



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Tumores Malignos de la Cavidad Oral

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

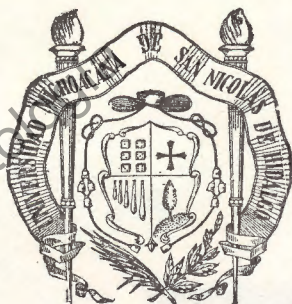
Pablo García Tapia

MORELIA, MICH.

1974

112

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS

Que para sustentar Examen Profesional de

CIRUJANO DENTISTA

Presenta

Pablo García Tapia

Asesor: DR. PABLO BARRAZA RUIZ

MORELIA, MICH.

1 9 7 4

TEMARIO

	Pág.
I.—Introducción.	6
II.—Anatomía, Fisiología e Historia Bucal.	7
a) La cavidad bucal propiamente dicha.	
b) Importancia bucal.	
c) Linfáticos de la cabeza.	
III.—Generalidades.	12
a) Vías de diseminación.	
b) Posibilidades terapéuticas.	
IV.—Hallazgos patológicos.	15
V.—Lesiones precancerosas.	16
VI.—Diagnóstico.	20
a) Prueba de tinción de la mucosa "in vivo" con azul de toluidina.	
VII.—Formas clínicas.	24
a) Carcinoma de labios.	
b) Carcinoma de lengua y piso de la boca.	
c) Carcinoma de la encía.	
d) Tumores malignos del paladar duro.	
e) Carcinoma de la mucosa bucal.	
f) Tumores malignos de las glándulas salivales.	
g) Tumores malignos de los maxilares.	
VIII.—Terapéutica en general.	35
IX.—Medidas profilácticas.	39
X.—Resumen y conclusiones.	40
XI.—Resumen bibliográfico.	42

INTRODUCCION.

El carcinoma de la cavidad bucal es controlable si se descubre cuando se está iniciando, lo cual se puede lograr fácilmente ya que tenemos todos los medios para lograr un diagnóstico antes de la aparición de los primeros síntomas clínicos, teniendo en estos casos posibilidades de aplicar medidas terapéuticas efectivas. Es un cáncer curable dependiendo del estadio clínico en que se encuentre en el momento de aplicar el tratamiento.

Las consideraciones anteriores son los motivos por los cuales decidimos tratar de ampliar un poco nuestros conocimientos sobre este tema y verterlos en forma sencilla y fácil de entender en este modesto trabajo, no con el deseo de enseñar algo nuevo, ni porque se crea que con esto se va a resolver en forma integral el manejo de estos pacientes; ya que solamente recogimos experiencias de distintas personalidades que laboran en los más importantes centros oncológicos tanto Mexicanos como Extranjeros.

El orden seguido en el desarrollo correspondiente al tema, se refiere primero a los conceptos anatómicos, fisiológicos e histológicos más importantes, del cráneo y cara, en seguida, a las generalidades, con el fin de hacer resaltar los caracteres principales y dar a conocer las nociones básicas sobre esta afección; después se trata sobre métodos de diagnóstico, las distintas medidas terapéuticas aplicables, y por último sobre las diferentes formas clínicas que se presentan. Con esto consideramos que son expuestos en orden los principales conocimientos útiles de este padecimiento.

ANATOMIA, FISILOGIA E HISTOLOGIA.

La cavidad bucal está formada por un conjunto de estructuras que constituyen sus paredes y otras que están en su interior por tanto consideramos un continente y un contenido. El continente lo forma un esqueleto osteomuscular revestido por mucosa que comprende las mejillas y los labios en la parte externa, el piso de la boca abajo y el paladar por arriba y atrás. El contenido lo forman: la lengua, los dientes y las glándulas salivales. Los dientes y la encía dividen a la cavidad bucal en vestíbulo y cavidad bucal propiamente dicho. El vestíbulo es la cavidad comprendida entre los labios y mejillas por fuera y las encías con los dientes por dentro. Los labios y mejillas son estructuras semejantes y de un mismo origen. Los labios son repliegues musculomembranosos, están revestidos interior y exteriormente por una membrana, la externa es la piel y la interna mucosa labial; el esqueleto de los labios está constituido por músculos entre los que destaca el orbicular. La mucosa reviste la cara interna del labio y está formada por un epitelio y una lámina propia y entre ambas una membrana basal. La mejilla tiene una constitución similar a la de los labios ya que resulta de la fusión de los labios primitivos. Las encías están formadas por una mucosa que recubre el proceso alveolar de ambos maxilares superior e inferior y está íntimamente unida al perostio y entre ambas no hay deslizamiento. El diente se divide en dos partes (corona y raíz). La raíz es la parte del diente que está en el alveolo y encía y la corona la que está fuera de ella.

LA CAVIDAD BUCAL PROPIAMENTE DICHA.

Está limitada por las encías con los dientes, el piso de la boca y el paladar, su contenido es la lengua. El paladar comprende dos partes, una dura formada por la apófisis palatina

del maxilar superior cubierta por una mucosa y otra blanda que es el velo del paladar. El paladar duro es parecido a la encía, la mucosa tiene los mismos caracteres y está separada del hueso en su parte anterior por una submucosa con tejido adiposo, existen además glándulas de tipo acinoso y mucoso; el paladar blando tiene un esqueleto fibromuscular revestido por una mucosa; el piso de la boca tiene estructura diferente a la del paladar y está protegido por la lengua, por debajo de la mucosa hay una submucosa de considerable grosor que permite el deslizamiento de la lengua y hace posible sus movimientos. La lengua es un órgano que contribuye a la deglución, interviene en la fonación y gustación y está constituida por esqueleto muscular revestido por mucosa. La mucosa recubre toda la lengua a excepción de la base, es delgada y transparente en la parte inferior y gruesa en el dorso, en especial por detrás de la "V" lingual; en la cara superior presenta salientes que son las papilas, de las cuáles podemos diferenciar cinco tipos: calciformes, fungiformes, filiformes, foliadas y hemisféricas. La mucosa está formada por epitelio y lámina propia, el epitelio es semejante al resto de la cavidad bucal y al nivel de las papilas filiformes presenta un tipo de descamación, en el interior del epitelio se encuentran los órganos de la gustación (corpúsculos gustativos). La lámina propia comprende el cordón y las glándulas, son compuestas, acinosas, mucosas o serosas, semejantes en todo a las otras glándulas de la cavidad bucal.

Se disponen constituyendo una herradura abierta hacia adelante y abajo, de esta manera las glándulas posteriores desembocan en la parte dorsal de la lengua, las laterales en los bordes y las anteriores en la cara ventral. La capa submuscular sólo existe en la parte ventral de la lengua donde se continúa con la del piso de la boca, está constituida por tejido corylaxo, el esqueleto de la lengua está formado por músculos estriados por su dirección se consideran tres grupos: los de fibras longitudinales dirigidas en sentido antero-posterior son: el lingual superior e inferior, faringogloso, palatogloso y estilogloso. Los músculos de fibras verticales son: el geniogloso y la porción ascendente del hiogloso. y los músculos de fibras transversales se hayan representados por el transverso, el hiogloso, estilogloso y el amigdalogloso.

IMPORTANCIA BUCAL.

La cavidad bucal es la puerta de entrada de los alimentos sólidos y líquidos, los cuales a través de la masticación y salivación serán transformados en bolo alimenticio que posteriormente por deglución pasará al tubo digestivo. La función de las glándulas salivales excitadas por vía refleja es la de suministrar la masa líquida necesaria para humedecer los alimentos, permitiéndole que los fermentos salivales inicien modificaciones químicas en la sustancia alimenticia. Las hileras dentarias adaptadas armónicamente entre si efectúan el desmenuzamiento de los alimentos mediante el corte y la trituración, la fuerza muscular de labios y mejillas impiden que la papila alimenticia escape de la cavidad bucal. A la cavidad bucal también corresponde la función de la dicción a través de la cual es posible comunicarnos con los demás seres humanos. De la lengua y dientes depende en primer lugar la pureza de nuestra dicción y podrá ser clara cuando dientes y lengua no presenten ninguna alteración. La cavidad bucal debe ser considerada como cavidad séptica debido al gran número de microorganismos que la habitan, sabemos que algunos pueden considerarse saprofitos así como otros son potencialmente patógenos. Los mecanismos locales de defensa y una esmerada limpieza pueden evitar las infecciones de su estructura y prevenir la destrucción prematura de los dientes.

LINFÁTICOS DE LA CABEZA.

Los linfáticos de la cabeza y cuello se agrupan formando el círculo ganglionar pericervical, cadenas carotídeas y algunas cadenas accesorias. Entre los diferentes grupos ganglionares que forman el círculo ganglionar pericervical tenemos los siguientes:

Grupo suboccipital: constituidos por tres ganglios a cada lado situadas abajo de la línea curva occipital superior, este grupo recibe la linfa de la parte occipital del cuero cabelludo.

Grupo mastoideo: sus tres o cuatro ganglios están en la cara exterior de la apófisis mastoides, a esos ganglios llega

linfa procedente de la porción parietal, del pabellón de la oreja y del conducto auditivo exterior.

Grupo parotídeo: está constituido por varios ganglios superficiales y profundos a estos llega linfa procedente del cuero cabelludo de la frente, de la raíz de la nariz, del oído exterior, de la caja del tímpano, fosas nasales y de la parótida.

Grupo submaxilar: están situados en la cara interna y borde inferior del maxilar inferior, el ganglio Stahr es el más voluminoso de este grupo y se halla en contacto con la arteria facial, a estos ganglios llega linfa de la cara, encías, labios y de los bordes de la lengua.

Grupo submentoniano: se encuentran entre las dos vientres anteriores del digástrico por delante de las caras anteriores del milohioideo, reciben linfa del labio inferior de la parte media del mentón, encía, de los incisivos inferiores, piso de la boca y cara inferior de la lengua.

Grupo retrofaringeo: estos ganglios se encuentran por detrás de la faringe y delante de los músculos prevertebrales, también se les conoce con el nombre de ganglio de Gillette, la linfa de estos ganglios procede de las fosas nasales, caja del tímpano, de la rinofaringe y de la trompa de eustaquio.

Detrás de los ganglios carotídeos, tenemos la cadena yugular interna comprendida por ganglios exteriores situados en la cara exterior de la yugular interna, los ganglios anteriores separados por un grupo superior, situado en el espacio comprendido en el vientre posterior del digástrico y el tronco tirolinguo facial, el grupo medio situado entre el tronco tirolinguo facial y el homohioideo y un grupo inferior abajo del homohioideo. La cadena del nervio espinal; esta cadena se inicia en la parte superior del esternocleidomastoideo hasta la cara profunda del trapecio, está formada por ocho o diez ganglios alojados por fuera de la rama exterior del nervio espinal. Cadena de la arteria cervical transversal se inicia al mismo nivel que la cadena espinal y se extiende hasta el confluente venoso de la yugular interna y la subclavia.

Huesos de la cabeza: por su importancia para nuestro estudio haremos un recordatorio somero de los huesos de la ca-

beza, donde se distinguen los huesos del cráneo y de la cara. El cráneo está formado por ocho huesos los cuales encierran el encéfalo; son cuatro huesos situados simétricamente (dos temporales y dos parietales) y cuatro huesos impares localizados en la línea media (frontal, etmoides, esfenoides y occipital). La cara situada adelante y abajo del cráneo está formada por dos porciones, una superior y otra inferior llamadas mandíbulas; la superior constituida por trece huesos de los cuales doce son pares y un hueso impar. Entre los huesos pares tenemos los maxilares superiores, el malar, el unguis, el cornete inferior, el hueso propio de la nariz y el palatino y el único hueso impar que presenta es el vomer, que coincide con el plano sagital; y de la mandíbula inferior que está formada por un sólo hueso que es el maxilar inferior.

Maxilar superior: es el hueso de mayor tamaño de la mandíbula superior de forma cuadrangular, aplanada de fuera hacia adentro, presenta dos caras, cuatro bordes y cuatro ángulos. Por su cara interna presenta saliente horizontal (apófisis palatina) la cual divide a esta cara en dos porciones, la cara externa está limitada posteriormente por la prominencia canina, que por detrás y arriba se encuentra la apófisis piramidal. El maxilar superior se compone de cuatro bordes de los cuales se distingue el borde inferior (alveolar) borde que presenta los alveolos donde se aloja la raíz de los dientes.

Maxilar inferior: está formado por un sólo hueso que es la mandíbula situada en la parte inferior de la cara, se le considera un cuerpo y dos ramas, en el cuerpo se distingue una cara interna y otra externa, dos bordes, uno superior y otro inferior, las ramas del maxilar presentan una superficie articular, constituida por el cóndilo que se encuentra un poco por delante de la parte central del agujero occipital; el temporal presenta para esta articulación la cavidad glenoidea que está limitada por la raíz transversa de la apófisis cigomática. El borde superior está ocupado por las cavidades alveolares para la implantación de los dientes; el borde inferior es redondeado y obtuso, sus ramas son cuadriláteras, más anchas que altas, dirigidas oblicuamente de abajo arriba y de adelante atrás, cada una de ellas presenta dos caras y cuatro bordes.

GENERALIDADES.

Entenderemos por neoplasia, a la proliferación de células nuevas con tendencia a progresar, volverse inactivas o regresar, se caracterizan por un crecimiento incoordinado, sin limitación neta de bordes, con invasión e infiltración de tejidos vecinos y diseminación a lugares lejanos, (metástasis). Las neoplasias de la cavidad oral presentan un especial interés para el cirujano dentista, porque durante su crecimiento presentan características diferenciales de los tumores que asientan en otras partes del cuerpo, son lesiones fáciles de observar y de explorar en toda la superficie de la mucosa, por lo tanto debemos tener especial cuidado en detectar las estructuras que muestran pequeños y rápidos crecimientos. Los tumores malignos que provienen de estructuras ectodérmicas se les denomina carcinoma, el derivado del mesodermo se le llama sarcoma, los tumores nacidos de ganglios se les denomina linfomas; el teratoma nace del mesodermo y ectodermo, el adenocarcinoma nace de glándulas, el rabdomiosarcoma de músculos estriados y el tumor de hueso se llama osteosarcomas.

Los tumores malignos de la piel presentan variedades clínicas, histológicas y evolutivas en función de los elementos del tejido cutáneo de que proceden, hay que distinguir tres grupos de tumores cutáneos, los que proceden del tejido epitelial o epitelomas cutáneos; los que proceden del tejido conjuntivo o sarcoma; los que deben su origen a células néricas o nerosarcomas, a las que habrá que añadir los tumores desarrollados a partir de dermatosis preexistentes, en las que se reconoce un potencial neoplásico y que se designan a menudo con el nombre genérico, cómodo pero impreciso de dermatosis precancerosa. La herencia es un factor fácilmente demostrable,

ya que se han observado ejemplos aislados de familias en las cuales han ocurrido varios tumores con una frecuencia hasta de cuatro generaciones; de origen hereditario, citaremos la neurofibromatosis, la poliposis del colon, el retinoblastoma, el osteocondroma y el feocromocitoma.

Agentes físicos: el principal factor que produce neoplasias es la radiación ionizante, también existe un aumento de cánceres cutáneos en individuos expuestos crónicamente a los rayos del sol.

Agentes físicos: el principal factor que produce neoplasias experimentales, los pescadores que usan el hilo alquitranado entre los dientes para remendar sus redes, los trabajadores de colorantes de anilina, los fumadores de cigarrillos chota. Para que un tumor se difunda debe de haber vías de diseminación.

VIAS DE DISEMINACION

Las neoplasias se diseminan por tres vías a saber:

- a).—Vasos linfáticos.
- b).—Vasos sanguíneos.
- c).—Transplante directo.

La diseminación por vasos sanguíneos y de una manera particular las venas de pared delgada ofrecen poca resistencia a la penetración tumoral y por ello son vías frecuentes para el desprendimiento de fragmentos de un tumor canceroso que forma émbolos; los órganos donde más frecuentemente ocurren metástasis por este mecanismo son: pulmones, hígado y huesos del esqueleto axial. El sistema linfático es la vía más corriente de diseminación de carcinomas y también sarcomas, el cuadro de participación linfática de cualquier tumor maligno, depende de las vías naturales de drenaje del sitio tumoral primario. Por vía de transplante tumoral directo pondremos por caso los fragmentos de carcinoma gástrico perforante, llegan por acción de la gravedad al sitio de más declive de la

cavidad peritoneal al fondo del saco de Douglas y se implantan en el mismo. El transporte mecánico de células neoplásicas por instrumentos o guantes durante la cirugía, puede producir siembra de tejidos no afectados, incluso en la insición quirúrgica.

POSIBILIDADES TERAPEUTICAS.

La curabilidad de los neoplasmas están en dirección directa con el tamaño del tumor con su estirpe histológico, invasión y metástasis, las lesiones pequeñas e iniciales suelen ser indoloras, no producen alteraciones funcionales y pueden ser erradicadas con un mínimo de molestias postoperatorias para el paciente. El tratamiento de las neoplasias tienen dos finalidades, la esperanza óptima de curar la enfermedad y si no se logra, el propósito es paliativo para alargar la vida, disminuir la incapacidad y dar comodidad al paciente, las medidas terapéuticas utilizadas en ambos casos son iguales en lo fundamental, dentro de estas medidas tenemos la cirugía, radiación y quimioterapia.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

HALLAZGOS PATOLOGICOS.

El 90% de los tumores de la mucosa de la boca son carcinomas de células escamosas, este tumor aparece como una úlcera indurada con bordes firmes y base friable que sangra fácilmente.

Los carcinomas papilares de ordinario escamoso están bien diferenciadas y se ven con preferencia en las encías. Las lesiones indiferenciadas y aplásicas se encuentran sobre todo en el suelo de la boca.

Los adenocarcinomas son poco frecuentes y suelen originarse en los restos de las glándulas salivales y en el epitelio secretor de la mucosa; se observan con mayor frecuencia en el paladar y se presentan en forma de una masa abombada no ulcerada al principio de su crecimiento, lo que contrasta con el crecimiento ulcerado y doloroso del carcinoma epidermoide.

En la boca como en cualquier otra parte del organismo se pueden presentar linfomas, melanomas y tumores metastásicos. También podemos incluir aquí la leucoplasia de la cavidad oral aunque no es maligna, puede ser zona de asiento de una posterior malignización.

LESIONES PRECANCEROSAS.

Son aquellas entidades nosológicas que biológica e histológicamente terminan en una degeneración neoplásica.

Las lesiones que con más frecuencia encontramos son:

- 1.—Leucoplasia.
- 2.—El papiloma.
- 3.—La hipertrofia papilar de la lengua.
- 4.—El síndrome de Plummer-Vinson.
- 5.—La enfermedad de Bowen.
- 6.—Fibromas.

1.—Leucoplasia: es una inflamación crónica de la mucosa bucal, caracterizada por el desarrollo gradual de placas de epitelio queratinizado, secas, irregulares, de consistencia coreacea y color blanco lechoso parecidas a gotas de cera, indolora y solamente muestran una ligera hipersensibilidad al frío y al calor; es la lesión precancerosa más frecuente en la cavidad oral sin que ello signifique que forzosamente una leucoplasia debe terminar en una neoformación maligna. En términos generales y observando la gran disparidad de los estudios estadísticos llevados a cabo, podría admitirse que un 10 por ciento de leucoplasias terminan en una neoplasia. La disparidad reseñada puede ser debida a que a veces se toman como tales lesiones la hiperqueratosis, el liquen plano u otras. Se describen como factores irritantes capaces de originar una placa de leucoplasia, el alcohol, el tabaco, la glositis del síndrome de Plummer-Vinson, la glositis atrófica, la glositis por deficiencia

vitamínica, la sífilis, las acciones traumáticas de una prótesis dental, la presencia de elementos metálicos en las mismas, los microtraumatismos de un diente cariado, todo ello, unido a una pobre higiene dental. Existen dos formas de leucoplasias: la llamada leucoplasia en placa y la leucoplasia verrugosa. La primera es la más frecuente, forma placas blandas opalescentes lechosas, a veces grisáceas, no forman relieves sobre la mucosa pero si dejan acartonada la porción en que asientan de manera que al contacto cabe distinguir fácilmente la blandura y elasticidad de las mucosas vecinas que se pierde al deslizar el pulpejo del dedo sobre la placa leucoplásica. La leucoplasia verrugosa o papilomatosa, es una forma avanzada de lesión leucoplásica en placa que da lugar a un aumento de grosor de la misma y al crecimiento en parte o en toda su superficie de excrescencias finas papilomatosas; otras veces aparece ya desde el principio la forma verrugosa sin pasar por el estadio de placa; esta forma de leucoplásia es más precursora de la degeneración maligna. A veces pueden observarse leucoplasias con lesiones en distinto grado de evolución, áreas con formación verrugosa, áreas con placas y áreas con induración pétreas y fisuración que son las que ya han degenerado. La leucoplasia verrugosa debe distinguirse del papiloma propiamente dicho, el cual suele ser muchas veces pediculado y su color y mayor blandura como proyección exofítica más acusada lo harán distinguir de la leucoplasia. En la forma sésil la no existencia de una base leucoplásica nos hará pensar en el papiloma más que en la leucoplasia verrugosa; el papiloma a su vez siempre es menos verrugoso o forma menos excrescencia en su superficie, es más abollonado o bien polilobulado.

Signos de degeneración neoplásica en una leucoplasia: es muy interesante conocer aquellas alteraciones o signos de posible degeneración que aparezcan en un paciente de una leucoplasia, pues es indudable que nos permitirá llevar a cabo diagnóstico precóz del cáncer oral. Debe sospecharse que hay degeneración maligna en aquellas leucoplasias que presentan cualquiera de los siguientes caracteres:

- a).—El endurecimiento de la placa leucoplásica.
- b).—Infiltración dura en su base.

- c).—Persistencia de un halo congestivo o edema.
- d).—Extensión brusca de sus límites.
- e).—Fisuración o ulceración de la placa.
- f).—Crecimiento rápido de excrecencia en su superficie.
- g).—Aparición de dolor a su nivel o dolor referido.
- h).—Pequeñas hemorragias.
- i).—Trismus.

Estas y otras alteraciones no significan forzosamente el que se esté fraguando un proceso degenerativo, pero no están lejos de significarlo.

2.—El papiloma: son formaciones pediculares o sésiles, blandas muchas veces y cuyas características han quedado ya definidas al describir sus diferencias en las formas verrugosas o papilomatosas de la leucoplasia verrugosa, aunque no siempre degeneran, no es imposible ni infrecuente que ello ocurra, tanto más cuando ocurren procesos irritativos que lo estimulen.

3.—Hipertrofia papilar de la lengua: en esta lesión sólo ocurre la degeneración si a su vez existen otras manifestaciones de irritación crónica producida por: alcohol, tabaco, microtraumas repetidos por decubito dental, etc. Debe distinguirse la hipertrofia papilar de la papilomatosis, cuya presentación es muy rara.

4.—El síndrome de Plummer-Vinson: es una entidad poco frecuente y consiste en una glositis o una faringitis precursora del cáncer. Son enfermos que pierden precozmente los dientes, presentan la típica disfagia, a veces esplenomegalia y constantemente la anemia hipocrómica.

5.—La enfermedad de Bowen: se trata de una disqueratosis similar a la leucoplasia pero con alteraciones histológicas más profundas y graves que la acercan más a la degeneración maligna; clínicamente es a menudo difícil de distinguir de una leucoplasia, forma placas queratínicas, ligeramente

elevadas, consistentes en superficie irregularmente rugosa o papilomatosa, puede ser blanquecina o intensamente rojiza.

6.—Fibroma: forma nodulaciones duras que se presentan sobre todo en la lengua y que pueden ser vistos en el labio o en la mejilla. La confusión con el epiteloma es mayor cuando el fibroma se ulcera. Está en discusión considerar si este tumor benigno realmente puede degenerar, problema que está por dilucidarse como en el caso de los fibromas de mama, útero, etc.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

DIAGNOSTICO.

Cualquier lesión en la mucosa de la cavidad oral que se muestre engrosada, indurada, lacerada y dotada de crecimiento, deberá ser investigada para poder instaurar un tratamiento precoz y con éxito.

Para llegar al diagnóstico tendremos que recorrer varias etapas:

Interrogatorio: existe una historia de crecimiento indoloro que persiste durante semanas o meses, ya que la mayoría de cánceres de boca son indoloros en sus primeros estadíos, más adelante debido a la aparición de necrosis, ulceraciones e infecciones, estas lesiones pueden volverse dolorosas.

Exploración: en el examen del enfermo debemos proveerlos de una buena luz, el examinador tendrá a mano un par de guantes y un espejo laríngeo. En primer lugar se inspecciona los labios y después serán separados suavemente para inspeccionar la encía. La inspección de la lengua se lleva a cabo con el órgano protruido y ordenando luego su elevación, el suelo de la boca se inspecciona cuidadosamente separando la lengua con el depresor lingual, después con la lengua deprimida se observará el paladar, la úvula y las zonas tonsilares; para observar la superficie mucosa se efectuará previamente un secado con una gasa. La palpación de la superficie de los labios, mucosa, suelo de la boca y carrillos, no ofrecen ningún problema, se buscarán zonas de induración, puesto que la induración suele estar presente siempre que existe un crecimiento crónico.

Estudios radiográficos; a todo paciente con sospecha de tumor en la cavidad oral se le practicarán varios roentgenogramas. El estudio radiográfico es indispensable para determinar la forma y extensión de la enfermedad.

Biopsia: una vez detectado y palpado el tumor es necesario obtener una biopsia para la confirmación histológica del tipo de tumor. El diagnóstico histológico, sigue siendo el método más valedero para el diagnóstico de las neoplasias. En tumores de pequeño volumen, la biopsia preferible es por extirpación, en lesiones más voluminosas está indicada por incisión. El patólogo dispone de muchos métodos para manejar tejidos de esta índole y el método más usual es la inclusión en parafina y la tinción por hematoxilina y eosina; existe también el método de preparar cortes por congelación.

Diagnóstico citológico: fue ideado y desarrollado por el Dr. George Papanicolaou, quien lo llamó citodiagnóstico clínico y exfoliativo; es un método muy valioso para la detección del cáncer incipiente, esta técnica se basa en dos hechos:

1.—Los cambios patológicos denominados anaplásicos son característicos de las células tumorales y las distinguen de las células normales.

2.—Dentro de los tumores malignos las células tienen menor cohesión que las células normales y tienden a descamarse.

Las células exfoliativas que se hallan en muchas partes de la economía, como vías respiratorias, digestivas, urinarias, próstata y mama pueden examinarse en busca de cambios celulares anaplásicos por este método.

En la actualidad se utiliza un sistema de valoración cuantitativa según el cual se clasifica el frotis como perteneciente a una de las cinco clases siguientes:

Clase I.—(Negativo) es epitelio normal, hay ausencia de atipias.

Clase II.—(Negativo) citología atípica sin evidencia de malignidad, hay células normales, pero no cancerosas. Significa presencia de lesiones inflamatorias.

Clase III.—(Negativo) citología sugestiva pero no concluyente de malignidad. Es sospechoso, son las displasias. Se dice que una displasia con duración de más de seis meses se debe considerar como un carcinoma "in situ" en esta clase las lesiones son más avanzadas que las inflamatorias pero sin llegar a ser cáncer.

Clase IV.—(Positivo) la citología es fuertemente sugestiva de malignidad. Es cáncer pero puede haber dudas de que sea en realidad. No hay absoluta seguridad.

Clase V.—(Positivo) la citología es concluyente de malignidad. Se está cien por ciento seguro de que se trata de cáncer.

Según el resultado la conducta a seguir es:

a).—Negativo I.—Control citológico anual.

b).—Negativo II.—Tratamiento antiinflamatorio y control citológico anual.

c).—Sospechoso III.—Se debe practicar biopsia y en caso de ser negativo, es aconsejable un control citológico en seis meses.

d).—Positivo IV.—Practicar biopsia para corroborar el diagnóstico.

e).—Positivo V.—Practicar biopsia para establecer el diagnóstico definitivo.

PRUEBA DE TINCION DE LA MUCOSA "IN VIVO" CON AZUL DE TOLUIDINA.

Esta prueba está basada en el uso tópico del azul de toluidina (colorante nuclear metacromático acidofílico) para valo-

rar los cambios neoplásicos en la membrana mucosa orofaríngea y oral. Las áreas de carcinoma "in situ" o carcinoma "invasivo" poseen afinidad decidida por este colorante, efecto que no se observa en la mucosa normal. Esta respuesta permite la detección de pequeñas lesiones tempranas y define el margen de la superficie patológica. El procedimiento de Shedd, D. P., Hukill, P. B., y Bahan, S. es muy sencillo, las lesiones en estudio deben ser fotografiadas antes y después de la tinción.

1.—Se retira el moco que cubre la lesión mediante ácido acético al 1%.

2.—Aplicación del azul de toluidina al 1% con un isopo de algodón durante 10 segundos.

3.—Limpieza de la boca con agua.

4.—Se decolora la zona estudiada con ácido acético al 1%. Las áreas que permanecen azules después de la decoloración final pueden considerarse positivas. Este método tiene ciertas modificaciones, según circunstancias diferentes, por ejemplo en pacientes con zonas sospechosas en el piso de la boca, se hace el lavado bucal a manera de colutorio, con cinco ml., del colorante. Cuando se trata de las paredes laterales o posterior de la orofaringe, el colorante se aplica mediante nebulizador. En las áreas de displasia moderada o severa la intensidad del color fue menor que la observada en carcinoma "in situ", en este último la demostración fue clara y por lo regular se visualizan parcelas circundantes de mucosa patológica, que son invisibles a la inspección. En los cánceres grandes o invasivos, fáciles de reconocer a simple vista se utiliza para demarcar los bordes con precisión y en los tejidos radiados que se sospecha carcinoma residual el colorante tiñe las zonas en que debe hacerse biopsia y corroborar el diagnóstico.

FORMAS CLINICAS.

CARCINOMA DE LABIOS.

Pueden aparecer en todas las regiones de la cabeza y cuello, especialmente en individuos de edad avanzada, cánceres superficiales de la piel (ulcus rodens), los cuales son de crecimiento muy lento; estos cánceres superficiales tienen pronunciada tendencia a extenderse en superficie y menos en profundidad. Las variantes destructoras pueden invadir cartilago, huesos, vasos sanguíneos, grandes áreas de piel y originar la muerte. Los epitelomas basocelulares suelen presentarse en sujetos rubios o pelirrojos, en áreas de piel expuestas a los rayos solares, pueden ser causados por traumatismos y dosis excesivas de radio y rayos "x" la ingestión de arsenicales inorgánicos durante largo tiempo pueden originar epitelomas vasocelulares.

Diagnóstico diferencial: cuando el aspecto de un tumor de la piel sugiere epiteloma vasocelular, debe efectuarse estudio histopatológico.

Carcinoma epidermoide: crecimiento más rápido; pápula o nódulos duros y escamosos, inflamación más intensa, no hay borde aperiado telangiectásico, puede ser necesaria la biopsia para el diagnóstico diferencial.

La extirpación quirúrgica de los epitelomas vasocelulares es el único método terapéutico que debe intentar el médico.

Los cánceres de los labios se aproximan por sus caracteres a los de la cara, pero individualmente han de considerarse

mucho más malignos puesto que se propagan rápidamente a los ganglios linfáticos aún cuando solo más tarde producen metástasis en otras regiones del organismo.

Se localiza generalmente entre la línea media y la comisura de unión de la mucosa y la piel, pero puede nacer exclusivamente en la mucosa, empieza siempre por una lesión insignificante e indolora, es muy importante hacer el diagnóstico en este estado pues es entonces curable mediante la ablación o destrucción total. Es esencialmente un epiteloma espino celular extenso, cuyo diagnóstico se precisará por examen histopatológico; su cuadro clínico consiste en un nódulo de crecimiento rápido que pronto presenta ulcera central y borde elevado duro con algo de enrojecimiento circundante.

El epiteloma espino celular puede ocurrir en cualquier sitio de la piel y la mucosa, pero aparece en cara, sobre todo en labio inferior y orejas y en dorso de la lengua.

Dentro de los factores que contribuyen a proporcionar el terreno para que se desarrolle el carcinoma epidermoide enumeraremos los siguientes:

Tipo de piel determinado por herencia, edad del paciente, irritación por agentes químicos o físicos como alquitranes, aceites, calor, viento, luz solar, rayos "x" y quemaduras graves; enfermedades dérmicas que producen cicatrices como lupus eritematoso discóide crónico y úlceras crónicas.

Por el carácter invasor de los carcinomas epidermoides está indicada la terapéutica enérgica, con cirugía, radiación o ambas modalidades. Si se procede a extirpar operatoria mente el cáncer, es indispensable también la extirpación de los ganglios linfáticos regionales, aún cuando no se aprecien todavía por palpación, comprendiendo los ganglios de ambos lados, aunque el cáncer sea unilateral.

CARCINOMA DE LENGUA Y PISO DE LA BOCA.

La gran mayoría de neoplasias de la lengua son lesiones

de células escamosas (95%), las de la porción móvil de la lengua que se hallan por delante del agujero ciego suelen ser neoplasias bastante diferenciadas, las de la base de la lengua aparecen ser menos diferenciadas y más anaplásticas.

Las tres cuartas partes de los cánceres de lengua se observan en la parte bucal de la misma, generalmente en los bordes laterales.

La cuarta parte restante son los de la base, los cuales suelen ser lesiones de línea media generalmente muy anaplásticas y que evolucionan mal después de la extirpación, por lo que deben ser tratadas con radiaciones.

El carcinoma de la lengua se considera con razón, como extraordinariamente grave, incluso cuando se opera precozmente los resultados no son muy favorables. La duración de la enfermedad hasta la muerte del enfermo asciende por término medio a un año.

Los hombres son afectados con mayor frecuencia que las mujeres, en la etiología desempeña un papel muy importante la exposición a alquitranes del humo de tabaco que aparece con bastante frecuencia en los fumadores, tan pronto como las alteraciones leucoplásticas empiezan a fragmentarse, originando hemorragias o apareciendo ulceraciones, la transformación carcinomatosa se halla ya en plena evolución; de ahí que todos los casos de leucoplasia han de mantenerse en constante vigilancia.

Cuando el cáncer asienta en la porción posterior de la lengua, también invade los pilares del velo del paladar inmediatos y la mucosa de la faringe, todo se transforma en una masa rígida, dura, inextensible de manera que la lengua apenas puede moverse y se dificulta considerablemente el hablar y la ingestión de alimentos. A medida que el tumor se va ulcerando se produce una fetidez de aliento muy molesta para el enfermo y los que lo rodean, presentando una desagradable sialorrea.

Únicamente la práctica de una operación precoz ofrece ciertas esperanzas de poder salvar al enfermo, de lo cual se desprende la gran importancia que reviste la rápida seguridad en el diagnóstico diferencial.

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial habrá que tener en cuenta la ulceración traumática, la tuberculosis y la sífilis.

Moderadamente se han ensayado el empleo de la rontgenoterapia y de la radiumterapia, con las que hemos observado mejorías pero no curaciones, el tumor primario se reduce a veces por estos medios y hasta llega a desaparecer pero el enfermo sucumbe a las metástasis.

CANCER DEL SUELO DE LA BOCA.

El cáncer primario del suelo de la boca, constituye una enfermedad rara; en cambio los cánceres de la mucosa originados en la vecindad, por ejemplo en la lengua o en la apófisis alveolar se propaga con extraordinaria rapidez e invaden muy frecuentemente el suelo de la boca.

El punto de partida del cáncer se encuentra por lo común en la mucosa, sin embargo pueden originarse también en las numerosas glándulas del suelo de la boca, sobre todo en las glándulas sub-linguales. Parece ser un sitio de localización preferente la región del frenillo de la lengua.

Como síntoma precoz de modo semejante a lo que ocurre en el cáncer de la lengua, pueden presentarse molestias neurálgicas que le irradian hasta el oído, tan pronto como la úlcera se extiende a las partes blandas del suelo de la boca y afecta también a la lengua, aparecen molestias por la inmovilidad de este órgano, la emisión de palabras es torpe y la deglución se verifica con dificultad.

El diagnóstico diferencial de la afección no tropieza con dificultad alguna, ya que aquí no se presentan otras formaciones ulcerosas que ofrezcan un borde duro y determinen infiltraciones.

El único procedimiento para conseguir la curación es la extirpación precoz en la cual deben extirparse radicalmente todos los ganglios linfáticos sub-maxilares y cervicales; de la roentgenoterapia y de la radiumterapia no se han apreciado resultados permanentes.

CARCINOMA DE LA ENCIA.

Se presenta en hombres mayores de 40 años, tiene una frecuencia de aparición de un 11%, se localiza en el maxilar inferior más a menudo que en el superior, se extiende hacia los tejidos blandos adyacentes o invade maxilares, seno maxilar u orbita.

Son carcinomas papilares de ordinario escamoso bien diferenciados, las pequeñas lesiones gingivales se pueden eliminar quirúrgicamente con facilidad, pero una vez afectadas las partes adyacente se requieren procedimientos extensos para eliminar la lesión primaria y su ramificación.

El método empleado para el tratamiento de las lesiones precoces localizadas en las gingivales superiores e inferiores es la resección electroquirúrgica amplia con destrucción del periostio subyacente; en las de carácter maligno que afectan a las estructuras adyacentes y en los tumores de características más anaplasticas el tratamiento de elección es la radioterapia preoperatoria seguida de la extirpación quirúrgica.

TUMORES MALIGNOS DEL PALADAR DURO.

Los tumores malignos del paladar a menudo se presentan como masas redondas con ulceras granulosas que deforman el techo de la boca. La invasión y la destrucción del paladar con participación de las áreas nasales son caracteres frecuentes que complican el tratamiento y hacen sobre el pronóstico en estos casos.

Los carcinomas epidermoides ulcerativos pueden mostrar varios focos tumorales al mismo tiempo. Esta es una zona favorable para las lesiones malignas de origen multicéntricos.

El adenocarcinoma puede ocurrir en cualquier localización de la cavidad bucal, por lo regular paladar duro, paladar blando y glándulas salivales principalmente los adenocarcinomas producen metástasis que suelen atravesar la línea media y se difunde ampliamente.

El tratamiento de los tumores del paladar duro de ordinario es quirúrgico, para ello se requiere una amplia escisión de los tejidos blandos afectados y del hueso subyacente. Los orificios nasales y antrales deberán abrirse precisándose posteriormente ayudas protésicas, para cerrar estas oberturas y evitar que refluyan los líquidos y alimentos hacia la nariz.

CARCINOMA DE LA MUCOSA DE LA BOCA.

Estos cánceres se encuentran en el hombre de edad media o avanzada; se trata casi siempre de tumores espinocelulares, este cáncer es bastante raro, sin embargo hay regiones en las que se presenta con más frecuencia que en otras. El cáncer de la mucosa bucal aparece en forma de un verdadero tumor que se expansiona a la superficie libre de la cavidad bucal.

Los caracteres macroscópicos del cáncer de la mucosa bucal hace que con frecuencia sea considerado como papiloma inocuo, pero se diferencia de este último por la friabilidad de su tejido y porque sangra con facilidad. Los cánceres de la mucosa del carrillo se encuentran ordinariamente en la región de la desembocadura del conducto de stenson o en el pliegue mucoso que asciende por detrás de la tercera molar (pliegue intermaxilar).

En todos los casos, la extensión se hace más rápidamente en superficie que en profundidad y sólo tardíamente la infiltración del carrillo conduce a la perforación. La extensión se hace en sentido posterior hacia los maseteros.

La ulceración cutánea al reunirse con la ulceración ganglionar da al tumor un aspecto de gran hongo.

En el paladar blando y en la úvula pueden presentarse carcinomas que crecen primeramente en forma de ulceración superficial y sólo lentamente van extendiéndose pero pueden ser peligrosos por la propagación a la mucosa del paladar duro y a la faringe.

Estos carcinomas han de ser extirpados operatoriamente con suficiente extensión hasta tejido sano.

La radioterapia se puede usar para el tratamiento de las pequeñas lesiones de la mucosa bucal.

TUMORES MALIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Entre los tumores malignos de las glándulas salivales, desempeña el carcinoma un importante papel, ataca principalmente a la parótida y raramente a la submaxilar.

Los tumores de la glándula parótida acostumbra a ser de tipo carcinomatoso con mucho menos frecuencia que los de la glándula submaxilar, la incidencia de tumores malignos es de un 17 a un 20%.

Clínicamente los cánceres de parótida se manifiestan bajo dos variedades diferentes: Esquirro y Encefaloide.

El esquirro es un tumor poco voluminoso sumamente duro en el cual se destaca en primer término la retracción cicatrizal de los alrededores del tumor de manera que la piel puede hacerse retraída en forma radiada hacia el tumor, esta forma de cáncer puede también extenderse en forma laminar y propagarse hacia el cuello; el esquirro en general es un tumor de crecimiento lento, histológicamente se trata de epitelomas tubulados, cilíndricos o pavimentolobulados.

El cáncer encefaloide presenta una evolución rápida bajo una apariencia pseudoinflamatoria en pocas semanas el tumor se vuelve enorme y se recubre de una piel color violeta, la ulceración cutánea es rápida. El diagnóstico diferencial de este proceso ha de establecerse con el absceso y en ocasiones

con tumoraciones gomosas. En tales casos el diagnóstico es difícil e importante por el tratamiento operatorio que requiere el cáncer, pues esta forma de carcinoma solo es operable en su estadio inicial. Frecuentemente aparecen parálisis precoces en el territorio del facial y en ocasiones se acompaña de dolores intensos insoportables.

El tratamiento ha de consistir en la extirpación de toda la glándula salival y además de los ganglios linfáticos submaxilares y cervical correspondientes, los casos inoperables pueden tratarse mediante la roentgenoterapia.

Los carcinomas de la glándula submaxilar aparecen con frecuencia en mujeres de más de 40 años un poco más de la mitad de los tumoraciones encontradas en la glándula submaxilar resultaron ser de tipo maligno siempre se sospechará de este tipo de tumoraciones cuando aparezca una hinchazón de tipo persistente en la región submaxilar. Los sielogramas (inyección de sustancias radiopacas) y las radiografías de la zona demuestran la existencia de una distorsión de la estructura de la zona glandular normal lo cual indicará la presencia de un tumor.

Estas lesiones se tratarán mediante una amplia resección de los tejidos blandos de la parte superior del cuello que incluya la glándula submaxilar y la tumoración a través de una incisión submaxilar.

TUMORES MALIGNOS DE LOS MAXILARES.

En este capítulo hemos de referirnos a los sarcomas y carcinomas prescindiendo de los epulis, que con frecuencia adquieren también un carácter sarcomatoso.

El sarcoma se origina frecuentemente en el cuerpo del maxilar en la apófisis alveolar y rara vez en la bóveda palatina y en otras apófisis. En primer lugar tendremos que distinguir los sarcomas que se inician en el interior del hueso, de los sarcomas periósticos situados en la superficie.

Los sarcomas mielógenos tienen su origen en la médula del hueso y destruyen las pequeñas trabéculas óseas de la misma. El tumor invade pronto las estructuras vecinas, aponeurósis y músculo al cual infiltra transformándolo en una masa rígida y densa, de modo que los mismos pierden su capacidad de contracción.

Los sarcomas mielógenos presentan una mezcla abundante de células gigantes pero su substrato está formado la mayoría de las veces por células fusiformes o redondas, estos tumores son a veces extraordinariamente blandos y se les ha designado con el nombre de sarcomas encefaloides. En otros casos son densos y compactos de dureza casi ósea, sobre todo cuando dentro del tumor se hallan masas óseas neoformadas por lo regular dispuestas en forma radiada.

Los sarcomas periósticos: por lo general estos tumores son algo más densos en su estructura y más ricos en osificación por lo que se le conoce a esta forma tumoral con el nombre de osteosarcoma. En la región de grandes vasos sanguíneos el tumor puede dar lugar a hemorragias graves, las masas tumorales blandas dificultan la hemostasia al infiltrar las estructuras vecinas a los dientes, lo que hace que estos se aflojen llegando a veces a desprenderse de modo espontáneo. El alveolo vacío se llena de masas tumorales.

El sarcoma se clasifica de acuerdo con su composición en: fibrosarcoma, sarcoma osteogénico, condrosarcoma y sarcoma de Ewing.

Las tres primeras formas de sarcoma se consideran dentro de un mismo grupo, puesto que se comportan de un modo semejante y responden a una forma similar de tratamiento. Dan síntomas de tumefacción con dolor y afectan con más frecuencia a la arcada inferior puede presentarse pérdida de los dientes e incluso ulceración de la mucosa que los recubre. Los rayos "x" demuestran lesiones destructivas óseas en ocasiones. Incluso en espículas y hueso neoformado.

Estos tumores metastatizan por vía sanguínea y su cura-

ción dependerá de la destrucción precoz de la lesión primaria antes de que se haya extendido; la radioterapia consigue resultados satisfactorios en un número muy limitado de casos. La combinación de la terapéutica quirúrgica y de la radioterapia es la que logra mejores resultados. El sarcoma de Ewing o endotelioma del hueso es un tumor que puede afectar a ambas arcadas, se encuentra más a menudo en adultos jóvenes y con mayor proporción en hombres que en mujeres. Tiene un rápido crecimiento con metástasis precoces lo cual le confiere un pronóstico desfavorable; el dolor y la tumefacción pueden hacer sospechar de la presencia de este tumor, los rayos "x" muestran la figura característica de destrucción ósea con formación de nuevo hueso en el tumor.

El sarcoma de Ewing es muchas veces radiosensible y responde de una forma dramática a la radioterapia, consiguiéndose un considerable alivio en cuanto al dolor y a las deformaciones.

CARCINOMAS.

CARCINOMA DE LOS MAXILARES.

En la etiología del carcinoma se han invocado los traumatismos; las acciones persistentes como roces de la lengua con cavidades de bordes agudos o puntos prominentes en los puentes o aparatos protésicos, los cuales merecen especial atención en el tratamiento odontológico, también se ha considerado como factor causal en ocasiones la presión debida a cálculos salivales, pero con mucho mayor frecuencia dan origen al carcinoma; los ateromas, los nevos, quistes epiteliales dermoides, que pueden persistir largo tiempo en estado de pequeñez y su rápido aumento de volumen es generalmente signo de desarrollo del cáncer, las placas psoriásicas, así como las que aparecen en la leucoplasia favorecen el desarrollo del cáncer, estas placas pueden permanecer largo tiempo sin irritación alguna, hasta que en un momento dado aumentan su dureza y consistencia desarrollándose el carcinoma.

Está comprobado que los tumores cancerosos proceden de los epitelios y por consiguiente tienen un punto de origen muy

diverso, ya sea en el epitelio de cubierta que es el que sufre la degeneración cancerosa más frecuentemente; los epitelios de las glándulas incluidas en la mucosa, el epitelio de los senos maxilares y el de las fosas nasales. En casos aislados en que el origen no aparezca claro, podría señalarse como punto de partida a los epitelios incluidos en el maxilar durante la evolución dentaria o también de gérmenes dispersos del período de desarrollo de los arcos branquiales.

En el maxilar la mucosa de la apófisis alveolar parece ser el origen más frecuente de la formación cancerosa.

En el carcinoma del maxilar se observan principalmente dos formas, una de las cuales produce un aspecto verrugoso y papilomatoso de la membrana mucosa, mientras que la otra tiende a avanzar hacia la profundidad más bien en forma tuberosa; esta forma produce el abombamiento del maxilar, la laxitud de los dientes y la destrucción ulcerosa. Desde el punto de vista etiológico hay que conceder mucha importancia a la leucoplasia, la cual puede persistir durante largo tiempo en la boca del paciente en forma inocua y pasando inadvertida a este último, pero que después de modo casi repentino, origina a veces úlceras induras, que se transforma rápidamente en cáncer.

TERAPEUTICA EN GENERAL.

Los principios básicos del tratamiento de tumores iniciales de cabeza y cuello se hallan bien establecidos, el enfoque es de tipo quirúrgico, de radiaciones y de quimioterapia, se puede utilizar cirugía sola o radioterapia para tratar tumores de mucosa bucal en sus dos tercios anteriores, lengua, suelo de la boca y labios. En los tumores avanzados de cabeza y cuello donde cirujanos y radioterapeutas trabajando juntos han estado buscando formas de mejorar los resultados globales. Los adelantos se han logrado por lo menos en tres grandes campos; el empleo combinado de methotrexate y cobalto-60, oxígeno y radioterapia pre-operatoria. Se calcula que aproximadamente la tercera parte de los pacientes con cánceres que amenazan la vida son tratados con buen resultado; las otras dos terceras partes mueren de su enfermedad, muchas veces la mejor medicina contra el cáncer es una actitud objetiva, optimista y enérgica del médico, digamos de paso que el cáncer es tan diverso y muchas veces tan imprevisible que esta actitud suele ser la más razonable.

La forma como el médico aborda al canceroso incluye muchas consideraciones psicológicas que pueden resultar superfluas en la práctica quirúrgica más rutinaria. Hay una necesidad básica de comprensión entre el enfermo y uno mismo al acercarse a un paciente que sufre una enfermedad maligna. Son características universalmente importantes del tratamiento, la honestidad con uno mismo y con el enfermo, la capacidad de decirle la verdad con sensibilidad suficiente sin sobrecargarlo de información y de reconocer la necesidad de dependencia del mismo. El empleo al máximo de la destreza quirúrgica y de los programas terapéuticos, la reducción del do-

lor y el sufrimiento y la capacidad para discutir abiertamente el proceso de la muerte con el mismo paciente de manera que pueda tener una sensación de control y dignidad tiene una importancia final y básica. Al compartir las circunstancias de la muerte el médico estimula sus mismos sentidos y su comprensión a la vida.

Hace más de un siglo al aparecer la anestesia, seguida por los conocimientos de asepsia y antisepsia se pudieron efectuar operaciones quirúrgicas relativamente poco peligrosas y sin grandes molestias, la cirugía ha seguido siendo el mayor método global para el tratamiento del cáncer con buen resultado, pero pronto se comprobó que la cirugía sólo daba buen resultado en una minoría de cancerosos y se buscaron otro tipo de tratamientos.

Los rayos "x" brindaron la segunda modalidad terapéutica, los intentos iniciales de radioterapia se efectuaron con energía relativamente baja y sólo dieron resultado cuando la lesión era superficial, por ejemplo en piel, cuello uterino y la cavidad bucal, se comprobó que la radioterapia también servía para resolver una minoría de los problemas planteados por el cáncer y gradualmente se desarrolló la cooperación entre cirujanos y radioterapeutas, el canceroso fue tratado por una combinación de cirugía y radioterapia esta última empleada antes de operar o en fase post-operatoria.

La quimioterapia es la modalidad que brindó la oportunidad para que el internista tratara el cáncer medicamente, al principio en forma paliativa más tarde con la esperanza de curación.

Cirugía: es el método más antiguo y seguro de eliminar por completo la lesión localizada. La cirugía debe ser delicada y en lo posible atraumática, el manejo del órgano o tejido portador de la neoplasia debe ser reducido al mínimo, ser suave a fin de disminuir al máximo el riesgo de diseminación tumoral por medios mecánicos.

La cirugía del cáncer exige pericia de tipo netamente es-

pecializado que entraña conocimiento completo de la forma corriente del crecimiento y de los mecanismos de diseminación de tumores específicos.

En cirugía tiene importancia precisar lo que constituye un margen seguro de tejido normal alrededor de un tumor, también tiene importancia conocer las vías probables de diseminación.

Radioterapia: fuera de nuestro país se considera en los lugares de gran cirugía cancerológica que un 60% de los enfermos tendrá que recibir radioterapia en algunas fases de la evolución de su padecimiento neoplásico, ya sea la radioterapia sola como agente paliativo o asociada a la cirugía o a la quimio y hormonoterapia.

En el Instituto Nacional de Cancerología se considera que casi un 85% de los enfermos requieren de este método terapéutico.

El uso de radiaciones para destruir tumores se funda en el hecho de que las células malignas son más susceptibles a la radiación que las células normales, sin embargo la radiación también afecta tejidos normales.

En cuanto a la radiosensibilidad los tumores se han clasificado en tres grupos principales:

1.—Tumores muy radiosensibles, que comprende carcinoma embrionario del testículo y tumores derivados de los tejidos hemopoyéticos y linfoide, por ejemplo linfomas, mieloma múltiple y leucemia.

2.—Tumores moderadamente radiosensibles, que incluyen carcinomas de células basales y carcinoma indiferenciado de todos los tejidos.

3.—Tumores radioresistentes, entre los cuales se cuentan, fibrosarcoma, sarcoma osteogénico, melanocarcinoma y los carcinomas glandulares diferenciados.

Quimioterapia: la busca de sustancias químicas que pueden administrarse por vía intravenosa y que se localizan en células tumorales y las destruyan, es en la actualidad una de las actividades principales en muchos centros de investigación contra el cáncer, los anticancerosos más eficaces hoy conocidos han sido clasificados por Karnof-Sky, en cinco grupos a saber:

- a.)—Agente de alquilación.
- b.)—Antimetabolitos.
- c.)—Hormonas.
- d.)—Antibióticos.
- e.)—Compuestos diversos.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

MEDIDAS PROFILACTICAS.

Una profilaxis se logra suprimiendo el mayor número de factores irritativos capaces de originar la aparición de una lesión precancerosa o un tumor maligno, entre estos factores tenemos: el tabaco, alcohol, la glositis del síndrome de Plummer-Vinson, la glositis por deficiencia vitamínica, la sífilis, las acciones traumáticas de una prótesis dental mal ajustada, la presencia de elementos metálicos en los mismos, los microtraumatismos de un diente cariado y una higiene dental defectuosa. Es indudable que la anulación de estos factores acompañada de una buena higiene dental lograrían que la aparición de los tumores malignos sean mínimos.

Se recomienda al paciente que su visita al dentista sea por lo menos de dos veces al año, de esta forma descubriríamos en su etapa inicial cualquier cambio o alteración que se llegase a presentar en las estructuras de la cavidad oral.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

En nuestro trabajo, presentamos en una forma sencilla y concreta, la conducta a seguir en el diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de la cavidad oral, pues consideramos sin lugar a duda que estos tumores tienen gran importancia en la salud del paciente.

Nuestra profesión nos facilita tener contacto directo en la cavidad bucal, por lo tanto es indispensable que el cirujano dentista no desconozca las signos que manifiestan las diferentes formas clínicas que se presentan en la cavidad oral con respecto al carcinoma.

Siempre debemos sospechar de una gran degeneración maligna en aquellas neoplasias que presentan los siguientes signos:

- a).—Endurecimiento de la placa leucoplásica.
- b).—Infiltración dura en su base.
- c).—Persistencia de un edema.
- d).—Extensión brusca de sus límites.
- e).—Fisuración, ulceración de la placa.
- f).—Crecimiento rápido de excrecencia en su superficie.
- g).—Aparición de dolor a su nivel o dolor referido (otalgia).
- h).—Pequeñas hemorragias.
- i).—Trismos.

La curabilidad de los neoplasmas está en relación directa con el tamaño del tumor, las lesiones pequeñas e iniciales suelen ser indoloras, no producen alteraciones funcionales y pueden ser erradicadas con un mínimo de molestias post-operatorias para el paciente.

El cirujano dentista no debe desconocer los conocimientos básicos de diagnóstico de las neoplasias porque durante su crecimiento presentan características diferenciales de los tumores que asientan en otras partes del cuerpo.

Es indispensable que el cirujano dentista tenga responsabilidad y carácter al tratar estos tipos de pacientes, como también debe tener las bases firmes para hacer un diagnóstico precoz, pues es la única forma de evitar molestias al paciente e inclusive salvarle la vida.

Una de las pruebas que se debería de practicar en los consultorios dentales a pacientes en los cuales se dude de una neoplasia, es la prueba de tinción de la mucosa con azul de toluidina, la respuesta de esta prueba permite la detección de pequeñas lesiones tempranas y define el margen de la superficie patológica.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

BIBLIOGRAFIA.

1.—Amory Lucie, Dra. et al. Tumores malignos de la piel. *Práxis Médica* V. XI, pp. 11320-11330, Ed. Latinoamericana, 1960.

2.—Beattie, J. Edward, Jr. Dr. Problemas de cirugía oncológica. *Clinicas de Norte América*. Abril, 1969, Ed. Interamericana, pp. 211-216.

3.—Courtois, Duffit Michel, Dr. et al. Tumores malignos de la cavidad bucal. *Práxis Médica* V. IV, pp. 4030-4035, Ed. Latinoamericana, 1960.

4.—Castelazo, Ayala Luis, Dr. Criterio oncológico en cirugía. *Gaceta Médica de México*, V. 100 No. 9, Ed. Impresiones Modernas, S. A., México, Septiembre 1970. pp. 928-932.

5.—Flercher, G.H., et al. Therapy in the management of cancers of the oral cavity and oropharynx. Spring, Field I: II Chartes, C. Thomas, 1962.

6.—Guralnick, G. Walter. Tratado de cirugía oral, Salvat Editores, S. A., Mallorca 43, pp. 500-12; 1971.

7.—Harrison, T. R., Dr. Tratado de Medicina Interna. Sección No. 2, Ed. Fournier, México, 1969, pp. 443-448.

8.—Kraakoff, H. Irwin, Dr. Estado actual de la quimioterapia del cáncer. *Clinicas Médicas de Norte América*. Ed. Interamericana, S. A., Mayo 1971. pp. 683-702.

9.—Kremen, J. Arnold, Dr. et al. Adelantos recientes en

cirugía. Clínicas Quirúrgicas de Norte América Ed. Interamericana, S. A., Octubre 1967. pp.1125-1130.

10.—Lathrop, D. Frank, Dr. Tratamiento de tumores de glándulas parótidas. Clínicas Quirúrgicas de Norte América, Ed. Interamericana, S. A., Junio 1967, pp. 587-594.

11.—Landa, J. F. Stuart, Dr. et al. Cáncer del suelo de la boca y las encías. Clínicas Quirúrgicas de Norte América. Ed. Interamericana, S. A., Febrero 1973, pp. 135-145.

12.—Melamed, R. Mirón, Dr. et al. Adelantos Médicos en Cáncer, Clínicas Médicas de Norte América. Ed. Interamericana, Mayo 1966. pp. 651-653.

13.—Salazar, Mallen Mario, Dr. Cáncer. Gaceta Médica de México. Impresiones Modernas, S. A., V. 97 No. 6, Junio 1961, pp. 407-426.

14.—Pedro - Pons, Agustín. Tratado de Patología, 3a. Ed. Salvat Editores, V. I, México 1956

15.—Robbins, L. Stanley. Tratado de Patología 3a. Ed. Ed. Interamericana, S. A., México 1968, 1968.

16.—Rebollo, María Antonieta. Histología. 2a. Ed. Interamericana, Buenos Aires, pp. 552-556.

17.—Revista Hispano-Americana de Odontología. Lesiones iniciales de la mucosa oral V. 12 No. 69 Mayo-Junio 1973.

18.—Diagnóstico oportuno de tumores malignos de la cavidad oral y orofaringe. Anuario de Actualización en Medicina. I. M. S. S., Fascículo 10, Oncología, México, 1972.

19.—Escuela Odontológica Alemana. Tomo No. 1, pp. 638-649.

20.—Gordon C., Saver, Dr. Enfermedades de la piel. 2a. Ed. Interamericana, S. A., México 1967. pp. 244-250.

21.—Lehmans, J., Dr. Vademecum de Odontostomatología Ed. Jims, Barcelona, pp. 170-172.