

12
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE TRIGONO
RETROMOLAR Y MUCOSA BUCAL. EXPERIENCIA EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA DE LA
CIUDAD DE MEXICO DE 1978 A 1994

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

GABRIELA ALCANTARA ORTIZ

DIRECTOR DE TESIS: M.C. FRANCISCO JAVIER OCHOA CARRILLO

ASESOR DE TESIS: C.D. NANCY A. JACQUES MEDINA



MEXICO, D.F.,

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

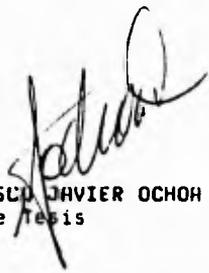


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



DR. FRANCISCO JAVIER OCHOA CARRILLO
Director de Tesis

Nancy A. Jacques
C.D. NANCY A. JACQUES MEDINA
Asesor de tesis

A MIS PADRES

GABRIEL ALCÁNTARA PEREZ

IRMA ORTÍZ CERON.

...Que lejos y que cerca
Paradoja de la vida ante la muerte;
huracán de sentimientos encontrados
que se agita en los confines de la mente.
...Que lejos y que cerca

Que lejos,
cuando al paso fatigado de los años,
se acrecienta la distancia del recuerdo
de la vida que forjamos a su lado,
y a cada día más extraño,
de ti papá, los consejos;
de ti mamá, los cuidados.

Que cerca
cuando en medio de un alud de sentimientos
los convoco a compartir lauros o penas;
y adivino sus imágenes sonriendo,
mitgando las tristezas,
o disfrutando serenos
de mis pasos por la Tierra

Si... que lejos y que cerca.
En los cuerpos,
qué patética distancia nos separa.

Pero a cambio,
que eterna comunión hay en las almas

A MIS ABUELOS

CARMEN CERON

MARTINIANA PEREZ

JESUS ALCANTARA MONDRAGON (†)

A QUIENES EN TODO MOMENTO HAN ESTADO CONMIGO.

A MIS HERMANOS

A MIS TIAS

LOURDES ORTIZ CERON

ROSA MARIA ALCANTARA PEREZ

EMILIA RAMIREZ

A MIS COMPAÑEROS

JOSE URIEL JAIME MARTELL

CLAUDIA ORDOÑES.

BEATRIZ LIMA ANDRADE

PERLA IRIS ALONSO

BEATRIZ MOLINA

RICARDO.

INDICE

RESUMEN	01
INTRODUCCION	01
1.0 ANTECEDENTES	02
1.1. RESEÑA HISTORICA	02
1.2. DEFINICION DE TERMINOS	03
1.3 CARCINOGENESIS	03
1.3.1. CARCINOGENOS QUIMICOS	03
1.3.2 CARCINOGENOS VIRALES	03
1.3.3. CARCINOGENOS FISICOS	03
1.3.4. EDAD, DIETA, SEXO E IRRITANTES CRONICOS	04
1.4 LOCALIZACION DEL CANCER BUCAL	05
1.4.1. LABIO (SUPERIOR E INFERIOR)	05
1.4.2. LENGUA ORAL	05
1.4.3. PISO DE BOCA	05
1.4.4. ENCIA SUPERIOR E INFERIOR	06
1.4.5 PALADAR DURO	06
1.5 TRIGONO RETROMOLAR	06
1.5.1 ANATOMIA	06
1.5.2 EMBRIOLOGIA	08
1.5.3 IRRIGACION E INERVACION	09
1.6. MUCOSA BUCAL	10
1.6.1. ANATOMIA	10
1.6.2 EMBRIOLOGIA	11
1.6.3 HISTOLOGIA	11
1.6.4 IRRIGACION E INERVACION	12
1.7 DETECCION Y DIAGNOSTICO DEL CANCER BUCAL	13
1.7.1 TIPO DE BIOPSIAS	13
1.7.2 ESTUDIOS RADIOLOGICOS	14
1.8 ETAPIFICACION CLINICA (TNM)	14
1.8.1 AGRUPACION POR ETAPAS CLINICAS	15
1.9 EVALUACION KARNOFSKY	15
1.10. CARCINOMA EPIDERMIOIDE	15
1.11. GENERALIDADES	16
1.12. CAUSAS	16
1.13. CARACTERISTICAS CLINI	16
1.14. CARACTERISTICAS HISTOLOGICA	16
1.15 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	17
1.16. MODALIDADES TERAPEUTI	18
1.17. CIRUGIA	18

1.18	QUIMIOTERAPIA.....	19
1.19	RADIOTERAPIA.....	21
1.20	TRATAMIENTO ESTOMATOLOGICO DEL PACIENTE CON CANCER	22
1.21	SECUELAS DE LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS.....	23
1.22	CARCINOMA EPIDERMOIDE EN TRIGONO RETROMOLAR.....	24
1.22.1	CARACTERISTICAS CLINICAS.....	24
1.22.2	TRATAMIENTO.....	25
1.23	CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LA MUCOSA BUCAL.....	26
1.23.1	CARATERISTICAS CLINICAS.....	26
1.23.2	TRATAMIENTO.....	26
2.0	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
3.0	JUSTIFICACION.....	27
4.0	MATERIAL Y METODOS.....	27
5.0	EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA DE MEXICO.....	27
5.1	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE TRIGONO RETROMOLAR.....	27
5.2	DISCUSION.....	29
6.0	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE MUCOSA BUCAL.....	31
6.1	DISCUSION.....	32
7.0	CONCLUSIONES.....	35
8.0	BIBLIOGRAFIA.....	36

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE TRIGONO RETROMOLAR Y MUCOSA BUCAL.

RESUMEN:

La presente investigación muestra solo la experiencia lograda en el diagnóstico y tratamiento de carcinoma epidermoide en trigono retromolar y mucosa bucal, en el Instituto Nacional de Cancerología de México, durante el periodo de revisión de 17 años comprendido del año de 1978 a 1994.

El carcinoma epidermoide de trigono retromolar y mucosa bucal, se documentó solo en 23 casos de los tumores diagnosticados en la cavidad bucal. De los cuales 16 se originaron en el área del trigono retromolar y 7 casos en mucosa bucal. El presente estudio de tipo retrospectivo analiza la distribución por edad y sexo, presentación clínica e histológica, factores de riesgo para el desarrollo de cáncer en la cavidad bucal, las modalidades de tratamiento, así como los resultados y la supervivencia registrada en los pacientes estudiados.

Debe tomarse en cuenta que al odontólogo compete diagnosticar en forma incipiente el cáncer de cavidad bucal, conocer las características clínicas y evolutivas del mismo, cumpliendo así una función básica, referir al paciente con un especialista en donde sea tratado en forma interdisciplinaria, adecuada y oportuna.

INTRODUCCION

El cáncer bucal en la actualidad es uno de los padecimientos más severos que afligen a la humanidad, tanto por lo altos índices de mortalidad, como por las secuelas de los tratamientos que éste requiere.

Así mismo, podemos mencionar que el cáncer de la cavidad bucal es uno de los cánceres más notables en algunos países. En Asia el porcentaje de cáncer de cavidad bucal y lengua es de 34.6% y para China 15.7%, incluyendo cánceres de nasofaringe (1).

Francia reporta que los cánceres de cabeza y cuello son más frecuentes en mujeres, en los Estados Unidos de Norteamérica se reporta una mayor incidencia en hombres y en la India se diagnostica el mayor porcentaje de cáncer de cavidad bucal (2). México, en el registro histopatológico de las neoplasias malignas de la Secretaría de Salud, señala que la incidencia de cáncer bucal es de 11.09% (3).

En base a lo anterior, el presente trabajo está enfocado a analizar la experiencia obtenida en el carcinoma epidermoide o también llamado carcinoma de células escamosas de la mucosa bucal y trigono retromolar exclusivamente.

Las lesiones cancerizables bucales, son entidades que pueden pasar desapercibidas, por ello la cavidad bucal está dividida en zonas denominadas de bajo riesgo: encía, carrillos y trigono retromolar. las zonas de alto riesgo comprenden el piso de boca, labio inferior y bordes laterales de la lengua (4).

Es responsabilidad del odontólogo llevar a cabo la detección oportuna y el diagnóstico de cáncer bucal al reconocer signos tempranos de esta enfermedad.

Adicionalmente se muestra el papel que desempeña el tabaquismo y alcoholismo para la aparición de esta entidad patológica (5,23), el cual ha sido demostrado ampliamente en estudios realizados. Así como el efecto de algunos factores relacionados a la aparición del cáncer, como lo es la edad y el sexo (6)

1.0. ANTECEDENTES El cáncer bucal es una enfermedad que muestra una alta tasa de mortalidad y que aún en casos curables, puede ser altamente mutilante a pesar de que se considera accesible a su exploración y diagnóstico, ayudando a ser detectado en etapas incipientes, esperando que el presente estudio sea de utilidad para los clínicos, obteniendo un panorama general del manejo de un paciente con cáncer bucal en un centro de tercer nivel como lo es el Instituto Nacional de Cancerología de México.

1.1 RESEÑA HISTORICA

Las enfermedades crónicas no infecciosas como el cáncer, han aumentado en cifras relativas y absolutas, provocando un cambio en el interés de muchos profesionistas dedicados al estudio de esta enfermedad.

Fue Hipócrates (460-170 a.J.C.) quien describió por vez primera el cáncer, utilizando los términos carcinos y carcinoma y definió su grave pronóstico. Mediante la observación, estableció las bases de la epidemiología y fue el primero en describir el concepto general de la influencia del medio ambiente sobre la enfermedad (aire, fuego, tierra y agua).

La bilis negra se consideró como una sustancia producida por el bazo y el estómago y como agente etiológico del cáncer durante miles de años. Galeno, un médico científico, coincidiendo con Hipócrates pensó que el cáncer era producido por un exceso de bilis negra y que debía dejarse al paciente sin tratamiento. Hasta que Rigoni - Stern recopiló los datos de Verona entre 1760 y 1839 y Fanchou recopiló los datos de París en 1830 y 1840, la estadística del cáncer no tuvo impulso, los análisis de datos de Rigoni-Stern por edad, sexo, ocupación y otras características, notando que la incidencia de cáncer aumentaba generalmente con la edad y que éste era generalmente más frecuente en las ciudades que en el medio rural y dependiendo de las distintas localizaciones anatómicas, tendría probablemente distintas causas.

La descripción del cáncer profesional por Potten (1775), Cirujano General de Londres, reflejó el deseo de los médicos para vencer el cáncer de escroto con su prevención en los desolladores jóvenes. Greenwood, epidemiólogo y estadístico británico, analizó los datos sobre la supervivencia de pacientes con cáncer no tratado y de ello vino el concepto de curación a cinco años. El doctor Alton Ochsner, dijo que no veía progreso en los resultados de los avances quirúrgicos o tecnológicos, por el contrario, creía que el futuro de la medicina iba a estar en la prevención. (7).

CANCER

Cuando las células de ciertos tejidos sufren irritación o inflamación por un largo periodo se ven afectadas en alguna otra forma no bien conocida aún, principian a multiplicarse anormalmente, el resultado de esta reproducción acelerada y atípica es un tumor maligno, un cáncer que crece a expensas de los

tejidos que lo rodean, los disloca o invade todo el organismo (8). Las células cancerosas, a diferencia de las de un tumor benigno, tienen las propiedades de invasión y de metástasis clasificándose en dos grandes grupos: carcinomas y sarcomas.

1.2 DEFINICION DE TERMINOS.

Para una mejor comprensión de esta investigación, revisaremos los siguientes términos básicos.

Comunmente la neoplasia se denomina tumor, creciendo por multiplicación o división de células normales que no detienen su crecimiento, aún retirando el estímulo.

Cáncer; todo tumor maligno.

Carcinoma: neoplasia maligna constituida por células epiteliales que tienden a infiltrar los tejidos adyacentes y origina metástasis.

Etapas: es la estimación de la extensión y diseminación del tumor.

Metástasis: diseminación a distancia de un tumor o neoplasia maligna del sitio primario.

1.3 CARCINOGENESIS

ETIOLOGIA.

Durante muchos años se han observado asociaciones entre cuadros clínicos específicos y el desarrollo del cáncer, éstos sugieren posibles papeles implicados en la carcinogénesis. los factores asociados al desarrollo del cáncer incluyen sustancias químicas, energías radiantes, virus y factores intrínsecos, tales como trastornos genéticos, desequilibrios hormonales y alteraciones inmunológicas.

1.3.1. CARCINOGENOS QUIMICOS.

Los agentes químicos que se acumulan en los diversos tejidos se denominan carcinógenos. Un ejemplo es el benzopireno, compuesto aromático producido en los cigarrillos y en el escape de las máquinas. Entre los agentes carcinogénicos se encuentran los nitritos y otros más como son la aflatoxina, hidrocarburos aromáticos (benzeno, radiación ionizante), cloruro de vinilo y la dioxin, se han considerado productores de toda una gran variedad de cánceres.

1.3.2. CARCINOGENOS VIRALES

El fenómeno de la carcinogénesis viral está bien estudiado en animales de investigación, aunque existen varias dudas de que varios virus causan cáncer en humanos. La carcinogénesis se efectúa al incorporar al material genético ADN del virus al genoma del huésped, generando una codificación nueva viral eventual oncogénica.

1.3.3. CARCINOGENOS FISICOS

El agente carcinógeno de mayor importancia es la radiación. La ultravioleta de los rayos solares es la más común, la radiación de alta energía X o gamma daña el ADN celular produciendo mutaciones y rearrreglos cromosomales.

TABAQUISMO.

Uno de los factores analizados con mayor detalle es el consumo de tabaco en sus diferentes modalidades. Cigarro, pipa, mascado, invertido, rapè, etc., siendo estos factores principales para desarrollar lesiones premalignas y cáncer bucal. Esto se basa en los siguientes hechos:

- a) El tabaco contiene agentes carcinogénicos comprobados.
- b) El tabaco provoca cambios celulares y atipias.
- c) Es mayor la mortalidad por cáncer de la cavidad bucal en fumadores que en no fumadores.

Información de los porcentajes de frecuencia de varios cánceres, registrados en la India son comparados con información seleccionada de los Estados Unidos de Norteamérica y Francia. Una extensa variedad de hábitos comunes del tabaco en el país son principalmente responsables de la presencia de cánceres, entre ellos fumar cigarro y masticar tabaco.(2).

En la India la mucosa bucal es el sitio más común en cáncer de cavidad bucal, seguido por la encía y el piso de boca. (2).

ALCOHOLISMO

Al estudiar la posible correlación entre ingerir bebidas alcohólicas en exceso, se asocia con un incremento en el riesgo relativo de desarrollar cáncer bucal.

En cuanto a la relación directa entre alcoholismo y cáncer de mucosa bucal se dice que la penetración a la mucosa está en asociación con los carcinógenos del tabaco.

IRRITANTES CRÓNICOS.

FACTORES DENTALES.

La higiene deficiente, restauraciones defectuosas, dientes semidestruidos y prótesis mal ajustadas, han sido considerados como factores predisponentes de cáncer bucal, el mecanismo implicado es el traumatismo crónico.

1.3.4. DIETA

Pocos son los estudios que se refieren a la asociación de cáncer bucal y el consumo de alimentos determinados. Las deficiencias en vitaminas A y C han sido propuestas como carcinógenos. La baja ingestión de vitamina A predispone a la aparición de lesiones (leucoplasia) e indirectamente se relaciona con el desarrollo de un cáncer, la deficiencia de hierro (anemia ferropénica) han tenido relación con el cáncer de lengua y esófago.

EDAD.

El 95% del cáncer de la cavidad bucal ocurre en personas de más de 40 años de edad. La edad avanzada es en la que prevalece esta enfermedad, esto sugiere cambios relacionados con el proceso de envejecimiento celular que involucran procesos bioquímicos sobre los cuales actuarían influencias químicas, virales, nutricionales o irritantes físicos. (10).

1.4. LOCALIZACION DEL CANCER BUCAL POR REGIONES.

Anatomía Topográfica de la región.

Para considerar las diferentes neoplasias de cavidad bucal debemos dividirla por regiones.

1.4.1. LABIO (SUPERIOR E INFERIOR)

El labio comienza de la unión del borde bermellón con la piel e incluye la superficie del bermellón o la porción del labio que está en contacto con el labio opuesto. El labio superior e inferior se encuentran unidos lateralmente a nivel de las comisuras de la boca. El labio inferior se afecta en alrededor del 90% de los casos por carcinomas epidermoides y el labio superior por un 10%. Otros tipos de lesiones tumorales observados en esta región son los carcinomas basocelulares, habitualmente de piel adyacente, los cuales tienen la característica que al alcanzar la mucosa bucal, su comportamiento biológico es altamente agresivo. Otras neoplasias que se observan son las originadas de las glándulas salivales menores, predominando el carcinoma adenoideo quístico, principalmente en el labio inferior. Los carcinomas del labio se pueden extender a la piel adyacente, músculo orbicular o bien a la comisura labial adyacente, mucosa bucal, mandíbula y nervio mentoniano. El drenaje linfático es hacia los ganglios submaxilares y cadena yugular superior. (11).

1.4.2.- LENGUA ORAL.

Es recomendable dividirla en dos regiones, anterior y posterior. Esta división está dada por la papila circunvalada, correspondiendo los dos tercios anteriores a lengua oral y el tercio posterior a la base de la lengua. Esta división obedece a las diferencias en el comportamiento clínico e histopatológico de los tumores observados a estos niveles. El 75% de los tumores se presentan en la lengua anterior, correspondiendo al borde lateral, el sitio de mayor presentación para estas neoplasias. El tamaño del tumor al momento de realizar el diagnóstico es de ayuda pronóstica. Su drenaje linfático es a ganglios yugulares, submentonianos y submandibulares, cuando los tumores, tanto de lengua oral como de labio rebasan 2 cm. de diámetro. (12).

1.4.3.- PISO DE BOCA

Es una área anatómica en forma de U que reviste los músculos milohioideos e hipogloso. Se delimita posteriormente por la inserción de los pilares anteriores dentro de la lengua. Los bordes anterior y laterales formados por la superficie lingual del borde alveolar interior. Por abajo de la superficie mucosa epitelial del revestimiento se encuentran las glándulas sublinguales, las cuales están dispuestas en pares. La

extensión del tumor, por lo general es hacia el periostio de la mandíbula. En casos avanzados puede infiltrar el hueso mandibular y aún más extenderse a la piel del mentón. (13).

1.4.4.- ENCIA SUPERIOR E INFERIOR

La encía inferior comprende la mucosa que reviste la mandíbula, desde el borde gingivobucal, al origen de la mucosa móvil, en el piso de la boca. Posteriormente se extiende a la rama ascendente de la mandíbula. La encía superior incluye el proceso alveolar del maxilar y se extiende a la línea de unión de la mucosa, en la zona bucogingival superior a la unión del paladar duro. Su margen posterior es la porción terminal superior del arco pterigopalatino. Además de los carcinomas epidermoides, también suelen presentarse en esta área, carcinomas verrugosos, melanomas, tumores de glándulas salivales, considerándose inicialmente como una extensión o metástasis ya que la encía es el órgano de la cavidad bucal con escasa o nula presencia de unidades glandulares salivales menores.(14).

1.4.5.- PALADAR DURO.

El paladar forma el techo de la boca se divide anatómicamente y funcionalmente en dos partes: paladar duro y blando, el primero de ellos situado anteriormente se le considera en el estudio de los tumores de la cavidad bucal, mientras que el paladar blando al estudio de la orofaringe. El paladar duro es una área semilunar entre el borde alveolar superior y la membrana mucosa que cubre el proceso palatino de los huesos maxilares y que separa a la cavidad bucal de la nasal. Es en esta área donde se presenta una mayor frecuencia de tumores derivados de las glándulas salivales menores, tal como adenoma pleomorfo, carcinoma adenoideo quístico, adenocarcinomas. Los tumores malignos originados del paladar duro se pueden extender a encía, paladar blando e infiltrar hueso y penetrar a cavidad nasal y seno maxilar.(15).

1.5 TRIGONO RETROMOLAR

1.5.1. ANATOMIA

Es la porción de la cavidad bucal mucosa que se ubica entre las dos arcadas dentales hacia la superficie de la rama ascendente de la mandíbula y parte del músculo masetero, en cada lado, los límites de esta área no son claros, uniéndose con la mucosa bucal, el pilar amigdalino anterior y el paladar blando.(16).

Para poder entender mejor esta región debemos explicar como está formada anatómicamente la mandíbula.

Este hueso es el más grande y fuerte de la cara tiene forma de U presenta un cuerpo y dos ramas ascendentes. El ángulo del maxilar inferior se puede palpar con facilidad, su punto más prominente dirigido hacia afuera, recibe el nombre de gonion. Presenta cara externa e interna, un borde superior o porción alveolar e inferior o base.

CARA EXTERNA

Se caracteriza por presentar una cresta media poco marcada que señala la línea de fusión de las dos mitades del hueso en la sínfisis mentoniana. Más hacia afuera con frecuencia por debajo del segundo premolar, es fácilmente visible el agujero mentoniano al borde anterior de la rama ascendente. La cara externa es plana y da inserción al masetero.

BORDE SUPERIOR O PORCION ALVEOLAR.

Contiene los dientes inferiores en cavidades llamadas alveolos. La porción alveolar está cubierta en gran parte por la mucosa bucal. El borde superior cóncavo de la rama ascendente es la escotadura sigmoidea. La escotadura está limitada hacia adelante por la apófisis condilea, formada del mismo. El cóndilo, cubierto de fibrocartilago, se articula indirectamente con la porción escamosa del temporal para formar la articulación temporomandibular.

BORDE INFERIOR O BASE.

La fosa digástrica es una depresión rugosa en la base o por atrás de ella, cerca de la sínfisis. Hacia atrás, a unos 4cm. del ángulo de este hueso, la base puede presentar un surco poco marcado para la arteria facial.

CARA INTERNA.

Presenta una elevación irregular, la espina mentoniana, en el dorso de la sínfisis. Puede constar de una a cuatro porciones llamadas apófisis geni (tubérculos genianos), que dan origen a los músculos geniioideo y geniogloso. Más atrás se puede distinguir la línea milohioidea como una cresta oblicua que se dirige hacia arriba y atrás, de la zona situada por arriba de la fosa digástrica a un punto por detrás del tercer molar y da origen al músculo milohioideo. La fosa submaxilar se encuentra por abajo de la línea milohioidea y aloja una parte de la glándula submaxilar. La fosa sublingual está más adelante, por arriba de la línea milohioidea y aloja a la glándula sublingual.

La rama es una lámina ósea más o menos cuadrilátera que presenta cara externa e interna y bordes anterior, superior y posterior. La rama y los músculos insertados en ella están en contacto con la parte lateral de la faringe. (17).

El ángulo de la mandíbula es donde se inserta el músculo masetero. La rama ascendente tiene cuatro bordes.

ESTRUCTURA

1) Cresta de inserción

ZONA ANATOMICA

Inserción pterigoideo medial

2) Espina de Espix	Inserción del ligamento esfenomandibular
3) orificio del conducto dentario inferior	Entrada del paquete vasculo nervioso alveolar inferior.
4) Canal mandibular, se encuentra entre el conducto dentario inferior	Pasa el nervio dentario inferior
5) Surco milohioideo	Pasa el paquete vasculo nervioso milohioideo
6) Borde anterior.	
7) Borde posterior	Origen al ligamento espino-mandibular.
8) Borde inferior	Se encuentra ubicado el punto gonio.
9) Borde condilar	Inserción del músculo temporal
10) Apófisis coronoides	Inserción del músculo masetero
11) Escotadura sigmoidea	Converge a la fosa infra-temporal con la región masetenna y por
ahi	discurren vasos y nervios
maseteri-	nos.

1.5.2 EMBRIOLOGIA.

Al comenzar el segundo mes de vida fetal, el cráneo está formado por tres partes:

1.- Condrocáneo: Es cartilaginoso y comprende la base del cráneo con las cápsulas óticas y nasal

2.- Desmocráneo: De tipo membranoso, que forma las paredes laterales y el techo de la caja cerebral.

3.- Parte apendicular o visceral del cráneo: La parte apendicular está formada por los bastones cartilaginosos esqueléticos de los arcos branquiales.

Los huesos del cráneo se desarrollan ya sea por osificación endocondrial sustituyendo al cartilago o por osificación intramembranosa en el mesénquima.

MAXILAR INFERIOR O MANDIBULA

La mandíbula se desarrolla como hueso intramembranoso, al lado del cartilago del arco mandibular y constituye en sus partes proximales los esbozos de los huesos auditivos, yunque y martillo. El estribo se desarrolla de la parte proximal del esqueleto en el segundo arco branquial, después origina la apófisis estiloideas, el ligamento estiloideo y parte del hueso hioideo. Los arcos cuarto y quinto forman el esqueleto de la laringe (haciendo su aparición en la sexta semana de vida intrauterina).

La rama es una lámina ósea más o menos cuadrilátera que presenta cara externa e interna y bordes anterior, superior y posterior. La rama y los músculos insertados en ella están en contacto con la parte lateral de la faringe (18).

1.5.3. IRRIGACION E INERVACION

El nervio maxilar inferior, tercera rama del trigémino, se origina en el ganglio trigeminal y junto con la raíz motora del trigémino, pasa por el agujero oval hacia la fosa infratemporal. El tronco así formado se divide casi de inmediato en varias ramas, que se clasifican en divisiones anterior y posterior.

1.- La división anterior del nervio maxilar inferior comprende varias ramas pequeñas:

a) Nervio bucal: Pasa entre las dos porciones del pterigoideo externo y queda incluido temporalmente en el borde anterior del temporal. Proporciona fibras sensitivas a la piel y la mucosa de la mejilla, a las encías y quizá también a los premolares y los primeros dos molares. Algunas de sus ramas se unen con las de la rama bucal del nervio facial.

b) Nervio maseterino: Pasa por en medio del pterigoideo externo, por atrás del temporal y a través de la escotadura sigmoidea para inervar al masetero.

c) Varios nervios temporales profundos que inervan al temporal.

d) Nervio del pterigoideo externo que inerva a este músculo.

2.-La división posterior del nervio maxilar inferior es principalmente sensitiva. Da el nervio auriculotemporal y se divide en los nervios lingual y dentario o alveolar inferior.

a) Nervio auriculo temporal: Su origen son dos raíces que rodean a la arteria meningea media. Dividiéndose en varias ramas, la mayor hacia atrás, profunda al pterigoideo externo y entre el ligamento esfenomaxilar y el cuello del cóndilo. Se relaciona con la glándula parótida, dirigiéndose hacia arriba, por atrás de la articulación temporomaxilar.

b) Nervio lingual: Desciende por dentro del pterigoideo externo, se une a la cuerda del tímpano, rama del nervio facial que contiene fibras relacionadas con el gusto. Su localización es por delante del nervio dentario inferior y pasa entre el pterigoideo interno y la rama ascendente del maxilar inferior. Queda cubierto por la mucosa bucal y es palpable contra el maxilar superior al rededor de 1 cm. por abajo y atrás del tercer molar. cruza la cara externa del hioyoso, pasa por el milohioideo y se ubica por encima del conducto submaxilar. Además el nervio lingual da ramas

a la mucosa que cubre el borde lateral y el dorso de los dos tercios anteriores de la lengua. También inerva la mucosa bucal, las encías, los premolares y el primer molar.

c) Nervio dentario o alveolar inferior: Desciende por delante de la arteria homónima, profundo al pterigoideo externo, pasa entre el ligamento esfenomaxilar y la rama ascendente del maxilar inferior y luego por el agujero maxilar y el conducto dentario inferior. El nervio dentario inferior da las siguientes ramas:

1.- Nervio milohioideo: Se origina antes que el nervio dentario inferior, entra por el agujero maxilar, recorre un surco que hay en la rama ascendente del maxilar, se

aplica a la cara inferior del milohioideo e inerva a éste y al vientre anterior del digástrico.

2.-Las ramas para los dientes inferiores se originan en el conducto dentario inferior, a partir del plexo dentario inferior.

3.-Ramas gingivales para las encías.

4.-Nervio mentoniano: emerge por el agujero mentoniano e inerva la piel del mentón y del labio inferior.

5.-La rama incisiva forma parte del núcleo motor del trigémino, viajan con la raíz motora y alcanzan los músculos por el nervio maxilar inferior.

ARTERIA FACIAL.

Esta arteria es rama de la carótida externa. Después de un breve trayecto por el cuello (porción cervical), la arteria facial rodea el borde inferior del maxilar inferior a nivel del borde anterior del masetero y se dirige hacia arriba y adelante en la cara. Termina en el ángulo interno del ojo anastomosándose con ramas de la arteria oftálmica.

VENA FACIAL

En la mejilla, la vena facial recibe a la vena facial profunda procedente del plexo pterigoideo.

Los vasos conocidos antiguamente como venas faciales anterior y posterior ahora se llaman vena facial y retromandibular. A veces, la vena retromandibular o una de sus ramas se anastomosan con la vena facial y en este caso al vaso así formado se le conoce como vena facial común.(17).

1.6 MUCOSA BUCAL (CARRILLOS)

1.6.1. ANATOMIA.

La cavidad bucal está formada por diferentes zonas anatómicas enumeradas a continuación: 1) Por delante de la región de los labios (región labial); 2) Lateralmente la región de las mejillas (región geniana); 3) Arriba la región palatina; 4) Abajo piso de boca y dos tercios anteriores de la lengua; 5) Trígono

retromolar; 6) Procesos alveolares superiores e inferiores (región gingivodentaria). El propósito de dividir a la cavidad bucal por zonas anatómicas, radica en entender mejor cada una de ellas, enfocandonos particularmente al área de mucosa bucal y trigono retromolar.

La mucosa bucal pertenece a la región geniana (del nombre latino gena, que significa mejilla, ocupando las partes laterales de la cara).

PLANOS CONSTITUTIVOS.

en realidad, la región geniana no comprende más de 5 capas: la piel, el tejido celular subcutáneo, la capa muscular, el perostio y el plano esquelético. Sin embargo, en su parte media, es decir a nivel de los arcos dentarios (región

intermaxilar), se encuentran dos capas nuevas: 1) La aponeurosis del buccinador que se extiende sobre el músculo, divide en este sitio la capa muscular en dos planos, uno supraaponeurótico y otro infraaponeurótico, por debajo del buccinador un revestimiento mucoso, la mucosa bucal.

El músculo buccinador, más profundamente situado que los músculos cutáneos, es un músculo ancho que ocupa el espacio comprendido entre los dos maxilares. Todos los fascículos del buccinador convergen hacia la comisura labial, parte en la piel y la mucosa.

Sobre el músculo buccinador discurre horizontalmente el conducto de Stenon. Este conducto después de un trayecto variable, perfora oblicuamente el músculo llega a la mucosa bucal en una extensión de 5 ó 6 mm. terminando en el vestíbulo de la boca por un estrecho orificio, situado un poco por delante del cuello del segundo molar superior. En las cercanías del conducto, se encuentran glándulas salivales, formando parte del espesor mismo del músculo buccinador.(19).

1.6.2. EMBRIOLOGIA

Las mucosas de carrillo se forman por fusión progresiva, en dirección anterior de los labios superior e inferior, ellas están por lo tanto tapizadas por ectodermo y su musculatura deriva del arco hioideo y está inervada por el séptimo nervio craneal.

Durante la sexta y séptima semana se modifica mucho el aspecto de la cara. Los procesos maxilares siguen creciendo en dirección interna y comprimen los procesos nasomedianos hacia la línea media. La anchura de la boca no es regida por fusión de los procesos ó apófisis maxilares y mandibulares, los carrillos se desarrollan por cambios de posición de la lengua, piso de boca y por ensanchamiento del maxilar superior. de manera secundaria, carrillos y labios son invadidos por mesénquima del segundo arco faringeo o branquial.(19).

1.6.3. HISTOLOGIA

La mucosa que reviste los carrillos, tiene una capa relativamente gruesa de epitelio no queratinizado escamoso estratificado. Este tipo de epitelio es característico de las superficies epiteliales húmedas, en que el uso y desgaste son considerables y no ocurre absorción.

La lámina propia de los carrillos se compone de tejido fibroelástico un tanto denso y llega hasta el epitelio en la forma de papilas altas. Su parte más profunda se fusiona con lo que se denomina submucosa del carrillo. Esta capa contiene fibras elásticas y vasos sanguíneos numerosos, haces en la submucosa y unen la mucosa al músculo subyacente, lo que permite que la mucosa forme varios pliegues pequeños en vez de uno solo grande.

La submucosa situada en el plano profundo a la mucosa de los carrillos contiene numerosas glándulas mucosas, algunas con unas cuantas semilunas serosas. Estas glándulas producen una parte de la saliva y en consecuencia, se trata de un segundo grupo de glándulas salivales de importancia secundaria. (19).

1.6.4. IRRIGACION E INERVACION

VASOS Y NERVIOS

Los vasos y nervios de la región geniana discurren la mayoría por el tejido celular subcutáneo y en el espesor de la capa muscular superficial.

ARTERIAS

Las arterias provienen de orígenes diversos: Lagrimal, infraorbitaria, alveolar, bucal, transversal de la cara y la facial. La más importante en la región de la mucosa bucal es la alveolar y la bucal, ramas de la arteria maxilar interna, se ramifican principalmente en la mejilla que corresponde al buccinador. La transversal de la cara, rama de la arteria temporal superficial, dirigiéndose hacia la cara externa del buccinador, teniendo numerosas ramificaciones.

VENAS

Las venas de la región geniana forman debajo de los tegumentos una rica red cuyas ramas tienen 3 troncos principales.

- 1) Por dentro, vena facial desciende a la región del cuello para desembocar en la yugular interna.
- 2) Por fuera, vena temporal superficial, una de las ramas de origen de la yugular externa.
- 3) Profundamente, al plexo pterigoideo.

NERVIOS

Se dividen en motores y sensitivos:

- 1) Los ramos motores, destinados a los músculos, emanan de las dos ramas temporofacial del nervio facial.

2) Los ramos sensitivos, destinados a los tegumentos, provienen de varios orígenes:

- a) Del lagrimal, rama del oftálmico, que emite un ramo malar a la piel del pómulo
- b) Del bucal, rama del maxilar inferior, que se distribuye por la piel y la mucosa que revisten el músculo buccinador.
- c) Del maxilar superior, que llega a la cara por el agujero infraorbitario y se subdivide inmediatamente en un ramillete de ramos divergentes (ramillete infraorbitario) que se extiende por delante del músculo canino.(17).

1.7 DETECCION Y DIAGNOSTICO DEL CANCER DE CAVIDAD BUCAL

EXAMEN DEL PACIENTE

En el Instituto Nacional de Cancerología de México, Los pacientes son estudiados mediante una historia clínica, realizada en el Departamento de consulta Externa. La historia clínica elaborada por los médicos residentes quienes toman en cuenta los datos personales del paciente (edad, sexo, nombre completo, grado de escolaridad, ocupación, lugar de nacimiento y residencia, estado civil, tipo de vivienda, número de integrantes de la familia, antecedentes patológicos personales y familiares, hábitos personales, hábitos alimenticios, etc.). Cuando ha sido terminado el interrogatorio, el paciente es examinado físicamente y de acuerdo al criterio del médico es remitido al departamento que corresponde. En este caso nos enfocaremos al departamento de cabeza y cuello de la división de cirugía, por atenderse en éste, personas con neoplasias de cavidad bucal.

Cuando los pacientes son remitidos al departamento de cabeza y cuello, se revisan las historias clínicas realizadas en consulta externa y se hace una exploración física del paciente (explorando la lesión). En la cavidad bucal la exploración es por zonas anatómicas: labios, encías, paladar duro, mucosa de carrillo, piso de boca, lengua móvil, base de lengua. También es realizada una laringoscopia indirecta con el fin de revisar (laringe, cuerdas bucales y amígdalas). La exploración de cuello, para poder palpar ganglios metastásicos en caso de que el paciente los presente. La revisión de la cabeza y asimetría facial o alguna otra lesión en la cara.

El paciente es interrogado por segunda ocasión para la realización de su expediente clínico, haciendo la valoración del mismo con la escala de Karnofsky, después se le explica al paciente y al familiar acerca de su enfermedad, los medios de diagnóstico que se necesitarán y en base a éstos, el tipo de tratamiento que recibirá.

De los medios de diagnóstico, en primer lugar se encuentra la obtención de tejido neoplásico, éste es proporcionado al patólogo para una interpretación microscópica, conocer la estirpe tumoral y poder ofrecer la mejor modalidad

terapéutica. Los tipos de biopsia más utilizados en el Instituto Nacional de Cancerología de México son los siguientes:

1.7.1 TIPO DE BIOPSIAS

1.- Biopsia excisional: es realizada en lesiones pequeñas, el objetivo de ésta es extirpar en su totalidad la lesión o tejido dañado, tomando en cuenta que toda lesión debe ser estudiada por el patólogo.

2.- Biopsia por punch: la indicación de este tipo de biopsia es en lesiones ulceradas y de difícil acceso en la cavidad bucal; la forma de las pinzas está especialmente diseñada para toma de biopsias.

3.- Citología exfoliativa: examen microscópico de células descamadas de una superficie corporal o una lesión. Estas células pueden obtenerse por procedimientos de aspiración, lavado, frotis y raspado, el diagnóstico con la citología alcanza un 90% de certeza.

4.- Azul de toluidina: es un colorante metacromático básico que tiñe el material nuclear de lesiones malignas, pero no de una mucosa normal. Este método permite delimitar la zona más afectada de una lesión y facilita la toma de la biopsia.

1.7.2 ESTUDIOS RADIOLOGICOS

Tienen un gran valor en el diagnóstico del cáncer en trigono retromolar, frecuentemente se utiliza la tomografía axial computarizada (TAC) para obtener un mejor panorama de la extensión de la lesión.

1.8 CLASIFICACION CLINICA TNM (AJCC).

T tumor primario.

Tx sin poder establecerse.

T0 no evidencia del tumor primario.

TIS carcinoma in-situ.

T1 tumor de 2 cm., o menos de diámetro.

T2 tumor mayor de 2 cm. pero menor de 4 cm. de diámetro.

T3 tumor mayor de 4 cm. de diámetro.

T4 (labio). tumor que invade estructuras adyacentes (cortical de hueso, en profundidad de lengua, seno maxilar, piel).

N GLANGLIOS LINFATICOS.

Nx metástasis ganglionares regionales sin poder establecerse.

N0 sin metástasis ganglionares.

N1 metástasis a ganglio único ipsilateral de 3 cm. o menos de diámetro.

N2 metástasis a ganglio único ipsilateral mayor de 3 cm. pero no mayor de cm. de diámetro o bilateral.

N2a metástasis a ganglio único ipsilateral mayor de 3 cm. pero no mayor de cm. de diámetro.

N2b metástasis a múltiples ganglios ipsilaterales no mayor de 6 cm. de diámetro.

N2c metástasis a ganglios bilaterales o contralaterales no mayores de 6 cm. de diámetro.

N3 metástasis a ganglios linfáticos mayores de 6 cm. de diámetro.

M METASTASIS A DISTANCIA.

Mx la presencia de metástasis no puede establecerse.

M0 sin metástasis a distancia.

M1 metástasis a distancia (pulmón, hígado, cerebro).

1.8.1 AGRUPACION POR ETAPAS CLÍNICAS.

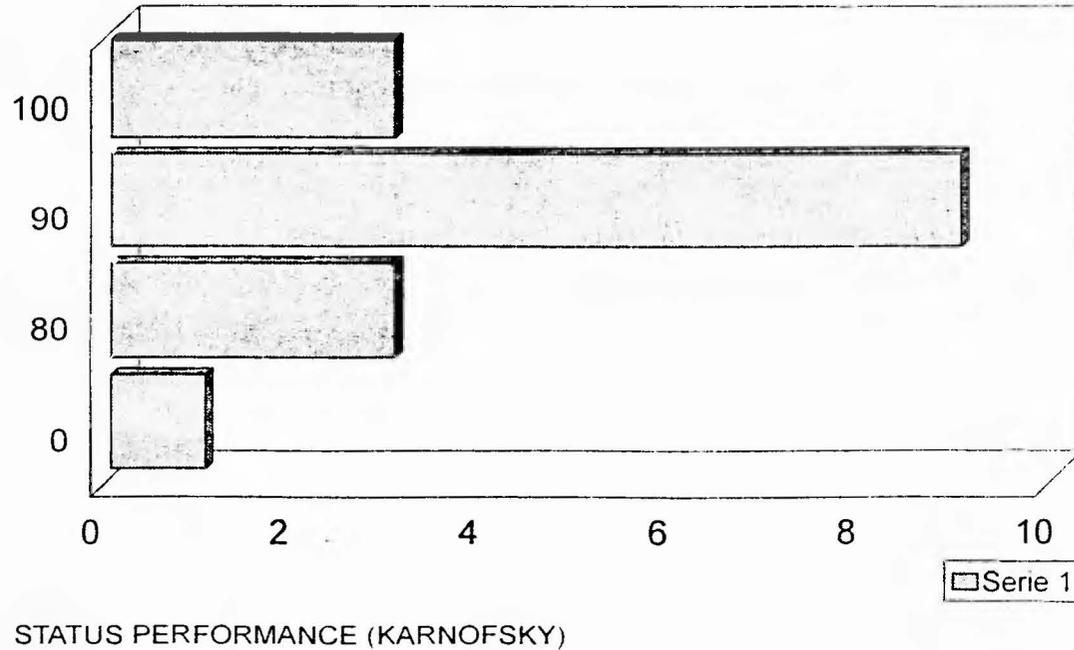
ETAPA	T	N	M.
0	T1S	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	M0	M0
	T1	N1	M1
	T2	N1	M0
IV	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
	T4	N1	M0

Cualquier T cualquier N M1.

1.9 ESCALA DE KARNOFSKY.

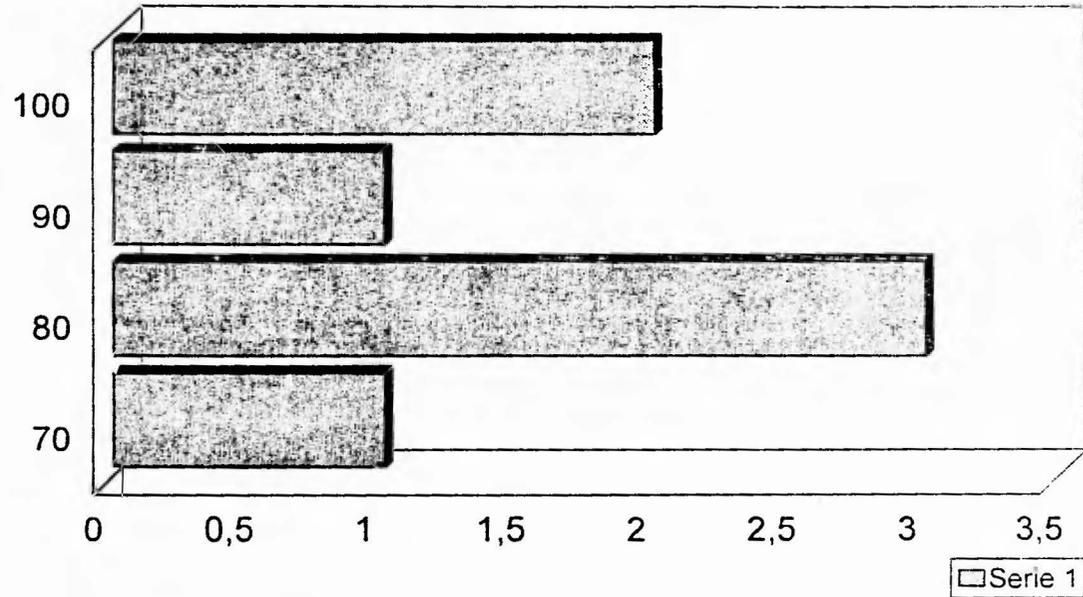
CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO.



CANCER DE MUCOSA BUCAL

EXPERIENCIA 1978-1994



STATUS PERFORMANCE (KARNOFSKY)

La escala de Karnofsky es el método más usado para determinar la cantidad del estado funcional de pacientes con cáncer. Midiendo el grado de deterioro debe ser capaz de predecir la duración de supervivencia de cáncer en los pacientes (9).

CRITERIOS ESPECIFICOS.

	100	normal, sin dolores, ninguna evidencia de la enfermedad.
síntomas	90	capaz de llevar a cabo una actividad normal, menos signos o de la enfermedad.
	80	actividad normal con esfuerzo, algunos síntomas de la enfermedad.
	70	incapaz de llevar a cabo una actividad normal.
	60	requiere asistencia ocasional, pero capaz del cuidado de más necesidades.
	50	requiere asistencia considerable y cuidado frecuente del médico.
	40	incapaz, requiere cuidado especial y asistencia
	30	severamente incapacitado, indicada hospitalización, muerte no inminente.
suportivo.	20	muy enfermo, necesaria hospitalización y tratamiento activo
	10	moribundo
	0	muerte.

1.10 CARCINOMA EPIDERMÓIDE O CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

1.11. GENERALIDADES

Es el tumor de células escamosas más común de los tejidos en cavidad bucal. Ocurre con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada y posiblemente debido a los factores etiológicos involucrados en su evolución.

1.12. CAUSAS

Los traumatismos mecánicos, también se pueden deber a la irritación crónica por prótesis mal ajustadas, sífilis. Hay incidencia en los fumadores de pipa y cigarrillos al igual que el alcoholismo. Se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres.

1.13. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En las etapas incipientes se puede ver como pequeñas úlceras o eritemas y pequeñas áreas de hiperqueratosis, cuando el carcinoma está muy avanzado se presenta clínicamente como una lesión vegetante o ulcerativa.

1.14. CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Este tumor se compone de pequeños condones o islotes de células epiteliales similares a las células del estrato espinoso, que invaden el tejido conectivo subyacente: sus características microscópicas celulares consisten en hiperromatismo, pleomorfismo y anisocitosis. Estas células pueden reconocerse como células espinosas y los tumores bien diferenciados forman queratina. La queratina aparece como masas circulares o esféricas, formando pequeñas perlas.

El tejido conectivo tiene un infiltrado crónico inflamatorio principalmente linfoplasmocitario.

Quando se tiñen lesiones mal diferenciadas con hematoxilina y eosina, se observa ausencia de queratina o disminución importante de la misma, sin embargo puede identificarse el tumor mediante técnicas inmunohistoquímicas para la demostración de determinantes antigénicos en los filamentos intermedios de la queratina oculta.

El carcinoma epidermíode bien diferenciado está compuesto de láminas y nidos de células de origen en el epitelio escamoso. Los núcleos de las células neoplásicas son grandes y demuestran una buena capacidad de variabilidad en la intensidad de la reacción de coloración: se encuentran mitosis, pero no muy numerosas, la mayoría de estas mitosis son atípicas.

Uno de los aspectos característicos más importantes del carcinoma epidermíode bien diferenciado es la presencia de queratinización individual de la célula y la formación de numerosas perlas de tamaño de queratina o epiteliales. En una lesión típica, se encuentran grupos de estas células malignas que invaden activamente al tejido conjuntivo en un patrón caprichoso. El mayor porcentaje de lesiones bien diferenciadas son reportadas en la literatura.

Los carcinomas epidermíodes moderadamente diferenciados pierden ciertas características. De manera que su semejanza con el epitelio escamoso es notable. La forma característica de las células puede estar alterada, así como su ordenamiento respecto una de otra; el grado de crecimiento de las células individuales es más rápido y esto se refleja en el mayor número de mitosis, en la gran variedad de tamaño, forma y reacción a la coloración y en el fracaso para llevar a cabo la función de una célula escamosa diferenciada.

Los carcinomas pobremente diferenciados guardan poca semejanza con sus células de origen, estas células muestran una carencia mayor de cohesividad y son en extremo de figuras caprichosas.

1.15. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

TUMOR PRIMARIO.

La mayoría de los carcinomas epidermíodes comienzan como lesiones superficiales, aunque ocasionalmente pueden originarse en los conductos de las glándulas salivales menores y por este motivo tienen su origen debajo de la superficie de la mucosa. Las lesiones superficiales incipientes pueden presentarse como un eritema y una mucosa ligeramente sobre elevada y rugosa (eritroplasia).

Existen tres distintos tipos morfológicos reconocidos: el tipo exofítico es el más común, aparece como una elevación de tejido blando de color blanco, frecuentemente es una área de leucoplasia. Los tumores exofíticos son papilares de apariencia benigna que usualmente no ulceran hasta que alcanzan de 3 a 4 cm. de tamaño.

El carcinoma úlcero infiltrativo penetra en profundidad de los tejidos blandos, aparenta profundas úlceras escavadoras rodeadas de induración, son

más destructivas que el tipo exofítico y puede ulcerar la piel, mejilla, invadir hueso o músculos masticatorios.

Aunque el tipo menos común es el carcinoma verrucoso es más frecuente en la mucosa de la mejilla, es un cáncer de bajo grado escamoso que raramente metastatiza, tiene un crecimiento papilar con considerable queratinización, con apariencia de coliflor.

La mayoría de las neoplasias de trigono retromolar son de células escamosas cancerosas bien o moderadamente diferenciadas en el grado 2 y 3.

Algunas veces se puede originar una neoplasia en la glándula salival menor, las neoplasias de tipo exofítico son raras, el tipo morfológico más común es el ulcerativo e infiltrativo; por eso pequeños tumores T1 pueden ser insignificantes, siendo más pequeños que áreas de eritroplasia. Existe una gran subvariedad de tipos histológicos.

El cáncer de trigono retromolar expone biológicamente características que estrechamente se parece al cáncer de células escamosas de la orofaringe. Por eso el cáncer originado de este sitio aparece como enfermedad avanzada T3.

1.16. MODALIDADES TERAPEUTICAS

1.17. CIRUGIA

PRINCIPIOS GENERALES DE CIRUGIA

La mayoría de los pacientes que se presentan con procesos malignos son personas que abusan del alcohol y tabaco y se encuentran en un estado de nutrición deficiente.

Para poder ofrecer y considerar una intervención quirúrgica debe tomarse en cuenta el estado de salud del paciente, hay relativamente pocas contraindicaciones para la cirugía, entre ellas se encuentra la diabetes, patología pulmonar y afecciones cardiovasculares graves, si los problemas médicos son tan graves que hacen alto el riesgo de la anestesia, entonces la cirugía está contraindicada, a menos que no haya alternativa factible y que el paciente presione fuertemente a que se realice la operación. La cirugía debe considerarse como modalidad terapéutica de primera elección, si la proporción de curación es elevada y si los defectos funcionales y estéticos son aceptables para el paciente.

Existen determinadas localizaciones anatómicas que se prestan a la cirugía, lesiones de labio, trigono retromolar, lengua, encía y epiglotis. Para un mejor tratamiento de cáncer en nuestro país contamos con instituciones de tercer nivel como lo es el Instituto Nacional de Cancerología de México, en el cual antes de someter al paciente a una modalidad terapéutica, se toma en consideración la literatura internacional y la experiencia institucional.

En esta institución, para que un paciente sea sometido a una cirugía debe contar con su historia clínica, estudios de gabinete y radiográficos. Si el paciente está en óptimas condiciones de salud es candidato ideal para someterlo a tratamiento quirúrgico.

Para poder realizar una buena resección del tumor primario y enfermedad metastásica deben considerarse los siguientes principios:

Principio volumétrico: a lo largo, a lo ancho y en profundidad, con el objeto de no dejar tumor. Cuando la pieza quirúrgica ha sido resecada, se manda a examen posoperatorio para evaluar bordes y lecho libre de enfermedad.

Los carcinomas de trigono retromolar invaden la mandíbula y los músculos pterigoideo y masetero en un gran número de casos. La operación comando utilizada en trigono retromolar, consiste en hemimandibulectomía con la resección del pterigoideo y el músculo masetero, con disección de cuello ipsilateral (clásica radical, modificada o supraomohioidea).

El cáncer temprano de la mucosa bucal (T1-T2) puede ser adecuadamente tratado con una sola modalidad terapéutica, cirugía o radioterapia. Los tumores más avanzados necesitan una combinación del tratamiento cirugía y radioterapia.

Con respecto a la enfermedad metastásica a ganglios regionales se emplea un procedimiento quirúrgico conocido como disección clásica de cuello. Consiste en

realizar la resección de cadenas ganglionares como son las submentales, maxilares, yugulodigástricas, triángulo anterior y posterior, resección del músculo esternocleidomastoideo, vena yugular interna y nervio espinal.

Disección radical modificada: se emplea en cuellos clínicamente negativos, respetando el músculo esternocleidomastoideo, vena yugular interna y el nervio espinal.

Ya que se ha realizado la cirugía, los defectos deben ser reconstruidos, requiriendo estas regiones de un colgajo para la mucosa, cubrir con piel y dará soporte esquelético.

Existen varios tipos de colgajos utilizados para reconstrucción de estas lesiones. Cuando son requeridas o solamente realizan cierres primarios de mucosas (cirugía de mucosa bucal).

COLGAJOS MIOCUTANEOS.

Pueden ser utilizados con un solo pedículo vascular, como colgajo vascularizado o libre, transfiriéndose de diferentes áreas donadoras a diferentes sitios receptores.

COLGAJOS MIOCUTANEOS DE PECTORAL MAYOR.

Este colgajo es uno de los más empleados, permite en una sola etapa la reconstrucción utilizando un colgajo vascularizado que puede ser útil para cubierta interna y para cubierta externa (piel). (20).

1.18. QUIMIOTERAPIA

Este término se emplea para el uso de medicamentos con la capacidad de inhibir (a través de múltiples mecanismos) los procesos de proliferación y diferenciación de células neoplásicas malignas, algunos actúan sobre la síntesis de ADN, no afectando células en reposo a no ser que se dividan inmediatamente después de la exposición al fármaco (actúan en fase de síntesis y mitosis).

SELECCION DE LOS ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA

La selección está basada en las características de crecimiento del tumor, en general las dosis altas intermitentes son más efectivas que las dosis bajas continuas o megadosis únicas, igualmente es más efectiva una combinación de dos o más medicamentos que uno solo. La programación de los esquemas tiene dos principios básicos que se deben tomar en cuenta.

- a) Tiempo de duplicación del tumor.
- b) Tiempo para la recuperación de toxicidad.

Los fármacos antineoplásicos se dividen clásicamente en tres grupos según el momento sinéctico de la célula en que se produzca su acción.

GRUPO I

Son los agentes que actúan sobre las células en división y en reposo, son los llamados cicloindependientes cuya acción se asemeja a la de irradiación. Un agente de este grupo es la mostaza nitrogenada.

GRUPO II

Son los agentes que actúan sobre las células que se encuentran en una determinada fase del ciclo celular, son las llamadas fases específicas como el metotrexato.

GRUPO III

Son los agentes que actúan sobre las células que se encuentran en distintas fases del ciclo celular, se les denomina ciclodependientes. Uno de estos agentes es la ciclofosfamida.

En tumores de cavidad bucal podemos utilizar la quimioterapia en varias modalidades.

QUIMIOTERAPIA NEO-ADYUVANTE.

Se administra antes de algún otro tratamiento empleando por lo general 5Fu y platino, 3 ciclos y dependiendo de la respuesta considerar el o los tratamientos de consolidación.

QUIMIOTERAPIA COMBINADA

Quimioterapia y radioterapia simultáneas es una modalidad que aún está en experimentación.

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

Es aquella que pretende paliar dolor habitualmente en caso de recurrencias.

TIPOS DE FARMACOS

Los agentes quimioterápicos más comúnmente usados son el metrotexate, bleomisina, cis-platino, 5-fluoracil, vinblastina, mitomicina C, hidrxiurea, adriamicina, ciclofosfamida y procarbacina.

METROTEXATE

Es el más usado como única droga en pacientes previamente tratados o no tratados, cuando las dosis de 40 mg. intermitentes bisemanales o dosis semanales son más efectivas y menos tóxicas que las pequeñas dosis diarias por tiempo prolongado. su principal toxicidad se produce a nivel hematológico, digestivo y renal. Su administración puede ser intravenosa, intramuscular o intraarterial.

BLEOMICINA

Es otro de los agentes más utilizados para cánceres de cabeza y cuello, actúa específicamente en el ciclo celular, como antitumor y antibiótico. Cuando es usado individualmente en dosis óptimas de 0.25 a 0.5/10 - Kg., administrado bisemanalmente o semanalmente produce un índice de respuesta de 37%, el problema principal con esta droga es la toxicidad pulmonar, también es un radiosintetizador cuando se usa simultáneamente con la terapia de radiación. Debido a su toxicidad pulmonar, la máxima dosis total recomendada es de 400u.

CIS-PLATINO

Está compuesto de metal pesado, deriva su actividad antitumor interactuando con ADN, su uso es en cánceres de cabeza y cuello, pero la combinación de éste con metrotexate ha llegado a ser una de las mejores combinaciones. Su administración es intravenosa produciendo una respuesta del 40%.

Terapéuticamente el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello debe ser considerado una enfermedad locoregional y sistémica. En los últimos 10 años, pruebas clínicas que combinan quimioterapia en el Instituto Nacional de Cáncerología de México, forma parte de las modalidades terapéuticas, también puede ser utilizada después de otra modalidad terapéutica como tratamiento único o en combinación con cirugía y radioterapia. En cáncer de mucosa bucal y trigono retromolar no es común esta modalidad pero si es empleada, se utiliza en los siguientes casos.

- 1) En combinación con cirugía y radioterapia
- 2) Erradicar microdiseminación metastásica posterior a cirugía y radioterapia.

3) Paliar la supervivencia en casos avanzados (7)

1.19. RADIOTERAPIA

OBJETIVO

Erradicar tumores con la menor cantidad de efectos adversos en los tejidos normales de la zona tratada.

CONCEPTO

Es un tratamiento basado en el uso de radiación de alta energía de partículas atómicas para interrumpir la capacidad de reproducción de las células malignas.

Las radiaciones pueden dividirse según la forma en que depositan su energía en el medio en dos grupos:

1) Radiaciones de baja LET: tienen una transferencia lineal de energía por unidad de recorrido. Sus representantes son los fotones y electrones.

2) Radiaciones de alta LET: tienen una transferencia lineal de energía relativamente alta, es decir, ceden al medio mayor cantidad de energía que los fotones y electrones por unidad de recorrido, entre ellas se encuentran los neutrones, iones y otras

partículas pesadas. En nuestro país no existe ninguna unidad de radiaciones de alta LET para investigación en el tratamiento del cáncer.

Existen dos métodos para dar tratamiento con radioterapia, específicamente en mucosa y trigono retromolar pueden utilizarse dos métodos de acuerdo a la presentación de la neoplasia.

TELETERAPIA.

Este tipo de radiación es aplicada disponiendo la fuente de energía fuera del paciente, abarcando la extensión local de la lesión.

BRAQUITERAPIA.

A diferencia de la teleterapia, la braquiterapia se utiliza en lesiones pequeñas (I y II) incorporando en forma temporal la fuente de energía en algún órgano o cavidad del paciente.

En lesiones de mucosa bucal y trigono retromolar son utilizadas las dos modalidades, recomendándose en carcinoma epidermoide en etapas tempranas como tratamiento de primera elección.

En indicaciones de radioterapia tenemos las siguientes opciones:

- 1) Como tratamiento único en lesiones T1 y T2.
- 2) Como tratamiento complementario después de cirugía o quimioterapia.

- 3) Como tratamiento de recidiva.
- 4) Como tratamiento paliativo.
- 5) Como tratamiento único en metástasis ganglionares.(7).

1.20. TRATAMIENTO ESTOMATOLOGICO DEL PACIENTE CON CANCER.

El diagnóstico precoz en el paciente con cáncer de cavidad bucal depende de una buena exploración física del odontólogo, pero aquí no termina su intervención puesto que el paciente que presenta cáncer debe ser atendido antes, durante y después de cualquier tratamiento cuidando los siguientes aspectos:

- 1) Eliminación de caries.
- 2) Realizar extracciones indicadas.
- 3) Valoración parodontal.
- 4) Estudios radiográficos.
- 5) Odontoxesis y profilaxis
- 6) Aplicación de fluoruro.
- 7) Eliminación de Prótesis (fija o removible),.
- 8) Eliminación de incrustaciones

La importancia de los aspectos antes mencionados es para dar un mejor tratamiento al paciente, ya que estos presentan efectos secundarios al tratamiento.

1.21. SECUELAS DE LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

CIRUGIA

- a) Las secuelas al perder el nervio espinal son: hombro caído.
- b) Fístulas, infección, abscesos.
- c) Pérdida de colgajo
- d) Neumotorax.
- e) Parálisis facial
- f) Sangrado

RADIOTERAPIA

- a) Caries post-radiación
- b) Disminución del PH salival

- c) Pérdida del fecto de arrastre mecánico de la saliva
- d) Infecciones oportunistas
- e) Osteorradionecrosis

MUCOSITIS

Es el resultado de los cambios atróficos del epitelio subsiguiente a la disminución del cambio celular y generalmente se produce a partir de una dosis de aproximadamente 2000 Cgs (ésto solo ocurre cuando las radiaciones son aplicadas en cavidad bucal, excluyendo otras partes del cuerpo)

- a) Fibrosis de la musculatura (trismus)
- b) Tendencia a la necrosis de tejidos blandos
- c) Infecciones oportunistas
- d) Alteraciones salivales (xerostomia)

QUIMIOTERAPIA

- a) Caída de cabello (no con todos los tipos de quimioterapia)
- b) Mucositis
- c) Xerostomia

INDICACIONES A SEGUIR DURANTE EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA.

- a) Realizar enjuagues orales con una solución salina
- b) Utilizar en su aseo rutinario un hilo dental encerado
- c) Limpiar sus dientes, encías y lengua con una gasa o cepillo de cerdas suaves.
- d) No usar enjuagues de productos comerciales
- e) Utilizar goma de mascar sin azúcar.
- f) Ingesta de agua en abundancia
- g) Ingerir alimentos tibios y blandos
- h) No comer demasiada azúcar ni alimentos ácidos o irritantes
- i) Evitar tomar bebidas frías o calientes
- j) No usar ninguna pasta dental durante el tratamiento

k) Enjuagar la boca con aceite de oliva o de cocina disuelto en medio vaso de agua tibia

1.22. CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN TRIGONO RETROMOLAR

A pesar de que el trigono retromolar es una área pequeña, se originan neoplasias malignas de tipo escamoso, siendo menos bien diferenciadas que neoplasias originadas en otra zona de la cavidad bucal.

El cáncer de trigono retromolar es una neoplasia predominante en hombres entre la sexta y séptima década de vida. Las neoplasias de tipo exofítico son raras, el tipo morfológico más común es ulcerativo e infiltrativo, por eso, pequeños tumores T1 pueden ser insignificantes, siendo más pequeños que áreas de eritroplasia. Este cáncer expone biológicamente propiedades parecidas al cáncer de células escamosas de orofaringe, por eso el cáncer originado en este sitio aparece como enfermedad avanzada (T3).(34).

Aproximadamente del 50 al 60% de pacientes con esta neoplasia tienen evidencia clínica de metástasis regionales, que ocurren primero en el nivel de los ganglios linfáticos subdignóstico y submandibular.(29).

1.22.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los pacientes con cáncer en trigono retromolar se quejan principalmente de dolor. Una persistente úlcera en la boca odinofobia y sensación de quemadura cuando toman algún jugo ácido, siendo éstos los síntomas más comunes. Pueden

referir otalgia cuando el tumor se extiende hacia la lengua, trismus indicando una masa en el cuello o la pérdida del sentido del oído sufriendo enfermedades avanzadas. El trismus usualmente indica que la neoplasia ha infiltrado profundamente dentro de la musculatura del pterigoideo.

La pérdida del oído es el resultado de la extensión del tumor hacia la nasofaringe, frecuentemente esta neoplasia invade la base de la lengua, requiriendo esto de una evaluación endoscópica, incluyendo laringoscopia, esofagoscopia y broncoscopia indirecta.

Las neoplasias originadas en trigono retromolar, frecuentemente invaden el paladar blando, lengua, pilar amigdalino interno y la fosa amigdalina. El resultado del trismus es la hiperestesia del nervio maxilar y la erosión de la base del cráneo.(20).

1.22.2. TRATAMIENTO

Los tumores en etapa I pueden ser bien tratados igualmente por cirugía o radioterapia, en la etapa I los tumores tratados con cirugía son reconstruidos con colgajos locales de lengua o injertos de piel. Los tumores etapa II frecuentemente requieren resección en porciones del paladar blando, el cual aumenta la morbilidad desde el punto de vista de la deglución y fonación.(16).

Los pacientes con tumores de etapa II son tratados con radioterapia no solo en la lesión, también deben recibir radiación en el cuello como medida profiláctica, recibiendo de 6500 a 7000 Cgs (20).

Los tumores que demuestran erosión del hueso radiográficamente, son controlados mejor con resección quirúrgica. La etapa III y IV usualmente se controla con cirugía y radioterapia

TECNICA QUIRURGICA

Bajo anestesia general, durante la intubación nasotraqueal, el paciente es colocado con el cuello extendido y la cabeza del lado opuesto al de la cirugía. Algunos cirujanos habitualmente dividen el labio inferior para mejorar el acceso quirúrgico, es elevado un colgajo de la mejilla del periostio mandibular. El músculo masetero es dividido tan alto como es posible, La mandíbula es seccionada dependiendo de la extensión del tumor, frecuentemente, eso es hecho 3 cm. antes que la evidencia microscópica y radiológica de la invasión del tumor seguido de una hemiglosectomía. La línea de inserción alcanza el pilar amigdalino posterior. La mandíbula es presionada hacia afuera y rotada a 180 grados para permitir la división interna del músculo ptengoideo, los nervios lingual y alveolar inferior son divididos. La cápsula de la articulación temporomandibular es abierta y el cóndilo es desarticulado completamente quitando la pieza quirúrgica. A continuación se realiza la disección del cuello suprahomohioidea desarrollada para lograr una excisión de los niveles I, II y III de nódulos linfáticos del cuello. (16)

1.23. CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LA MUCOSA BUCAL

El cáncer de la mucosa es una forma no común de cáncer bucal, representa el 5% de todos los cánceres bucales en los E.U. y se presenta con mayor frecuencia entre la séptima década de vida, ocurre más seguido en hombres en relación de 4: 1 en relación con la mujer (28). El principal factor etiológico es el tabaco, en sus diferentes formas de consumo, otros factores para este tipo de cáncer son los irritantes locales como la higiene bucal y el alcoholismo.(31)

1.23.1. CARACTERISTICAS CLINICAS

Los cánceres de la mucosa bucal surgen seguidamente de leucoplasia y frecuentemente ocurren en la porción posterior central de la mejilla. Clínicamente tiende a ser incómodo y hasta ocurrir una ulceración, el dolor no puede ser un síntoma, muchos tumores surgen en regiones como leucoplasia que probablemente son menos sensibles al dolor como resultado de hiperqueratosis con el tiempo el dolor o hemorragias se presentan, el tumor puede estar muy avanzado invadiendo la mucosa de la mejilla por completo, el surco superior e inferior gingival. Otras regiones de invasión incluyen el piso de boca, trigono retromolar y paladar duro.

Los síntomas del cáncer bucal incluyen una dolorosa úlcera o agrietamiento de la mucosa, si el tumor surge posteriormente infiltra musculatura, causando trismus e hinchazón de la cara.

Los tumores pueden aparentar una masa blanca, induración de la misma, mal aliento y hemorragias en la boca (31).

1.23.2. TRATAMIENTO

El manejo de las etapas I y II puede ser cirugía o radioterapia. En la etapa I las lesiones pueden ser más convencionalmente resecaadas (21), mientras que en la etapa II los tumores probablemente estén mejor controlados por radioterapia, la ventaja de la radioterapia es que el drenaje linfático puede ser tratado profilácticamente y en conjunto la morbilidad puede ser mejor desde el punto de vista funcional.(30).

La terapia intrabucal es factible con un cono para tumores pequeños, de cualquier modo neoplasias más grandes son usualmente controladas recibiendo teleterapia que consiste de 6500 a 7000 Cgs; irradiando al tumor primario y por lo menos el primer nivel de nódulos linfáticos. La braquiterapia puede ser un método efectivo de un largo tratamiento del cáncer bucal que no ha invadido alveolos o la fosa pterigoidea.(22).

2.0. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se desconoce la frecuencia real de los tumores malignos de la cavidad bucal, sin embargo aunque aparentemente la frecuencia no es elevada, los casos se han diagnosticado en etapas clínicas avanzadas llegando a necesitar de tratamientos interdisciplinarios que solo se pueden ofrecer en centros de tercer nivel o instituciones

3.0. JUSTIFICACION

El desconocimiento de los factores de riesgo y la frecuencia con que se presenta el carcinoma epidermoide en trigono retromolar y mucosa bucal en la población de pacientes que llega al Instituto Nacional de Cancerología de México, crea la necesidad de un estudio que se traducirá en un conocimiento más profundo de este tipo de lesión, seleccionando el tratamiento más adecuado y logrando una mayor supervivencia de los pacientes.

4.0. MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, se realizó en base a los expedientes clínicos de 16 pacientes tratados con diagnóstico histológico

de carcinoma epidermoide en trigono retromolar y 7 pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma epidermoide de la mucosa bucal vistos entre los años de 1978 a 1994.

Las variables fueron de naturaleza cualitativa y cuantitativa y se midieron a nivel nominal, ordinal y de razón.

Para la recolección de datos se empleó un formato especialmente diseñado en el que se registraron los datos y variables de interés.

La presentación de la información se realizó en base a gráficas y tablas y el análisis se realizó en base a los siguientes sistemas de cómputo:

D base (captura de base de datos)

SAS (análisis de frecuencia)

Harvard graphics (graficas)

Egret (curva de supervivencia)

El presente estudio incluye 16 pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma epidermoide de trigono retromolar y 7 en mucosa bucal, los cuales fueron vistos en el Instituto Nacional de Cancerología de México del año 1978 a 1994. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tabaquismo, alcoholismo, factor iritativo asociado, localización de la lesión, etapificación clínica, tipo histológico, tratamiento quirúrgico, radioterapia, quimioterapia y supervivencia.

5.0. EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

5.1 OBSERVACIONES Y RESULTADOS

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

Se estudiaron un total de 16 pacientes, 11 masculinos (68.8%) y 5 femeninos (27.6%). La edad de mayor incidencia fue entre la quinta y séptima década de vida, la edad mínima en el sexo masculino fue de 42 años y la máxima de 82; mientras que en el sexo femenino la mínima fue de 62 años y la máxima de 63, la edad promedio fue de la quinta y séptima década de vida.(fig. 1)

El hábito tabáquico se encontró en 9 pacientes (56.2%) de los cuales 8 utilizaron la forma de cigarrillo y 1 de puro.(fig. 2)

El alcoholismo fue positivo en 9 pacientes (56.2%) de los cuales la duración mínima del hábito fue de 5 años, máximo de 61 y promedio de 27 a 50 años, no existiendo preferencia por alguna bebida.(fig. 3).

Se encontró en 6 pacientes factor iritativo asociado, siendo éste el traumatismo.(fig. 4).

La localización de la lesión fue de la siguiente forma: lado derecho 7 pacientes (43.7%) y lado izquierdo 8 pacientes (50%), no especificando un solo caso (6.2%).(fig. 5).

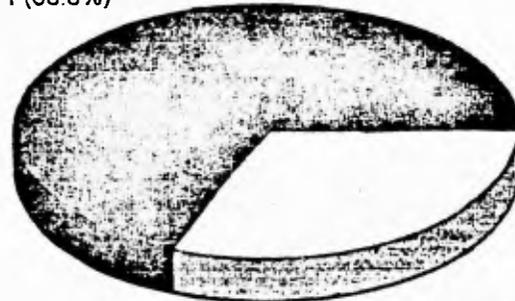
La etapificación clínica mostró un predominio en T4 con 8 de los casos, 4 pacientes presentaron Tx y T1, T2, T3 y el caso no especificado se presentaron uno en cada caso.(fig. 1)

Un porcentaje de 31.3% no presentaron metástasis ganglionares regionales al momento del diagnóstico, 4 pacientes presentaron N1, 3 pacientes N3, N2, N2b, N2c. no especificando un caso.(fig. 6)

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

EXPERIENCIA 1978 -1994 INC - MEXICO

11 (68.8%)



5 (31.3%)

■ MASCULINO

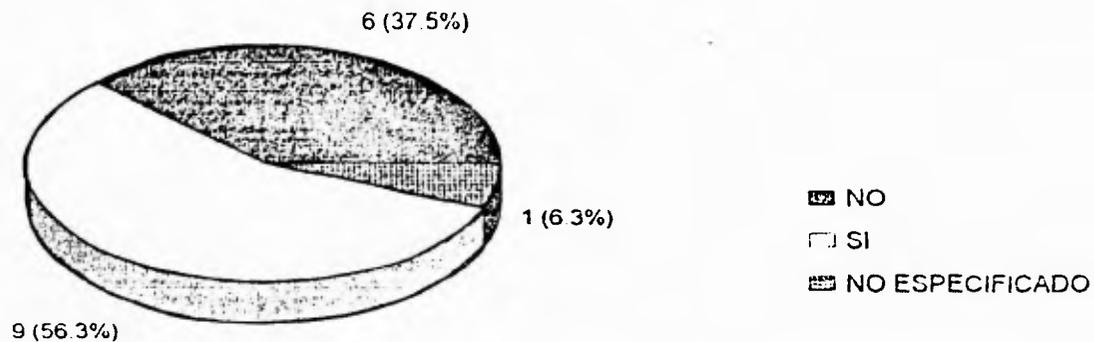
□ FEMENINO

FIG.1

SEXO

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

EXPERIENCIA 1978 -1994 INC - MEXICO

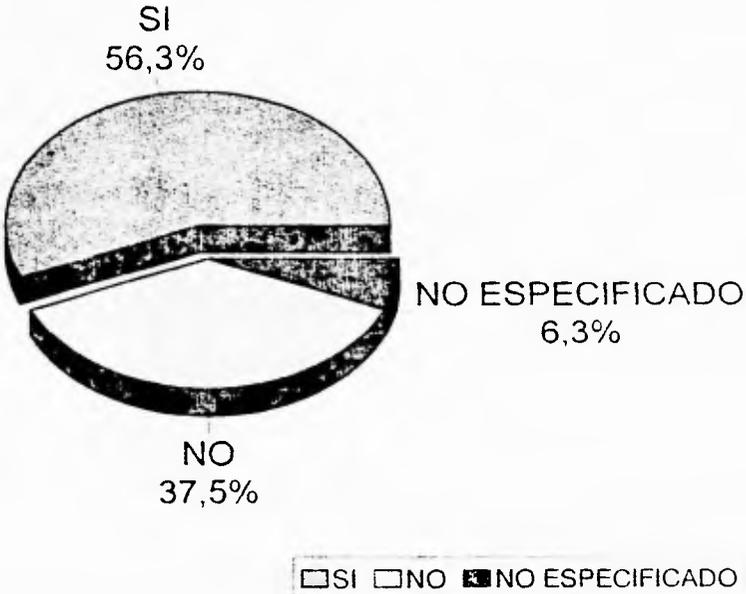


HABITOS PERSONALES PATOLOGICOS
TABAQUISMO

FIG.2

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO



ALCOHOLISMO

FIG. 3

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

EXPERIENCIA 1978 - 1994 INC - MEXICO

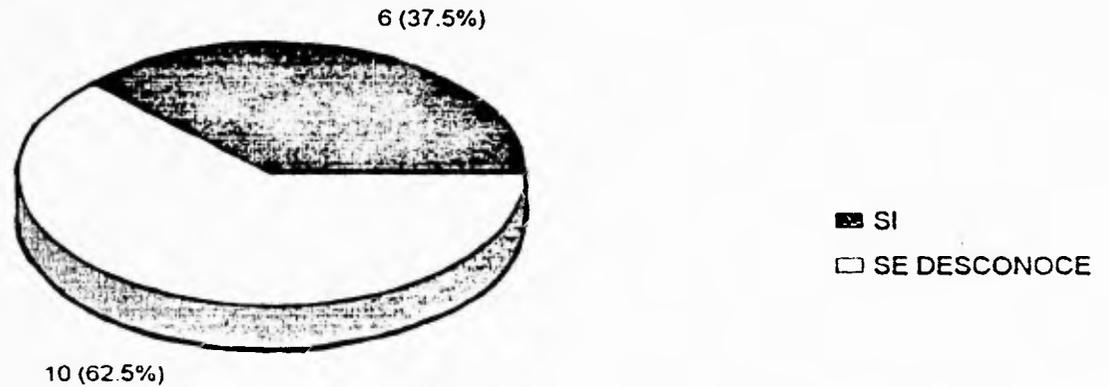


FIG. 4

FACTOR IRRITATIVO ASOCIADO

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO

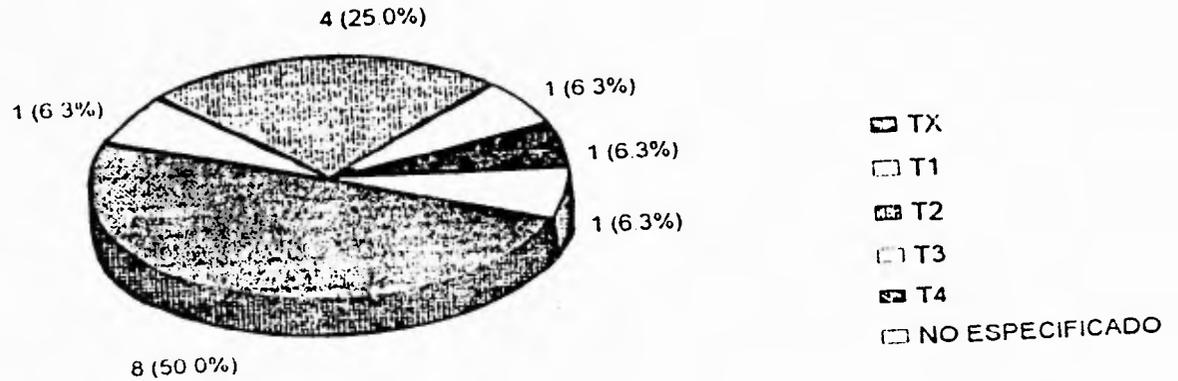


LOCALIZACION DE LA NEOPLASIA PRIMARIA

FIG. 5

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

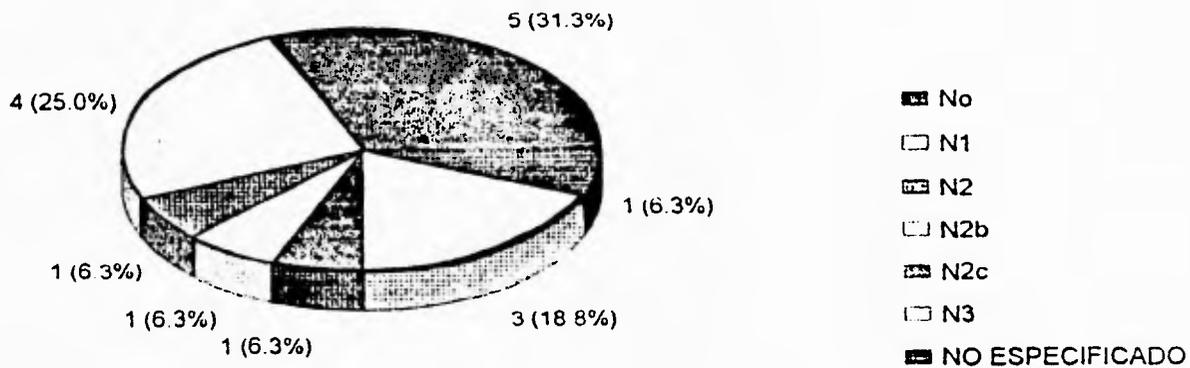
EXPERIENCIA 1978 - 1994 INC - MEXICO



ETAPIFICACION CLINICA (TNM) AJCC
TAMAÑO DEL TUMOR

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

EXPERIENCIA 1978 - 1994 INC - MEXICO



ETAPIFICACION CLINICA (TNM) AJCC
GANGLIOS (N)

FIG.6

Las metástasis a distancia en 15 casos no se presentó y en 1 caso no se especificó.

El grado histológico de esta neoplasia fue de 10 casos (62.5%) del tipo bien diferenciado, en 4 casos (25%) de tipo moderadamente diferenciado y en un caso el 6.25% de tipo pobremente diferenciado, un caso no se especificó. (6.2%).(fig. 7)

De 28 pacientes que captó el Instituto Nacional de Cancerología con diagnóstico de carcinoma epidermoide en trigono retromolar, solo 16 recibieron tratamiento, ya fuese cirugía, quimioterapia, radioterapia o la combinación de éstas; mientras que 12 pacientes abandonaron el tratamiento.

La cirugía como tratamiento de primera elección la recibieron 19 pacientes, 4 casos recibieron como tratamiento único cirugía, 4 recibieron radioterapia postoperatoria y un caso recibió quimioterapia postoperatoria (fig. 8)

El tratamiento quirúrgico fue el siguiente: operación comando en 6 pacientes, resección marginal de mandíbula 3 casos.(fig. 9)

Hubo necesidad de practicárseles disección de cuello a 9 pacientes, de los cuales 6 (66.8%) fue clásica, disección de cuello modificada 3 casos (33.3%). La radioterapia fue aplicada a 5 pacientes, 4 de ellos de tipo postoperatorio y 1 como tratamiento único. (fig. 10)

La quimioterapia se aplicó en 7 pacientes, dentro del esquema de terapia, los medicamentos utilizados fueron el 5Fu-CIS platino a 5 pacientes, MTX en un caso y CIS platino también en un caso.

5.2. DISCUSION

La mayoría de las neoplasias originadas en trigono retromolar son el carcinoma epidermoide o también llamado carcinoma de células escamosas, el carcinoma epidermoide de trigono retromolar representa aproximadamente el 2% de los cánceres presentados en nuestra investigación.

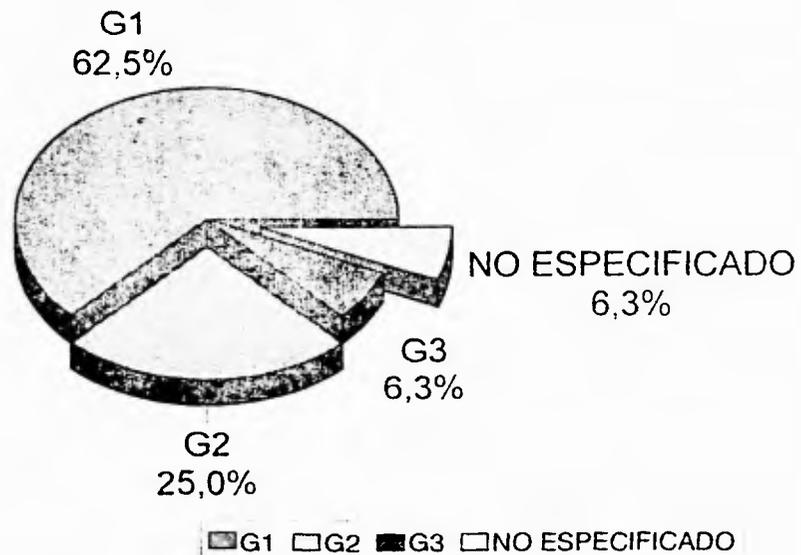
Luiz and Kowalski, en un periodo de 31 años, de 1960 a 1991 solo reportaron 114 pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide de trigono retromolar (16) desafortunadamente con respecto a las neoplasias originadas en esta zona anatómica, nuestra experiencia demuestra similitud con respecto a los pocos pacientes que reporta la literatura representada por 16 casos en 17 años.

Strong y colaboradores, señalan que el cáncer de trigono retromolar predomina de la sexta a la séptima década de vida, ésto difiere con el estudio de Luiz and Kowalski, quienes revisaron pacientes de 30 a 75 años con diagnóstico de carcinoma epidermoide en trigono retromolar (16)

La revisión realizada en el Instituto Nacional de Cancerología de México, demostró mayor incidencia entre la quinta y séptima década de vida, encontrando un solo paciente de 42 años, predominó en varones (68.8%) en relación con el sexo femenino (27.6%).

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO.

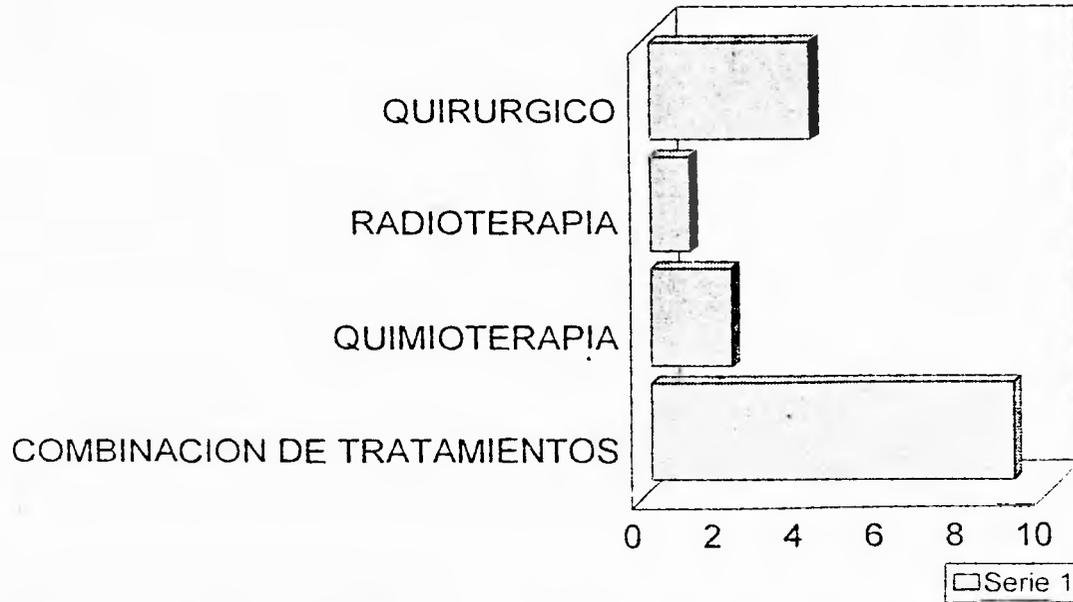


GRADO HISTOPATOLOGICO.

FIG. 7

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO.



TRATAMIENTO DE ELECCION.

FIG. 8

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

EXPERIENCIA 1978 - 1994 INC - MEXICO

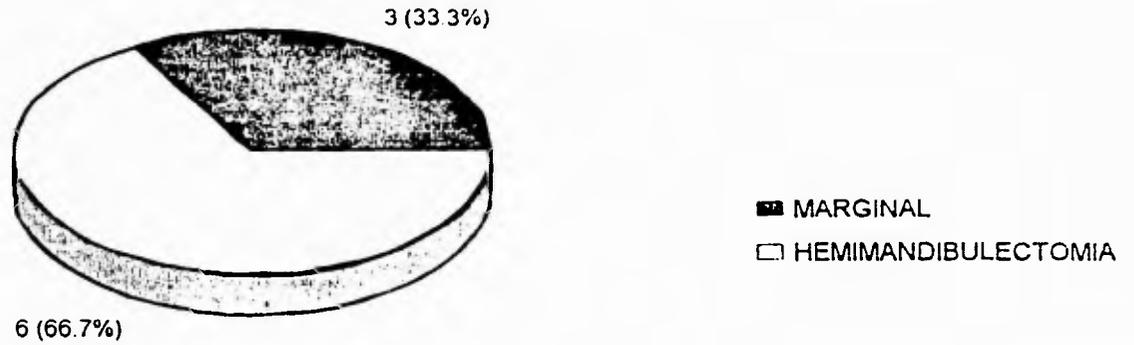


FIG. 9

MARGEN QUIRURGICO
MANDIBULA

CANCER DE TRIGONO RETROMOLAR

EXPERIENCIA 1978 - 1994 INC - MEXICO

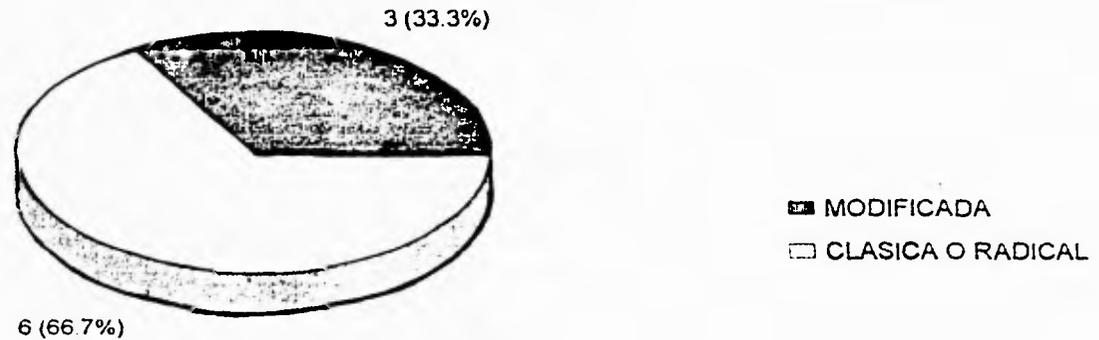


FIG.10

DISECCION DE CUELLO
TIPO

En cuanto a los factores de riesgo, encontramos que el hábito tabáquico resultó positivo en el presente estudio en 9 pacientes (56.2%), en relación al alcoholismo se encontró positivo en 9 pacientes, con igual porcentaje. Strong y colaboradores reportan como factores de riesgo el alcoholismo y tabaquismo, lo cual difiere en comparación con lo reportado por Byer, Anderson, Schwarz y otros, comentan que existe poca información en la literatura del mundo a usar como una referencia para determinar oportunamente los factores influyentes para esta neoplasia.(26)

Cabe señalar otros factores irritativos asociados a los que estuvieron expuestos nuestros pacientes, en el cual el traumatismo se registró en seis pacientes, no mencionándose en la literatura al traumatismo bucal como un factor asociado para cáncer de trigono retromolar.

La localización de esta neoplasia con mayor frecuencia se presentó en el lado izquierdo (50%), lado derecho 43.7%, y esta variable de estudio no resultó de relevancia al ser comparada con la literatura existente.

Luiz and Kowalski, mencionan que el grado histológico de mayor incidencia es de tipo I, seguido por el grado II y III. Batsakis opina que el grado histológico más frecuente es el bien diferenciado. El resultado del presente estudio coincide con estos dos investigadores, en donde el grado I fue el de mayor frecuencia, seguido por el grado II y el grado III.

En los estudios realizados en cuanto al grado histológico de la lesión y su relación con la supervivencia, no ha sido significativo ni demostrado, así lo muestra la presente investigación, en donde la supervivencia de los pacientes no es relevante entre un grado histológico I ó II, el factor de mayor importancia para la supervivencia del paciente es definitivamente la etapa clínica en que se diagnostica.

La mayoría de los pacientes acuden a recibir ayuda profesional cuando la neoplasia se encuentra en estados avanzados, Shumrick and Quenelle, mencionan que los tumores originados en este sitio aparecen como enfermedad avanzada T3. Nuestra investigación, sin embargo demuestra un predominio en Tx lo presentaron 4 pacientes y T1, T2, T3 se presentó un caso de cada uno de ellos, no especificando un caso por tratamiento previo.

Luiz and Kowalski, encontraron que la metástasis ganglionar predomina en el nivel I y II, estos pacientes además presentaron histológicamente nódulos positivos en los niveles IV y V.

Shumrick and Quenelle, no reportan datos acerca de que nivel ganglionar es más afectado, pero si hacen énfasis en que la evidencia clínica de metástasis ganglionares es del 50 al 60%. Shah, Facs y otros registraron 501 pacientes con cáncer de cavidad bucal, los cuales fueron sometidos a disección de cuello, el análisis fue desarrollado a cada grupo basado en el sitio principal del cáncer, mencionaron que para trigono retromolar se encontraron 19 casos, de los cuales el

19% de ellos presentaron afectado el nivel I (12%), el nivel II, el nivel III y el IV (6%), asociados con otros niveles. El nivel V no se asoció con ningún otro nivel.

El 31% de los pacientes no presentaron metástasis ganglionares regionales a la exploración clínica, no coincidiendo con lo reportado en la literatura.

La metástasis a distancia, no se menciona en la literatura, en nuestra investigación 15 casos no presentaron metástasis, en 4 de ellos no pudo establecerse y un caso no se especificó por tratamiento previo.

De 28 pacientes que captó el Instituto Nacional de Cancerología de México con diagnóstico de carcinoma epidermoide de trigono retromolar, solo 16 recibieron tratamiento, ya fuese cirugía, radioterapia, quimioterapia o alguna combinación; mientras que 12 pacientes abandonaron el tratamiento debido a la afiliación a alguna otra institución, por presentar una enfermedad muy avanzada o rechazar cualquier tipo de tratamiento.

El tratamiento para carcinoma epidermoide en trigono retromolar de primera elección, es el de tipo quirúrgico.

Los tumores en etapa I pueden ser bien tratados por cirugía o radioterapia.

Los tumores etapa II, requieren resección en porciones del paladar blando, el cual aumenta la morbilidad desde el punto de vista de la conversación y la deglución. Aquellos tumores que demuestran erosión radiográfica de hueso son controlados mejor con resección quirúrgica. La etapa III y IV es controlada por cirugía y radioterapia.(16,31)

De los 16 pacientes que recibieron tratamiento, 9 de ellos fueron tratados con cirugía, siendo este tratamiento de primera elección en 4 casos y recibieron cirugía como tratamiento único.

El tratamiento quirúrgico fue el siguiente:

Hemimandibulectomía 6 casos y resección marginal de mandíbula en 3 casos.

La radioterapia es empleada en pacientes con tumores etapa II, no solo en la lesión también deben recibir radiación en el cuello como medida profiláctica de 6500 a 7000 Cgs.(32)

6.0. OBSERVACIONES Y RESULTADOS

CANCER DE MUCOSA BUCAL

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

Seis pacientes fueron del sexo femenino (85.7%) y 1 del sexo masculino, la edad de mayor frecuencia comprendió de la sexta a la séptima década de vida. (fig. 11)

La edad mínima en el sexo femenino fue de 59 años y la máxima de 78 años, mientras que en el sexo masculino solo se registro un caso con 62 años.

CANCER DE MUCOSA BUCAL

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO.

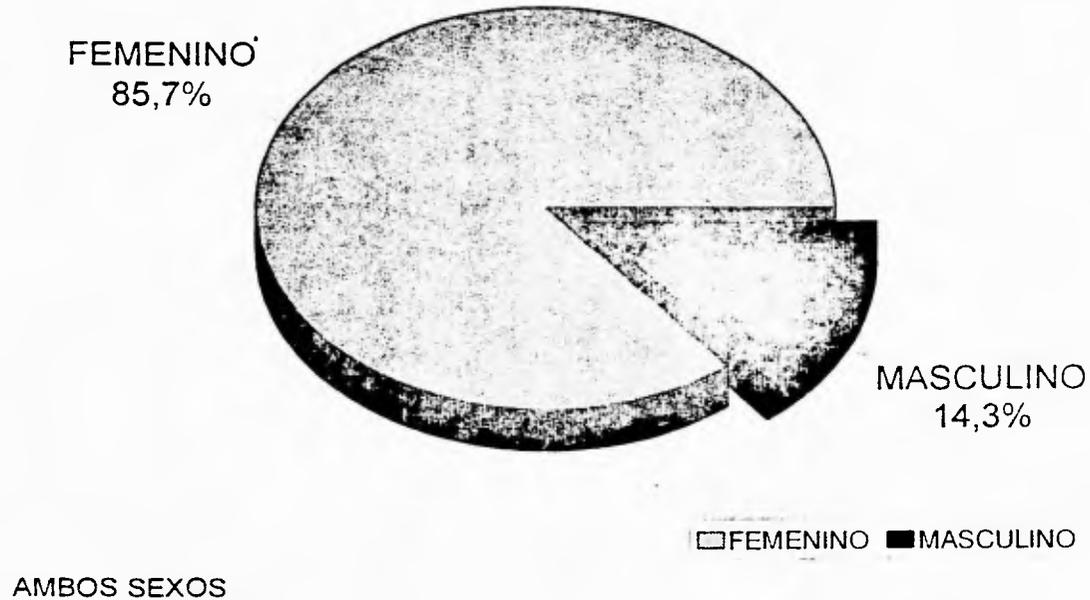


FIG.11

El promedio de edad en ambos sexos fue de 61 a 73 años.(fig. 12)

El hábito tabáquico se encontró en 2 pacientes (28.5%) de los cuales en los 2 casos se usó la forma de cigarrillo.(fig. 13).

El alcoholismo fue positivo en 2 pacientes (28.5%), no especificando el tipo de marca.(fig. 14)

Se encontró en 2 pacientes factor irritativo asociado, que fue el traumatismo.

La localización de la lesión fue de la siguiente forma: central 3 pacientes (42.9%), superior derecha posterior 3 pacientes (42.9%), izquierda superior posterior 1 paciente (14.2%) (fig. 15)

La etapa clínica mostró un predominio de T4 en 3 de los casos, T3 1 caso, T2 1 caso y en 2 no pudo establecerse.(fig. 16)

5 pacientes no presentaron metástasis ganglionares al momento del diagnóstico. En 2 pacientes no pudo establecerse y en todos los casos no hubo metástasis a distancia.(fig. 17, 18)

El grado histológico de esta neoplasia fue de 4 casos 57.1%, del tipo bien diferenciado 28.5%, de tipo moderadamente diferenciado y en un caso no se estableció.(fig. 19)

El tratamiento quirúrgico lo recibieron 5 pacientes, de los cuales 2 fueron con cirugía y 3 combinada con radioterapia.(fig. 20)

la radioterapia se usó como tratamiento único en 2 pacientes, mientras que la quimioterapia no se usó en ningún caso.

6.1. DISCUSION

El cáncer de la mucosa bucal representa aproximadamente el 5% de todos los cánceres de la cavidad bucal, es una forma no común de cáncer bucal.(33)

De acuerdo con O'Brien and Catlin, el carcinoma epidermoide de mucosa bucal representa el 5% de todos los tipos que se diagnostican en esta zona anatómica. El presente estudio reporta 7 casos durante un periodo de 17 años de 1978 a 1994.(28)

O'Brien and Catlin realizaron un estudio durante los años de 1949 a 1958, reportando 248 pacientes en un periodo de 10 años y esto difiere con nuestro estudio (28).

En nuestra experiencia la distribución por edad y sexo en ambos sexos fue de la quinta a la séptima década de vida, con predominio en ésta última, siendo similar con lo reportado por Johannes, Vegers y colaboradores,(6) estos datos coinciden con lo que reporta John James y colaboradores quienes opinan que el carcinoma epidermoide de mucosa bucal ocurre en la cuarta, sexta y séptima década de vida, señalando además que el predominio de esta enfermedad es en

CANCER DE MUCOSA BUCAL

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO.

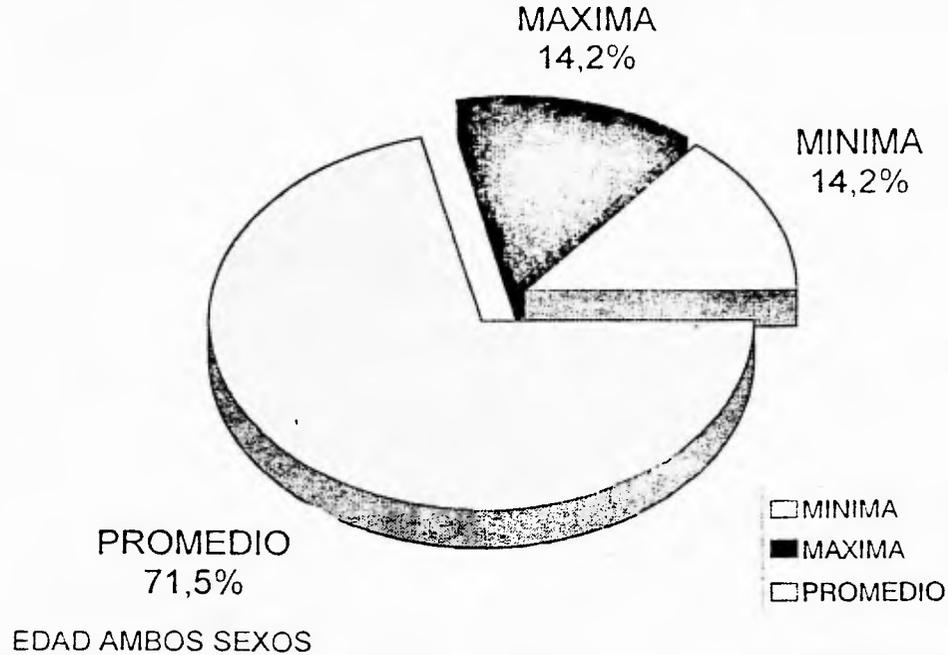
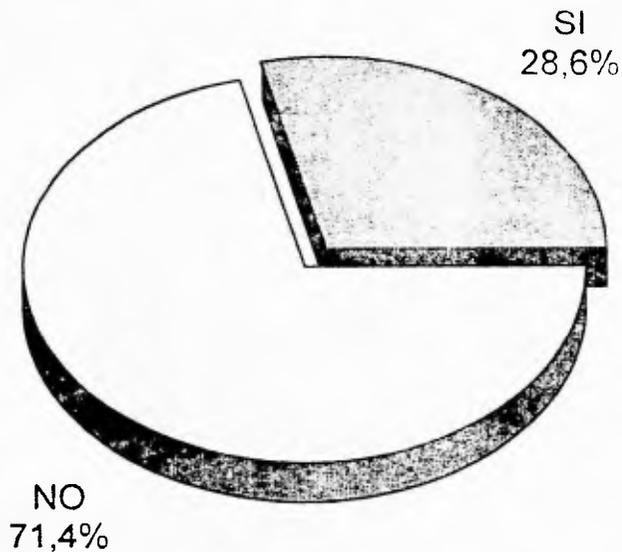


FIG. 12

CANCER DE MUCOSA BUCAL

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO.



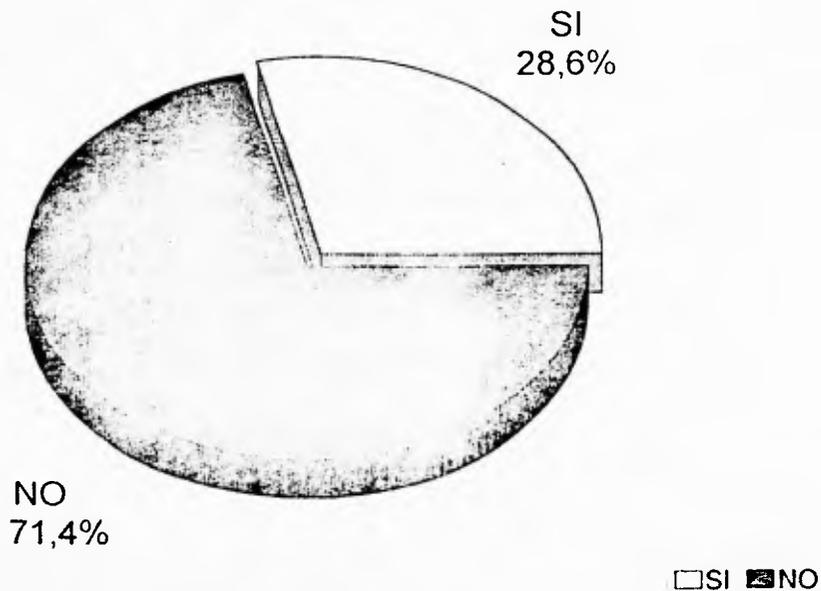
□ SI □ NO

TABAQUISMO

FIG. 13

CANCER DEMUCOSA BUCAL

EXPERIENCIA 1978-1994 INC- MEXICO.

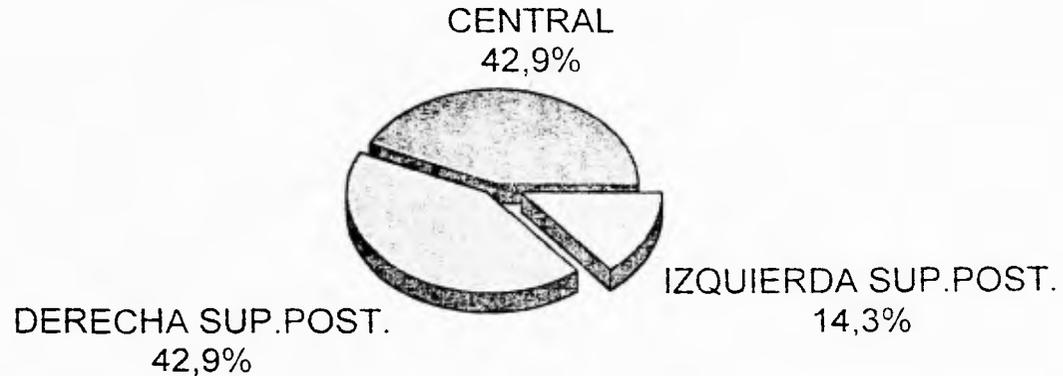


ALCOHOLISMO.

FIG. 14

CANCER DE MUCOSA BUCAL

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO.



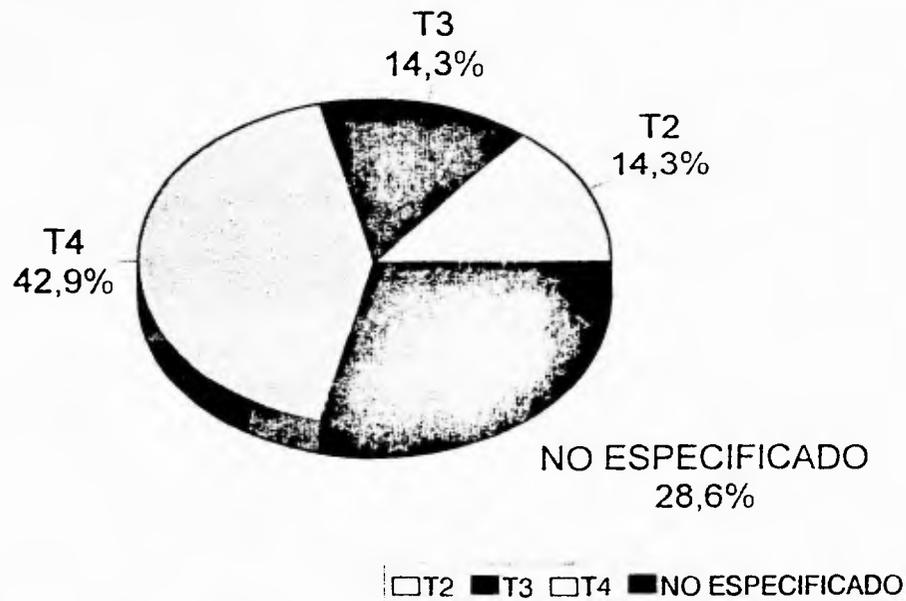
■ CENTRAL □ DERECHA SUP.POST. □ IZQUIERDA SUP.POST.

LOCALIZACION DE LA NEOPLASIA

FIG.15

CANCER DE MUCOSA BUCAL

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO

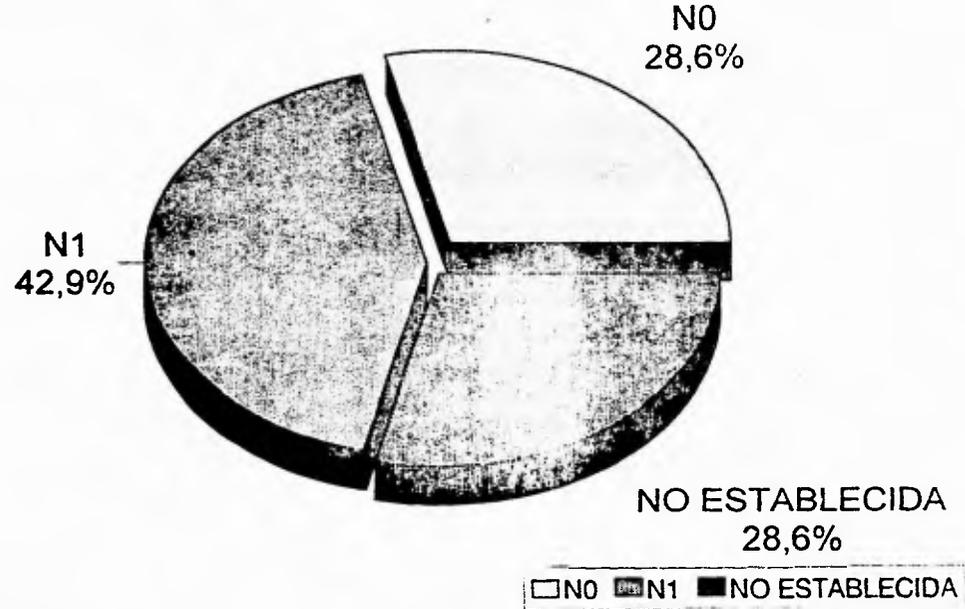


ETAPIFICACION CLINICA (T N M)

FIG. 16

CANCER DE MUCOSA BUCAL

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO

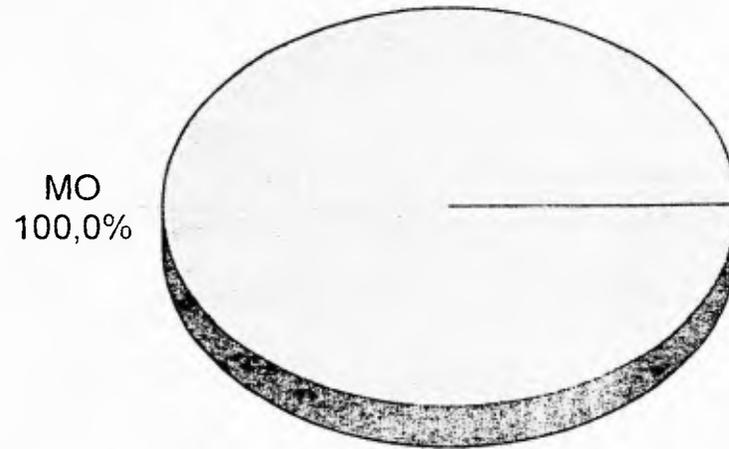


GANGLIOS (N)

FIG.17

CANCER DE MUCOSA BUCAL

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO



MO
100,0%

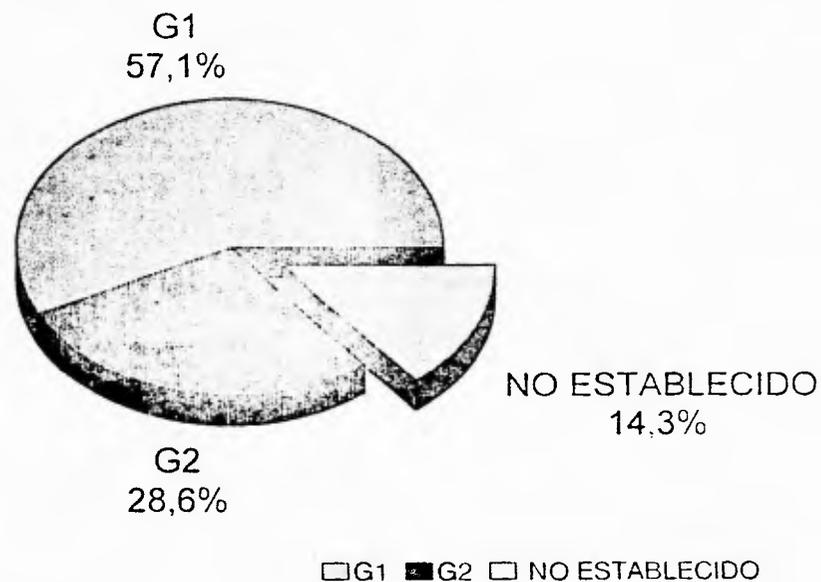
□ MO

METASTASIS A DISTANCIA (M)

FIG.16

CANCER DE MUCOSA BUCAL

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO.

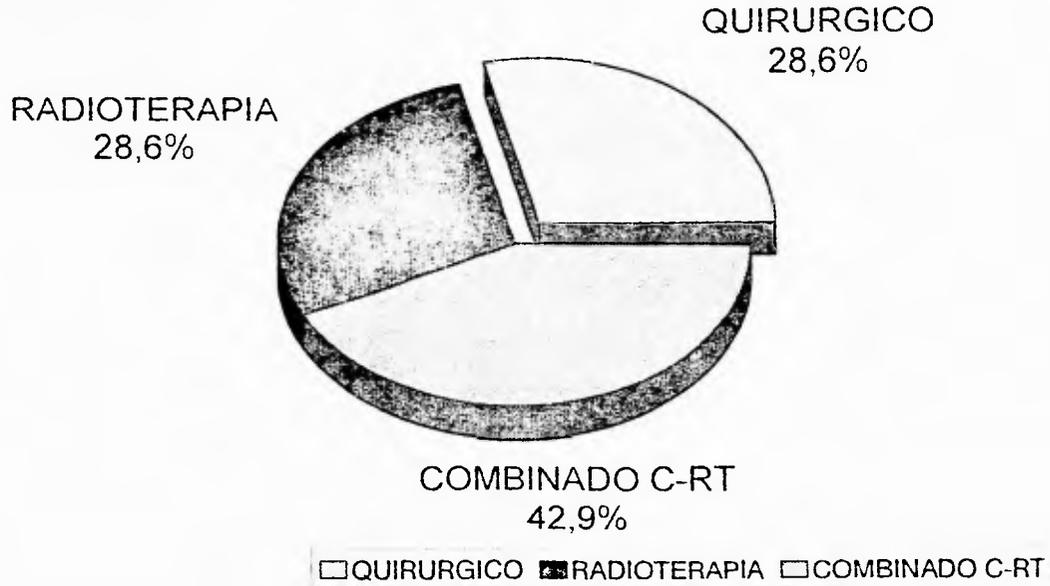


GRADO HISTOPATOLOGICO

FIG 19

CANCER DE MUCOSA BUCAL

EXPERIENCIA 1978-1994 INC-MEXICO.



TRATAMIENTO DE ELECCION.

FIG. 20.

varones (33), ésto difiere del estudio ya que el carcinoma epidermoide en mucosa bucal se presentó en 6 mujeres (85.7%) y solamente 1 varón.

Nosotros opinamos que esto es debido a la falta de información acerca del cáncer bucal, teniendo por consecuencia que los pacientes que se presentan en el instituto son pacientes con lesiones avanzadas y rechazando todo tipo de tratamiento, ésto puede ser el caso de pacientes con cáncer de mucosa bucal en que la mayoría de nuestros pacientes (42.8%) tienen un grado de escolaridad nula y no comprenden la importancia de recibir un tratamiento para ayuda de supervivencia.

En cuanto a los factores de riesgo para cáncer de mucosa bucal, encontramos que el hábito tabáquico resultó positivo el 2 pacientes (28.5%) alcoholismo positivo en 3 pacientes y traumatismo. Lo cual difiere con lo señalado por Sanghvi, Rao, y otros y se señala al tabaco como principal factor de riesgo en sus diferentes variedades. En la India es tomado en cuenta como el mayor factor de riesgo para cáncer de cavidad bucal, ya que el tabaquismo puede ser dado por la masticación, fumado, en forma invertida o en cigarrillo fumándolo convencionalmente. (2).

Los factores irritativos asociados fueron los siguientes: para mucosa bucal fue el traumatismo y se encontró en tres pacientes, Johon señala que el 65% de los pacientes con cáncer de la mucosa bucal se debe a dentaduras mal ajustadas, higiene oral deficiente y caries dentales, quien coincide con Johanes.

La localización de la neoplasia fue de la siguiente forma: para cáncer de mucosa bucal central tres casos (42.9%), superior derecha posterior 3 pacientes (42.9%), izquierda superior posterior un paciente (14.2%).

El grado histológico de la lesión coincide con el estudio de Marshall, Christopher O'Brien y colaboradores que demuestran una frecuencia mayor al grado histológico I y II. (27).

En los estudios realizados en cuanto al grado histológico de la lesión y su relación con la supervivencia, no ha sido estadísticamente significativo ni demostrado, así lo demuestra la presente investigación en donde la supervivencia del paciente es dada definitivamente por la etapa clínica en que se diagnostica al tumor.

Observamos que los pacientes acudían a recibir ayuda profesional en etapas avanzadas encontrando 3 pacientes de los 7 con T4, T3 y T2, registraron solamente 1 paciente de cada uno de ellos, y 1 caso donde la clasificación no pudo ser establecida por manejo previo.

John and James, en una revisión de 90 casos encontraron que el 68% fueron clasificados como T2 y T3 y el 18% de los casos muy avanzados, Johannes y colaboradores encontraron mayor incidencia de T3 en una revisión de 85 casos. (6)

Las metástasis ganglionares regionales a cuello se presentaron en 3 casos (42.8%) al momento del diagnóstico del tumor primario esto al examen clínico, 2 de ellos no presentaron ganglios linfáticos positivos y no pudo establecerse un caso.

O'Brien y Catlin señalan que del 40 al 50% de los pacientes presentan metástasis en etapa I y II, al momento del diagnóstico por otra parte también Bloom and Spiro opinan que las metástasis regionales pueden encontrarse en un 50% de los casos.(28)

En la literatura no hacen énfasis con respecto a metástasis a distancia, nosotros podemos señalar que 5 pacientes no presentaron metástasis y en 2 no se pudo establecer.

El Tratamiento de primera elección fue el quirúrgico. Pradhan señala que para lesiones T1 y T2 de la mucosa bucal los pacientes pueden ser tratados efectivamente con cirugía o radioterapia. La opción para tumores T3 depende del tipo de lesión de crecimiento, como aquellas lesiones de crecimiento ulcerativo en las que el mejor tratamiento es la combinación de cirugía y radioterapia.(21)

Para tumores T4 se puede dividir en operable e inoperables. Los tumores T4 operables además de cirugía reciben radioterapia y cuando son inoperables reciben tratamiento paliativo.

Relativamente los cánceres pequeños bien localizados centrales o en el tercio anterior de la mucosa pueden ser exicionados con un margen adecuado de tejido normal. Los cánceres infiltrados profundamente en ocasiones requieren de una exicición completa de la mejilla, impidiendo el cierre primario, y se requiere de la reconstrucción de la misma por medio de colgajos.(24, 25, 26).

Para cánceres localizados en el tercio posterior que invaden estructuras adyacentes como la encía superior o inferior trigono retromolar, pilar amigdalino, paladar blando, mandíbula o maxilar la excisión local es inadecuada, por lo tanto la mejor opción es la operación comando combinandose con la disección homolateral de cuello y la traqueostomía. En el estudio realizado por Shah, P. y colaboradores señalan que el 5% de 501 pacientes tienen nódulos linfáticos positivos debido a cáncer de mucosa bucal, así mismo los niveles con mayor predominio son el nivel 1, con 87% y el nivel 2 con 40%. En nuestro estudio solo a 3 pacientes se les realizó disección selectiva de cuello a pesar de recibir cirugía como primer tratamiento de elección.(29).

Chaudhari, Pande, Sharma y colaboradores opinan que la radioterapia podría recomendarse como la principal modalidad terapéutica en consideraciones cosméticas y funcionales. La radioterapia preoperatoria de cualquier modo, retrasa la cirugía curativa y puede todavía provocar al paciente menos consciente para diferir la cirugía definitivamente, como resultado de la regresión transitoria del tumor, ocasionalmente la espera para definir la cirugía puede durar más que la citorreducción lograda con radioterapia, resultando en compromiso de cura. La Radioterapia postoperatoria tiene una ventaja que es la de permitir un mejor control del cáncer que tiene un alto riesgo de recurrencia. (22)

Del total de tratamientos aplicados a los 7 pacientes de nuestro estudio, ninguno recibió quimioterapia.

La rehabilitación de las zonas afectadas por este tipo de lesión son corregidas utilizando diferentes tipos de colgajos..

7.0. CONCLUSIONES

El carcinoma epidermoide de trigono retromolar y mucosa bucal, son poco comunes, así lo demuestra el presente estudio, en el cual se incluyeron solo 16 pacientes de trigono retromolar y 7 de mucosa bucal registrados en el Instituto Nacional de Cancerología de México en un periodo de 17 años.

La distribución de carcinoma epidermoide en trigono retromolar tuvo predominio en el sexo masculino entre la quinta y séptima década de la vida y para la mucosa bucal predominó el sexo femenino entre la sexta y séptima década de la vida.

En cuanto a los llamados factores de riesgo, el tabaquismo y alcoholismo resultó positivo menos del 50% de los pacientes con neoplasia en mucosa bucal, mientras que para la región de trigono retromolar fue el 56.2% de los pacientes.

Habitualmente el cáncer de cavidad bucal se presenta en personas con el uso y abuso del tabaco en cualquiera de sus formas, ya sea fumado, masticado o en forma inhalada, que no es una costumbre de uso en México. Cualquiera de las formas de tabaquismo es una agresión directa a la mucosa de la cavidad bucal que es el sitio donde se conservan más tiempo los carcinogénicos; actuando en la mucosa y desarrollándose en cáncer.

Compete al cirujano dentista principalmente el diagnóstico oportuno de este padecimiento; porque habitualmente el paciente acude con el cirujano por la presencia de algún tipo de lesión en la boca, cuando esto sucede el odontólogo debe estar adiestrado para detectar y diagnosticar en etapas tempranas el cáncer, refiriendo al paciente con un especialista.

Los pacientes que deciden atenderse en el Instituto reciben tratamientos como cirugía, radioterapia, quimioterapia o la combinación de éstas, el 80% de los pacientes llegan al Instituto en etapas avanzadas requiriendo procesos quirúrgicos reconstructivos sofisticados y elaborados.

De 28 pacientes que captó el Instituto con diagnóstico de carcinoma epidermoide en trigono retromolar solo 16 recibieron tratamiento, mientras que 12 lo abandonaron y solamente se registraron 7 casos de mucosa bucal, dificultando en saber la supervivencia real de éstos pacientes

Las estadísticas que se realizan en el Instituto señalan que el 7% son tumores del Departamento de Cabeza y Cuello, mientras que el 2.8% son tumores de cavidad bucal, por ejemplo en nuestra investigación nos damos cuenta que las personas que acuden a recibir algún tipo de tratamiento son más del 2% y no lo terminan todos.

9.0. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Parkin. P.Pisant. Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. *int. J. Cancers* 1993, 54: 594-606
- 2.- Sanghvy L. D. Rao. Joshi S. Epidemiology of head and neck cancers. *Seminars in surgical oncology* 5: 305 - 309 (1989)

- 3.- Registro histopatológico de las neoplasias malignas en México, resultados 1993. Dirección general de epidemiología de la Secretaría de Salud. Segunda edición, abril de 1995.
- 4.- Ceccoti E. Clínica estomatológica, sida, cáncer, y otras afecciones. Argentina; Editorial Panamericana, 1993.
- 5.- Mashberg A. Boffetta Paolo. Tobacco Smokin, Alcohol Drinking, and cancer of the oral cavity and oropharynx Among U. S. Veterans. Cancer august 1993; volume 72. No. 4.
- 6.- Johannes W. M. Veger, Gordon B. Van Der Waal Isaac. Squamous Cell carcinoma of the buccal mucosa. Arch otolaringol. April 1979; volume 105.
- 7.- De Vita W. Hellman S. Principles and practices of oncology. España; Salvad 1988.
- 8.- Conley John. Sadoyama A. James. Squamous Cell cancer of the buccal mucosa. Arch otolaringol. April 1973; vol. 97.
- 9.- Mor Vincent. Laliberte Linda. Morris N: John. Wiemann Michael. the Karnofsky performance status scale. cancer. 1984; 53:2002-2007.
- 10.- Barach A, Douglas E, Krutchkoff D, Eisenberg E. Smoking Gender and Age as risk factors for site specific intraoral squamous cell carcinoma. Cancer 1994; 73 (3) : 509-513.
- 11.- Beahrs OH, Miers MH (EOS). Manual for Staging of cancer. American Joint committee on cancer 2nd ed. Philadelphia; Lippincott. 1983: 25-54.
- 12.- Carter RL, Tanner NSB, Clifford-P. Shaw-HJ: perineural Spread in squamous cell carcinomas of the head and neck; a clinicopathologic study. Clin otolaringol 1979; 4: 271-281.
- 13.- Kramer S, Gelber R, Snow J. Combined radiation therapy and surgery in the management of advanced head and neck cancer: the final report of study 73-03 of the radiation therapy oncology group. Head and neck surg. 1987; 10:19-30
- 14.- Urist M.M. O'Brien CJ, Soong SJ, et al. squamous carcinoma of the buccal mucosa; analysis of prognostic factors. Am J. sur . 1987; 154:411.
- 15.- Evans JF, Shah J:P Epidermoide carcinoma of the palate. Am J., surg. 1981;142:451.
- 16.- Luiz P. Kowalski, Hashimoto Inasio. Magrin Jose. end results of 114 extended comando operations for retromola trigone carcinoma. Am. J. surg . october 1993;vol. 166
- 17.- Gardner, Gray, O'Rahilly. Anatomia de Gardner. Edit. Interamericana. traducción: Dr. Carlos Hernández Zamora. Quinta edición 1986.

- 18.- Orban. *Histología y embriología bucales*. Revisión de Harry Sicher. Edit. La prensa Médica Mexicana.. 1981.
- 19.- S:N: Bhaskar. *Histología y embriología de Orban*. Desarrollo de la cara y la cavidad bucal. Traducción Oscar S. Bonal. Edit. El ateneo novena edición 1986.
- 20.- Kavarana N.M.; Bhathena H.M: reconstructive surgery in head and neck cancer. *Seminars in surgical oncology* 1989; 5:341-346.
- 21.- Pradan S.A. surgery for cancer of the buccal mucosa. *Seminars in surgical oncology* 1989; 5: 318-321.
- 22.- Chaudhary A.J. Pande S.C. Sharma. V. Et al. Radiotherapy of carcinoma of the buccal mucosa. *seminars in surgical oncology* 1989; 5:324-326.
- 23.- Boffeta Paolo Mashberg Arthur, Winkelman R. and Garfinkel. L. carcinogenic effect of tobacco smoking and alcohol drinking on anatomic sites of the oral cavity and oropharinx. *Int. J. cancer*; 52: 530-533 (1992)
- 24.- Ewar C. Weisberger. Hanke W. Reconstruction of full-thickness defects of the cheek arch. *Otolaringol*. March 1983.vol.109.
- 25.- Rush. F. B. Humphrey Loren Primari Repair of full thickness exicion of the cheek. *The American Journal of surgery*. october 1967; vol. 114: 592-595
- 26.- Mc. Gregor. Alan. William H. Reid. Simultaneous temporal and delto-pectoral flaps for full- thickness defects of the cheek. *plastic reconstructive surgery*. April 1970; Vol. 45
- 27.- Marschall M. Erist, Christopher J. et-al. Squamous cell carcinoma of de buccal mucosa: analisis of prognostic factor. *The American Journal of Surgery*. October 1987; vol. 154
- 28.- O'Brien and Callin. Cancer of the cheek (mucosa). *Cancer* . nov. 1965;18 (11):1392-1398.
- 29.- Shah P. Franck C, Candela et al patterns of cervical lymph node astases from squamous carcinoma the oral cavity. *Cancer* 1990;66: 109-113.
- 30.- Kenneth Lo Gilbert. H, Fletcher, Robert M. Byers. et al . Results of irradiation in the Squamous cell carcinomas of the anterior faucial pillar-retromolar trigone. I . J. *Radiation oncology biology, physics*. juny 1987.
- 31.- Batsakis, J:G: Tumors of the head and neck clinical and pathological considerations, Baltimore, 1974., Williams and Wilkins.
- 32.- Preda. Ge. Nidoli G, Lazzati M, Macchi A, Lamperti A. ill trattamento intergrato dei carcinomi primitivi del trigono retromolare. *dent cadmos*., 1986. 54 (10): 57-63
- 33.- Contey John. Sadoyama A. James. squamous cell cancer of the buccal mucosa, arch otolaringol. april 1973; vol. (97)

34.- Meoz R. Treatment of squamous carcinoma of the retromolar trigone. A. M. J. clin. oncol.: 1984; 7 (6): 647-652.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA