1. NEOPLASIAS BENIGNAS

Las neoplasias benignas de la cavidad oral son de -- gran variedad de tipos celulares. Entre ellas se encuentran, el fibroma (fibroblastos), papiloma (epitelio escamoso), lipoma (células grasas), adenoma (células secretoras), mixoma (células embrionarias), osteoma (células óseas), condroma (células cartilaginosas), etc.. Ya que las neoplasias benignas se presentan tanto en los tejidos blandos, como en la mandíbula y la maxila, se describirán a continuación los aspectos clínicos de las más frecuentes.

PAPILOMA:

El papiloma es un tumor bien definido del epitelio de superficie, aunque puede presentarse en cualquier lugar de la cavidad oral, es más frecuente en los labios, mucosa labial y bucal, y en la lengua. Se presenta por igual en ambos sexos y en personas de todas las edades.

La característica más importante para el diagnóstico-

del papiloma es su color gris o blanco grisáceo y su aspecto - verrugoso y que hace pensar en la superficie de una coliflor.

Histológicamente es un patrón complejo de múltiples - prolongaciones digitales del epitelio estratificado escamoso - alrededor de un núcleo central de tejido conjuntivo vascular, - que generalmente se adhiere al tejido adyacente por un pedícu - lo estrecho.

La mayor parte de los papilomas son relativamente pe - queños y con frecuencia el paciente desconoce su existencia, - los papilomas no queratinizados acostumbran a ser blandos, - - mientras los recubiertos de una gruesa capa de queratina pue - den presentar cierta dureza.

El tratamiento que se recomienda es la extirpación to - tal con amplio margen de tejido sano para evitar recidivas. El pronóstico es favorable ya que en casos excepcionales puede -- existir recidiva.

FIBROMA:

El fibroma es la neoplasia más frecuente de la boca. - Se presenta en personas de todas las edades y con igual fre - cuencia en ambos sexos y puede proceder de casi cualquier teji - do blando de la boca, aunque casi siempre se encuentra en la - mucosa bucal, en la lengua o en la encía.

Clinicamente, la forma típica, sin que se haya compli - cado por irritaciones superpuestas o por traumatismos, es una - masa prominente de tamaño variable (desde unos pocos milíme - tros a varios centímetros de diámetro); el tumor es de superfi - cie lisa y de forma simétrica, redondeada ovalada o elíptica; -

su base puede ser sésil pero generalmente se adhiere a los tejidos por medio de un estrecho pedículo, con lo que resalta aún más su carácter localizado y bien limitado; su color suele ser parecido al de los tejidos normales contiguos o algo más pálido; y su consistencia es semisólida o dura.

Cuando se localiza en el interior de tejidos que se pueden comprimir (mucosa bucal, lengua, tejidos del suelo de la boca, etc.), el fibroma puede desplazarse con facilidad de un lado a otro sin alterar los tejidos que lo rodean. Por otra parte, aquellos fibromas que se desarrollan a partir de tejidos blandos fijos, muy adheridos (encía y paladar) no tienen esta libertad de movimientos. La palpación de los tejidos que rodean la base del tumor muestran una simetría y consistencia normales indicando, una vez más, la falta de invasión o infiltración de las estructuras vecinas.

Aquellos fibromas que se originan en el tejido conjuntivo más profundo de las mejillas, labios, o lengua presentan un aspecto distinto.

Pueden descubrirse por un bulto que hace una ligera prominencia en los tejidos orales. Sin embargo, la palpación muestra una masa bien limitada, dura y no dolorosa, de fácil movilización, que se realiza libremente por debajo de la membrana mucosa.

Se encuentran variantes de los caracteres clínicos del fibroma. Cuando se localizan entre los dientes, su forma generalmente redonda, se altera por las estructuras duras dentales y sus superficies están muy inflamadas o incluso ulceradas por irritaciones debidas a la masticación. De forma parecida, en los fibromas de otras regiones de la boca, la irritación y los episodios traumáticos pueden producir alteraciones

ligeras o muy intensas, dando lugar a masas deformes, infecciones secundarias muy extensas, profundas y ulceraciones.

Histológicamente, el fibroma consiste en haces de tejido conjuntivo fibroso que en su interior hay cierto número de fibroblastos y fibrocitos diseminados. La vascularización también varía, desde un pequeño número de capilares hasta una gran capilaridad.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica total abarcando tejido sano. El pronóstico es excelente.

HEMANGIOMA:

El hemangioma es una neoplasia benigna de los pequeños vasos sanguíneos, formado sobre todo de células endoteliales, se ven con mucha frecuencia en la boca, generalmente en la mucosa bucal, en la mucosa labial, en la lengua o en el vermillón del labio. Aunque los hemangiomas se presentan en todas las edades, muchos pueden ser congénitos, presentándose en el momento de nacer o muy poco después, a veces, éstos últimos presentan un crecimiento activo durante semanas o meses, pero luego se estacionan, regresan o se estacionan e incluso desaparecen. Basándose en su tamaño y en su aspecto histológico, a estos tumores se les denomina a menudo hemangiomas capilares o cavernosos.

El hemangioma capilar es más frecuente que el cavernoso. El capilar suele ser una masa pequeña o moderada, algo elevada, bien limitada de color púrpura intenso o azul oscuro y de consistencia blanda. Al comprimir el tumor a veces su contenido sanguíneo puede vaciarse, causando con ello una palidez del tumor, y al retirar la presión vuelve a su estado anterior, este dato lo distingue rápidamente de otras lesiones de aspec-

to parecido.

El hemangioma cavernoso es casi siempre de origen congénito, se localiza más frecuentemente en la lengua y la mucosa bucal, en tamaño es mayor que el capilar y varía de 2 o más centímetros. Se presenta como una masa prominente, redondeada de color púrpura o azul claro, de consistencia blanda o semi--sólida; sus bordes no están bien definidos, confundiendo con los tejidos normales contiguos. A veces aparece como una placa plana o elevada de color púrpura intenso o azul que se ex--tiende por encima de la mucosa bucal o de la parte dorsal de la lengua.

Histológicamente, se ve que el hemangioma capilar --consiste en numerosos capilares pequeños limitados por endotelio; la variedad cavernosa consiste en grandes y dilatados vasos de delgadas paredes, limitados por epitelio. Los espacios vasculares suelen estar llenos de sangre, pero a veces también se observa líquido linfático.

El tratamiento dependerá del tamaño y localización y de lo accesible que sea el tumor. Cuando el hemangioma es pequeño, o cuando no presenta problemas estéticos o funcionales no se indica la intervención quirúrgica. Sin embargo cuando el tumor origine una desfiguración o cuando sea traumatizado con frecuencia, dejando secuelas hemorrágicas, estará justificada la intervención quirúrgica. Los métodos más utilizados son en la extirpación quirúrgica, la electrocauterización y la extirpación de líquidos esclerosantes. Puede preferirse un --tratamiento con radioterapia cuando se trate de niños.

LIPOMA;

El lipoma es una neoplasia benigna compuesta por célu

las grasa maduras, es un tumor relativamente raro de la boca, se localiza en la boca, generalmente en la mucosa bucal, en los pliegues mucobucales, en la lengua e incluso en la encía.

El lipoma se presenta como una masa blanda única, pequeña, bien limitada, prominente, de color amarillo pálido característico. En ocasiones su localización es más profunda, por lo que hay que pensar en él cuando se puede observar sólo una tumoración o asimetría. La palpación de estos tumores suele mostrar una masa muy bien limitada, muy móvil y de consistencia blanda o semisólida. Debido al grosor de los tejidos que hay por encima, el color característico puede que no se observe, por eso a veces estos lipomas se diagnóstican como fibromas, algunos lipomas contienen una cantidad importante de tejido conjuntivo fibroso, lo que contribuye también a que se le confunda con un fibroma, a estos tumores se llaman muchas veces fibrolipomas.

Histologicamente, el lipoma consiste en una masa bien circunscrita de células grasas maduras, con una cantidad variable de matriz de tejido fibroso.

Su tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica. Muy pocas veces hay recidiva.

LINFANGIOMA;

El linfangioma es una neoplasia benigna compuesta de vasos linfáticos, es menos frecuente que el hemangioma, aunque también afecta la mucosa bucal y a la lengua y en ocasiones otros tejidos bucales. En algunos casos el linfangioma existe ya en el momento del nacimiento o suele aparecer más tarde.

Su aspecto clínico se presenta como una lesión difusa,

ligeramente elevada, cuya superficie la forman, en su mayor parte, numerosos racimos muy aglomerados de pequeños nódulos llenos de líquido, que se parecen mucho a las ampollas. La lesión es de varios colores, el tinte azul pálido de las ampollas, mezclado con el color rojo del tejido tumoral restante. La palpación muestra generalmente una masa de consistencia firme, y en muchos casos los límites están mal definidos.

Histologicamente, el tumor consta de numerosos linfáticos dilatados limitados por células endoteliales y que contienen linfa, a veces están llenos de sangre.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica, ya que las lesiones no responden a las soluciones esclerosantes como los hemangiomas, algunas veces presenta tendencia a recidivas. Pronóstico favorable.

ADENOMA:

El adenoma es una neoplasia benigna compuesta de conductos y epitelios secretores, pueden localizarse en varios sitios de la boca, pero es más frecuente en los tejidos labiales y bucales, ya que generalmente se desarrolla a partir de tejido de glándulas accesorias, clínicamente presenta cierta semejanza con un fibroma ligeramente prominente o un quiste mucoso.

ADENOMA PLEOMORFICO:

El adenoma pleomorfo es un tumor mixto benigno, es el más común de los tumores de las glándulas salivales de crecimiento lento y bien delimitado. Tiene predilección, por el sexo femenino en relación con el sexo masculino, se presenta en la cuarta y sexta etapa de la vida, y constituye el 60% de los tumores de las glándulas salivales.

Histologicamente, esta formado por epitelio escamoso- que a veces presenta zonas de queratinización además, podemos- encontrar epitelio glandular, lo mismo material mucoide. El - estroma esta formado por colágena o por tejido fibroso libre.

Su forma por lo general es de una masa redondeada, lisa y encapsulada; su color es rojo grisáceo; consistencia elástica; tamaño, varia de acuerdo a su evolución y puede llegar - a pesar hasta 10 kilos.

Su tratamiento es quirúrgico y con amplio margen de - tejido sano.

CISTEDENOMA LINFOMATOSO O TUMOR DE WHARTON:

Es una neoplasia benigna que se localiza alguna vez - en la boca, desarrollandose más a menudo en la parótida. Su - origen probable es a partir de tejido de las glándulas saliva- les, enclaustrado en el interior de los ganglios linfáticos. - Es más frecuente en los varones que en las mujeres y sobre to- do en personas de mediana edad y edad avanzada.

Suele encontrarse en forma de una masa parecida al fibroma, inmediatamente por debajo de la mucosa, dando lugar a - una ligera o moderada prominencia en la zona. La masa es pal- pable, de consistencia dura, no dolorosa y móvil.

Histologicamente está formado por tejido linfoide y - epitelial, basicamente se trata de un adenoma quístico con prolongaciones papilares de estructuras adenomatosas dentro de espacios quísticos. El tejido linfoideo es abundante.

Su tratamiento es la excisión quirúrgica. Pronóstico, favorable, rara vez recidiva,

MIOMA:

Los miomas son tumores musculares, cuando están compuestos por músculo liso se les denomina leiomiomas, y cuando es estriado se les llama rabiomiomas. Son tumores muy raros, suelen localizarse en la lengua, paladar blando. Algunos son masas prominentes, lisas, redondeadas, de color rosa pálido, -sésil o pedunculados, de consistencia dura. Otros de localización más profunda, son tumoraciones bien limitadas, más duras. Su parecido clínico es al fibroma, y sobre todo al tumor mixto del paladar blando. Su tratamiento es quirúrgico. Los miomas recurren rara vez después de la intervención si se hace completa.

MIOBLASTOMA:

El mioblastoma es una neoplasia benigna poco frecuente cuyo origen y naturaleza se discuten. La localización preferida es la lengua, pero otros tejidos como los labios, piso de la boca e incluso los tejidos gingivales pueden desarrollarlo.

Su aspecto clínico es variable, pero generalmente presenta características que hacen pensar en un fibroma duro nodular prominente, o en la localización profunda de una masa fibromatosa de un pequeño abultamiento de la zona.

El mioblastoma puede derivar de fibroblastos o células de Schwann o asociados con nervios periféricos, pues no hay seguridad que tenga su origen en células musculares.

Sea cual fuere su origen, estos tumores suelen tener poca significación clínica, fácilmente se extirpa y cura.

MIXOMA:

El mixoma es una neoplasia benigna compuesta de células estrelladas en forma de aguja en un tejido fibroso y mucoso de laxo, es un tumor muy raro de la boca.

Sus características clínicas generalmente recuerdan las de un fibroma común o las de los fibrolipomas de localización profunda y que producen un cierto grado de abultamiento y asimetría. Los mixomas suelen ser de consistencia blanda y no presentan la movilidad característica de las neoplasias benignas, ya que no están bien encapsulados y pueden infiltrar los tejidos vecinos. Aunque éstos tumores pueden recidivar después de la extirpación quirúrgica nunca se transforma en tumores metastatizantes.

NEURILEMA Y NEURILEMMA (SCHWANNOMA):

En un sentido estricto el neurilema y el Schwannoma, constituyen dos entidades distintas. Sin embargo, serán considerados juntos debido a sus numerosas similitudes. La única diferencia entre ambos reside en las características histológicas, los neurilemas y Schwannoma son tumores benignos originados en las vainas nerviosas y se observan en la lengua, labios, paladar, piso de la boca y mejillas.

Por lo general se presentan como pequeños crecimientos séniles de superficie lisa en la mucosa bucal. Las lesiones de localización profunda se palpan como nódulos circunscritos; ambos tumores crecen con extrema lentitud y suelen ser asintomáticos.

Microscópicamente el Schwannoma es un tumor encapsulado que consiste en células de schwann y proliferación fibro --

blástica. Las células forman haces retorcidos o líneas de tal manera que sus núcleos se colocan "hombro a hombro" (núcleos - en empalizada), por esta razón se observan hileras de núcleos y de banda de citoplasma libres de núcleos, los llamados cuerpos de Verocey, están formados por cantidad de células de Schwann que se reúnen en grupos. La parte del tumor compuesta por cuerpos de Verocey se denomina tejido Antoni tipo A. El schwannoma consiste además en una cantidad variable de tejido Antoni tipo B, que no es sino una mezcla laxa, desorganizada a veces quística de células Schwann, fibroblastos y fibras.

El neuriloma aparece como una masa indolora de crecimiento lento, siendo su localización oral más frecuente la lengua; estos tumores pueden alcanzar tamaños considerables; afecta a ambos sexos; tiene consistencia dura elástica. Su color varía desde el blanco amarillento, con algunos focos necróticos, puede estar asociados con los nervios periféricos. El neurilema no es encapsulado, está compuesto solo por tejido Antoni tipo B, carece de cuerpos de Verocey.

Los neurilomas son muy raros. Tratamiento quirúrgico con límites en tejido sano, pues a veces son potencialmente malignos.

OSTEOMA:

El osteoma es un tumor benigno, relativamente raro. Puede localizarse en el interior del cuerpo maxilar (endóstico) o en su periferia (perióstico), puede estar compuesto de hueso compacto denso o hueso esponjoso.

Clinicamente pueden ser muy pequeños o cuando son de mayor tamaño, y sobre todo los de localización periférica, suelen observarse como unas prominencias o abultamientos óseos --

bien limitados de contornos lisos y de color normal. Son indoloras, de evolución lenta y de larga duración.

El osteoma aparece en todas las edades pero es más -- frecuente en adultos con más de 40 años de edad; la localización es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar.

Radiograficamente suele encontrarse como una radiopacidad redonda, muy bien limitada de densidad homogénea. A veces sus bordes no son bien definidos, sino difusos, pareciendo confundirse con el hueso normal circundante.

El tratamiento no suele ser necesario, pero cuando -- afecta la estética o se impide la eficacia de la dentadura, se indicará la extirpación total o parcial.

CONDROMA:

El condroma es una neoplasia benigna compuesta de car tí lago desarrollado. Puede encontrarse en la maxila o en la - mandíbula.

Su aspecto clínico puede ser una prominencia nodular- o un abultamiento único, bien redondeado, de consistencia ósea, o puede ser una masa ósea multilobulada, recubierta por mucosa lisa de color normal. Las localizaciones más frecuentes son - la región anterior de la maxilar, el cuerpo de la mandíbula, - la apófisis coronoide y el cóndilo de la rama.

Radiologicamente, consiste en una radiotransparencia- difusa mal limitada, color gris claro de aspecto granular o li geramente moteado. El tumor suele desplazar a los dientes ve- cinos, y por su acción progresivamente destructiva, puede pro- ducir una laxitud de los dientes incluso una resorción de raf- ces.

Histologicamente el condroma se compone de una masa - de cartálogo hialino que a veces presenta calcificación necrosis. Debido a que el condromo tiende a malignizarse, la exploración microscópica de la biopsia debe hacerse con gran cuidado antes de dar el dictamen de benignidad o malignidad.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica con -- -- amplio margen de tejido sano. Deberán de hacerse exámenes periódicos para buscar posibles recidivas o malignizaciones.

LEUCOPLASIA:

La leucoplasia se caracteriza por signos histológicos de disqueratosis, y por lo tanto es una enfermedad precancerosa.

La leucoplasia se presenta como una placa fija de color blanco grisáceo o blancuzco que se puede presentar en cualquier lugar de la boca y ser de forma y tamaño variable. Sin embargo en vez de ser una lesión llana, casi siempre es elevada y tiene una superficie áspera, y arrugada y corriosa de bordes periféricos bien limitados y de consistencia dura, siendo por ello un tumor distinto. A veces se observan erosiones persistentes o ulceraciones crónicas en la placa queratósica o -- cerca de ella, y su existencia subraya que esta lesión puede ser precancerosa. Es importante saber que a veces lo que parece una leucoplasia clínicamente, puede ser un carcinoma intramucoso o una neoplasia francamente maligna.

Histologicamente la leucoplasia es una capa anómala o excesivamente gruesa de queratina, pero además se encuentran características específicas disqueratosis en el epitelio escamoso subyacente, con pérdida de la orientación y entrecruzamiento de las capas celulares y anomalías en el tamaño, forma-

y tinción característica de las células. Ya que la disqueratosis se considera precursora de una neoplasia maligna, a esta variedad de lesión queratósica se le conoce con el término de leucoplasia verdadera.

La elección del lugar exacto para obtener muestras --hísticas representativas, es de gran importancia en el diagnóstico histológico definitivo, para asegurarlo deben obtenerse --muestras de varias zonas de la lesión sobre todo de aquellas --en las que el tejido se muestra más característico, principalmente, las más duras, y en las que la queratosis es más gruesa y firme. Se obtendrá una muestra de una zona erosiva y otra --de la placa queratósica circundante, o se realizará una sec---ción de una lesión ulcerativa con una muestra de la capa queratósica que la rodea.

La leucoplasia es más frecuente en los varones que en las mujeres, en una relación que oscila entre 5:1 hasta 10:1.- Son también más frecuentes en personas de edad avanzada que en los jóvenes.

Se observa que la mayoría de las lesiones queratósicas se deben a irritantes locales crónicos. Únicamente en pequeño número se debe a los factores sistémicos. Un número importante de casos se debe a la combinación de factores generales predisponentes y de irritación local desencadenante.

Entre las causas locales se encuentran los irritantes físicos, químicos y térmicos.

Entre los físicos encontramos, los salientes dentarios romos o agudos que rocen contra la mucosa, los rebordes --de dentaduras excesivamente extensos, los empastes o rebordes--irritantes, el contacto excesivo de las barras y abrazaderas --

de las dentaduras con el tejido, y el abuso de y el abuso del cepillo de dientes, etc., estos ejemplos son unos de los pocos ejemplos capaces de estimular el epitelio escamoso para producir y retener en su superficie más queratina de lo normal. Entre los irritantes químicos crónicos se encuentra el fumar dos o más cajetillas de cigarrillos, el fumar en pipa, y a veces los aceites contenidos en varias pastillas. Las irritaciones térmicas crónicas, debidas a la ingesta habitual de alimentos y líquidos muy calientes.

Se ha demostrado que el déficit de vitamina A puede dar a una hiperactividad del epitelio escamoso con hiperqueratinización, aunque en los seres humanos es raro. Las hormonas sexuales, y sobre todo los estrógenos se sabe que son estimulantes epiteliales y por su administración prolongada puede dar lugar a la hiperqueratosis oral.

El tratamiento depende si es una hiperqueratosis o una leucoplasia verdadera. Si solo se trata de una hiperqueratosis se investigan los factores que la producen y se eliminan. En tanto si es una leucoplasia verdadera y el diagnóstico histológico muestra la presencia de una disqueratosis se prescribirá la extirpación quirúrgica o la electrocoagulación.

NEVUS PIGMENTADO

El nevus pigmentado es rara en los tejidos blandos de la boca, a pesar de su gran frecuencia en la piel, se le considera como una malformación congénita o del desarrollo más que una neoplasia, aunque algunas variedades poseen un claro potencial de transformación en un melanoma maligno.

La lesión puede ser de uno o varios tipos histológi-

cos, teniendo cada uno de ellos un diferente potencial de malignización.

Los caracteres clínicos del nevus pigmentado que se presenta en la cavidad oral, tanto si la lesión es intradérmica, de unión o compuesta, son los siguientes:

a) Es una masa de color alterado, lisa, plana o ligeramente elevada bien limitada sólida.

b) Suele ser de pequeño tamaño, oscilando entre unos milímetros a varios centímetros de diámetro.

c) El color suele ser azul intenso o azul negro o a veces pardo y tostado.

d) En algunos casos raros, presenta el color rosado pálido de los tejidos orales normales.

e) Se localiza con más frecuencia en el paladar, encías, y labios.

Histológicamente, las células típicas son grandes, discretas, con núcleos ovoides o vesiculares, que contienen gránulos de melanina en su citoplasma. La localización más exacta de las células del nevus nos da un diagnóstico histológico más preciso, si están en el interior del tejido conjuntivo (intradérmico), contactando y mezclándose con el epitelio (de unión), o en ambos lugares (compuesto). El nevus de unión posee un potencial de transformación en un melanoma maligno, mucho más que los otros tipos.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica.

IV.2 NEOPLASIAS MALIGNAS

Las neoplasias malignas de la boca no se caracterizan por su aspecto clínico único y específico, puede presentar -- cualquiera de varias formas clínicas. Las causas de éstas variaciones se comprenden al considerar lo siguiente:

El aspecto dependerá del tiempo de duración de la lesión; por lo que una lesión de 12 meses o más de antigüedad es de esperar que sea muy distinta a una lesión de varias semanas. El aspecto es diferente en cada una de las partes en la que se origina o sea, la que se desarrolla en la mucosa bucal, será - diferente a la que se desarrolla en los tejidos gingivales o - del paladar. También el tipo celular influye, así un carcinoma, tendrá un aspecto distinto al de un sarcoma y será muy diferente a un melanoma. El grado de diferenciación de las células malignas puede contribuir a las variaciones del cuadro clínico, al igual que las irritaciones, inflamaciones, infecciones secundarias, ulceraciones o necrosis del tejido en donde - se encuentra la masa tumoral.

Aunque las variaciones mencionadas dificultan el diagnóstico, muchos cánceres bucales presentan ciertas características o cualidades específicas que, cuando se les encuentra hacen sospechar la presencia de un cáncer.

Entre las características podemos mencionar:

La forma fungosa o exofítica del cáncer en la boca; - se suele encontrar como una masa tumoral anormal, de aspecto - impresionante, rápidamente detectable, de consistencia dura a la palpación, con aumento de la densidad, es menos invasiva, y por ello tiene poca tendencia a infiltrarse en el interior de los vasos sanguíneos y linfáticos. Su probabilidad de buena - respuesta al tratamiento es mayor.

El tipo infiltrativo o invasivo del cáncer de boca no suele descubrirse tan rápidamente. Esta variedad suele mostrarse como una prominencia anormal de tamaño pequeño o modesto, con su núcleo principal de tejido canceroso mucho más profundo por ello esta más oculto a la vista, y se extiende hacia zonas más inaccesibles y tiene tendencia a metastatizar.

El tipo verrugoso de la boca suele ser una masa anormal más extensa y que crece en superficie de tejido duro, debido a su mayor tendencia a crecer en sentido lateral. En algunos casos forman un grupo de prominencias papilomatosas pequeñas, del tamaño de una cabeza del alfiler, o a veces mayores, rojizas situadas sobre una capa queratósica de color gris blanuzco o blanca. En otros casos, la superficie del tumor verrugoso esta formado por prominencias filiformes con revestimiento de color gris de consistencia dura: el pronóstico es malo, debido a la tendencia de ser más frecuente en la encía y el paladar, donde el tejido blando es delgado, y muy cercano a la mandíbula o la maxila, permitiendo que el hueso subadyacente se afecte, aunque se trata de un proceso canceroso con muy poco poder de invasión.

Es característico que muchos cánceres orales se ulceren, debido a las influencias traumáticas presentes continuamente en la boca, o cuando la lesión cancerosa es de origen epitelial, el cual no tiene aporte sanguíneo propio, y la rápida proliferación celular puede apartar la fuente nutritiva del tejido circundante conjuntivo, produciendo atrofia y degeneración de la zona central del tumor, con la subsiguiente infección secundaria que produce la ulceración. Las ulceraciones pueden ser únicas o múltiples y casi siempre crónicas.

Debe tenerse en cuenta que algunas lesiones cancerosas no se ulceran sobre todo cuando son lesiones jóvenes o de pequeño tamaño.

Otra característica muy común del cáncer oral, es la induración, que consiste en que la mayoría de las lesiones cancerosas están fijas, rígidas, o adheridas a los tejidos circundantes y las zonas contiguas muestran un cierto grado de dureza.

Las columnas y cordones penetrantes de células neoplásicas actúan como dispositivos adherentes que proporcionan rigidez, mientras, que al mismo tiempo y por el mismo fenómeno, los tejidos laterales de hipertrofian y se hacen más densos, dando lugar a la induración.

Este carácter clínico es muy importante, pues es una de las diferencias entre las neoplasias benignas puesto que casi siempre los tumores benignos son móviles y sus tejidos circundantes son de consistencia blanda y normal.

Otra característica clínica del cáncer, pero que no siempre se encuentra es la de la linfadenopatía metastásica, es decir el descubrimiento de ganglios linfáticos palpables, duros, no dolorosos y adherentes.

CARCINOMAS.

Se acostumbra a dividir a los carcinomas en dos tipos principales. Los carcinomas basocelulares y los carcinomas -- espinocelulares o epidermoides. Esta división se basa en una concepción histológica antigua, que suponía que los carcinomas basocelulares se originan en las células basales de la piel y los carcinomas epidermoides en las células de tipo espinoso.

Los tumores llamados basocelulares reproducen células neoplásicas que semejan a las células basales y los tumores -- epidermoides reproducen células de tipo espinoso, que pueden o no queratinizarse.

Desde la primera descripción se reconoció que ésta - clasificación entrañaba una paradoja, pues los tumores basocelulares reproducen células más primitivas debieran tener un - comportamiento más agresivo y sin embargo, se observa lo contrario. Los carcinomas basocelulares son muchos más lentos en su evolución que los carcinomas espinocelulares y a diferencia en ellos, prácticamente nunca dan metástasis.

Histologicamente se ha demostrado que en la epidermis no existe una célula basal y una espinosa de diferente extirpe, sino que las células epidérmicas pertenecen a una sola línea - histogénica. Todas las células epidérmicas, provienen de - una capa basal en contacto inmediato del tejido de la dermis - (también llamado corión), de origen mesodérmico. Esta capa basal, la única con capacidad de sintetizar ADN, da origen a las células espinosas que lentamente se van diferenciando hasta - ser descamadas en la superficie. A este grupo de células se - les denomina queratinocitos, y de ellos se deriva el carcinoma espinocelular como el basocelular. A pesar de denominarse de una sola célula, los dos tipos de carcinomas tiene una historia natural muy distinta y este hecho aún no se ha explicado - de manera muy satisfactoria.

La explicación lógica apreciada hasta ahora, es que - el carcinoma basocelular se deriva de aquellas partes de los - queratinocitos que se han especializado en la formación de - anexas cutáneas, especialmente el folículo pilosebáceo, mientras que el carcinoma espinocelular se derivaría del epitelio de superficie. Esta teoría encuentra apoyo en el comportamiento de las células tumorales que en el carcinoma basocelular - siempre mantienen un contacto íntimo con tejidos de origen mesodérmico.

Mientras que en carcinoma epidérmico las células en-

su mayoría tiene muy poco o ningún contacto con los tejidos mesodérmicos. Este tipo de reacción huesped-tumor podría explicar la paradoja del comportamiento más benigno que se observa en el carcinoma basocelular a pesar de ser un tumor más indiferenciado que el epidermoide.

El pronóstico en los tumores cutáneos es quizá el mejor de todos los tumores malignos. Si el tratamiento se hace en las fases tempranas de la evolución del tumor se cree que todos los casos son curables. La consulta tardía es debido generalmente al comenzar la lesión alarmante.

CARCINOMA ESPINOCELULAR O EPIDERMÓIDE.

El carcinoma epidermoide representa por lo menos un 90% de todos los cánceres bucales. Puede presentarse en cualquier parte de la boca, pero más frecuentemente en los labios, lengua, y piso de la boca.

Su aspecto clínico varía mucho, dependiendo de lugar exacto de origen, el grado de evolución, su forma clínica, y de los efectos traumáticos superpuestos.

El carcinoma epidermoide invade siempre los tejidos circundantes por invasión directa.

El carcinoma epidermoide puede crecer también por metástasis, produciéndose la diseminación principalmente por la vía linfática. Se han visto algunos casos de metástasis por vía sanguínea, siendo más frecuente la venosa que la arterial. Se han diseminado hacia los pulmones, hígado, huesos, riñones, glándulas endócrinas y médula ósea.

El tratamiento puede variar, ciertos carcinomas epi--

dermoides se extirpan, otros con radioterapia, y aún hay otros en que lo mejor es combinar los dos tratamientos.

Aunque el tratamiento del cáncer se han descubierto - y utilizado una gran variedad de agentes quimioterápicos, como el uretano, la mostaza nitrogenada, los derivados de la tieti- lenmelamina, los antagonistas del ácido fólico y las sustan- - cias radiactivas, su efectividad en el cáncer de la boca es - muy limitada.

CARCINOMA BASOCELULAR

El carcinoma basocelular crece muy lentamente, y muy- pocas veces produce metástasis.

La mayor parte de estos carcinomas son de pequeño ta- maño, de unos 2 mm de diámetro hasta 3 cm. siendo muy pocas - veces mayores. Aunque el carcinoma de células basales puede - desarrollarse en cualquier región de la cara, cabeza y cuello, su localización más frecuente es, en el tercio medio de la ca- ra, en la zona comprendida entre la comisura del labio y el - borde externo del ojo.

Clínicamente la variedad fungoso es una masa prominen- te de tejido carnoso, cuya forma suele ser redonda u ovalada, - de color rojo rosado y de consistencia sólida. Aunque sus bor- des suelen estar bien limitados, el tumor presenta adherencia- e induración de los tejidos circundantes. En algunos casos la superficie externa puede tener un aspecto nodular liso mien- - tras que en otros puede estar recubierto por múltiples costras, escaras o ambas a la vez. Aún hay otros casos en los que el - centro de la masa está ulcerado y presenta una depresión, recu- bierta muchas veces de costras que el enfermo elimina pero que vuelven aparecer. Cuando el tumor se ulcera, la depresión cen-

tral esta rodeada por un anillo perlado de tejido sólido.

La variación infiltrativa, es una lesión plana o ligeramente deprimida con varias prominencias pequeñas, perladas - en su interior. Esta variedad tiene tendencia de penetración - más profunda, y a veces, tiene pequeñas erosiones o incrusta-- ciones en su superficie.

La variedad verrugosa, es una lesión plana o ligera-- mente elevada con una superficie escarificada, de color rojo - o rosado que se ven mejor con una lupa. Esta variedad tiene - una consistencia sólida y signos que hacen pensar en que está - adherida.

Histologicamente, el carcinoma de células basales se caracteriza por nidos, islas o grupos de células cuyo núcleo - se tiñe intensamente, las células entre sí son muy parecidas. - Las figuras mitóticas son muy variables. Las células que for - man la periferia de los nidos y grupos hacen pensar mucho en - la capa basal del epitelio escamoso estratificado.

El tratamiento se ha tratado con éxito como con la - irradiación, extirpación quirúrgica y la electrocoagulación. - El pronóstico en muchos casos es excelente.

AMELOBLASTOMA

Es un tumor localizado, invasor y destructor, que sue - le presentarse en la mandíbula, en la zona de molares y en la - rama. A los ameloblastomas corresponde aproximadamente el 1% - de los tumores que ocurren en los maxilares y los tejidos adya - centes. Puede observarse en cualquier edad de los 7 a los 82 - años, su frecuencia máxima es entre los 30 y los 40 años, hay - una ligera predominación en varones que en mujeres.

En su forma más frecuente, consiste en islotes de células epiteliales tumorales en un estroma de tejido conectivo-moderadamente celular. La porción central de estas formaciones consiste en células asteriformes que recuerdan el retículo estrellado del órgano del esmalte. La periferia consta de una hilera semejante de células cilíndricas o cúbicas parecida a los ameloblastomas sin embargo no se forma esmalte. La degeneración quística de las células epiteliales y el estroma originan espacios quísticos microscópicos en la masa tumoral. La fusión de estos espacios produce grandes cavidades de manera que la neoplasia se torna quística.

Distintos autores atribuyen el origen del ameloblastoma a los restos epiteliales de Malassez, a la lámina dental, al epitelio externo del esmalte, al folículo dental a piezas que no han erupcionado al epitelio bucal, a restos de epitelio odontógeno de situación extrabucal, a veces que provengan de quistes foliculares.

El ameloblastoma comienza como una masa central compacta de tejidos blandos, que destruye el hueso adyacente al aumentar de volumen, en la etapa inicial es indoloro, pasa inadvertido y se descubre por medio de una radiografía, al aumentar de volumen, puede ser doloroso a la palpación, son de superficie lisa de forma redonda y ovalada y recubierta por una mucosa de color rosado normal. En los casos de la enfermedad avanzada, el enfermo presenta asimetría importante, a veces dolorosa, de los maxilares. La masa puede ser de varios centímetros y ocupar un espacio considerable en la boca, produciendo una alteración en la función bucal. La superficie suele ser lobulada y puede ulcerarse,

En aquellos enfermos con una pérdida extensa de la cortical ósea pueden haber fracturas patológicas,

Radiográficamente el ameloblastoma se ve con diferentes formas, dependiendo de la duración, localización y extensión de la degeneración quística que haya ocurrido en el interior de la masa tumoral.

La mayoría de los tumores quísticos crecen de una manera más amplia y más expansiva, pueden ser uniloculares multiloculares. La lesión unilocular se ve como una radiotransparencia de tamaño variable, redonda u ovalada central. La zona lítica suele ser homogénea, tiene un borde periférico bien definido pero suele carecer de margen hiperostótico.

Los ameloblastomas que se desarrollan a partir de quistes primordiales se suelen localizar en aquellas regiones en las que falta un diente, o pueden rodear la corona de un diente ya existente. Aquellos que se desarrollan a partir de orígenes odontogénicos se localizan generalmente entre las raíces de dos dientes, o bien entre los ápices, pareciendo así un quiste periodontal o una patosis periapical. En los primeros estadios, las trabéculas y los espacios medulares están reemplazados por el tumor expansivo, y no hay señales de destrucción o expansión de cortical ósea.

Si la lesión aumenta de tamaño y hay una degeneración quística extensa, el tumor se presenta como una radiotransparencia, multilocular de forma irregular. Cada departamento está separado por delgados tabiques óseos, de diverso grado de densidad y que le dan un aspecto de panal de miel. El borde periférico está bien limitado pero a veces es difuso y mal definido, lo que hace pensar en una neoplasia más invasiva y más sólida.

En la mandíbula, las lesiones líticas pueden extenderse por delante hasta la zona mentoniana y por detrás hasta la-

rama. Los ameloblastomas que se desarrollan en la maxila suelen ser más agresivos y difusos, y no es raro que invadan el antro y el suelo de la nariz. Los ameloblastomas que se desarrollan en la tuberosidad pueden extenderse hacia la base del cráneo.

En los casos de enfermedad avanzada, hay un extenso adelgazamiento y expansión de las láminas corticales, pero es raro que el tumor erosione más allá del periostio.

La destrucción de la lámina dura y de membrana periodontal se ve a menudo en algunos casos en los que se encuentran señales de resorción de las raíces. Debe decirse que la extensión clínica es engañosa en la radiografía y que la invasión es mucho mayor que la que señalan los límites aparentes del tumor, sobre todo en la variedad sólida.

El ameloblastoma es un tumor que produce invasión local, pero que en muchos casos no presenta características metastatizantes. Sin embargo se han publicado algunos casos en los que han metastatizado en los pulmones y ganglios linfáticos.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica en bloque extendiéndose más allá de la dimensión radiográfica del tumor. La radioterapia no es un tratamiento que haya tenido éxito en esta clase de tumores. La recidiva es muy frecuente.

ADENOMA PLEOMORFICO (TUMOR MIXTO)

El tumor mixto generalmente se considera una neoplasia benigna, aunque se ha demostrado que cerca de un 5% ha producido invasión local. El tumor mixto puede acompañarse de nódulos satélites de tejido neoplásico en los tejidos conti-

guos, y la masa tumoral principal no esta bien encapsulada. - Esta neoplasia es de origen epitelial, desarrollandose apartir de las glándulas salivales y las salivales accesorias. Su localización más frecuente es en la glándula parótida, le siguen - en importancia los labios encías y maxilares, paladar blando y duro, y por último a partir de las glándulas salivales su maxilar o sublingual.

El tumor de la parótida suele presentarse como un nódulo o bulto prominente redondeado, de superficie lisa y de color normal, a la palpación se observa que es de consistencia sólida y un poco móvil. Estos tumores suelen ser asintomáticos, y a veces su tamaño grande interfiere con la función de la boca. En otros casos el tumor mixto es una masa multinodular, sólida prominente. Suele ser de gran tamaño y recubre una zona más amplia que el resto de los tumores. No es raro que esta variedad se adhiera a los tejidos circundantes. Es muy raro que el tumor mixto metastatice, por lo que casi nunca hay linfadenopatías regionales.

Histologicamente esta formado por epitelio escamoso - que a veces presenta queratinización, además se encuentra epitelio glandular, lo mismo que material mucoide. El estroma está formado por colágeno o por tejido fibroso libre.

El tratamiento es quirúrgico y las recidivas no son raras y se explican por el carácter infiltrativo de algunos tumores mixtos y también por la presencia de nódulos satélites.

CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE

Sus características clínicas pueden ser muy variables. Puede ser de crecimiento lento, compuesto por epitelio escamoso bien diferenciado, predominando el epitelio mucoso secretan

te, o en el otro extremo puede ser una neoplasia de crecimiento rápido, compuesta por epitelio escamoso con hiperchromatismo, imágenes típicas de mitosis y signos importantes de invasión y metástasis.

El carcinoma mucoepidermoide tiene su origen en las glándulas salivales, se localiza más frecuentemente en la parótida y en las otras glándulas principales, pero también se desarrolla en el paladar, labios y en la mucosa bucal. También puede desarrollarse en las regiones centrales de los maxilares, sobre todo en la mandíbula, donde se forma a partir de tejido glandular salival ectópico, que ha quedado localizado allí durante el desarrollo fetal.

Es difícil diagnosticar un carcinoma mucoepidermoide basándose únicamente en los datos clínicos. Sin embargo debe sospecharse de su existencia o al menos tenerla en cuenta, cuando nos enfrentamos a un tumor que se encuentra en el tejido salival y sobre todo presenta signos de malignidad aunque sean mínimos (consistencia sólida, rigidez, adherencia a los tejidos vecinos y crecimiento constante y rápido).

Cuando el carcinoma mucoepidermoide es de localización central, como en el cuerpo de la mandíbula, su aspecto radiográfico parece al de un quiste, es decir una zona radiográfica transparente redonda u ovalada. En este caso no es posible un diagnóstico definitivo sin una exploración quirúrgica y el análisis de una biopsia.

CILINDROMA

El cilindroma o carcinoma adenoquistico, es otra variedad de neoplasia maligna que puede ocurrir en la boca, aunque puede aparecer en las glándulas salivales, sobre todo en -

la parótida. En la cavidad bucal se localiza más frecuentemente en el paladar, donde el aspecto clínico puede parecerse al del tumor mixto, o a otro tipo de cáncer bucal.

Histológicamente, por lo general el cilindroma se compone de células parecidas a las basales, pequeñas, que se tiñen intensamente, dispuestas en forma de cordón que contienen un material mucoide. Las células tumorales están rodeadas por tejido conjuntivo hialinizado cuya forma parece en cilindro.

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

ADENOCARCINOMA

El adenocarcinoma es un tumor sumamente maligno que se forma en los tejidos de las glándulas salivales. Este tumor puede presentarse en el tejido de las glándulas aberrantes de los labios, carrillos, paladar y bucofaringe, así como en las glándulas salivales principales. Los adenomas primarios pueden diferenciarse del tumor mixto benigno por su rápido crecimiento, dolor temprano ocasionado por compresión de los nervios sensitivos e inmovilidad de la masa del tumor y sus prolongaciones accesibles en los tejidos adyacentes. El adenocarcinoma produce metástasis a los ganglios linfáticos de la región, pulmones y esqueleto.

El diagnóstico se establece por biopsia. El tratamiento del adenocarcinoma incluye la extirpación radical del tumor y sus prolongaciones accesibles. La terapia por irradiación puede emplearse para tratar las lesiones metastásicas. El

pronóstico es desfavorable cuando aparecen metástasis.

FIBROSARCOMA

El fibrosarcoma es la neoplasia mesenquimatosa maligna más frecuente y representa un 29% de los sarcomas de los tejidos blandos. Es un tumor de fibroblastos malignos que pueden desarrollarse a partir del tejido conjuntivo fibroso en cualquier localización.

El 80% de los fibrosarcomas están bien diferenciados y crecen lentamente por infiltración local, las metástasis son raras y ocurren sólo en los estadios finales. Es rara la afectación de los ganglios linfáticos. Los fibrosarcomas pueden presentarse en personas de cualquier edad pero son más frecuentes en las de mediana edad, y más en los varones que en las mujeres. Se pueden localizar en el periostio de la maxila y de mandíbula, el labio, la lengua, la encía y la mucosa bucal y del paladar. Presenta un cuadro clínico de una masa sólida, no dolorosa, no ulcerada, mal definida, recubierta por mucosa rosada normal. Aquellas lesiones que se desarrollan en el periostio o en la zona perióstica quedan adheridas al hueso. Pueden traumatizarse y ulcerarse más tarde en el curso de la enfermedad. Muy pocas veces el fibrosarcoma es indiferenciado. Puede hacer dolor intenso o parestesia, con movilización y caída de los dientes cuando hay infiltración ósea.

Radiologicamente el fibrosarcoma no presenta datos patognomónicos, los tumores bien diferenciados pueden no presentar ningún signo de destrucción ósea, pero las lesiones más invasivas, muestran zonas irregulares de destrucción de la cortical que hacen pensar en una enfermedad infiltrativa.

El tratamiento a seguir es mediante la extirpación -

quirúrgica amplia. Por lo general no son radiosensibles. El pronóstico es variable.

LEIOMIOSARCOMA

Es un tumor poco frecuente, que se presenta entre el cuarto y quinto decenio de la vida. El tumor es semejante a los leiomiomas pero de tamaño mayor y puede mostrar zonas de necrosis y formación de quiste. Presentan células musculares lisas bien diferenciadas de núcleos alargados, de bordes paralelos y extremidades romas, estas células se disponen en haces de dirección irregular mezcladas con tejido fibroso en cantidad variable.

Crecen con cierta velocidad, son totalmente radio-resistentes, los leiomiosarcomas presentan tendencia notable a recurrir después de la extirpación. En las lesiones mejor diferenciadas el pronóstico es menos grave.

RABDOMIOSARCOMA

El rabdomiosarcoma es un tumor raro que representa un 8% de todos los sarcomas de tejidos blandos. Está formado por células que parecen a las células musculares estriadas inmaduras o rabdomioblasto y es frecuente que se desarrolle asociado al músculo esquelético. La afectación oral es rara, aunque se desarrolla en la lengua, labio, buccinador y músculos del cuello. No son frecuentes las metástasis cervicales.

El rabdomiosarcoma se divide en tres tipos histológicos.

1. El tipo adulto pleomórfico, se ve en personas de la quinta y sexta década de la vida. El tumor tiene aspecto sólido voluminoso, muy infiltrativo, no suele ser doloroso a menos -

que afecte el nervio, el crecimiento del tumor es rápido, - cuando afecta a la lengua hay interferencia en el habla y - la deglución.

2. La variedad alveolar no presenta lesiones orales.
3. El rhabdomiosarcoma embrionario, se presenta en niños. La localización más frecuente es en el paladar blando, donde el tumor se desarrolla como una masa blanda no dolorosa, senil y polipoide. La mucosa que la recubre suele ser hiperémica pero muy pocas veces esta ulcerada.

El tratamiento de elección en los tres tipos es la - extirpación quirúrgica amplia. Da metástasis a los pulmones y la muerte suele ocurrir en el plazo de dos años.

LIPOSARCOMA

Las neoplasias malignas adiposas en la cavidad oral - son raras. Microscópicamente los liposarcomas han sido confundidos con otros tumores malignos del tejido conjuntivo, aunque se han descrito como de morfología fibromatosa, mixomatosa o - liposarcomatosa. Antes de poder demostrar la presencia de lipoblastos malignos hay que recurrir a veces a atenciones especiales y a una cuidadosa exploración microscópica del tumor.

SINOVIOMA

Es un tumor que aparece en sujetos adultos y jóvenes, aunque crece muy cerca de las articulaciones, rara vez afecta la articulación Temporo-mandibular.

Macroscópicamente parece estar bien circunscrita, es de consistencia firme y de color gris rosado.

Microscopicamente, demuestra invasión de tejidos vecinos y el tumor esta formado por la combinación de dos elementos sin los cuales no puede hacerse el diagnóstico, un estroma fibrosarcomatoso y un grupo de células de aspecto epitelial - que forman cavidades semejantes a glándulas que ocasionalmente secretan moco.

El tratamiento debe ser la amputación inmediata después del diagnóstico, pues habitualmente recurre con rapidez - después de una exeresis incompleta y dan metástasis ganglionar regionales a distancia.

SARCOMA OSTEOGENICO (OSTEOSARCOMA)

El sarcoma osteogénico se desarrolla a partir del tejido formador de hueso y representa aproximadamente un 30% de todos los tumores malignos óseos primarios. Los osteosarcomas yuxtacorticales se desarrolla a partir del periostio y del tejido conjuntivo perióístico inmediato.

Los hombres se ven más afectados que las mujeres y - la mayor parte de los casos se dan entre los 10 a los 35 años de edad.

La mandíbula se afecta con más frecuencia que la maxila. En cuadro clínico es el de una masa de crecimiento rápido, no ulcerada, que suele ser sólida o de consistencia ósea. En los últimos estadios puede haber dolor y anestesia. Los dientes se ven desplazados por la masa infiltrante y muchas veces se caen,

El aspecto radiográficos depende si el osteosarcoma - es de tipo escleroso o osteolítico. En el tipo escleroso hay - una destrucción de las trabéculas medulares, por una masa pla-

na, irregular radiotransparente, con focos radiopacos y cuyos bordes periféricos están mal definidos. Si se afecta la cortical, se estimula la neoformación ósea y se depositan espículas en ángulo recto en la superficie del hueso dando una imagen - de rayo de sol.

La variedad osteolítica, se observa como una zona radiotransparente más homogénea. El diagnóstico definitivo se - realiza por medio de una biopsia.

El tratamiento, es la extirpación quirúrgica radical, son raras las metástasis en los ganglios linfáticos regionales. El pronóstico es malo con una supervivencia a los 5 años del - 20%.

CONDROSARCOMA

El condrosarcoma es una neoplasia maligna de las células formadoras de cartílago. Se desarrolla en los maxilares - en relación con los restos cartilaginosos de las apófisis coronoides condilar y malar, canal incisivo, agujero mentoniano y tabique nasal.

Los varones se afectan en proporción dos veces mayor que las mujeres, aunque el tumor puede presentarse en personas de cualquier edad, la mayor parte de los casos se presenta en la cuarta y quinta década de la vida. El primer signo es una - masadura, no dolorosa, lobulada, no ulcerada, que se adhiere - al hueso. Al crecer la lesión, hay destrucción ósea extensa y - movilización de los dientes, Hay invasión del antro maxilar y de la órbita.

Radiograficamente, aparece como una masa radiotransparente, plana, mal definida, con zonas radiopacas, que corres--

ponden al cartílago maligno que se ha calcificado. A veces hay zonas en las que la masa tumoral tiene aspecto de quiste. En los estados tardíos hay expansión y destrucción de la cortical con extensión a los tejidos blandos.

Tratamiento, es el de extirpación quirúrgica radical, con supervivencia de 5 años en un 30%. Dan metástasis a los pulmones por vía venosa y muy pocas veces afectan a los ganglios linfáticos regionales.

LINFOSARCOMA

El linfosarcoma puede desarrollarse a partir de los linfocitos o linfoblastos. La mayor parte de los linfosarcomas se ve en varones de más de 40 años. Sin embargo muchos de los tipo linfoblástico se desarrollan en personas que están en su primera o segunda década de la vida.

El primer signo de la lesión es una hipertrofia no dolorosa de los ganglios linfáticos cervicales profundos, los ganglios suelen ser discretos, sólidos y móviles en los primeros estadios, y cuando hay infiltración se hacen confluentes y adherentes. Muchas de las lesiones extraganglionares se desarrollan en las amígdalas, mucosa bucal, suele de la boca y en otras zonas de la nasofaringe. Los datos clínicos son parecidos al reticulosarcoma. En los últimos estadios puede haber leucemia linfocítica,

La supervivencia es por encima de los 5 años en un 28%. Cuando la enfermedad se limita a una zona y se aplica radioterapia precoz a dosis altas, se consigue una cifra de sobrevivencia a los 5 años del 65 a 80%. Pronóstico pobre.

RETICULOSARCOMA

El reticulosarcoma se caracteriza por una proliferación y degeneración maligna de las células reticulares. Aunque puede presentarse en cualquier órgano, las localizaciones más frecuentes son los ganglios linfáticos cervicales y retroperitoneales, las amígdalas y el tubo gastrointestinal.

El motivo de la consulta depende de la localización del tumor y entre ellos encontramos malestar general, dolor de garganta, obstrucción nasal, disnea, disfagia y disfonía. Por lo general el signo principal de la enfermedad es la hipertrofia de los ganglios cervicales. A la palpación puede mostrar discretas masas dolorosas, únicas o múltiples, sólidas, de consistencia parecida al caucho, debajo de los músculos esternocleidomastoideos. En sus primeras fases los ganglios pueden moverse bien, pero si las células malignas invaden las cápsulas que rodean los ganglios e infiltran los tejidos blandos de la vecindad, las masas se unen y se adhieren. En la boca, la localización más frecuente es en las amígdalas, que se vuelven dolorosas y se hipertrofian. El agrandamiento es difuso y los bordes no están bien limitados. La ulceración no suele ocurrir hasta que el tumor alcanza gran tamaño o se traumatiza. Las amígdalas no ulceradas, hipertróficas y enrojecidas y la adenopatía cervical puede pensar en una tonsilitis hiperplásica y en la linfadenitis cervical reactiva, por lo que es necesaria la biopsia cuando nos encontramos con lesiones de este tipo. La presencia en las estructuras orales es raro pero se ha señalado su existencia en la mucosa bucal, en la encía y en el paladar. Las características clínicas en esta región son similares a las de otras neoplasias malignas.

El reticulosarcoma es el linfoma que tiene peor pronóstico. La cifra de supervivencia por encima de los 5 años es del 19%.

MELANOMA MALIGNO

El melanoma maligno o melanocarcinoma, es una neoplasia rara de la boca, una de las más fatales y de rápida evolución. Se encuentra más frecuentemente en los tejidos de la encía y del paladar. En sus primeros estadios un signo sospechoso puede ser un aumento de melanina, que forma una placa de color obscuro. En seguida una masa tumoral de consistencia sólida al aumento de crecimiento. El crecimiento es en todas direcciones, afectando a las estructuras vecinas por un tejido normal de color oscuro o negro. Si la neoplasia sigue creciendo, el tumor es de consistencia sólida, adherido, tiene bordes indurados, una ulceración en su centro y se acompaña de linfadenopatías metastásicas.

Tratamiento extirpación quirúrgica radical y rayos X para las metástasis.

MIELOMA MULTIPLE

Mieloma multiple o mieloma de las células plasmáticas es una neoplasia maligna que por lo general se desarrolla en las médulas óseas del esqueleto. Sus elementos celulares característicos se parecen a las células plasmáticas y se cree que proceden de las células reticuloendoteliales de la médula. Su actividad siempre mayor conduce a la osteólisis y, por tanto, a zonas radiotransparentes en el hueso. Los maxilares, el que más se afecta es la mandíbula más que la maxila. Las localizaciones más frecuentes son el cuerpo posterior, el ángulo y la rama de la mandíbula.

Clinicamente, en sus primeros estadios los síntomas pueden limitarse a una neuralgia y a dolor o hipersensibilidad del maxilar de localización difusa y de carácter inespecífico,

A veces la consulta es un vago dolor dental. Si evolucionan - las lesiones óseas los signos clínicos son agrandamiento o deformación de la región afectada, por lo general en forma de - prominencia bien limitada, de consistencia ósea, que puede ser de dolor constante a la palpación, o movilidad de uno o más - dientes. Otro síntoma subjetivo, es la parestesia o adormecimiento del labio o de un segmento cutáneo, o cerca del mentón.

Radiologicamente, la imagen más característica es la presencia de numerosas zonas radiotransparentes, pequeñas bien limitadas, con bordes periféricos bien definidos. Las zonas radiotransparentes no tienen una zona circundante, de esclerosis. En otros casos, pueden unirse varias lesiones líticas pequeñas dando lugar a una masa radiotransparente más grande.

A veces las lesiones tienen también un aspecto radiológico de una desmineralización difusa del hueso, las trabéculas están totalmente resorbidas y destruídas, los espacios medulares están agrandados y tienen un color nebuloso, gris claro.

El mieloma múltiple es más frecuente en los varones - que en las mujeres y se da en personas de edad avanzada que en jóvenes.

Histologicamente, se caracteriza por un grupo de células muy unidas parecidas a las células plasmáticas con un poco de estroma intercelular.

El tratamiento consiste en la irradiación de las - áreas afectadas para detener el crecimiento de las células tumorales y evitar el dolor. La quimioterapia, sirve como auxiliar en el tratamiento. Las hormonas y la mostaza nitrogenada se emplean como complementos del tratamiento. Las hormonas ali

vian el dolor. La quimioterapia puede retardar la evolución de la enfermedad.

SARCOMA DE EWING.

Es una neoplasia primaria del hueso que se forma a partir de los elementos reticuloendoteliales.

Clinicamente, el sarcoma de Ewing suele encontrarse en personas cuya edad está comprendida entre los 5 y los 25 años de edad, presentándose el 60% en los varones. Puede localizarse en cualquier hueso incluyendo a los maxilares. En los datos clínicos primarios se encuentra dolor intermitente, aunque pueda palparse el tumor. El dolor se hace continuo, y se acompaña de un rápido agrandamiento del hueso afectado, con movilidad de los dientes, anestesia del labio, y neuralgia facial. Puede haber una rápida destrucción de la cortical y el tumor crece hacia el interior de la cavidad bucal, donde se ulcera rápidamente. Los enfermos suelen estar febriles, mostrando una aceleración de la velocidad de sedimentación globular simulando una osteomielitis.

Radiologicamente, el primer cambio en la médula consisten en zonas de densidad variable que corresponden a destrucción trabecular. Puede haber zona de aspereza perióstica y células tumorales dentro de los canales de Habers y de Volkann. Cuando se afecta la cortical, el periostio queda rechazado y se forman capas de neoformación ósea paralelas a la superficie.

El tratamiento es la extirpación radical y la radioterapia, la supervivencia a los 5 años es del 10 al 15%. Es característica la metastatización por vía sanguínea a los pulmones y a otros huesos y, a veces, a los ganglios linfáticos.

CONCLUSIONES.

Hay que pensar que el 80% de todos los pacientes -- con Cáncer que no reciben tratamientos, mueren en unos 18 me ses desde el inicio de la enfermedad.

Es difícil que en el consultorio dental pueda lle-- varse a cabo el tratamiento del cáncer oral, puesto que esto implica conocimientos a nivel de especialización y cuidados- hospitalarios, pero, sin embargo, si se puede llevar una la- bor educativa, así como también una labor preventiva.

En cuanto a la labor educativa se puede llevar a - cabo, tratando de convencer a nuestros pacientes de la im-- portancia de exámenes periódicos y además explicandoles los llamados signos de alarma del cáncer a fin de que se hagan- examinar tan pronto aparezca una lesión sospechosa.

Ya que existe en muchas ocasiones que las lesiones- de la boca no se diagnostican como tumoraciones malignas, de- bido a la precocidad de la aparición de estas, o en otras -- ocasiones por falta de conocimiento de los signos de cáncer- oral, el cirujano dentista siendo el primer contacto con el- paciente, deberá estar capacitado para diagnósticar correcta- mente los procesos neoplásicos benignos y malignos de la ca- vidad oral, ya que descubriéndolos tempranamente, aumenta--- rían las posibilidades de la vida del paciente.

BIBLIOGRAFIA.

ORAL CANCER TURMOS OF JAWS.

Sharp - Bullock - Hill

The Blakiston División Mcgraw Hill Book Co.

PATOLOGIA GENERAL Y ANATOMIA PATOLOGICA.

Ribbert

Editorial Interamericana.

PRINCIPIOS DE PATOLOGIA.

Ruy F rez Tamayo, Pelayo Correa

Editorial La Prensa Médica Mexicana.

PATOLOGIA BUCAL

Shafer William E.

Editorial Mundi.

PATOLOGIA ORAL

Thoma = Gorlin = Golman

Editorial Salvat.

PATOLOGIA ORAL.

Orban

Edictorial Mundi.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

Kruger Gustav.

Editorial Interamericana.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

Zegarelli = Kutscher - Hyman.

Editorial Salvat.

PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.

Robbins Stanley L.

Editorial Interamericana.