

T. 55/29.

REPUBLICA DE COLOMBIA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA JAVERIANA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

# CANCER DE LA CAVIDAD ORAL

TESIS PARA OPTAR EL TITULO  
DE DOCTOR EN ODONTOLOGIA

**EDMOND CHEDIAK A.**

BOGOTA, D. E.

1962

RÉPUBLICA DE COLOMBIA

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA JAVERIANA**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

---

Rector Magnífico:

LUIS EMILIO RESTREPO, S. J.

Decano de Estudios:

Prof. Doctor ALVARO DELGADO MORALES

Decano de Disciplina:

R. P. HERMANN PERALTA, S. J.

Presidente de Tesis:

Prof. Doctor ALEJANDRO HAKIM DOW

Consejo de Examinadores:

Prof. Doctor AUGUSTO BUENDIA FERRO

Prof. Doctor JORGE CONVERS

Secretario de la Universidad:

Doctor LUIS FERNANDO GUTIERREZ

Secretario de la Facultad:

Doctor EDUARDO GOMEZ GRAU

**A LA MEMORIA DE MI HERMANO ODEL**

## **REGLAMENTO DE EXAMENES PREPARATORIOS TESIS Y EXAMENES DE GRADO**

Artículo 8º — “En toda tesis de grado se hará constar que la Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por el alumno en su trabajo. Que sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma ni a la moral católica, y porque la tesis no contenga ataques personales y únicamente se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad científica”.

RÉPUBLICA DE COLOMBIA

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA JAVERIANA**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

RESOLUCION NUMERO 70 DE 1962

(Abril 10)

El Decano de la Facultad de Odontología,

CONSIDERANDO:

Que el señor Edmond Chediak Atia presentó a la consideración del Consejo de Tesis y Seminarios el estudio intitulado "CANCER DE LA CAVIDAD ORAL", bajo la dirección del Profesor Doctor Alejandro Hakim;

Que el EXAMINADOR SECRETO conceptuó que dicho trabajo llenaba los requisitos reglamentarios,

R E S U E L V E :

Aceptar como tesis de grado el trabajo a que se refiere la presente Resolución y autorizar la publicación bajo el número 70 del Registro de Tesis y Seminarios.

Dada en Bogotá el día 10 de abril de 1962.

ALVARO DELGADO MORALES

Decano

EDUARDO GOMEZ GRAU

Secretario

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**

Bogotá, febrero 7 de 1962.

EL SUSCRITO DIRECTOR,

CERTIFICA :

Que las historias clínicas que aparecen en el trabajo de Tesis del doctor Edmon Chediak, titulado "CANCER DE LA CAVIDAD ORAL", son auténticas y reposan en los Archivos del Instituto.

Dr. MARIO GAITAN YANGUAS

Director

# INTRODUCCION

## EL ODONTOLOGO FRENTE AL CANCER

Cuando el cáncer se desarrolla, el problema que queda entre el paciente y una posible curación, puede dividirse en dos fases: la primera empieza con la instalación de la enfermedad y el comienzo del desarrollo (que evidentemente precede a los síntomas iniciales) y se prolonga hasta que esté comprobado el diagnóstico del cáncer y el paciente sea remitido al especialista quien le dará el tratamiento.

Esta fase puede durar varios meses. Cuando el diagnóstico del cáncer esté definitivamente comprobado, empieza la segunda fase. Esta se refiere al tratamiento del cáncer, es decir a la selección del método de tratamiento, su aplicación, y la persistencia del paciente en él, hasta que la posibilidad de reaparición haya pasado.

En muchos estudios sobre cáncer, la primera fase del problema (el diagnóstico del cáncer), recibe poca atención, pues las principales consideraciones tienden hacia el tratamiento del tumor. Puede ser fácilmente demostrado, sin embargo, que el éxito del tratamiento depende por lo menos, si no más, del diagnóstico precoz y el pronto comienzo del tratamiento, que de algunas diferencias que hayan en la selección y aplicación del tratamiento.

En la primera fase, es decir, en el hallazgo y diagnóstico del cáncer de la boca es cuando el odontólogo desempeña su principal papel. Bajo ciertas condiciones, el odontólogo afronta una responsabilidad más grande en el primer diagnóstico del cáncer que el médico. En algunos casos de cáncer en la boca, es probable que el odontólogo sea consultado primero, pues es muy razonable que el paciente crea que el desarrollo o sus síntomas iniciales son debidos a algún desorden dental más que a un tumor maligno. En tales casos el odontólogo bien preparado puede prestar gran servicio al bienestar y salud del público, pues frecuentemente él sólo está en la posibilidad de dar un diagnóstico presunto o positivo.

Además del cáncer de la boca hay, aunque inútil decirlo, muchas lesiones inflamatorias y tumores benignos; así como una variedad de manifestaciones bucales de enfermedades generales que muchas veces presentan dificultad para el diagnóstico diferencial.

Puesto que estamos interesados en el problema del cáncer de la boca, la inclusión de cualquier información detallada sobre la apariencia clínica y diagnóstico de los tumores benignos y de otros desórdenes de la cavidad bucal, está evidentemente fuera del campo del presente estudio. He intentado sin embargo, catalogar los tumores benignos y lesiones inflamatorias de la boca que más frecuentemente son una fuente de confusión en el diagnóstico diferencial del cáncer de la boca, y por consiguiente hablar someramente sobre ellas.

Los miembros de la profesión dental, tienen una posición de única ventaja con respecto al diagnóstico precoz del cáncer de la cavidad bucal y la profilaxis contra esta enfermedad.

Los tumores malignos, por otra parte, se presentan comúnmente en personas que gozan aparentemente de buena salud. Muchas de ellas raras veces han necesitado consultar a un médico, al menos no por cualquier mal que requeriría un examen completo de la cavidad oral. La profesión médica es impotente para facilitar un diagnóstico precoz a este grupo de personas. Por otra parte, puesto que ha venido extendiéndose la costumbre de que se tenga desde la infancia en adelante, un examen dental completo una o dos veces por año, el odontólogo puede examinar la cavidad bucal periódicamente en las más deseables condiciones.

Si el odontólogo no se aprovecha de esta extraordinaria oportunidad para el reconocimiento precoz del cáncer, la pérdida irreparable para la salud del público es evidentemente grande.

Por medio del entrenamiento y la práctica, el odontólogo se familiariza con la anatomía normal de la cavidad oral, y por lo tanto debe estar en posibilidad de reconocer cualquier desviación de lo normal. Tiene que darse cuenta de que su responsabilidad no termina con el cuidado y tratamiento de los dientes y sus anexos, sino que, en caso de que se le presente, debe estar en capacidad de descubrir una lesión maligna, con lo cual es posible que haya sido el instrumento en la salvación de una vida humana.

Los síntomas del cáncer precoz de la boca son rara vez molestos o marcadamente dolorosos. Cuando un tumor maligno aparece en la encía, en el paladar duro, el borde de la lengua, o la mejilla, el sitio de la lesión y el carácter moderado de los síntomas, sugieren al paciente que pueda ser producido por los dientes. En tales casos es natural que el paciente consulte primero al dentista. Un estudio de las historias clínicas de los pacientes que tienen tumor maligno en la boca, mostrará que un alto porcentaje busca primero el consejo del odontólogo que la consulta donde el médico. En una palabra, el odontólogo es consultado primero, aproximadamente en una tercera parte de los casos de cáncer en la boca.

### **PORCENTAJE DE PACIENTES CON CANCER EN LA BOCA QUE CONSULTAN AL ODONTOLOGO PRIMERO QUE AL MEDICO**

Localización primaria del cáncer	Total de pacientes entrevistados	Porcentaje de consultas primero al odontólogo que al médico
ENCIA	114	65
PALADAR	106	45
LENGUA	139	35
MUCOSA DE LA MEJILLA	113	35
PISO DE LA BOCA	125	27

MEMORIAL HOSPITAL (Hayes Martin - "Mouth Cancer and the Dentists").

El cuadro (1) muestra el porcentaje de los pacientes, con diferentes localizaciones de cánceres de boca y que consultaron primero al odontólogo que al médico. Es particularmente digno de anotar que en alguna variedad, como en el cáncer en la encía, aproximadamente el 65% de los casos busca primero la opinión del odontólogo.

En el cáncer de la lengua, encía y mucosa bucal, el paciente generalmente consulta al odontólogo dentro del mes después de presentarse los primeros síntomas.

Si el odontólogo está bien preparado puede hacer un diagnóstico, o por lo menos, al tener alguna sospecha, enviará éstos pacientes al especialista, con lo cual se podrán salvar sus vidas que, posiblemente, en unos meses más estarían condenadas.

## EXAMEN

La necesidad de un examen periódico dental es reconocido por muchos pacientes. El odontólogo ha tenido éxito al probar a los pacientes el valor de un examen dental regular, como medio de guardar la salud de la cavidad bucal y de preservar los dientes.

El conocimiento difundido entre el público, en lo relacionado con la importancia que tiene la asepsia oral en la salud general del organismo ha contribuido a esto.

Los odontólogos son testigos que muchos pacientes que sufren de varios desórdenes tales como vértigos, dolores de cabeza, inflamación de cara o cuello, visitan su odontólogo antes de ver al médico.

De aquí que en el examen odontológico a los pacientes, clínica y radiográficamente, en muchos casos, varios años antes de que ellos puedan presentarse a un examen médico, se tiene la oportunidad de hacer el primer reconocimiento y diagnóstico del cáncer, particularmente del cáncer radicado en la boca. Hay muchos pacientes que se presentan para el tratamiento en periodos ya avanzados de cáncer, porque la enfermedad no ha sido descubierta y reconocida antes.

Si el diagnóstico no es completo y se notan lesiones oscuras, la técnica del examen bucal debe ser cuidadosa y exigente y debe incluir otros exámenes además del examen rutinario de los dientes.

Frecuentemente los odontólogos fallan en apreciar el significado de importantes descubrimientos, debido a su poca familiaridad con la apariencia de las lesiones. Por esta razón los odontólogos deben pertenecer o adherirse a corporaciones en donde las facilidades del hospital proporcionan conferencias sobre tumores, o asociarse a clínicas dedicadas a esta fase de diagnóstico y tratamiento.

La práctica dental hoy en día no guarda relación con las enseñanzas actuales, y como resultado estamos enfrentados al hecho de que el promedio del examen dental consiste en una inspección de aspecto físico de los dientes y la relación de los arcos dentales. No puede negarse que esta práctica y su continua prosecu-

ción está retardando el progreso de la profesión y lo que es más importante está dando como resultado un descuido en el reconocimiento y diagnóstico de los signos y síntomas iniciales del cáncer.

Debemos recalcar la importancia que tiene la Historia Clínica, llevada en una forma práctica, y que debe ser hecha aún por el profesional más ocupado. Es tan importante para el odontólogo descubrir que su paciente ha ido perdiendo peso desde su último chequeo, como hacer el examen radiográfico.

Un examen de la boca es adecuado solamente si el campo ha sido explorado completamente y si los descubrimientos han sido registrados.

El tipo de examen que consiste en una rápida ojeada a la cavidad bucal, seguida luego de un inmediato examen de los dientes, debe ser abolido.

La cavidad bucal se presta fácilmente a la inspección, palpación y al estudio radiológico, métodos estos para el diagnóstico, que deben usarse habitualmente.

Debe establecerse un método de examen que pueda ser seguido y que venga a convertirse en un hábito de trabajo. Como se ha dicho previamente, que debe llevarse una historia clínica, modificable según las necesidades. Puede ser difícil para el profesional acostumbrarse a esta rutina, pero la importancia de la historia del paciente, ha llegado a ser axiomática en la práctica de la medicina y llegará sin duda a ser igualmente valiosa en la práctica dental, particularmente debido a los adelantos que continúan haciéndose, como a la importancia que tienen los cambios de la mucosa bucal como un indicador del índice general del individuo.

Según lo anterior podría dividirse el examen en dos partes: la anamnesis, y el examen actual.

Para poder seguir un buen método es necesario llevar la ficha individual, en la cual ya estarán consignados todos los factores importantes y dignos de tener en cuenta para, de esta manera no correr el riesgo de olvidar alguno. No quiere decir esto que en el caso de observar algo interesante, no se inquiere hasta la saciedad la causa o factores causantes de él, aunque no se hallen consignados en la ficha.

La ficha individual, en la que se anotan todos los factores locales y generales relacionados con el paciente, sirve de punto de apoyo al profesional para el estudio y vigilancia de los casos. La ficha presta así un doble servicio: por un lado sirve de guía para una valoración correcta de los antecedentes relativos al estado, tanto general como de la cavidad bucal del paciente y, por otra parte, proporciona al odontólogo la oportunidad de observar cualquier cambio que se presente entre un examen y otro.

En la ficha figuran todos los factores orgánicos generales que puedan, en un futuro, ser causa de complicaciones locales. El fin principal que se persigue al tomar nota de ellos es el de obtener la historia clínica de cualquier enfermedad orgánica que pueda ser el resultado de focos de infección bucales, o que puede ser agravada por los mismos, o que nos dieron indicación de alguna posible lesión cancerosa.

El examen actual del paciente empieza con una inspección del paciente con la boca cerrada.

El tamaño y forma de la cabeza, los ojos, el color y textura de la piel, textura del cabello, asimetrías de la cara, lesiones anormales alrededor de la cara, son todas importantes. Se debe hacer palpación de los ganglios submaxilares, sublinguales y cervicales, lo mismo que de la articulación témporomandibular.

Luego cuando el paciente abre la boca, la presencia de sangre, pus o extraña cantidad de saliva o de aliento anormal deben anotarse.

Síntomas objetivos y subjetivos locales: Ha de interrogarse al enfermo respecto a los siguientes síntomas objetivos y subjetivos de la cavidad bucal: hemorragias, exudados, películas, olor, dolor, enrojecimiento, saliva, inflamación y sabor.

Régimen alimenticio.

El método a seguir debe hacerse según la práctica individual de cada odontólogo.

Se debe investigar la movilidad de la lengua; si ésta es dolorosa o sucia. Luego se examinarán las superficies mucosas de los labios superior e inferior, la membrana mucosa de cada mejilla, el paladar duro, el piso de la boca, el paladar blando y úvula, faringe, los dientes, las encías y áreas relacionadas con las mandíbulas. Si las condiciones son normales, el tiempo transcurrido en este examen será de unos pocos minutos.

La palpación se usa raras veces en el examen habitual de la boca, sin embargo es de gran valor en el campo del diagnóstico. Por ejemplo, si hay alguna parte dolorosa de la lengua, con o sin lesión visible, una palpación a lo largo de los dientes puede revelar una anfractuosidad invisible del diente, causa del mal.

Cuando por medio de la palpación se encuentran dientes flojos, es necesario recalcar la importancia de determinar la causa de este aflojamiento, especialmente cuando se limita a un solo diente, mientras sus vecinos permanecen fijos; a menudo éste es el primer síntoma del cáncer que empieza en la región periapical de este diente.

Cuando se presenta una lesión definida, la palpación ayuda a informarnos en cuanto a su consistencia, sensibilidad, extensión o infiltración y relación de la lesión con las estructuras adyacentes.

Cuando los ganglios linfáticos de la región submental y submaxilar van a ser examinados, la palpación extrabucal sola, frecuentemente fracasa en encontrar algún cambio, pero si además se coloca el dedo índice de la mano opuesta a lo largo del piso de la boca, para fijar el músculo milohioideo, una protuberancia linfática ligeramente alargada se palpará fácilmente.

**DIAFANOSCOPIA:** La transiluminación es un medio útil de diagnóstico para la región anterior de la boca; en la zona posterior, en cambio, la imagen de la sombra es poco clara. La transiluminación debe hacerse en un cuarto oscuro o al menos en una habitación bien oscurecida. Se basa el siguiente principio: los tejidos blandos normales al ser atravesados por un haz de luz fuerte aparecen blandos y rosados, mientras que los tejidos con procesos patológicos aparecen opacos y más oscuros, por la sombra que da alguna neoformación. El tamaño

de la zona oscura o sombra generalmente es índice de la extensión del tejido afectado. Es aconsejable hacer la transluminación desde el exterior como desde el interior de la cavidad bucal, variando la intensidad de la luz. Si existe una zona patológica pequeña, puede no observarse con luz muy fuerte, y sí con luz menos intensa. Es de gran valor, también, en la investigación de lesiones óseas cuando la destrucción ósea es muy grande.

El examen de Rayos X es indispensable para un adecuado examen bucal. Los rayos X deben usarse adecuadamente en cuanto a extensión y a técnica. Ninguna tentativa de diagnóstico debe hacerse basada sobre films inadecuados o imperfectos. En caso de que el examen intraoral de rayos X revele cambios que requieran un examen más adecuado, deben tomarse placas extrabucales. Es posible que el examen de rayos X para las lesiones de la mandíbula deban incluir placas laterales de ésta.

La importancia que tiene el rápido diagnóstico del cáncer en la boca, hace necesario que el odontólogo esté bien informado de los signos y síntomas primarios de esos procesos. Es, por consiguiente, imperativo un concienzudo y rutinario examen de la boca y la faringe.

Al hacer el examen de la boca deberá reconocer los signos y síntomas del cáncer primitivo. Dolor, aflojamiento de los dientes, parestesias, y cambios en las estructuras sin ningún factor etiológico discernible, deben ser considerados como síntomas posibles de cáncer metastásico, particularmente cierto si está asociado a una historia de reciente y continua pérdida de peso, dolor, hemorragias y tumores en otras partes del cuerpo.

## **ACCESIBILIDAD DE LA CAVIDAD BUCAL PARA EL EXAMEN**

El cáncer de la boca no es tan difícil de diagnosticar, comparado con los localizados en otras partes del cuerpo. Afortunadamente la cavidad oral es accesible a la inspección clínica y a la palpación digital, de modo que cualquier lugar de la boca puede ser examinado sin aparatos especiales: por lo tanto el diagnóstico de una lesión sospechosa puede hacerse, salvo contadas excepciones, mediante procedimientos objetivos directos, más bien que por medios indirectos o complicados, como los que tienen que ser usados en otras partes del cuerpo.

Algunas regiones de la cavidad bucal, particularmente los labios y la parte anterior de la lengua, están bajo la constante observación del mismo paciente. El tacto, en la parte anterior de la lengua, es tan fino que cualquier irregularidad de la mucosa del paladar, encía o mejillas no puede pasar desapercibida. Los labios que están bajo la diaria observación de todas las personas que usan espejo, son accesibles al reconocimiento de cualquier lesión que aparezca en ellos. Por lo tanto muchas de las anomalías en los labios y parte anterior de la boca pueden ser descubiertas por los sentidos del tacto y de la vista. Es, sin embargo, un hecho curioso que muchos pacientes pasen por alto, o no hagan caso de lesiones cancerosas perfectamente claras, porque no sienten dolor o malestar.

Un gran promedio de personas, y aún muchos odontólogos, creen que el dolor es notorio e inevitable en cualquier lesión neoplásica aún desde sus comienzos.

Esta creencia es defendida por aquellos casos extremos de cáncer que vienen a conocimiento del público, a pesar de que en tales casos el sufrimiento es debido principalmente a complicaciones de la infección secundaria, más bien que al tumor mismo.

Se debe dejar aclarado que el cáncer situado profundamente sin asocio de infección secundaria o de ulceración, puede causar la muerte sin haber llegado a producir dolor durante su curso.

Los pacientes que buscan consejo médico después de haber notado una lesión, frecuentemente declaran que se dieron cuenta mucho antes que algo iba mal, pero pensaron que su estado no era grave porque no había dolor.

## DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER EN LA BOCA

Se puede afirmar sin vacilar que el cáncer bucal es más grave y tiene más trascendencia para el paciente, que cualquier otro estado con el cual fácilmente podría confundirse. Por lo tanto, en cualquier lesión sospechosa de la boca, tanto el médico como el odontólogo deben inquirir primero si es cáncer y descartar tal posibilidad antes de esperar "a ver lo que sucede" o antes de aplicar un tratamiento basándose en un diagnóstico benigno. Si se considera desde el principio la posibilidad de un crecimiento maligno, se cometerán pocos errores perjudiciales en el diagnóstico. Al llevar la historia en un caso sospechoso de cáncer en la boca, lo más sencillo es determinar si la lesión es crónica o progresiva. Si el paciente puede recordar que la anormalidad ha estado presente durante varias semanas o meses y que ha crecido constantemente en extensión, esto solo basta para sugerir que hay un tumor maligno. Sin embargo, el fracaso al establecer una historia de larga duración de los síntomas, no tiene mayor importancia, pues no es extraño que un paciente que sufra de un crecimiento canceroso, ya con varios centímetros de diámetro, al consultar a un médico o dentista, insista en que los síntomas aparecieron hace uno o dos días.

Algunas lesiones inflamatorias (herpes, infección de Vincent, úlcera traumática, abscesos dentales, etc.) son característicamente de aparición repentina y van acompañados de síntomas muy dolorosos que se empeoran rápidamente, llegan a una culminación en unos pocos días y luego se calman curándose completamente. Por otra parte, el cáncer empieza insidiosamente, a menudo sin síntomas subjetivos y progresa lentamente durante un periodo de semanas y aún de meses antes de que los síntomas dolorosos fueren al paciente a buscar consejo médico. Por estas razones, cualquier desorden en la cavidad bucal tales como una úlcera, un crecimiento una lesión verrugosa, un absceso crónico, una área agrietada y palpablemente engrosada de leucoplasia, una extraña inflamación o hinchazón de cualquier tejido, deben ser mirado sospechosamente y no olvidar la posibilidad de cáncer, especialmente si el desarrollo de la lesión ha sido insidioso y crónico.

EL PELIGRO EN LA DEMORA DEL DIAGNOSTICO. — Es costumbre tradicional para el médico y para el odontólogo no hacer nada más que dar un tratamiento expectante a los pacientes cuyos males son vagos o mal definidos. Tal medida de prudencia obra bien en la mayoría de los casos pues elimina enferme-

dades leves y pasajeras, dejando en consideración solamente aquellos casos en los cuales los síntomas vagos persisten o se empeoran. Por otra parte, esta moderada actitud falla invariablemente en el diagnóstico precoz, en el cual el elemento tiempo es de la mayor importancia. Si los odontólogos y médicos nunca dieran tratamiento expectante para los males de la boca hasta después de que la posibilidad del cáncer haya sido eliminada, muchos más diagnósticos del cáncer de la boca podrían darse, y muchas vidas salvarse.

Una causa muy frecuente que hace fracasar o retardar el diagnóstico precoz del cáncer de la boca, es esa actitud un tanto sentimental por parte de algunos odontólogos y médicos. Cuando se encuentran con síntomas o descubrimientos que sugieren un crecimiento maligno, al médico y al odontólogo naturalmente les disgusta considerar la posibilidad de una enfermedad tan grave como el cáncer, y entonces influenciados por el sentimiento, buscan una explicación más sencilla. Esto sucede particularmente cuando se trata de un paciente antiguo y más aún si es amigo, pero esta actitud no sirve de nada. Ciertamente que no se hace gran daño si el diagnóstico y tratamiento de las lesiones benignas, como simple úlcera, la infección de Vincent, goma y aún úlcera tuberculosa, se consideran solo como medida de ensayo, mientras el procedimiento para el diagnóstico definitivo se lleva a cabo para excluir la presencia de un crecimiento maligno.

El tratamiento de lesiones crónicas benignas no constituye una emergencia. En cambio el diagnóstico inmediato y el tratamiento que se puede hacer por medio de una incisión de regular tamaño o por medio de una aplicación limitada de radioterapia, si se descuida, puede crecer enormemente en extensión en unas pocas semanas y aún días y puede dar metástasis a los nodulos linfático cervicales y esparcirse por todo el cuerpo haciéndose incurable, mientras el odontólogo o médico esperan ver lo que sucede y hacen esfuerzos inconexos para probar un diagnóstico benigno.

Si el dentista o médico a quien el paciente consulta primero por síntomas leves de cáncer primario, no sospecha inmediatamente la grave naturaleza del mal, su actitud tranquilizadora y el tratamiento moderado, quiere decir que no hay para qué preocuparse de ello. La experiencia demuestra que después de tal afirmación, el paciente tolerará los síntomas del cáncer por mucho tiempo y no buscará el consejo médico hasta que haya impotencia o dolor, síntomas avanzados de cáncer.

El primer odontólogo o médico a quien se consulte es el que tiene la más brillante oportunidad. Las revistas de historias clínicas de cáncer de la boca muestran que en casos de diagnósticos demorados, el promedio intermedio entre la primera y segunda visita a un médico u odontólogo es mucho más larga que el intervalo entre las visitas subsiguientes. Así se pierde un tiempo precioso y muchos casos de cáncer precoz curable, avanzan y llegan a ser incurables.

## FACTORES CANCERIGENOS

Cuando se presenta el cáncer, un grupo previamente localizado de células normales que crecen ordenadamente, cambian de carácter y comienza a multiplicarse y a malignizarse rápidamente invadiendo y destruyendo los tejidos norma-

les adyacentes, con tendencia a esparcirse y a diseminarse por todo el cuerpo, por metástasis, pudiendo causar la muerte.

El mecanismo exacto por el cual este proceso ocurre, o su causa inmediata, no ha sido establecido. Se sabe sin embargo que el cáncer del tejido epitelial se presenta más frecuentemente en áreas que han sufrido una irritación crónica.

**IRRITACION CRONICA:** el papel que juega la irritación crónica en la carcinogénesis se puede probar experimentalmente o por observación clínica, por ejemplo con la aplicación de ciertas sustancias químicas (especialmente productos de la brea del carbón) a la piel con producción subsecuente de cáncer cutáneo. Se ha acumulado una evidencia abrumadora sobre el efecto degenerativo que produce la irritación por irradiación, pudiendo llegar a producir tumores malignos, no solamente en el tejido epitelial, sino en el conjuntivo y los huesos.

En la etiología del cáncer bucal varias formas de irritación crónica pueden ser claramente establecidas como factores contribuyentes. Estas son en orden de frecuencia e importancia: tabaco, deficiencia nutricional (avitaminosis B), sífilis, desórdenes dentales y prótesis mal adaptadas. En la literatura que hay sobre la materia, estos factores no son siempre claramente evaluados.

Tabaco: mucho se ha escrito sobre la manera como el tabaco contribuye a producir cancer bucal. En resumen, antes se intentó encontrar un factor único, químico o físico, sobre la manera como podría el tabaco o el humo del tabaco convertirse en un factor carcinogénico. Tales esfuerzos han fracasado.

La conclusión más aceptable es, por consiguiente, que el tabaco o humo del tabaco son por sí mismos irritantes de los tejidos vivos, así como hay muchos otros agentes (quemaduras crónicas, cáusticos, etc.), y que su acción carcinogénica no es debida a una sustancia química sola, ni tampoco es específica.

La parte significativa desempeñada por el tabaco en la producción del cáncer de la cavidad bucal depende, en gran parte, de la predisposición y frecuencia del hábito.

En muchos casos de cáncer bucal, sin embargo, se pueden encontrar evidencias de más de una forma de irritación crónica. Por consiguiente es erróneo culpar solamente al tabaco, en cualquier caso dado, solamente porque la persona fuma. Más investigaciones a menudo demuestran que el paciente también tiene sífilis, o sufre de deficiencias nutricionales (avitaminosis). Según Sutton "la estomatitis nicotínica afecta especialmente a los individuos de piel muy blanca, sensible a los rayos solares; el hombre de pelo rubio, ojos azules y queratosis en la cara debe dejar de fumar porque es seguro que desarrollará leucoplasia, pudiendo pasar fácilmente de ésta a cáncer de la boca. El resultado más común, en los fumadores, es la leucoplasia exfoliativa, que puede afectar los labios, carrillos, lengua y paladar. Primero se produce una estomatitis simple en el paladar, que no se nota porque no hay síntomas subjetivos; más tarde la mucosa se cornifica y toma un aspecto blancuzco. Cuando se fuma en exceso se produce sensación de quemadura en la boca.

En algunos casos se aprecian pequeños puntos rojos distribuidos en el paladar: estos son los orificios inflamados de los conductos excretores de las glándulas mucosas. En otros casos se forman nódulos grandes, hasta de 2 o 3 mm.,

de diámetro, tienen color gris, forma irregular y con frecuencia están agrupados íntimamente. El examen anatomopatológico de un fragmento de la mucosa de uno de estos nódulos muestra: marcada hiperqueratosis del epitelio, con infiltración de células redondas en la capa papilar del corium".

**AVITAMINOSIS:** Los síntomas de la deficiencia de la vitamina B., son muchos y muy variados. Las personas que sufren de tal deficiencia nutricional, comúnmente presentan atrofia extensa de las papilas de la lengua e inflamación no muy marcada, aunque algunas veces presentan inflamación aguda con ulceraciones y fisuras en el ángulo de la boca. La mucosa de la lengua puede estar muy agrietada y arrugada (lengua geográfica o lengua escrotal); en otros casos puede estar asociada a extensas leucoplasias.

Ha quedado bien establecido que tales hallazgos clínicos, son debidos a una ingestión insuficiente, o mala asimilación del complejo B. Si estos cambios degenerativos no están muy avanzados, pueden desaparecer completamente al ser corregida eficientemente la dieta e instituída una terapia adecuada con el complejo B.

Esta forma de irritación crónica bucal y los cambios degenerativos que la acompañan son definitivamente carcinogénicos. Esto ha sido claramente demostrado, por la presencia de tejidos con inflamación crónica, en un alto porcentaje de pacientes con cáncer bucal.

**SIFILIS:** Las manifestaciones más comunes de una sífilis antigua son las glositis crónica, la estomatitis (inflamación de las membranas de la mucosa oral) y el goma; y lo más importante de estas lesiones es la diferenciación que debemos hacer entre ellas y el cáncer de la boca.

La glositis sífilítica es característica. La lengua está engrosada y cicatrizada; las papilas están atrofiadas, con áreas brillantes por todas partes y placas de leucoplasia regadas por la superficie. Esta lesión es grave porque es susceptible al desarrollo del cáncer.

Otra forma de la sífilis terciaria de la lengua es el goma. Este se presenta inicialmente como un nódulo profundo, situado en el dorso. Cuando se presenta la necrosis, hay expulsión de materias mal olientes, dejando un borde sinuoso. La úlcera presenta bordes salientes y es dolorosa. Es importante establecer diferencia entre ésta y la úlcera cancerosa.

**DESORDENES DENTALES:** En las estadísticas de la Clínica de Cabeza y Cuello del Memorial Hospital, más del 50% de los pacientes que han llegado a la edad de 60 años o más, están completamente edentulos. Puesto que los desórdenes dentales son casi universales, su presencia en los pacientes con cáncer bucal, difícilmente se pueden considerar de significado etiológico especial.

**PROTESIS MAL ADAPTADAS:** Las prótesis mal adaptadas, ya sean dentaduras completas o parciales, pueden producir úlceras de posible evolución cancerosa, que en el gran número de los casos permanecen durante semanas o meses sin que el paciente se percata de ellas. De pronto un malestar local, el tacto con la lengua de una zona áspera, o el descubrimiento accidental por el odontólogo, revela un tumor de largo tiempo de evolución.

Algunas veces, en la encía superior o inferior, el tumor ulcerado ha continuado infiltrándose a través del periostio hasta el hueso, antes que el paciente se perciba de él.

Esto puede deberse a que, ocasionalmente, la dentadura superior es difícil de retirar, debido a su gran adaptación, por lo cual el paciente no se la quita en varios meses.

Comúnmente se describe como la secuela de la irritación crónica por las dentaduras la hipertrofia de las encías, especialmente cuando la oclusión de la prótesis se hace con dientes naturales. Esta hipertrofia está acompañada algunas veces por signos de inflamación, que pueden evolucionar posteriormente hacia una úlcera cancerosa.

Las cámaras de succión empleadas para mayor retención de las dentaduras producen generalmente crecimientos poliposos, debido a la tendencia de los tejidos a invaginarse en estas cavidades, crecimientos estos que pasan con gran facilidad a la malignidad.

## LESIONES PRECANCEROSAS

**LESIONES DEBIDAS AL TRAUMATISMO.** — La hipertrofia de la mucosa oral, producida por reacción a repetidos traumatismos, no es rara y debe ser diferenciada de los verdaderos tumores.

Esta hipertrofia puede aparecer en la mucosa bucal o en la encía. Las dentaduras mal adaptadas irritan la encía, causando una reacción en los tejidos, comparable a las formaciones callosas de las manos o pies, por irritaciones crónicas. La hipertrofia puede tomar una forma redonda, suave, lobulada, que puede variar de tamaño desde pocos milímetros hasta un centímetro o más. En la encía, sin embargo, especialmente cuando es producida por dentaduras mal adaptadas, la hipertrofia toma una forma alargada, de apariencia móvil pedunculada, variando de tamaño desde 4 o 5 mm. hasta 1 cm. en su base, y de un largo desde 1 cm. hasta tamaños enormes, tanto que algunas veces la encía está cubierta por completo por la lesión.

Estos pseudotumores están cubiertos por mucosa normal, y son de consistencia firme, debido a que la materia fundamental que los compone es tejido fibroso denso. Algunas veces pueden estar ulcerados, siendo esta una mala señal indicadora de una irritación crónica, que de continuar puede conducir a la malignidad.

**Tratamiento:** El tratamiento es la resección quirúrgica. Si la lesión de la encía es resecada con bisturí, los bordes de la mucosa deben ser suturados. Sin embargo la mayoría de estas lesiones pueden ser extirpadas por electro-coagulación y con anestesia local. La granulación comienza en dos o tres semanas.

La higiene bucal extremada es importante en el post-operatorio.

**Pronóstico:** Es favorable después de la resección y si la causa es de irritación es eliminada.

## INFLAMACIONES

**GRANULOMA DE LA ENCIA.** — La lesión inflamatoria más común de la boca, que debe ser diferenciada de los tumores, es el granuloma de la encía. A su aparición es suave, rojizo, blando, sangra fácilmente a menos que esté cubierto por una membrana mucosa.

Los granulomas de la encía pueden ser agudos o crónicos. En el microscopio, los agudos de algunas semanas de duración, aparecen como simple tejido de granulación.

De hecho ellos están tan vascularizados, que a menudo los patólogos los confunden con un hemangioma infectado, mientras otros los llaman tejido vascular de granulación.

Después de algún tiempo se inicia la fibrosis. Las lesiones aunque sean muy grandes, pueden estar cubiertas por una membrana mucosa, simulando un epulix. Los granulomas fibrosos crónicos se pueden diferenciar del epulix por la apariencia clínica de la encía y los dientes. Dientes cariados e irregulares y encías infectadas e inflamadas indican la verdadera naturaleza de la enfermedad.

Tratamiento: mejorar la higiene dental es de primordial importancia, y algunas veces esto es suficiente para prevenir la aparición recurrente de pequeños granulomas agudos después de su extirpación.

Cuando pasan de 2 o 3 cms. de diámetro requieren, para su extirpación, electrocirugía, con anestesia local. Se debe hacer la resección con un amplio margen de tejido sano. El paciente debe volver a consulta para el cuidado post-operatorio. Al usar la electrocirugía se debe tener cuidado de no destruir demasiado periostio, pues la encía se retrae dejando al descubierto parte de las raíces de los dientes.

**GRANULOMAS DE LA LENGUA.** — Los granulomas de la lengua son causados por los traumatismos continuos que se producen al morderse la lengua los pacientes, seguidos de infección secundaria. Son muy vascularizados, y es a menudo difícil la diferenciación histológica con los hemangiomas infectados.

La mayor parte de los granulomas aparecen en los niños y en los adolescentes. Los únicos síntomas son la historia de los mordiscos y la aparición de una hinchazón que sangra fácilmente.

Tratamiento: el tratamiento es la resección quirúrgica, seguida por sutura. Se usa anestesia local. Se puede hacer también la extirpación, con electrocirugía. Después de la operación la herida sana, dejando una cicatriz blanda e insignificante.

Otras lesiones inflamatorias, como las aftas y las úlceras traumáticas, son de fácil diagnóstico por la historia y la apariencia. Dado el caso que la úlcera traumática dure más de dos o tres semanas, se haría imperativa la biopsia.

Las inflamaciones más comunes de la boca, que requieren diferenciación con los tumores, son la sífilis y la tuberculosis.

**SIFILIS.** — Es frecuente una demora en el diagnóstico del cáncer de la boca, por un diagnóstico errado de sífilis (goma o cualquier otra manifestación sifilítica secundaria). El cáncer de la boca y estas lesiones sifilíticas son casi idénticas en su apariencia clínica, y no se puede hacer ninguna diferencia entre ellas, si no es la biopsia. Pasando al punto práctico, es conveniente decir que el cáncer de la boca es mucho más frecuente que la goma sifilítica.

En los casos en que la sífilis y el cáncer de la boca están asociados, es obvio que la sífilis juega un importante papel en la etiología, más aún si se trata de una glositis lúética crónica de muchos años de duración. Ya hemos dicho que la

sífilis es un importante factor en la etiología del cáncer lingual, tanto que aproximadamente un 20% de los pacientes con cáncer de la lengua tienen una serología positiva.

Según las estadísticas, las posibilidades de un goma en la lengua son pequeñas, comparadas con las del cáncer lingual. Algunos de los más frecuentes errores en el diagnóstico, y de la demora en el tratamiento del cáncer, ocurren cuando a los pacientes con cáncer de la lengua se les somete a tratamientos antisifilíticos por varios meses, solamente por tener una serología positiva. Presentamos una regla simple en la cual se puede basar un método de diagnóstico. Al observar una tumoración o una úlcera en la cavidad oral se deben considerar los siguientes factores:

1.—¿Es la lesión reciente o ha estado presente por largo tiempo? Si es reciente, pequeña y no ulcerada, solamente una biopsia puede demostrar la presencia de cáncer. Debe ser extirpada y examinada microscópicamente, especialmente si el crecimiento es activo.

Si el nódulo o ulceración ha estado presente durante muchos años y no muestra indicios de cambio en el crecimiento, se debe efectuar una observación cuidadosa. Si un nódulo aparentemente benigno, de repente muestra signos de crecimiento y actividad, debe ser extirpado para investigar la razón de este crecimiento.

2.—¿Está sangrando? Si una úlcera sangra fácilmente, y especialmente si la sangre es roja brillante, arterial, se debe sospechar la presencia de cáncer. Se debe hacer biopsia para examen anatomopatológico.

3.—¿Es infiltrante? Un área de infiltración de los tejidos subcutáneos, casi siempre es característica de cáncer. Se debe efectuar biopsia.

4.—¿Es la lesión frágil? El tejido canceroso es duro y contiene muy poco tejido conectivo. Por esa razón se rompe fácilmente. La fragilidad es, por lo tanto, una evidencia concluyente de la presencia del cáncer.

5.—¿Hay infartación ganglionar regional? La metástasis del cáncer a los ganglios linfáticos adyacentes, se manifiesta por el crecimiento y endurecimiento de éstos. Si la cápsula ganglionar ha sido invadida, la glándula se adhiere a los tejidos vecinos. Por lo tanto, un ganglio duro o fijo, es siempre evidencia de cáncer. La primera evidencia de invasión ganglionar por un carcinoma de la mejilla puede estar en los ganglios linfáticos. La lesión primaria puede curarse sin dejar evidencia de recurrencia total, pero la metástasis lenta puede haber invadido los ganglios regionales, sin evidencia visible o palpable, hasta meses después.

6.—¿Responde la lesión al tratamiento? Una regla fija debería ser: que las lesiones que no sanan después de un tratamiento de diez días, o que sanan por un período corto, solo para ulcerar a los pocos días, deben ser sospechosas de cáncer. En tales lesiones la biopsia es obligatoria.

## TUBERCULOSIS

La tuberculosis de la boca es siempre secundaria a una tuberculosis en otra parte del cuerpo, especialmente de los pulmones. El esputo infectado contamina una pequeña grieta en la membrana mucosa y un proceso tuberculooso se desarrolla.

De las tres úlceras de la boca: sifilítica, tuberculosa y carcinomatosa, la tuberculosa es la más dolorosa. Solo ocasionalmente es indolora.

Las úlceras tuberculosas pueden aparecer en la lengua, encías o paladar.

En la lengua, la úlcera puede ser infiltrante, con una base limpia y bordes irregulares que sobresalen.

En las encías, el paladar y los labios, la úlcera es más superficial, de base nodular y limpia.

El diagnóstico se hace por la biopsia y por radiografía pulmonar.

El tratamiento es el de la tuberculosis, en general.

Abscesos agudos: el absceso de la lengua no es común. El aspecto clínico es característico.

Puede haber una historia de herida, pero también puede aparecer espontáneamente.

La lengua se inflama rápidamente, se presenta extremadamente irritada y dolorosa, aparece roja y brillante.

El paciente no es capaz de tragar o hablar, y la inflamación puede progresar tan rápidamente que impida la respiración.

Es a menudo difícil detectar la presencia de supuración a causa de la extrema blandura de la lengua.

La agudización de los síntomas y signos hacen el diagnóstico.

El tratamiento es la incisión y el drenaje. La mejoría es rápida.

**PAPILOMA EPITELIAL:** Teniendo en cuenta que la membrana mucosa de la boca es del tipo escamocelular, no es extraña la aparición de papilomas epiteliales en ésta. Estos tumores casi nunca se vuelven duros o cornificados, como ocurre en los localizados en la piel, en donde se hallan constantemente expuestos al resqueamiento del aire.

En la mucosa son suaves; firmes en el caso de un largo proceso de queratinización. Su importancia clínica es la posibilidad que tiene de malignizarse. Los carcinomas papilomatosos de la boca, especialmente de la lengua, fácilmente pudieron haber sido, en su origen, papilomas benignos. Estos verdaderos tumores deben ser diferenciados del papiloma inflamatorio o de la papilitis, que es una inflamación de las papilas de la lengua que producen engrosamiento, tumefacción y dolor.

El papiloma es una proliferación de epitelio escamoso, que en su desarrollo forma primero grietas y luego protuberancias sobresalientes. En el centro de estas papilas hay una pequeña cantidad de tejido conjuntivo que tiene en su interior pequeños vasos sanguíneos.

El papiloma puede ser único o múltiple, dando la apariencia de un coliflor.

Los síntomas son los de una tumoración en la boca. Por lo tanto hay síntomas subjetivos. El traumatismo puede producir hemorragia. El papiloma grande, en forma de coliflor, puede interferir en la masticación o en la fonación, particularmente cuando está en la lengua.

Los papilomas pueden originarse de una leucoplasia, sífilis, glositis simple debida a las diversas formas de irritación, y por lo tanto la etiología es muy confusa.

Por lo tanto se puede decir que hay una fuerte tendencia hacia la malignidad, que se conoce por el aumento de tamaño, endurecimiento y la poca movilidad de la base, además de la ulceración.

BUTLIN declara que los papilomas de la lengua pueden aparecer a cualquier edad y que comúnmente son congénitos. También describe los crecimientos papilomatosos de las papilas fungiformes.

Los papilomas pueden aparecer en casi toda la superficie de la mucosa oral: lengua, paladar, mejilla interna y piso de la boca. Ocasionalmente se ven papilomas múltiples en el paladar duro debajo de una prótesis.

Algunas veces el crecimiento papilomatoso llega a ser tan extenso que copia exactamente la forma de la prótesis superior.

**TRATAMIENTO:** El tratamiento es la resección quirúrgica, con bisturí o con electrocirugía.

Todos los papilomas de la boca deben ser examinados al microscopio. Los pequeños papilomas pueden ser resecados con anestesia local. Los más grandes deben ser extirpados por medio de la electrocirugía, o con bisturí.

Cuando los papilomas aparecen sobre una gran superficie del paladar, producidos aparentemente por la irritación de una prótesis, el tratamiento puede ser más complicado. El primer paso es retirar la fuente de irritación. Algunas veces los papilomas blandos desaparecen o se reducen mucho con esta medida. Estos casos se pueden tratar por medio de una placa de radium intraoral o un cono de rayos X.

Estos papilomas no son muy sensibles a la irradiación. Otros han sido tratados por electrocoagulación. Al utilizar este medio se debe tener mucho cuidado para no destruir el periostio, pues en este caso se podrían producir secuestros bastante voluminosos, que podrían llegar incluso a perforar el paladar produciendo una comunicación con las fosas nasales.

**LEUCOPLASIA:** La leucoplasia es una lesión común en la boca, y se puede encontrar en la cara interior de los labios, encías, mucosa bucal, paladar y lengua. La leucoplasia, como su nombre lo indica, tiene la apariencia de un parche blanco. Frecuentemente aparece como una superficie seca, aunque se halle bañada por la saliva. La superficie es generalmente plana y surcada por grietas.

**ETIOLOGIA:** La leucoplasia es una hipertrofia del epitelio escamoso, que al examen microscópico aparece como la hiperqueratosis de la piel. El epitelio escamoso está hiperqueratinizado y engrosado a tal punto que produce las grietas.

En la boca, donde la superficie de la membrana mucosa está constantemente húmeda, la lesión no se descama, como en el caso de la hiperqueratosis de la piel.

En el labio este proceso hiperqueratósico puede tomar la forma de leucoplasia en la cara mucosa de éste.

En muchos casos la leucoplasia es secundaria a un trauma crónico, esto es evidente, pues al suspender la causa irritativa como tabaco, o retirar una prótesis mal adaptada, muchas placas de leucoplasia desaparecen.

EWING y BOYD afirman que la leucoplasia es el resultado de alguna forma de irritación crónica. Estos autores y otros también atribuyen muchos casos a la sífilis.

STURGES y LUND encontraron evidencia clínica de sífilis en el 17% de los casos de leucoplasia oral, 2% en casos de queratosis del labio. El examen serológico dio positivo en el 27% de los casos de leucoplasia y 13% en los casos de queratosis del labio.

Por otra parte el doctor HARRY S. ROBINSON declara que, en su opinión, muchos pacientes con leucoplasia, excluyendo la lengua, tienen serología positiva.

En la leucoplasia de la lengua se presenta otro caso. El tiene la impresión que hay una relación definitiva entre la sífilis y la leucoplasia de la lengua.

Varios autores han llamado la atención sobre el posible papel de la avitaminosis A en la etiología de la leucoplasia. Se ha observado la reducción de placas de leucoplasia con la administración de 100.000 u. de vitamina A, por vía oral, durante dos meses.

Por otra parte, es común ver placas de leucoplasia en zonas donde no hay evidencia de irritación crónica, ni de sífilis. Por lo tanto se debe pensar en otro factor etiológico, posiblemente biológico.

En todo caso se debe recalcar la importancia que tiene la leucoplasia como factor precanceroso.

MANTILLA declara que de 566 casos de leucoplasia bucal, incluyendo la lengua, 32% desarrollaron carcinoma.

**CORPORTAMIENTO CLINICO:** Estos hechos hacen clasificar la leucoplasia en tres grupos, según el peligro que haya de malignización. Esta clasificación, dada por WARD and HENDRICK, es solamente clínica.

1.—El primer grupo se puede llamar la leucoplasia aguda, y es el caso de leucoplasia de pocos meses de desarrollo. Estas lesiones se desarrollaron rápidamente, engrosándose y llegando, algunas de ellas, a ulcerarse o a sufrir un proceso papilomatoso. Estas son más aptas de malignizarse que las del segundo grupo.

2.—La leucoplasia crónica puede durar de 10 a 20 años. Generalmente esta forma es más difusa y aparece como una delgada película blanca, sobre la superficie de la lengua o de la mucosa bucal, y principalmente del paladar. Pequeñas lesiones rojas pueden aparecer, dando la apariencia de pequeños cráteres. En el centro de este cráter hay un grupo de capilares que sangran al más ligero trauma.

3.—El tercer grupo es intermedio entre los otros dos. Se puede denominar como subagudo, pero probablemente representa las primeras formas de la variedad crónica. En la duración de la enfermedad y forma de desarrollo se comporta como el estado crónico.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:** Un diagnóstico preciso de la leucoplasia se hace después de un estudio completo de la boca del paciente y de las estructuras circunvecinas.

Se debe ordenar un examen serológico, para descartar la sífilis.

Si la lesión es fija, ulcerada, papilomatosa, o si contiene un nódulo duro, se debe hacer una biopsia para descartar una posible malignización. Otras lesiones de etiología desconocida, a veces simulan la leucoplasia. Entre éstas se encuentran el liquen plano y la psoriasis.

La psoriasis tiene una apariencia más brillante y en forma de encaje. Es más superficial.

El liquen plano aparece a menudo como parches pequeños, blancos, muy parecidos a la leucoplasia.

El leucoderma es una lesión que raras veces aparece en la boca, pero que debe ser diferenciada de la leucoplasia. Es plana, lisa y no está agrietada.

**TRATAMIENTO:** Se debe empezar por quitar todas las causas de irritación, tales como prótesis mal adaptadas, dientes en mal estado, y exceso de tabaco. Si la leucoplasia no desaparece al ser retirados los factores irritantes, y si no hay prueba definitiva de cáncer, la leucoplasia debe ser tratada de diferentes maneras: los pequeños parches se extirpan por electrocoagulación, bajo anestesia local.

Las áreas más grandes pueden ser tratadas con placas intraorales de radium, o cono de rayos X. La dosis usual de radium o de rayos X es de 2000 en gamma, o 2000 en roentgen repartidas en dos o tres aplicaciones, con una semana de intervalo entre ellas. Este tratamiento puede producir quemaduras de 2º grado, que sanan en dos o tres semanas.

Desafortunadamente ciertos casos de leucoplasia son resistentes a estos tratamientos, y se deben resear por electrocoagulación, las pequeñas áreas que aún quedan.

**EPULIX:** El épulix se presenta frecuentemente en los jóvenes entre los 10 y 20 años de edad, durante el período de erupción de los dientes permanentes, y se localiza preferentemente cerca de los dientes caninos o de los bicúspides, y alrededor de las raíces desiguales de la dentición temporal. (Figs. A y B).

Se presenta una tumefacción local sin otros síntomas. El tumor es sesil y pedunculado, suave, blando y de un color rojo profundo. Sangran al menor trauma.

**TRATAMIENTO:** Se debe hacer una amplia resección quirúrgica, que involucre parte de tejido sano, para evitar una futura reproducción del tumor.

**ANGIOMA:** Los tumores del tipo hemangio y linfangioma son comunes en la boca. Los hemangiomas están formados por el endotelio de los vasos sanguíneos, y los linfangiomas se forman a expensas del endotelio de los vasos linfáticos.

**COMPORTAMIENTO CLINICO:** Los hemangiomas y linfangiomas son, generalmente, congénitos o se forman poco después del nacimiento.

En la mucosa oral o en los labios, aparecen como áreas de color rojo púrpura, lisas, elevadas, lobuladas.

Cuando aparecen en la lengua hemangiomas o linfangiomas, se aplica el término "macroglósia", generalmente son congénitos.

Pueden variar de tamaño, llegando a ser tan grandes que interfieren con la masticación. La superficie de la lengua es áspera, ligeramente nodulada y bri-

llante. Los linfangiomas son del color de la mucosa normal, o quizás, más pálidos. Los hemangiomas son de color rojo oscuro. Muchas macroglosias son mixtas.

Historia N°. — Nombre: N. N. — Sexo: Femenino. — Ocupación: Estudiante. — Fecha: Julio 21 de 1958.

Consulta por lesión en la boca, de evolución de dos meses.

Al examen hay deformación de la cara por aumento del volumen del mentón. La boca permanece abierta y el labio inferior proyectado hacia adelante por un tumor de la encía, localizado en la vertiente anterior del reborde alveolar inferior y que ocupa el espacio gingivo labial inferior desde los incisivos centrales inferiores hasta el primer molar. El tumor es de color violáceo, consistencia elástica, redondeado, mide unos 5 cms. de diámetro. Hay moderada anemia y enflaquecimiento.

DIAGNOSTICO: Reporte anatomopatológico: Epulix de células gigantes del maxilar inferior.

“El aspecto radiológico es compatible con un épulix óseo (osteoclastoma)”.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: Resección facial osteoclastoma. En vista de la gran invasión tumoral al hueso se resolvió hacer resección de la parte saliente del tumor y conservar la forma del hueso, para irradiación post-operatoria, con el fin de evitar la gran deformidad que dejaría la cirugía en esta paciente atendiendo a su corta edad.

Reporte anatomopatológico (del espécimen): Epulix de células gigantes de la encía inferior.

Control: Noviembre 18 de 1958.

REPORTE RADIOLOGICO: Persiste la pérdida de sustancia del mentón e iniciación de la rama izquierda, comparativamente disminuida de tamaño con límites óseos normales; los tejidos blandos aparentemente normales.

Mayo 27 de 1959.

Se hicieron radiografías de las ramas horizontales del maxilar inferior. Es necesario hacer oclusales del mentón.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO: Muestra marcado expansionamiento óseo pero existe una delgada capa cortical que delimita la sección. Es destructiva pero con buena delimitación de los tejidos del hueso vecino y de los tejidos blandos.

TRATAMIENTO: En los niños se tratan con aplicaciones de radium o rayos X.

Los hemangiomas y linfangiomas de la cavidad oral responden mejor al tratamiento quirúrgico.

Los pequeños crecimientos, en los tejidos blandos, que no involucran la encía son extirpados y la herida suturada. En tumores más grandes se debe ligar la carótida externa y sus ramas del mismo lado.

MUCOCELE: Los mucocelos son quistes con retención que se manifiestan como aumentos de tamaño de los labios, superficies bucales y piso de la boca.

Estos quistes se forman por la acumulación de mucus en una glándula mucosa por la obstrucción del conducto excretor.

**COMPORTAMIENTO CLINICO:** Los quistes son redondos u ovals, transparentes, y generalmente dan un tinte azuloso.

Comúnmente aparecen en la cara interna del labio inferior y cerca de los ángulos de la boca. El tamaño varia de unos pocos milímetros hasta 1½ cm.

**TRATAMIENTO:** Los pequeños quistes se pueden extirpar fácilmente por medio de la electrocoagulación, bajo anestesia local. Se incide primero la mucosa externa y luego se evacúa el líquido y se limpia perfectamente el epitelio interno.

**RANULA:** Es un quiste del piso de la boca, que se forma a expensas de la glándula sublingual o del conducto excretor de la submaxilar.

**COMPORTAMIENTO CLINICO:** Un tumor que se desarrolla lentamente, blando, fluctuante, aparece en el piso de la boca, generalmente, en un lado. Los quistes más grandes pueden extenderse por medio de presión al lado opuesto. Mientras el quiste crece, la mucosa se adelgaza permitiendo ver el contenido y dando un color azuloso. (Figs. 1 y 2).

Los únicos síntomas subjetivos son debidos al tamaño del tumor, que levanta la lengua y la empuja hacia el lado opuesto, interfiriendo a menudo con la masticación y la fonación.

**TRATAMIENTO:** La pared del quiste debe ser extirpada, de tal manera que los bordes de éste no se unan posteriormente.

WARD (1925) describió una técnica para tratar la ránula, abriendo y evacuando el quiste, por medio de la electrocoagulación.

Cualquier tratamiento que se lleve a cabo en una ránula grande del conducto submaxilar, por lo general da buen resultado con la apertura del conducto de la glándula, conducto que se halla en la parte interna de la boca, porque la parte anterior de éste generalmente se halla destruída por el largo proceso inflamatorio.

**FIBROMA:** Los fibromas no son comunes. Los verdaderos fibromas se deben diferenciar de los granulomas fibrosos, que generalmente aparecen en las encías, membrana mucosa, y que son una forma de hipertrofia producida por traumatismos.

El fibroma aparece generalmente en las capas profundas de la mucosa, o en el periostio de la mandíbula. Se debe diferenciar también del osteoma maxilar.

**COMPORTAMIENTO CLINICO:** Los fibromas son tumores bien definidos y no producen más síntomas clínicos que los que produce un aumento exagerado de tamaño, rara vez hay dolor. Pueden ser pedunculados o sesiles.

Se presentan con más frecuencia en el maxilar inferior que en el superior. Crecen lenta y gradualmente en un lapso de tiempo que puede variar entre uno y quince años.

La falta de un sonido crujiente diferencia el tumor de un quiste.

**EXAMEN RADIOGRAFICO:** Aunque varios autores han clasificado los fibromas como lesiones osteolíticas, con límites bien definidos, y no trabeculados, WARD and HENDRICK, describen un caso reportado bajo la denominación de fibrosarcoma y que originalmente fue diagnosticado como fibroma benigno. El

examen radiográfico presentaba una lesión mal definida y difusa, con mayor densidad que la del hueso vecino.

El fibroma central odontogénico, que por lo general tiene procesos quísticos y que está estrechamente relacionado a un diente, debe ser diferenciado del fibroma ordinario.

**TRATAMIENTO:** El tratamiento es la extirpación quirúrgica.

El pronóstico es bueno. Generalmente no recidivan.

**GRANULOMA:** El granuloma simple (piogénico) se encuentra generalmente en la boca, encía y labios. Cuando estas lesiones aparecen en heridas causadas por traumatismos o por procedimientos operatorios, son debidas a la incubación de los microorganismos patógenos.

En las embarazadas aparecen con frecuencia granulomas, denominados generalmente como "tumores del embarazo". Después del parto estos granulomas desaparecen o se organizan para formar fibromas o épolix fibrosos.

**GLOSITIS MIGRANS:** Esta lesión crónica se caracteriza por una placa irregular, bien definida, atrófica, con ulceración superficial, que avanza y retrocede, o desaparece y reaparece, en el dorso de la lengua.

Si se lleva un cuidadoso récord clínico de la enfermedad se encontrarán los diversos cambios que sufre; como los bordes avanzan, la parte central sana; poco después son seguidos por más ulceraciones y extensión periférica. Es como un mosaico que cambia constantemente.

La etiología de la lesión es desconocida y el tratamiento incierto. Aunque puede llegar a serlo, esta lesión no es necesariamente precancerosa.

**GLOSITIS RÓMBICA MEDIANA:** Esta lesión aparece, característicamente, en la parte media del dorso de la lengua, delante de la V lingual. Varía desde una área ulcerada, deprimida, atrófica y superficial hasta un nódulo protuberante y circunscrito.

Su etiología no ha sido claramente determinada. El tratamiento es resección quirúrgica de la tumoración.

Es muy importante desde el punto de vista diagnóstico diferencial.

El cáncer de la lengua casi nunca aparece directamente en la parte media de la lengua, o sea en la parte anterior a la V lingual. La glositis rómbica mediana es prácticamente la única lesión que aparece en esta parte de la lengua.

**MELANOSIS:** Un depósito de pigmento puede aparecer en las membranas mucosas de la boca, tanto como en la piel o en la conjuntiva. Esta lesión se conoce como Melanosis.

En algunos casos esta lesión esta asociada con leucoplasia y en otros aparece en membranas mucosas aparentemente normales.

La melanosis oral se ve comúnmente en los negros. Esta lesión es benigna y no requiere tratamiento.

En un pequeño número de casos la melanosis precede al desarrollo del melanoma (tumor altamente maligno que puede aparecer en la boca), por consiguiente si un área de melanosis se engruesa. Se ulcera o se oscurece, debe ser extirpada.

**TORUS PALATINO:** El torus palatino es un osteoma del paladar duro, que se desarrolla en la parte media del maxilar, y que puede variar de tamaño, desde unos pocos milímetros hasta dos o tres centímetros.

Es benigno pero es importante desde el punto de vista de la prótesis, ya que ésta, aunque haya adaptado su forma, puede producir traumatismo constante sobre la mucosa, pudiendo sufrir ulceraciones.

## C A N C E R

Con el término de cáncer de la boca definimos a los tumores malignos localizados en la mucosa de la cavidad oral desde los labios en la parte anterior, hasta el borde inferior del paladar, amígdalas y base de la lengua.

Los podemos dividir de acuerdo con su localización en: cáncer del labio, mejillas, encías, piso de la boca, lengua, paladar y amígdalas.

Desde el punto de vista práctico los tumores localizados en estas diferentes áreas, presentan distintos problemas clínicos especialmente relacionados con el tratamiento; y en la evaluación de cada caso es esencial que el sitio de origen del tumor esté completamente establecido.

**PATOLOGIA:** El tipo histológico más frecuente es el carcinoma escamo celular, ya que se origina en las membranas mucosas de la boca las cuales son del tipo escamoso.

El adenocarcinoma se encuentra más raramente y casi siempre en el paladar, originado en pequeñas glándulas salivares o en tejido mucoso glandular.

El melanoma maligno, el linfosarcoma, los tumores malignos muco-epidermides son tumores raros en la boca.

La mayoría de estos carcinomas son bien diferenciados y de baja malignidad. Los carcinomas menos diferenciados y de mayor malignidad tienen predilección por la parte posterior de la orofaringe, amígdalas y base de la lengua.

**SINTOMAS Y CURSO CLINICO:** El síntoma subjetivo precoz del cáncer de la boca, varía de acuerdo con la localización de la lesión primaria. Cuando la enfermedad aparece en el labio inferior, el primer signo que nota el paciente es siempre la presencia de la lesión, ya que ésta región anatómica está bajo observación diaria.

Dentro de la cavidad, especialmente en la porción anterior de la lengua, en la encía superior o en las mejillas, el primer síntoma del cáncer puede ser el descubrimiento de la tumoración o el de una zona de irregularidad palpada por el sentido táctil de la lengua.

En una proporción igual de casos el primer síntoma suele ser un "ligero" dolor. Debe recalarse en este punto que el dolor no es un síntoma propio del cáncer, sino de una infección secundaria en el tumor o cerca de él. El dolor en una úlcera cancerosa casi siempre es menor que el de una lesión benigna o inflamatoria del mismo tamaño.

En la parte posterior de la cavidad oral (amígdalas, base de la lengua, paladar) donde las sensaciones táctiles son menos agudas, la lesión primitiva rara-

mente produce síntomas en su estado inicial y el tumor generalmente alcanza un tamaño de 2 a 3 cms. antes de que aparezca alguna manifestación subjetiva.

En esta etapa de la enfermedad, la lesión se infecta de manera que el primer síntoma será un ligero dolor o molestia al deglutir o al hablar. En esta localización el tumor puede permanecer silencioso y en tales casos el primer síntoma puede ser el descubrimiento de una tumefacción metastásica a un ganglio linfático del cuello.

El cáncer precoz de la boca se caracteriza por la aparición de una pequeña placa indurada rara vez dolorosa, o de una úlcera que infiltra la mucosa en una extensión variable.

Al examen la lesión primaria puede aparecer como una pequeña ulceración granulomatosa, como una placa de leucoplasia, como un pequeño tumor ulcerado, como una úlcera excavada de bordes indurados o como una úlcera necrótica.

El cuadro más común y característico es el de la úlcera granular con bordes indurados, levantados y evertidos.

A medida que avanza el carcinoma, la ulceración y la infiltración se hacen más aparentes, la infección secundaria es más extensa y solo en esta época el dolor y los trastornos funcionales llegan a ser marcados.

La última etapa se caracteriza por una infiltración continua de la lengua, las mejillas, el piso de la boca, las amígdalas y el paladar, y con frecuencia, de acuerdo con el sitio de origen de la lesión primaria, puede presentarse invasión y erosión de los maxilares.

A medida que las estructuras normales son invadidas y destruidas por el tumor, los movimientos de la lengua y del maxilar, se limitan (trismus), y la palabra se entorpece. La deglución es difícil y dolorosa y en algunos casos el paciente es incapaz de deglutir su saliva, presentando abundante salivación.

En otros casos el crecimiento del tumor y el edema pueden llegar a producir disfagia y disnea por invasión laríngea o faríngea. Pueden presentarse hemorragias repetidas por invasión vascular.

En casos no controlados la muerte generalmente ocurre por una o varias de las siguientes complicaciones: sepsis, mala nutrición y deshidratación, neumonía, hemorragia, obstrucción respiratoria y metástasis.

**METASTASIS:** Los ganglios linfáticos cervicales pueden ser invadidos precozmente durante la enfermedad, cuando la lesión primaria tiene solo unos pocos milímetros de diámetro, pero esta propagación, casi invariablemente, tiene lugar en estados avanzados.

En un principio hay aumento apenas apreciable de los ganglios (uno o más), pero a medida que la enfermedad avanza la masa metastásica cervical (a veces múltiple y bilateral) puede alcanzar un tamaño de 10 a 15 cms. de diámetro.

Estos ganglios metastásicos con frecuencia se infectan produciendo abscesos.

Si el tumor en la boca y en el cuello no son controlados y el paciente sobrevive, puede presentar metástasis a otros sitios (pulmón, hígado, huesos, etc.).

**DIAGNOSTICO:** Como ya lo hemos dicho varias veces, recalcamos la importancia que tiene el acertado y rápido diagnóstico del cáncer de la boca, ya que éste es más serio y más importante que cualquiera otra lesión con la cual pueda confundirse; por consiguiente en presencia de una lesión sospechosa en la boca, el odontólogo (o el médico) a quien el paciente consulte primero, debe considerar ante todo el cáncer y no descartar esta posibilidad, ni entretenerse con tratamientos basados en suposiciones de estar frente a una lesión benigna. Si la posibilidad de lesión maligna la consideramos en primer lugar, los errores dolorosos en el diagnóstico serán pocos. no olvidemos que la vida del paciente con cáncer de la boca depende del odontólogo o del médico que lo ve por primera vez.

Un hecho significativo de establecer en la historia de enfermos con posible cáncer en la boca son las lesiones crónicas progresivas. Si el paciente puede establecer que la anormalidad ha estado presente desde algún tiempo atrás y presenta un aumento constante de tamaño, solo sugiere el diagnóstico de tumor maligno. Si no es posible establecer una historia con síntomas de larga duración, será de un valor negativo únicamente, porque no es raro que un paciente con una lesión cancerosa de varios centímetros de diámetro insista en que sus síntomas aparecieron uno o dos días antes de la consulta.

#### EL SIGNIFICADO DEL DIAGNOSTICO DE "UN NODULO EN EL CUELLO".

En ciertos casos el primer síntoma del cáncer de la cavidad bucal o de la laringe es un ganglio cervical que el paciente llama una "hinchazón del cuello". La lesión primaria puede estar oculta y no presentar síntomas en su lugar, de origen. En tales casos la presencia del tumor cervical metastásico no causa malestar y el paciente se entera de la anormalidad porque ve y siente el "nódulo en el cuello".

Si no se hace el diagnóstico precoz del tumor primario (que puede estar localizado en la nasofaringe, en la base de la lengua o en la pared faríngea), este progresará hasta hacerse incurable y dará metástasis a los ganglios del cuello y a las vísceras, antes de presentar síntomas apreciables en el lugar de origen.

Muchos especialistas resumen su punto de vista en el siguiente axioma: "El crecimiento asintomático de uno o más ganglios cervicales en el adulto, es casi siempre canceroso y debido a metástasis desde una lesión en la boca o en la faringe".

Algunos médicos a menudo diagnostican esos crecimientos ganglionares como de origen inflamatorio y buscan el foco de infección en las amígdalas o en los dientes, y envían el paciente al odontólogo para que éste extirpe todos los focos de infección que pueda tener en la boca. En tales casos el odontólogo puede prestar un gran servicio mostrándose incrédulo y examinando detenidamente la cavidad bucal y sus anexos en busca de una posible lesión cancerosa.

Por otra parte si el odontólogo, en su práctica habitual, nota incidentalmente la presencia de un tumor cervical en cualquiera de sus pacientes, puede prestar un decisivo servicio urgiendo al paciente a buscar consejo médico con el fin de buscar la verdadera naturaleza de la inflamación.

Si por el ejercicio de este juicio crítico se hace un diagnóstico precoz, el odontólogo será a menudo el instrumento en la salvación de vidas humanas.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:** Aunque el diagnóstico diferencial del cáncer de la boca se hace con todos los tumores y lesiones benignas ya estudiadas, que-

reímos recalcar sobre aquellas que más se pueden prestar a confusión y recordar los principales síntomas y signos que nos darán el diagnóstico acertado.

En la mayoría de los casos, el diagnóstico diferencial de las enfermedades malignas de la cavidad oral no ofrecen mayores dificultades para un profesional con alguna experiencia, debido especialmente a que la mayoría de estos pacientes cuando vienen a consulta presentan una lesión bastante avanzada. Esta demora en buscar la consulta médica y el tratamiento adecuado, se debe especialmente al temor y a la ignorancia por parte del paciente y de los odontólogos y médicos que inicialmente los han examinado.

La falta de dolor adormece en el paciente el sentido de seguridad, pues él piensa que la úlcera o el tumor son de poca importancia.

Como hemos dicho varias veces, las tres úlceras de la boca que más comúnmente deben ser motivo de diagnóstico diferencial con el cáncer son: la sífilis, la tuberculosis, y la leucoplasia ulcerada; aunque sin olvidar que hay otras lesiones que también se pueden prestar a confusión, tales como psoriasis, liquen plano y granulomas. Las lesiones más agudas como las úlceras traumáticas, anginas de Vincent, aftas, etc., son diferenciadas por la historia de la corta duración y el dolor de la lesión.

## CARCINOMA ESCAMOCELULAR

El carcinoma escamocelular es la lesión maligna más común en la cavidad oral. Puede aparecer como una úlcera indolora, generalmente pequeña, infiltrada o elevada, con bordes y base indurada. Casi siempre limpia en los primeros estados. En otras ocasiones, el carcinoma escamocelular aparece como una proliferación condilomatosa o papilar. El crecimiento vegetante y papilomatoso es menos maligno y no hace metástasis tan rápidamente como los tipos infiltrativos.

El tipo infiltrativo es más frecuente en la encía, especialmente en la porción interna de ésta y en el paladar.

La invasión tumoral de la cara lingual de la encía, cerca del ángulo del maxilar inferior, tiene un pronóstico pobre pues se extiende a la fosa pterigoidea y al músculo masetero dando metástasis precozmente.

No es raro que los carcinomas de la encía invadan el maxilar superior extendiéndose hasta el antro, siendo importante por lo tanto hacer un estudio radiológico de los senos paranasales y de los maxilares, para determinar los límites de la lesión, antes de iniciar el tratamiento.

## ADENOCARCINOMA

El adenocarcinoma tiene origen en el epitelio embriológico de las glándulas mucosas o salivares, y por lo tanto, comienza generalmente en las estructuras que se encuentran encima o debajo de la membrana mucosa.

Se puede iniciar con o sin dolor. Es doloroso cuando está asociado a un proceso que involucre el hueso antes de que la mucosa se haya ulcerado.

Muchas veces el primer síntoma es la pérdida de algún diente, ya que el paciente al sentir las molestias va al consultorio dental en donde el diente es extraído.

do. El paciente se inclina a culpar al odontólogo y a la extracción el subsecuente curso de la enfermedad, cuando en realidad el diente se perdió debido al crecimiento del tumor, mucho antes que él acudiera a consulta. Como ilustración de lo anterior presentamos la siguiente historia clínica de un paciente que se presentó al Instituto Nacional de Cancerología:

Nombre: N. N. — Sexo: Masculino. — Edad: 28 años. — Fecha: VII - 30 - 58.

Se presentó a la consulta de cabeza y cuello, por un tumor localizado hacia el proceso alveolar del maxilar superior izquierdo.

El paciente anota que hace un mes le extrajeron un premolar y después de esta extracción comenzó a deformarse la encía, la cual aparece actualmente ulcerada, sangra fácilmente y presenta invasión hacia el paladar óseo del lado correspondiente.

Acusa dolor hacia el agujero infraorbitario al presionar. Se aprecia una adenopatía submaxilar del mismo lado.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO: "Epitelio escamoso ulcerado y extensamente infiltrado por un carcinoma escamocelular mal diferenciado que presenta abundantes metástasis y monstruosidades".

En vista del dolor que presentaba sobre el agujero infraorbitario se le ordenaron radiografías de la región, las que dieron como resultado un carcinoma del seno maxilar.

DIAGNOSTICO: Carcinoma del seno maxilar izquierdo con invasión endobucal. Grado III. Se indicó, como tratamiento, resección del maxilar superior izquierdo.

REPORTE QUIRURGICO: "Al hacerse la incisión y apertura del campo operatorio se encontró que el tejido afectado había destruido las paredes superior y externa del seno, prolongándose hacia atrás en la fosa pterigo-maxilar y al seno esfenoidal. La porción posterior se insinuaba entre la cara interna y la rama del maxilar y los músculos pterigoideos. Había destrucción de las paredes interna y superior del piso de la órbita.

Técnica quirúrgica: Incisión de Ferguson, levantamiento y rechazo del colgajo hacia el lado, se localiza la apófisis ascendente del maxilar y se secciona.

Sección de la apófisis cigomática del malar, sección del reborde orbitario inferior, localización de la espina del maxilar, y a partir de ella hacia atrás se secciona el paladar óseo, previa sección de la mucosa. Extirpación del maxilar junto con el tejido. Sección del paladar blando.

Extirpación del tejido incluido dentro de los músculos pterigoideos, raspado del seno esfenoidal izquierdo; raspado de las celdas etmoidales y del seno frontal.

Regularización de las superficies de sección óseas. Hemostasis cuidadosa.

Reimplantación del colgajo cutáneo con catgut intestinal para reconstrucción del labio. Seda en la piel. Se espolvorean sulfas. Vendaje.

En vista de que la operación no pudo ser lo suficientemente amplia se le ordenó tratamiento con rayos X.

El paciente aún está en tratamiento sin haber presentado metástasis ni recidiva de ninguna clase.

La figura radiográfica de la invasión al hueso, de estos tumores, se caracteriza por sombras irregulares, moteadas, radiolúcidas, sin reacción perióstica, y sin nueva formación ósea. Se parece a la osteomielitis, tanto que algunas veces es difícil hacer el diagnóstico diferencial.

La osteomielitis ataca principalmente las estructuras orgánicas del hueso, los canalículos haversianos, y solo en los últimos estados las sales de calcio. El tumor maligno, por otra parte, causa la destrucción de las estructuras orgánicas e inorgánicas produciendo áreas radiolúcidas de diferente tamaño y muy irregulares.

### MELANOMA MALIGNO

El melanoma maligno de las partes blandas de la cavidad oral es un tumor raro. Estos tumores se presentan como crecimientos vegetantes, que invaden los tejidos blandos y son de color negro. (Fig. 3).

Su incidencia es muy baja antes de la pubertad. Es más común de los 40 a los 70 años. Parece que se presenta más en las mujeres que en los hombres.

Algunas de estas neoformaciones se desarrollan en las áreas preexistentes de pigmentación. Sin embargo en gran porcentaje surgen espontáneamente y son malignos desde su iniciación.

Los tumores pueden no contener ningún pigmento pero son igualmente graves. Estos tipos amelanóticos son comúnmente de apariencia papilomatosa.

Muchos melanomas aparentemente se han desarrollado después de un traumatismo a un nivel benigno. El melanoma está considerado como el más maligno de todos los cánceres, ya que es el que más rápidamente evoluciona y hace las metástasis más lejanas. Hoy se cree que hace metástasis neurotropas.

### CANCER DE LOS LABIOS

El cáncer de los labios se presenta con más frecuencia que el de las vías respiratorias y alimenticias superiores.

Debido a su localización y apariencia característica, el diagnóstico se debería hacer precozmente, con lo cual el tratamiento, rápidamente instituido, daría un alto porcentaje de curación. Desgraciadamente este diagnóstico precoz no es tan común, ni por parte del paciente ni del profesional, debido especialmente a la demora a la ignorancia y al auto-tratamiento siempre paliativo.

El paciente consulta al médico tardíamente, y si este no toma el interés suficiente en hacer un diagnóstico correcto o le falta la experiencia para hacerlo, el resultado será un tratamiento deficiente e incompleto, dando como resultado desfiguraciones y una mortalidad bastante alta.

**INCIDENCIA:** El cáncer de los labios, así como el cáncer de la piel, es más frecuente en el hombre blanco que en la raza negra. Esto es debido probablemente a la protección suministrada por la gran cantidad de pigmento en la piel de los negros.

**ETIOLOGIA:** El cáncer de los labios, como el cáncer de la piel de las manos y de la cara, es más común en los individuos de piel seca y delgada sin mucho pigmento, especialmente cuando ha estado expuesto a la intemperie, al viento y a la luz intensa del sol.

Antiguamente el uso del tabaco se consideraba un factor etiológico importante, sin embargo actualmente solo se considera como factor cancerígeno el uso de la pipa cuando ésta permanece siempre en el mismo sitio.

Los traumas repetidos y la irritación crónica suelen ser considerados como factores precipitantes.

Hay algunas formas de traumatismos raros, tales como aquellos en los artesanos que sostienen las puntillas en la boca, la queilofagia, etc.

Ya hemos informado, en el capítulo de factores cancerígenos y de lesiones precancerosas, que la queratosis, la leucoplasia, las grietas crónicas y los papilomas son frecuentemente lesiones predisponentes en el cáncer de labio. Esto es especialmente cierto cuando éstas se manifiestan en las comisuras.

Definimos una lesión precancerosa como aquella que durante su curso puede desarrollar un tumor maligno.

Hay lesiones como la sífilis, adenomas, hemangiomas, tuberculosis, quistes y granulomas piógenos que tienen tendencia a malignizarse. Es con la erradicación de estas lesiones que los carcinomas de los labios pueden ser prevenidos en un gran porcentaje.

Las deficiencias dentales pueden actuar como factores precipitantes. En este grupo debemos contar a los pacientes con prótesis defectuosas que van a producir un trauma que puede excitar el desarrollo de un carcinoma.

**HISTOPATOLOGIA:** Por definición, el cáncer del labio surge de la membrana mucosa del borde libre de éste.

Son del tipo escamoceiular, variando desde el grado I, bien diferenciados, hasta el grado IV, altamente anaplásicos.

Cuando una lesión de las células basales se presenta, se supone que se ha desarrollado en la piel extendiéndose luego al borde libre del labio.

El 84% de los pacientes que no han tenido tratamiento previo, aparte de ungüentos inocuos, presentan tumores del grado I o II. Con esto se confirma la teoría de Figi, quien dice que "una condición inflamatoria aguda, superpuesta a un crecimiento maligno o a los tejidos que rodean el tumor aumentan su actividad".

Los agentes terapéuticos como los escaróticos, las extirpaciones incompletas con electrocirugía, radium, o cirugía, actúan como factores estimulantes. Estos tratamientos cuando se emplean inadecuadamente no destruyen el tumor y éste aumenta su actividad.

Es común que los carcinomas de grado I y II se convierten en grado III y IV con aumento en la probabilidad de producir metástasis. El porcentaje de localización en el labio inferior es casi 100 veces mayor que en el labio superior. (Figs. 4 y 5).

Pueden aparecer con la misma frecuencia en tres áreas del labio inferior; esto es el tercio central y los dos tercios laterales.

Las comisuras raramente están involucradas. La mayoría de los autores son de la opinión que las lesiones que implican las comisuras y el labio superior, son difíciles de controlar porque su desarrollo es más rápido, dan metástasis temprano, y la lesión es menos diferenciada histológicamente.

Como en otras áreas del cuerpo dos carcinomas diferentes pueden estar presentes en el labio al mismo tiempo. WARD and HENDRICK presenta casos que tenían dos lesiones diferentes en el labio inferior.

**LINFATICOS DE LOS LABIOS:** Es muy importante para el odontólogo tener un conocimiento bien definido del sistema linfático de la región que se está tratando.

El sistema linfático de los labios comienza en un tejido capilar muy fino en el borde libre de los labios que se combina luego para formar troncos colectivos. Los troncos del labio inferior pasan a los ganglios mentonianos, submentonianos y submaxilares, y algunos se quedan dentro del foramen mentoniano del maxilar; los del labio superior y las comisuras pasan a los ganglios preauriculares, auriculares posteriores, infraparotídeos, submaxilares y submentales.

Hay una anastomosis libre de los linfáticos a través de la línea media, por la que pasan las metástasis, especialmente las producidas por tumores instalados en el tercio medio del labio.

El grupo de ganglios submaxilares es muy importante. Se encuentran en el área situada debajo del maxilar donde la mandíbula está cruzada por los vasos sanguíneos maxilares externos. Los linfáticos de estos ganglios se vierten dentro de la cadena yugular.

**SINTOMAS:** El cáncer del labio puede ser imposible de distinguir en sus primeras fases de la lesión precancerosa que, generalmente, lo precedió.

Por cierto, cuando las lesiones precancerosas persisten a pesar del tratamiento, se debe presumir que se trata de cáncer ya instalado.

La primera fase del cáncer puede tener forma de lunar, de nódulo, de úlcera o de grieta infiltrante. La característica común es la de una induración bien definida y casi insensible.

El crecimiento progresivo, la ulceración y por último las metástasis a los ganglios linfáticos regionales es el curso normal de la enfermedad.

**DIAGNOSTICO:** El cáncer del labio debería ser diagnosticado en sus primeras fases a causa de su accesibilidad. Desafortunadamente en esta fase no es doloroso; el dolor es el síntoma que manda apresuradamente a la mayoría de los pacientes en busca de alivio.

No hay excusa posible para que un tumor maligno del labio alcance un tamaño mayor de un centímetro sin haberse hecho un diagnóstico apropiado e instituido el tratamiento adecuado.

En cualquier lesión de los labios que tenga la apariencia de un crecimiento maligno (úlcera, crecimiento, papiloma, induración) se debería hacer una biopsia. Esto, especialmente en aquellas lesiones de apariencia benigna pero que persisten más de dos o tres semanas.

Las lesiones del labio se deben palpar con el índice y el pulgar para cerciorarse de la consistencia. Una consistencia hasta la dureza es sospechosa de malignidad.

Es absolutamente errado que una biopsia cause una deformación o ayude a la diseminación de la malignidad. Esto no ha sido probado por los hechos. El valor de un diagnóstico precoz y acertado es mayor que el peligro que teóricamente pudiera haber.

Se debe recalcar que la muestra más representativa es la que se obtiene del borde y la base de la lesión.

Tanto la curación como la buena estética están en razón directa con el diagnóstico precoz. Esto se puede llevar a cabo con la educación apropiada del público y de la profesión médica y odontológica.

El pronóstico y el tratamiento del carcinoma de los labios no están influidos solamente por el tamaño y el grado histológico de la lesión, sino también por la presencia o ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos. Es por lo tanto importante determinar, en lo posible, la presencia de metástasis en ellos.

Se calcula que más o menos el 50% de los individuos normales tienen ganglios submaxilares y submentales palpables. Debemos hacer por lo tanto una interpretación adecuada de los ganglios infartados que se encuentren.

La rutina debe comenzar por la palpación del labio. Luego con el índice de una mano en la boca y los dedos de la otra mano debajo del mentón y del maxilar se toca el piso de la boca, principiando en la región submental y siguiendo hacia atrás.

La glándula submaxilar es normalmente palpable como una masa oval, blanda, situada debajo de la parte media del maxilar inferior. Cualquier dureza dentro de ella se debe considerar sospechosa mientras no se demuestre lo contrario.

En todos los casos hay que examinar la cadena yugular que se extiende desde el fondo del ángulo del maxilar hacia abajo, hasta la clavícula a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo.

Los ganglios normales son suaves, blandos, móviles. Si los ganglios están implicados por un proceso inflamatorio subagudo o crónico, serán suaves pero firmes. La inflamación aguda puede aumentar el tamaño de los ganglios desde 1 hasta 5 o 6 centímetros de diámetro, serán dolorosos, fijos, y pueden estar asociados a un eritema de la piel, con evidencias de aumento de temperatura. Los ganglios agudamente infartados rara vez presentan problemas para el diagnóstico diferencial. La infección aguda en la boca puede producir la infartación de los ganglios.

Los ganglios metastásicos son inicialmente discretos, móviles, de consistencia elástica, o duros, pero mientras que el proceso patológico continúa, la cápsula del ganglio es infiltrada por las células malignas con invasión de los tejidos vecinos.

La infiltración celular asociada a una inflamación crónica alrededor del ganglio, produce la fijeza del ganglio. Cuando esto sucede el diagnóstico es obvio.

Frecuentemente los ganglios se infartan en un principio, a causa de la infección, y luego se reducen, conduciendo al clínico a la creencia peligrosa de cáncer metastásico asociado.

La reducción de tamaño de los ganglios no debería producir un sentido falso de seguridad, pues el proceso inflamatorio se puede haber presentado en asociación de las células malignas.

## TRATAMIENTO

Al discutir el tratamiento del cáncer de labio es necesario considerar separadamente el tratamiento de la lesión primaria y el tratamiento de la metástasis cervical. Cualquier tratamiento debe ser evaluado en cuanto a su efecto, a que puede volver el tumor resistente a la irradiación, o alterar el proceso histológico. Las lesiones pequeñas pueden ser erradicadas por cirugía o por irradiación. Cada una de estas modalidades tiene sus ventajas y se deben usar según el caso individual.

**CIRUGIA:** Los carcinomas de menos de 1.5 cm. de diámetro que no infiltran el labio más profundamente de 1 a 1.5 cm. ya sea en el labio inferior, superior, o comisuras, pueden ser extirpados con una incisión en forma de V. Se debe tener cuidado en extender la incisión a tejido sano, por lo menos 1 cm. de cada lado. Se puede llevar a cabo con anestesia por infiltración.

Al suturar el labio después de la extirpación del tumor, las uniones mucocutáneas de cada lado se deben aproximar bien para obtener un resultado estético y funcional satisfactorio.

Las lesiones del labio inferior, que implican el tercio medio y que no infiltran toda la profundidad del labio, se prestan favorablemente a una extirpación en V bastante amplia del área triangular.

La sutura de un área grande, en el labio inferior, es difícil de hacer sin desviar los colgajos y en este caso el labio inferior quedará algo corto.

**IRRADIACION:** Los carcinomas que tengan menos de 1.5 cm. de diámetro y 4 mm. de profundidad y de grado histológico bajo, o tumores más grandes pero en pacientes de edad muy avanzada, se tratan por medio de la irradiación.

Esta clase de lesiones se pueden tratar con 6.000 o 7.000 r de rayos X no filtrados, incluyendo un margen de seguridad de 1 cm. a cada lado.

El tratamiento se da en dosis fraccionadas espaciadas en intervalos de dos a tres días. Se pueden usar también, las agujas de radium.

## CANCER DE LA ENCIA

Se ha afirmado que los carcinomas, sarcomas y émulix sarcomatosos son los neoplasmas más comunes en la encía, tanto superior como inferior. (Figs. 6 y 7).

Según Yvy el término sarcoma de células gigantes ha sido común, pero erróneamente usado para designar los émulix de células gigantes, considerados hasta ahora como neoplasmas benignos pero de crecimiento rápido. (Fig. 5).

El crecimiento fungoso puede ser firme o blando y en un principio es indoloro. La velocidad de su crecimiento varía mucho, pero por lo general es rápido. (Fig. 8).

Rara vez aparece ulceración antes que el tumor haya alcanzado grandes proporciones.

La infartación de los ganglios linfáticos aparece como resultado de infección secundaria, y solo raras veces por metástasis directas. El diagnóstico correcto depende por completo de los hallazgos histológicos.

El pronóstico del carcinoma de la encía es diferente, lo mismo que su evolución clínica, a los desarrollados en la mejilla, piso de la boca o lengua.

La proximidad al tejido óseo crea la principal dificultad para el tratamiento por los métodos físicos.

Tan pronto como la lesión invade el hueso no puede ser esterilizada por las radiaciones sin peligro de necrosis. La necrosis del maxilar inferior constituye un accidente más serio que la del maxilar superior y habitualmente va seguida de la formación de un gran sequestro. El pronóstico es favorable mientras la lesión no ha invadido el hueso.

En las lesiones superficiales, la aplicación de un radium en superficie es de elección.

En aquellos donde hay invasión ósea, la hemi-resección del maxilar con vaciamiento radical del cuello se impone.

El estudio del plan terapéutico en el tratamiento de las lesiones primitivas situadas por delante de la línea orofaríngea, ha puesto de manifiesto las dificultades con que tropieza en la selección del método a seguir.

En los tumores situados por detrás de la línea, base de la lengua, amígdalas pared faríngea, la radioterapia y el tele-radium son los métodos a considerar. En estos casos se usan poco la cirugía, y la radiopuntura tropieza con dificultades a veces insalvables.

Habitualmente son tumores de cierta sensibilidad al radium. La radioterapia los hace desaparecer fácilmente, pero lamentablemente un alto porcentaje de estos pacientes no llegan a la curación radical, pues luego de cierto tiempo la lesión recidiva, sin poder ser controlada por nueva serie de aplicaciones.

Instituto Nacional de Cancerología. — Historia Clínica N<sup>o</sup> — Nombre N. N. — Sexo: Femenino. — Edad: 78 años. — 11 - 14 - 58.

Hace seis meses se inició en el borde superior, parte anterior del maxilar inferior un pequeño elemento pulposo que fue aumentando paulatinamente de tamaño.

Actualmente se presenta un elemento úlcero-papuloso que invade parte del borde superior de la rama ascendente del maxilar inferior y parte anterior del piso de la boca.

Maxilar anodóntico. Presenta dos adenopatías.

El examen radiológico no dió evidencia de ninguna lesión.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO: Pequeños fragmentos de epitelio escamoso estratificado, infiltrado y ulcerado por un carcinoma escamocelular.

DIAGNOSTICO: Posible EPULIX degenerado en carcinoma de maxilar inferior. Se consideró el caso muy avanzado para radioterapia.

CONSULTA QUIRURGICA: Se considera el caso intratable por:

- 1) Por lo extenso de la lesión.
- 2) Por presentar metástasis bilaterales en los ganglios.
- 3) Por el tipo histológico de la lesión.

Instituto Nacional de Cancerología. — Historia Clínica N° — Nombre: N. N. —

Sexo: Masculino. — Edad: 48 años. — XI - 27 - 53.

Al ser interrogado el paciente informa que hace un mes se dió cuenta de un tumor localizado en la parte anterior de la encía del maxilar inferior.

A la inspección se aprecia en el lugar mencionado una tumoración que interesa tanto la parte externa como interna de la encía. en su porción contigua al piso de la boca.

Es un tumor de superficie regular y lisa, de consistencia más bien blanda, que sangra con gran facilidad; el canino y primer premolar izquierdos, así como el lateral inferior derecho están flojos. Se ordenó biopsia.

**INFORME ANATOMOPATOLOGICO:** Tumor epitelial maligno, formado por células ovaladas o poliedricas de citoplasma homogéneo y de núcleos grandes, a veces irregulares, hipercromáticos. Hay marcada anaplasia, escaso estroma y acentuada inflamación.

**DIAGNOSTICO:** Carcinoma escamocelular grado II. El paciente fue enviado a consulta de cirugía.

**CONSULTA QUIRURGICA:** Presenta, a la palpación, un ganglio infartado en la región suprahiodea izquierda. Se ordena un tratamiento quirúrgico, consistente en el vaciamiento suprahiodeo bilateral y hemi-resección del maxilar inferior, piso de la boca y cara inferior de la lengua.

**REPORTE QUIRURGICO:** Incisión en el labio inferior, parte lateral, a dos centímetros por dentro de la comisura. tanto izquierda como derecha, dejando en la parte media una superficie de piel de 2.5 cms. que se encontraba invadida por el tumor.

Estas incisiones se prolongaron por debajo del reborde del maxilar inferior en ambos sentidos con el objeto de practicar vaciamiento suprahiodeo bilateral.

Se hizo igualmente resección de los músculos de inserción en la región anterior del maxilar inferior y piso de la boca, dejando únicamente la lengua libre en sus inserciones en el hueso hioides.

Se practicó hemi-resección del maxilar inferior en bloque conjunto con el piso de la boca y el vaciamiento suprahiodeo. Se reconstruyó la boca suturando la mucosa de la boca a la parte inferior de la lengua.

Se hace traqueotomía y se coloca una sonda esofágica para alimentar al enfermo.

Cinco meses después se presentó de nuevo el paciente presentando recidiva de la lesión del mentón.

Se trató durante cinco meses con rayos X y se dió de alta.

Instituto Nacional de Cancerología. — Historia Clínica. — Nombre: X. X. —

Sexo: Masculino. — Edad: 58 años. — III - 25 - 58.

El paciente se presentó a consulta por una lesión úlcero vegetante localizada en el lado izquierdo de la encía inferior, que apareció aproximadamente hace

ocho meses, y que infiltra el lado izquierdo del piso de la boca. Es doloroso y presenta infección secundaria.

Consulta además por una masa tumoral localizada en la región submaxilar izquierda, que apareció hace aproximadamente dos meses y que presenta infección secundaria. A la palpación es dura y dolorosa.

INFORME RADIOLOGICO: Lesión destructiva sobre el borde superior del cuerpo del maxilar derecho, de contornos irregulares. Se ordenó biopsia.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO: Epitelio escamoso estratificado, carcinoma escamocelular indiferenciado y poco infiltrante, acompañado de severa reacción inflamatoria crónica.

DIGNOSTICO: Carcinoma escamocelular grado I de la encía inferior.

El paciente fue enviado a Consulta de Cirugía de Cabeza y Cuello, donde se consideró intratable quirúrgicamente, por lo cual fue enviado a consulta de Radioterapia. Con el resultado de la radiografía, que muestra destrucción ósea, se envía de nuevo a cirugía para reconsiderar la posibilidad de intervención, pues de otra manera podría despacharse el caso como intratable.

CONSULTA QUIRURGICA: Se intentará tratamiento quirúrgico.

Resección del piso de la boca, hemiglosectomía previa resección del maxilar inferior, lado izquierdo, vaciamiento radical del cuello del lado izquierdo y resección de la región de la piel que se halla comprometida por el tumor, dejando una zona de ésta para injerto y reconstrucción plástica posterior.

REPORTE QUIRURGICO: — Incisión atípica por debajo del maxilar inferior de la apófisis mastoideas a la región submentoniana y de ahí resecando gran parte de la piel invadida para dejarla con la pieza quirúrgica. Además incisión siguiendo el borde anterior del esternocleidomastoideo hasta la horquilla.

Vaciamiento del cuello en forma típica continuando con vaciamiento suprahioideo, sección del maxilar 1 cm., a la derecha de la línea media, y a 1 cm., por encima del ángulo del hueso.

Separación del masetero y buccinador, del hueso. Sección del piso de la boca y mucosa de la mejilla a distancia del proceso tumoral. Se retira la pieza

Reconstrucción de los planos superficiales y piel, haciendo traslación de los colgajos para cubrir la superficie que se dejó sin piel.

Posteriormente se le hizo cirugía plástica y se dió de alta.

## **CANCER DE LA LENGUA Y DEL PISO DE LA BOCA**

Los carcinomas de la lengua y del piso de la boca se describen al mismo tiempo por las siguientes razones:

1) La membrana mucosa de la lengua y del piso de la boca se desarrollan de las mismas fuentes embriológicas (primero y segundo arcos branquiales).

2) Muchos carcinomas de la lengua invaden el piso de la boca, especialmente los situados en el borde lateral del tercio medio, los cuales comprenden el 58 por ciento de todos los cánceres de la lengua.

3) El 4 por ciento de los carcinomas de la lengua aparecen en la superficie inferior de la punta, creciendo de tal manera que invaden el piso de la boca, antes de poder iniciar cualquier tratamiento.

4) Las metástasis de los carcinomas de la parte anterior de la lengua y del piso de la boca son similares. Los carcinomas del piso de la boca dan metástasis más rápidas que los de la lengua a causa de su proximidad con los ganglios linfáticos.

5) El tratamiento por radioterapia y quirúrgico para el cáncer de la lengua y del piso de la boca presenta problemas que requieren un conocimiento adecuado de las estructuras anatómicas.

**EMBRIOLOGIA:** Los dos tercios anteriores de la lengua, es decir, del pilar anterior y papilas circunvecinas hacia adelante, se desarrollan del primero y segundo arcos branquiales, y están por consiguiente cubiertas por exodermo, uniéndose luego con los dos tercios laterales para formar el cuerpo principal de la lengua.

La mucosa de la base de la lengua se desarrolla del endodermo, una elevación ventral mediana formada por la unión del segundo arco con adiciones posteriores de los arcos tercero y cuarto.

Por lo tanto, como los dos tercios anteriores están recubiertos por ectodermo, los tipos de carcinomas que aparecen en ellos son diferentes histológicamente, de los que encontramos en la base.

Los carcinomas de los dos tercios anteriores de la lengua son tumores escamocelulares más diferenciados. (Figs. 9 y 10).

Los del tercio posterior o base de la lengua son menos diferenciados y más anaplásicos. También, aparentemente, dan metástasis más rápidas que los que quedan por delante de la V lingual, siendo más sensibles a las radiaciones; mientras que los de los tercios anteriores siendo más diferenciados son menos sensibles, pero debido a su localización más accesible, se prestan más al tratamiento quirúrgico que los del tercio posterior.

**LOCALIZACION DEL TUMOR PRIMARIO:** El sitio en que con mayor frecuencia se presenta el cáncer de la lengua es a lo largo del borde lateral del tercio medio. El siguiente en frecuencia es el de la base, luego el del tercio anterior y por último por debajo de la punta de la lengua.

No se han visto carcinomas que se inicien en la región rómbica mediana, delante de las papilas circunvecinales. Se han presentado papilomas benignos, pero no verdaderos carcinomas.

El cancer del piso de la boca rara vez surge de la porción anterior; el punto de localización más común es la unión de la lengua con el piso de la boca. (Figs. 11 y 12).

**HISTOLOGIA:** — La mayor parte de los carcinomas, de los dos tercios anteriores de la lengua, pertenecen a los grupos más altamente diferenciados del tipo escamocelular grupos I y II. Son menos frecuentes los carcinomas indiferenciados de células transicionales. Estos infiltran rápidamente, invaden los linfáticos y pasan a los ganglios subyacentes, teniendo, por consiguiente un mal

pronóstico. Según MARTIN, MUNSTER y SUGARBAKER, el 80 por ciento de los carcinomas de la base de la lengua no son queratinizados.

Los carcinomas epidermoides espinocelulares, adenocarcinomas y carcinomas adenocísticos, solo ocasionalmente aparecen en la lengua. El pronóstico de estos tipos, raros, de carcinomas es pobre; como recurrencias surgen rápidamente y son más resistentes a las irradiaciones que los de la variedad escamocelular de los dos tercios anteriores, o que los de los tipos más anaplásicos localizados en la base.

Los carcinomas en el piso de la boca son, como regla general, menos diferenciados que los de la lengua. Son casi todos del tipo escamocelular queratinizado.

MARTIN encontró que la radiosensibilidad del cáncer del piso de la boca es más alta que la de la porción anterior de la lengua o la mucosa de las mejillas.

Parece ser, también, más radiosensible que el de la base de la lengua y la faringe. No hay explicación adecuada para este hecho desde un punto de vista histológico. WARD and HENDRICK, sin embargo, ratifican la opinión de Martín, pero diciendo que la dificultad que hay para irradiar estos tumores sin perjudicar el maxilar hace el pronóstico más serio que el de los tumores de la base de la lengua.

**ETIOLOGIA:** Se citan muchas causas irritantes como factores cancerígenos. Sin embargo no solo las irritaciones estimulan el tumor. Tiene que presentarse, también, ese factor biológico desconocido para que el trauma pueda desarrollar un cáncer.

**COMPORTAMIENTO CLINICO:** El primer síntoma del cáncer de la lengua o piso de la boca, es a menudo la aparición de la lesión primaria. Este hallazgo puede ser accidental, o más común el paciente siente algo anormal en la lengua o en el piso de la boca.

El paciente de mediana cultura observa la lesión en su primera fase. Es, sin embargo, extraño que, por el contrario, los pacientes lleguen con una gran ulceración en la lengua o en el piso de la boca y con ganglios metastásicos, que seguramente estaban presentes por largo tiempo, diciendo que no se dieron cuenta de ello hasta hace pocos días. Evidentemente el poder de observación de estos pacientes es tan bajo que ignoran las sensaciones anormales en la boca.

Otros pacientes afirman que su enfermedad presente se inició a causa de un diente fracturado o una dentadura parcialmente adaptada, lo cual le produjo una irritación en ese punto. Rara vez, sin embargo, un solo trauma en la lengua representa el principio del cáncer.

La aparición de un nódulo en la región submaxilar o cervical superior es a menudo el primer síntoma. Esto es particularmente cierto cuando el sitio primario es el piso de la boca o la base de la lengua.

Rara vez se presentan síntomas locales en la base de la lengua y debido a la dificultad del paciente para observar esta región de la boca, el tumor alcanza grandes proporciones.

El dolor es rara vez un síntoma primario del cáncer de la lengua; algunas veces se observa cuando el tumor se presenta en las capas profundas de la mucosa y crece hacia abajo, ulcerándose solo tardíamente.

**TIPOS CLINICOS:** La apariencia clínica de la lesión primaria puede encontrarse en uno de los cuatro tipos siguientes:

1) El más común es una úlcera limpia, de base áspera, de bordes elevados, infiltrados y duros. En un principio se aprecia pequeña invasión subyacente, pero posteriormente la induración se hace profunda dentro de la lengua o piso de la boca (la palpación en estos casos es muy importante, tanto para el diagnóstico como para apreciar el grado de infiltración de la lesión).

2) Este tipo es el llamado carcinoma infiltrante. Este presenta histológicamente menos diferenciación que una úlcera común, por lo tanto crece más rápidamente, invade la red linfática con mayor rapidez, lo mismo que los músculos vecinos, produciendo una firme induración y metástasis cervicales.

3) Es el tipo papilomatoso. Este presenta histológicamente menos diferenciación. Se presenta más comúnmente en la punta de la lengua, y solo ocasionalmente en el piso de la boca o debajo de la lengua. Tienen marcada hiperqueratinización. Invade tardíamente la submucosa, músculos y linfáticos; el pronóstico es mejor que en los tipos anteriores, pues son radiosensibles, y quirúrgicamente pueden ser extirpados con buen margen de seguridad.

4) Es el carcinoma no ulcerado, es el menos frecuente, casi siempre se presenta en la base de la lengua o lateralmente. También en la parte posterior de la lengua. Como ya dijimos, se puede presentar acompañado de dolor, debido a que el tumor tiene su origen en los planos profundos y sólo tardíamente se ulceran.

**EXAMEN:** Se deben observar los siguientes puntos: protuberancias en la línea media, atrofia de la musculatura o membrana mucosa, irregularidades en la superficie, saburra, tumores, ulceraciones; el tipo de úlcera (sucia, bordes salientes, bordes rugosos y elevados, base nodular o lisa, rojiza o con sección inflamatoria en su alrededor), con dolor a la palpación.

Toda lengua se debe palpar. Se debe observar la consistencia de la lesión, y cualquier extensión del proceso de la enfermedad.

Es particularmente importante la palpación de la base de la lengua para asegurarnos de la extensión de la tumoración en todas direcciones; por fuera de la pared lateral de la faringe, y por dentro de la base anterior de la lengua.

El piso de la boca debe ser palpado con dos dedos, uno de ellos en la boca, y los dos dedos de la otra mano debajo del maxilar en las regiones submentales y submaxilares. A menudo se descubre la invasión de los ganglios linfáticos al tiempo que se aprecia la extensión del tumor del piso de la boca.

Siendo la lengua y el piso de la boca fácilmente accesibles, y la mayoría de los tumores que se presentan en ellos ulcerados, no hay excusa para principiar cualquier clase de tratamiento de una lesión crónica sin biopsia.

**TRATAMIENTO:** Conceptos:

Según WARD and HENDRICK da mejor resultado la irradiación preoperatoria seguida de la hemiglossectomía y el vaciamiento radical del cuello, prefiriendo, además, la resección conjunta de la lengua y el piso de la boca, a cada operación por separado. Exceptúan los siguientes casos:

1) Los pequeños carcinomas de la punta de la lengua, en especial los del tipo papilomatoso.

2) Pacientes de edad muy avanzada, o muy debilitados, por el gran riesgo quirúrgico que presentan.

3) Pequeños tumores en el período de iniciación, de grado histológico bajo, y sin nódulos palpables.

I — Cuando el paciente se presenta por primera vez a consulta, el tumor es activo y, la mayoría de las veces, los linfáticos han sido invadidos; por lo tanto, las recurrencias post-operatorias son relativamente altas.

II — La irradiación destruye un gran número de tumores primarios o disminuye los más grandes, hasta el punto que al hacer la resección quirúrgica ésta da un gran margen de seguridad, habiendo poco peligro de recurrencia posterior.

III — Un gran porcentaje de pacientes con cáncer en la lengua, solo se presentan a consulta cuando éste se halla en estado inoperable. Muchos de estos casos se vuelven operables después de la irradiación.

IV — Si se hace solo radioterapia se pueden presentar secuelas graves (osteonecrosis, quemaduras de la piel o de las mucosas que además de ser antiestéticas pueden producir graves trastornos funcionales; endoarteritis, y esclerosis). Al hacer la resección post-irradiación se salvan estos problemas.

Los tumores del piso de la boca dan resultados aún más satisfactorios, a la radioterapia preoperatoria. El margen de seguridad que da la cirugía sola es bajo, especialmente en los tumores demasiado extensos o muy infiltrados.

La resección quirúrgica adecuada, de los tumores del piso de la boca y linfáticos adyacentes, da magníficos resultados en un gran porcentaje de los casos, pero presentan gran dificultad operatoria, debiendo ser, por lo tanto, irradiados antes de intentar el tratamiento quirúrgico.

La resección se puede hacer de 4 a 6 semanas después de terminada la radioterapia.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: Los métodos quirúrgicos son la resección parcial, la hemiglosectomía, o bien la hemiglosectomía comprendiendo el maxilar inferior y haciendo el vaciamiento radical del cuello.

La glosectomía parcial en lesiones pequeñas, móviles, localizadas por delante de la V lingual, puede tener éxito.

La cirugía está también indicada en los tumores pequeños de la punta y de los bordes libres, con movilidad completa del órgano. Aquí ofrece las mismas posibilidades de curación que la radiopuntura, y la elección de uno u otro de los métodos depende principalmente de las facilidades con que cuente el médico. Las recidivas, después de un fracaso con las radiaciones, son mejor tratadas quirúrgicamente si la lesión es aún operable.

La hemiglosectomía para el cáncer de la lengua ha sido usada por muchos años. Rara vez, sin embargo, se utiliza la hemiglosectomía sola; generalmente ésta va asociada al vaciamiento radical del cuello. Esto se puede hacer de dos maneras:

1) Se hace la hemiglosectomía, la hemi-resección del piso de la boca y maxilar, y el vaciamiento radical de cuello, resecándose toda la pieza quirúrgica en bloque.

2) Se hace primero el vaciamiento radical del cuello con el del piso de la boca. Se sutura esta región y luego se hace la hemiglosectomía sin reseca el maxilar.

**RADIOTERAPIA:** La radioterapia externa en las lesiones primitivas por delante de la V lingual en combinación con la irradiación intersticial en los casos especiales de las lesiones demasiado extensas, es útil. Es además, un método paliativo valioso en el cáncer incurable.

Sin ser un ideal, el método más ampliamente usado es la irradiación intersticial (E. P. VIACAVA). Con él puede controlarse la lesión primitiva en más de un 70 por ciento de los casos. Tiene sin embargo la desventaja del traumatismo, con el peligro real de la diseminación a los ganglios linfáticos.

Con la radiopuntura se rodea la lesión en forma uniforme. Las agujas varían en número y carga, de acuerdo a la extensión y sitio de la lesión; habitualmente tienen dos centímetros y medio de largo. Se colocan en forma de doble corona partiendo de los límites de la lesión con una separación entre ellas de un centímetro aproximadamente. Por lo general se las retira entre el quinto y sexto día. Entre el séptimo y duodécimo aparece una intensa reacción con formación de una membrana tipo difteróide, que alcanza a las regiones vecinas de la mucosa oral. La lesión cicatriza y la reacción desaparece totalmente al cabo de veinte días.

Una dosis total de 5.000 a 6.000 r. son necesarias para erradicar el 78.6 por ciento de los carcinomas escamo-celulares de la lengua. Una dosis mayor erradica un porcentaje también mayor de tumores pero presentando un gran número de complicaciones posteriores.

Hay otros tumores malignos que se pueden presentar en la lengua. Haremos una descripción somera de los más importantes:

**LINFOEPITELIOMA:** Estos tumores no se presentan con mucha frecuencia en la lengua. El tratamiento de estos casos se hace por irradiación externa, o implantación de agujas de radio. En los casos que presentan metástasis ganglionares se hace necesario el vaciamiento radical de cuello. El pronóstico es malo.

**LINFOSARCOMA:** Estos casos pueden ser curados por medio de irradiaciones prolongadas. Se debe controlar por cinco o seis años de radiaciones fraccionadas. La cirugía está definitivamente contraindicada.

**SARCOMA:** El diagnóstico se hace por medio de la biopsia. El tratamiento es el mismo del carcinoma. La radiosensibilidad de estos tumores se puede apreciar por medio de la biopsia, pero nunca es mayor que la de los carcinomas menos diferenciados.

**EPITELIOMA BASOCELULAR ADENOQUISTICO:** Ocasionalmente se presenta en el piso de la boca o por debajo de la lengua.

Aparentemente el origen en la capa basal del epitelio o en las glándulas mucosas.

Son poco radiosensibles, y frecuentemente presentan recurrencia posterior a la resección quirúrgica.

El tratamiento es la resección radical con irradiación preoperatoria.

Tienen mal pronóstico.

## CANCER DE LA MEJILLA

En las lesiones de la comisura labial es importante distinguir las situadas en los labios que invaden la mejilla de las que primitivamente se originan en la mucosa bucal. El carcinoma desarrollado por delante del músculo masetero es más favorable que el situado en la región posterior desde el punto de vista del tratamiento.

Las lesiones posteriores invaden precozmente las fibras musculares, las fascias del masetero y los ganglios cervicales.

Las lesiones papilares pequeñas o ulceradas sin gran base de infiltración ya sean anteriores o posteriores, pueden ser tratadas con éxito por la radiopuntura.

En las lesiones extensas de la mejilla, el radium local es inadecuado, y la discusión en estos casos está entre la radioterapia o la extirpación quirúrgica amplia, seguida de cirugía reparadora en uno o varios tiempos.

La etiología es más o menos la misma que para los carcinomas de labio, lengua, encía y en general para todos los cánceres de la mucosa oral. Esto es, los factores predisponentes, ya que los verdaderos factores etiológicos son completamente desconocidos.

Debemos recalcar, como factor predisponente y cancerígeno del carcinoma de la mejilla, la leucoplasia, ya que ésta tiene predilección por esta región de la mucosa oral, y en especial en aquellos casos en que la lesión ha sido de poca duración, pigmentándose, y convirtiéndose en una formación papilar fisurada o ulcerada. Estas lesiones deben ser palpadas cuidadosamente, y si el área se presenta indurada se debe tomar biopsia lo más rápidamente posible. (Fig. 18).

**LINFOSARCOMA Y LEUCEMIA:** Ocasionalmente se pueden presentar linfosarcomas o leucemia con origen en el tejido linfático de la mejilla, o en general de la mucosa oral.

El linfosarcoma puede estar localizado o ser un proceso difuso; cuando es difuso es maligno y de curso más rápido.

Los linfosarcomas se pueden dividir en tres tipos histológicos: reticulocelulares, linfocelulares y linfosarcoma de folículos gigantes.

El linfosarcoma se distingue de los otros linfomas por sus características destructivas, su rapidez en la invasión y su facilidad en dar metástasis a los diferentes órganos. Una de las características del linfosarcoma es la rápida invasión a los tejidos vecinos, produciendo un tumor adherente abultado.

En las amígdalas y faringe, la ulceración es rápida. En los nódulos linfáticos hay perforación de la cápsula con fijación a los tejidos vecinos.

La lesión primaria del linfosarcoma, se puede confundir con la enfermedad de Hodking.

Describiremos en seguida los tratamientos de los carcinomas de mejilla en general.

**TRATAMIENTO:** Se puede hacer por medio de la cirugía, la radioterapia, o las dos combinadas.

En las lesiones de moderado tamaño da mejor resultado la radioterapia. Ocasionalmente, en las lesiones resistentes o recurrentes se hace necesaria la electrocirugía; en las más extensas se requiere la extirpación completa de la mejilla, se guía por reparación plástica.

La irradiación externa sola, algunas veces esteriliza la lesión primitiva. Más frecuentemente, la induración retrocede durante un tiempo variable para luego recidivar.

Un buen resultado puede darlo el siguiente tratamiento, con rayos X, que es el generalmente usado por WARD and HENDRICK: se dan 300-500 r tres veces a la semana hasta completar 6.000-7.000 r. Las aplicaciones de radium son muy útiles en los lugares no accesibles al cono de rayos X, o a pacientes que ya presentan trismus.

La extirpación quirúrgica se puede hacer por electro-coagulación, en los tumores pequeños, o con el bisturí.

En algunos casos la extirpación amplia de una zona de la mucosa es seguida de injerto de piel. Estas lesiones así tratadas deben vigilarse cuidadosamente, pues las recidivas no son raras.

En las lesiones ulceradas de cierta importancia o en aquellas que invaden el reborde alveolar, o con metástasis regionales, la extirpación amplia y radical de la lesión primitiva, hemimandibulectomía y vaciamiento radical seguido por una reconstrucción plástica ulterior es la indicada.

Instituto Nacional de Cancerología. — Historia Clínica. — Nombre: N.N. — Sexo: Femenino. — Edad: 65 años. — IX-10-57.

La paciente consulta por una lesión ulcerosa de la extremidad izquierda de la encía inferior, de seis meses de evolución aproximadamente.

Al examen se encuentra una lesión ulcerosa que interesa la extremidad posterior de la encía inferior izquierda, y que invade la cara externa de la mejilla; esta ulceración es de forma irregular. Mide más o menos 2 centímetros de diámetro y es de consistencia dura.

**INFORME ANATOMOPATOLOGICO:** Carcinoma escamocelular infiltrante, medianamente diferenciado. Aparece constituido por células ovaladas o poliédricas que tienen citoplasma homogéneo y núcleos grandes, en ocasiones irregulares, ricos en cromatina. Se agrupan en islotes y presentan algunas figuras de mitosis. Hay marcada reacción inflamatoria.

**DIAGNOSTICO:** Carcinoma escamocelular, malignidad grado II, de la encía maxilar, y mejilla inferiores izquierdas.

**RADIOTERAPIA:** La lesión está localizada en el extremo posterior de la encía, no invade piso de la boca, lengua ni el pilar del velo.

Se tratará con Rayos X la lesión de la encía, la de la mejilla tiene aspecto de papiloma, se envía a cirugía en consulta sobre la posibilidad de tratamiento en esa región.

**INFORME QUIRURGICO:** Se hizo resección a un centímetro por fuera de la tumoración hasta encontrar plano muscular sano, se hizo hemostasis con electro-coagulación, se reseco y se hizo curetaje del borde alveolar.

Se suturó la mucosa de la cara inferior de la lengua con el plano muscular de la mejilla. Se dejó gasa vaselinada.

Tres meses después la paciente presentó recidiva en el mismo sitio por lo cual se dio de alta por intratable.

## CANCER DEL PALADAR

### PALADAR BLANDO — PALADAR DURO Y UVULA

El cáncer rara vez aparece en el paladar blando o en la uvula como lesión primaria, sino como extensión de las lesiones primarias instaladas en las amígdalas, paredes de la faringe y del maxilar.

En el paladar duro la primera manifestación generalmente es la presencia de una ulceración o una protrucción. Infiltra los senos paranasales, las fosas nasales y se puede extender al paladar blando y a la uvula. (Fig. 14).

En algunos casos la primera lesión es una placa de apariencia leucoplásica; o una proliferación tumoral que casi siempre se ulcera y se infecta secundariamente.

En los casos de ulceración, con bordes indurados, enrojecidos e invasión y destrucción de la pared ósea del paladar duro, se puede confundir con un chancro sífilítico, especialmente si tenemos en cuenta la localización y la falta de dolor.

Son bastante frecuentes las grandes expansiones que involucran el maxilar y que llevan consigo la pérdida de uno o varios dientes.

Pueden involucrar los ganglios linfáticos. Sin embargo esta metástasis se hace mucho más tardía que las que haría un tumor similar en el maxilar inferior.

Recalcamos sin embargo la importancia que tienen las prótesis superiores mal adaptadas y muy especialmente las totales con cámara de succión, ya que los tejidos blandos del paladar duro tratan de adaptarse a la cavidad, llegando a formar, con el tiempo, una proliferación irritada y susceptible de ulcerarse, con gran tendencia a la malignización.

La mayoría de los carcinomas del paladar blando son del tipo escamocelular.

Son bastante sensibles a la irradiación. Algunas veces está indicada la resección quirúrgica. Este tipo de resección estaría indicado, principalmente, en los casos de recurrencias y de demostrada radio-resistencia; entonces se haría la resección radical del paladar blando.

Posteriormente se les hace una restauración protésica, que se extendería hacia atrás cerca de la porción inferior de la nasofaringe, ayudándose de esta manera a la fonación previniendo que los alimentos se regurgiten por las fosas nasales.

Instituto Nacional de Cancerología. — Historia Clínica. — Nombre: X.X. — Sexo:

Femenino. — Edad: 60 años. — Peso: 46 kls.

Hace dos años se le practicó a la paciente la electrocoagulación de una pequeña placa ulcerosa del paladar que, al decir de la enferma, la tenía desde hacía muchos años. Algún tiempo después de la electrocoagulación y de haber cicatrizado la lesión, se formó de nuevo y ha ido creciendo.

Actualmente se aprecia una úlcera superficial que interesa todo el paladar óseo.

**RADIOTERAPIA:** Inmediatamente hacia la izquierda la línea media del paladar, en su parte central hay perforación de unos 4 mm. de diámetro.

**INFORME ANATOMOPATOLOGICO:** Al microscopio se encuentra un tumor epitelial maligno bien diferenciado. Aparece formado por células epiteliales ovales o poliédricas de varios tamaños, de citoplasma homogéneo y núcleos hiperclerómicos. Hay queratinización y formación de globos córneos y frecuentes mitosis. La agrupación celular se hace en islotes separados por estroma. Existe reacción inflamatoria crónica secundaria.

**DIAGNOSTICO:** Carcinoma escamocelular. Malignidad grado II.

**INFORME QUIRURGICO:** Se hizo la electrocoagulación de las disqueratosis después de haber puesto los puntos de anestesia.

Se electrocoagulan 7 placas, las cuales se encontraban localizadas en la región prefrontal, maseterina y en el curso nasogeniano del lado derecho. Se envía a radioterapia para tratamiento de la lesión del paladar.

**RADIOTERAPIA:** Se le hicieron irradiaciones y se controló por 4 meses.

Instituto Nacional de Cancerología. — Historia Clínica. — Nombre N.N. — Sexo:

Masculino. — Edad: 56 años. — XI-14-57.

Desde hace un año tiene una molestia en el paladar membranoso. Molestia consistente en estado doloroso localizado y sensación de cuerpo extraño. En la actualidad se aprecia sobre la cortina palatina y hacia la zona derecha, una ulceración recubierta por pseudomembranas.

Hacia su ángulo superior aparece una pequeña tumefacción de uno y medio centímetros de diámetro, de consistencia blanca, el pilar anterior aparece edematizado.

subepitelial. En este se encuentran pequeños islotes de tejido carcinomatoso del tipo escamocelular, medianamente diferenciado.

**TRATAMIENTO:** Se inició tratamiento con rayos X y se sostuvo por cuatro meses.

**REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:** Epitelio escamoso estratificado y tejido En mayo 6 de 1958 presentó una zona de 3 mm. de diámetro en la parte superior del pilar anterior derecho. Se le tomaron biopsias de la región.

**INFORME ANATOMOPATOLOGICO:** Carcinoma, probablemente metastásico "in situ", del pilar anterior derecho y amígdala del mismo lado. Se le hizo la resección de ésta.

Instituto Nacional de Cancerología. — Historia Clínica. — Nombre: N.N. — Sexo:

Masculino. — Edad: 73 años. — Peso: 59 kilos. — XI-23-52.

Se presentó a consulta por una lesión ulcerosa de dos meses de evolución que interesa la parte izquierda de la uvula y parte adyacente del borde del paladar membranoso.

La lesión alcanza a invadir el paladar posterior. No hay adenopatías palpables.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO: Neoplasma epitelial maligno, que formó masas lobuladas, pequeñas, infiltradas en el estroma, y marcada infiltración leucocitaria, especialmente linfoide y plasmocítica. Las células son poligonales del tipo espinoso con núcleo redondo vesicular y núcleos aparentes. Hay hiperchromatismo y frecuentes figuras de carioquinesis.

Las perforaciones del velo del paladar presentaban epitelio escamoso estratificado y tejido conjuntivo subepitelial. El epitelio presentaba hiperplasias y extensas ulceraciones cubiertas por exudado fibrino purulento. El tejido conjuntivo aparece infiltrado por un neoplasma compuesto por células epiteliales poliédricas de citoplasma homogéneo y núcleos hiperchromáticos. Hay anaplasias, frecuentes mitosis y algunas monstruosidades.

DIAGNOSTICO: Carcinoma epidermoide espino celular, grado histológico II.

Se envía el paciente a consulta de radioterapia.

Se le hace al paciente tratamiento continuo desde el 30 de septiembre hasta el 14 de diciembre, con rayos X profundos. No hay signos de metástasis.

En agosto 3 de 1953 presentó lesión exofítica del tercio superior del pilar posterior izquierdo y borde izquierdo de la uvula. Se remite al paciente a examen anatómo-patológico.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO: Carcinoma escamolelular. Grado III. Probablemente metastásico "in situ". El paciente no volvió.

Instituto Nacional de Cancerología. — Historia Clínica. — Nombre: N. N. — Sexo:

Femenino. — Edad: 44 años. — Peso: 45 ks. — II - 21 - 58.

Desde hace seis meses notó el crecimiento de una tumoración localizada en la parte derecha de la rama horizontal del maxilar inferior, que en un principio achacó a un absceso dental.

Esta tumoración es dolorosa y desde hace aproximadamente dos meses ha notado en la región gingival una lesión ulcerosa recubierta por una película blanqueza, mal oliente, de aproximadamente 3 cms. en su mayor diámetro, de consistencia elástica, dolorosa a la palpación.

La tumoración invade desde la región del ángulo hasta el canino. No invade la piel de la región maxilar.

Se encontraron metástasis cervicales en la región submaxilar derecha.

INFORME RADIOLOGICO: Se observa una extensa lesión osteolítica con destrucción de las corticales alveolares, y finas espículas óseas que invaden los tejidos blandos. En el maxilar izquierdo se observa absceso periapical del último molar.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO: Muestra un tumor de tipo maligno cuya clasificación no se pudo definir aunque se considera un tumor originado en restos epiteliales dentarios de tipo adamantinoma.

Posteriormente la paciente hizo metástasis al tiroides y posibles metástasis pulmonares.

Se consideró intratable.

## TRATAMIENTO DE LAS METASTASIS CERVICALES

En el tratamiento de las metástasis cervicales, el vaciamiento quirúrgico radical es el método de elección.

La radioterapia es indispensable en el preoperatorio de algunos casos seleccionados y tiene indicaciones precisas en el tratamiento de las recidivas inoperables después de un vaciamiento quirúrgico, en los casos avanzados no operables. Desde un punto de vista práctico y para orientar el plan terapéutico, puede clasificarse el cáncer intraoral con relación a las adenopatías en 3 grupos:

Grupo I — Lesión primaria sin adenopatías clínicamente apreciables.

Grupo II — Lesión primitiva con adenopatías, susceptibles de ser reseca­das quirúrgicamente.

Grupo III — Con adenopatías fijas a los planos profundos que invaden vasos y nervios. No operables.

GRUPO I — Terminado el tratamiento de la lesión intraoral, se plantea en este grupo si debe o no hacerse el vaciamiento profiláctico. Ello ha sido largamente discutido; mientras unos se manifiestan partidarios de él, otros niegan su utilidad. MARTIN, últimamente, en un exhaustivo estudio sobre el problema, considera el vaciamiento profiláctico de rutina como ilógico e inaceptable, pues aun en los casos en que estaría más indicado, la pérdida de tiempo entre el profiláctico y el curativo no es apreciable cuando los enfermos son controlados en forma rigurosa a breve intervalo de tiempo. Los datos estadísticos por él recogidos apoyan esta conducta, mostrando que de cada cinco vaciamientos profilácticos en el cáncer de la lengua, uno solo sería de utilidad. En el cáncer del labio habría 15 vaciamientos innecesarios por uno útil.

GRUPO II — Con adenopatías quirúrgicas dos situaciones pueden presentarse:

a) Lesión metastásica formada por un ganglio o un pequeño grupo movable no fijo a los planos profundos ni superficiales y que da tiempo a tratar la lesión primaria por el método de elección, y cuatro o seis semanas más tarde realizar el vaciamiento radical del cuello.

b) La característica localización del tumor oral y la importancia de las adenopatías no permiten disociar ni postergar el tratamiento de la lesión primitiva de la secundaria.

La extirpación en bloque de ambos con los tejidos intermedios es el procedimiento a seguir. Esta técnica es la indicada en la actualidad para el tratamiento del cáncer de la lengua, piso de la boca, mejilla, encía, etc., es considerada por los doctores FACK, SLAUGHTER y otros como el tratamiento de elección, aún en el cáncer intraoral precozmente diagnosticado, cuando hay adenopatías.

GRUPO III — Metástasis cervicales inoperables. La radioterapia está indicada como tratamiento paliativo únicamente. El grado de bienestar y la prolongación de la vida que proporciona a los enfermos es variable, está íntimamente en relación con el tipo histológico de la lesión y el desarrollo alcanzado por la misma. (Figs. 15 y 16).

En las lesiones metastásicas situadas por detrás de la línea orofaríngea, cuya radiosensibilidad ya hemos comentado, la radioterapia puede ser efectiva, alcanzando la curación de un grupo de pacientes.

## INDICACIONES DEL VACIAMIENTO DE CUELLO EN EL CANCER DE LA PORCIÓN MOVIL DE LA LENGUA

Como ya hemos dicho, todos los cancerólogos admiten que pertenece a la cirugía el tratamiento de las adenopatías cervicales secundarias a los cánceres de la porción móvil de la lengua.

En casos de adenopatías palpables, el vaciamiento ganglionar se hará después del tratamiento y control de la lesión primaria. Sobre esto las opiniones son unánimes; pero, en caso de ausencia aparente de adenopatía, la indicación de la operación ganglionar es discutida, como ya vimos.

Unos se abstienen y vigilan al paciente, juzgando que se debe operar solamente si aparece la adenopatía. Otros piensan que hay que intervenir siempre después del tratamiento lingual, aunque la palpación más minuciosa no revele ninguna adenopatía. El vaciamiento ganglionar se vuelve entonces un vaciamiento profiláctico.

Los no intervencionistas, por lo menos de manera inmediata, presentan los argumentos siguientes:

a) El vaciamiento ganglionar es poco lógico si no tenemos la certeza de la esterilización de la lengua (evidentemente esto concierne a los casos tratados con radio intersticial).

b) El número de las operaciones inútiles es demasiado elevado, pues el examen histológico post-operatorio revela con demasiada frecuencia ganglios indemnes.

c) La operación es grave; deja secuelas funcionales y poco estéticas, y la acepta difícilmente un enfermo cuyas regiones cervicales están visiblemente incómodas.

d) En caso de hacerse el vaciamiento se perdería la esperanza de un segundo tratamiento en caso de presentarse recidivas, ya que éste sería, en ese caso, el único tratamiento posible.

Estos argumentos no parecen de gran valor.

Los adeptos al vaciamiento radical del cuello "profiláctico", aducen, sin embargo, razones que parecen lógicas para ciertos casos:

La contemporización supone una vigilancia sistemática del paciente y sin que pueda responsabilizarse al enfermo ni al médico, resulta a menudo ineficaz a causa de los empujes evolutivos habituales en todos los cánceres.

El tratamiento de las metástasis ganglionares, y esto en todos los cánceres, da resultados satisfactorios solamente en lesiones poco evolucionadas, cuando se supone una invasión parcial o, mejor aún, una invasión todavía microscópica, pero en esta etapa el diagnóstico clínico de la naturaleza de la adenopatía es imposible.

Como regla general se puede afirmar que el vaciamiento ganglionar debería emprenderse solamente después de estar seguros de la esterilización de la lesión primaria. Se comprenden muy bien los inconvenientes de una extirpación ganglionar mientras el epiteloma todavía activo pueda sembrar en forma difusa la

región operada, dado que el elemento metastásico no es ya canalizado y contenido, por lo menos, durante un cierto tiempo, por las vías linfáticas.

En nuestro medio, el problema es más complejo pues la mayoría de los pacientes que acuden a consulta en el Instituto Nacional de Cancerología son de recursos económicos muy limitados y la mayoría de las veces viven en regiones apartadas de los centros, lo cual dificulta los controles periódicos. Esto hace que en muchas ocasiones se prefiera practicar el vaciamiento profiláctico una vez que clínicamente la lesión primaria nos parezca controlada.

## BIOPSIA

La necesidad de un diagnóstico preciso de todos los tumores es más y más aparente a los profesionales que trabajan íntimamente con pacientes que tienen problemas de cáncer. El cuidado que el paciente recibe se puede juzgar por la precisión de los datos diagnósticos que se den a los profesionales que van a llevar a cabo el tratamiento.

La importancia de tomar una muestra del tejido sospechoso para ser sometido a un examen microscópico por el patólogo es de tal importancia que cualquier énfasis que se haga al respecto es pequeño. Sólo de esta manera es posible hacer un diagnóstico positivo y comprobado de cáncer o de su ausencia.

La biopsia causa al paciente pocas molestias, es casi siempre esencial para lógico, con el propósito de elegir el tratamiento.

Siempre que sea posible es preferible tomar toda masa o nódulo sospechoso.

La biopsia es la muestra que se toma de un tejido para el diagnóstico patológico, y si se efectúa de la manera adecuada no causa ningún daño. Ocasionalmente, sin embargo, puede no dar una información definida, o las opiniones de varios patólogos diferentes pueden diferir en cuanto a la interpretación. Un reporte negativo, de una biopsia, no se debe considerar como regla de exclusión de la malignidad. Significa solamente que no había malignidad en los tejidos que se sometieron a examen.

Toda lesión pequeña que persista más de ocho o diez días, a un tratamiento adecuado en el caso de ser una lesión benigna, debe examinarse histológicamente. Es el único medio seguro de diagnóstico.

La obtención de un pequeño fragmento para estudio histológico debe comprender el borde de la úlcera e incluir parte de mucosa aparentemente sana.

La postergación de este examen es causa frecuente de la pérdida de un tiempo valioso para la iniciación de un tratamiento adecuado.

Hay diferentes métodos para la obtención de las muestras de tejidos que vamos a mandar a examen microscópico:

- 1 — Incisión con bisturí.
- 2 — Diversos métodos de perforación (biotomo, etc.).
- 3 — Curetaje.
- 4 — Paracentesis, en el examen de los líquidos (ascítico, pleural, o simplemente líquidos de formación tumoral).
- 5 — Aspiración.

Desde el punto de vista de los patólogos, la incisión y resección de parte de tejido, da el espécimen más adecuado para el examen. Cuando a un tumor se le hace incisión en vez de extirparlo, el uso de cauterio o bisturí eléctrico nos dará más seguridad, pero la coagulación puede alterar el tejido.

Desde el punto de vista clínico es más seguro tomar una muestra pequeña que una grande, especialmente si tenemos en cuenta que pequeñas porciones de tejido son suficientes para un diagnóstico exacto, con la condición de que se hayan tomado de una parte representativa de la lesión. Los bordes de los tumores de labio y piel pueden ser extirpados por medio de un bisturí fino o un biotomo cilíndrico. Curetas similares a las usadas en tratamientos de senos, pueden ser usadas para tomar muestras de tejido en la orofaringe. El diagnóstico de cáncer hecho en estos especímenes es concluyente, pero el diagnóstico negativo de pequeñas porciones de tejido no lo es, haciéndose necesario tomar otro espécimen.

Es absolutamente necesaria una colaboración estrecha entre el clínico y el patólogo. Las muestras de tejido se pueden observar durante algún tiempo, ya sea por falta de anatomopatólogo o para el envío a éste, en una substancia fijadora tal como formalina al 10 por ciento o formaldehído al 4 por ciento.

La biopsia por aspiración consiste en sacar las células de un tumor por medio de una aguja grande y por succión. Lamentablemente, aunque se use la técnica adecuada y el examen adecuado, los resultados no son concluyentes.

La biopsia por aspiración está indicada cuando no se puede lograr una muestra del tejido por ninguno de los métodos ya descritos. La única ventaja de la biopsia por aspiración es la facilidad con que se puede llevar a cabo, y el poco peligro y trauma que tiene la operación. Las desventajas son la dificultad que tendremos después para asegurar que la muestra vino realmente del tumor mismo y no de los tejidos adyacentes; además no podremos, generalmente, suministrar al patólogo una muestra adecuada que nos dé un diagnóstico definitivo.

En un tumor ulcerado, podremos usar con buen margen de seguridad, el biotomo, si tenemos el cuidado de no cortar a través de los tejidos normales para alcanzar el neoplasma. Generalmente no es necesaria la anestesia previa.

Al seleccionar un nódulo linfático para biopsia, es importante quitar uno que esté realmente infartado o duro, y tendremos que extirpar todo el nódulo. A menudo los nódulos más pequeños, adyacentes a los que han sido invadidos por el tumor, no muestran evidencias de neoplasma.

Mucho se ha dicho de los peligros de la biopsia y del intervalo de tiempo que transcurre entre la biopsia y el tratamiento radical. No podemos dar conclusiones positivas o definitivas, pero las siguientes se podrán tomar como normas adecuadas:

1 — Por grandes que sean los peligros teóricos de la biopsia, los peligros de intentar un tratamiento radical o abandonar al paciente a un diagnóstico y pronóstico sin esperanza sin tener una muestra del tejido es mucho más serio. Aún el profesional más experimentado tiene la necesidad de basarse en la biopsia antes de tener la certeza de un buen diagnóstico en cualquier caso.

2 — Los peligros de la biopsia y del lapso de tiempo que pasa antes de iniciarse el tratamiento, varían mucho según el tumor. Las biopsias del labio, piel y

orofaringe son poco peligrosas; pero se debe dejar pasar el menor tiempo posible antes de iniciar el tratamiento. Nunca se debe incidir dentro de un melanoma.

3 — Una biopsia llevada a cabo con los medios e instrumental adecuados es menos peligrosa que aquella que se efectúe por medios ásperos y maniobras inadecuadas.

## **EL ODONTOLOGO EN LA PREVENCION DEL CANCER DE LA BOCA**

El significado de la sepsis y falta de cuidado dental como factores cancerígenos ha tenido mucha importancia en el pasado, habiéndose dado declaraciones tan radicales como aquella de que "el cáncer nunca se desarrolla en una boca limpia". Si tal declaración tiene algún significado sería necesario definir primero lo que quiere decir la expresión "una boca limpia". Ciertamente no se puede tomar en el sentido radical de que la cavidad oral esté libre de toda bacteria. La higiene dental pobre, y los traumas causados por dientes fracturados o con aristas pueden jugar un papel como factores cancerígenos por la irritación crónica de las membranas mucosas orales. Por otra parte, sería un error decir que estos son los principales factores y que el peligro del cáncer de la boca sería eliminado si el paciente se cepilla sus dientes diariamente y visita a su odontólogo con regularidad.

De todas maneras la incidencia del cáncer de la boca se reduciría mucho si eliminamos los principales factores etiológicos tales como sífilis, tabaco, deficiencias nutricionales y factores irritativos dentales.

## **DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE LA BOCA**

La mejor manera en que el odontólogo puede ayudar al problema del cáncer oral es haciendo un diagnóstico precoz de los desórdenes orales, y cumpliendo con su deber al hacer un examen a fondo y al asesorarse de un médico competente en los casos sospechosos en los cuales se considere insuficientemente preparado para hacer un diagnóstico apropiado. Sin embargo, no es suficiente que el odontólogo sospeche el carácter de la lesión y sugiera al paciente que consulte a un médico. El odontólogo debe saber que es "su responsabilidad" el cerciorarse de que en realidad el paciente va a consulta médica y se hace examinar por un profesional competente en estos problemas.

## **LO QUE EL ODONTOLOGO DEBE HACER EN LOS CASOS EN QUE SOSPECHE CANCER**

Cuando el odontólogo sospeche la presencia de cáncer de la boca debe decidir el método más indicado en ese caso individual, para asegurar el diagnóstico y establecer el tratamiento apropiado.

En la mayoría de los casos este problema debe ser resuelto de inmediato y se debe referir el paciente a un especialista o a un instituto especializado.

Se debe tener bastante cuidado en no producir al paciente una cancerofobia, especialmente si se trata tan solo de una sospecha; pues si tenemos la duda de que el paciente va a seguir nuestros consejos, debemos advertirlo seriamente y proceder a tomar una muestra del tejido y enviarlo a examen anatomopatológico. Una vez que hayamos recibido el reporte anatomopatológico, y teniendo la segu-

ridad de la presencia de una lesión maligna, debemos proceder a informar y aconsejar al paciente o a un miembro de su familia de la importancia de un examen y tratamiento médico especializado lo más pronto posible.

### **EL PELIGRO DE LAS EXODONCIAS EN CASOS SOSPECHOSOS**

El odontólogo cree, lógicamente, que él es el más indicado para determinar cuándo debe hacer una extracción, y esto es absolutamente cierto en los casos que conciernen directamente al diente, pero no lo es en los casos en que la extracción dentaria pueda afectar y aún producir el desarrollo más rápido o la extensión de una lesión cancerosa. En los casos de cáncer del paladar, encía y antro, las exodoncias, excepto bajo la dirección del médico que esté haciendo el tratamiento del tumor, están completamente contraindicadas. Estas extracciones pueden retardar o interferir el tratamiento de la lesión, o causar una extensión más rápida de la enfermedad. Por ejemplo, cuando un diente es extraído cerca de una porción de encía que está afectada por un carcinoma, el tumor invade inmediatamente el hueso por la cavidad que queda.

“Una regla segura para el odontólogo es aquella de no extraer dientes en casos de cáncer de la boca, exceptuando los casos en que el profesional que lleva a cabo el tratamiento lo indique”.

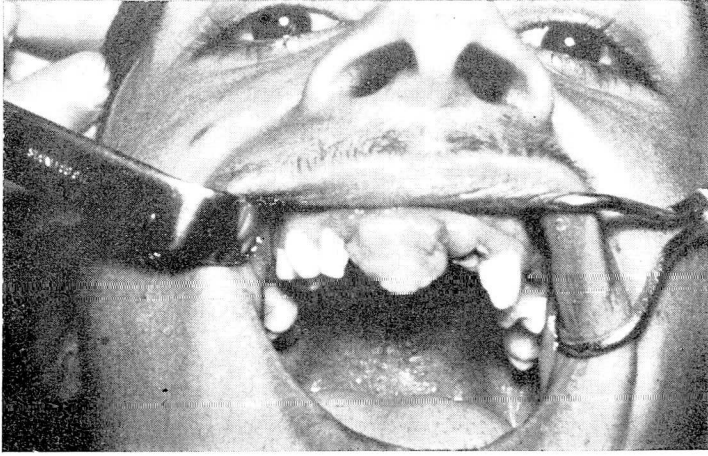
## CONCLUSIONES

- 1º — La colaboración del odontólogo en el problema del cáncer de la boca es haciendo un diagnóstico precoz de los desórdenes orales por medio de un examen completo de la boca y tejidos vecinos.
- 2º — Se debe hacer biopsia de toda lesión sospechosa que no haya remitido en un tiempo prudencial y después de un tratamiento adecuado.
- 3º — No se deben hacer Exodoncias en casos de cáncer de la boca que esté comprometiendo la pieza dentaria. Igualmente requiere especial cuidado la exodoncia en los pacientes que han recibido tratamiento con irradiaciones en la boca, por el peligro de infección en los maxilares.
- 4º — La biopsia debe ser de tamaño adecuado para que represente la lesión. Se debe tomar esta por los métodos indicados y nunca utilizar la electrocoagulación o el termocauterío porque éstos pueden quemar el tejido.
- 5º — En los problemas tumorales de la boca deben trabajar conjuntamente el odontólogo y el médico especialista en estos problemas.
- 6º — El odontólogo debe saber reconocer los síntomas primarios del cáncer de la boca, y estar en condiciones de hacer un diagnóstico diferencial entre éstos y otras lesiones tumorales benignas.
- 7º — Los traumatismos físicos y químicos y las deficiencias nutricionales son factores predisponentes del cáncer de la boca.

## BIBLIOGRAFIA

- BROWN — "ORAL CANCER AND TUMORS OF THE JAWS". — First edición. McGraw - Hill Book Company. New York. 1956.
- BUENDIA AUGUSTO. — "Conferencias de Patología Tumoral". — Universidad Javeriana - 1958.
- CLARK CUMLEY. — "Year Book of Cancer". The year Book of Cancer Publishers - U. S. A. - 1956-1957.
- C. H. LENORMANT. — "CIRUGIA DE LA CABEZA Y CUELLO". - Second Edition. W. B. Saunders Editors. 1946.
- EWING. — "ONCOLOGIA" Fourth Edición. - Salvat Editors. - 1948.
- FRYER. — "SURGERY OF FACE, MOUTH AND JAWS". First Edición. W. F. Prior Company Inc. Editors. U. S. A. - 1954.
- GAITAN MARIO. — "Conferencias de Patología Tumoral". - Universidad Javeriana. - 1958.
- HAKIM ALEJANDRO. — "Conferencias de Patología Tumoral". - Universidad Javeriana. - 1958.
- HAKIM ALEJANDRO. — "Comunicación Personal". Pag. 129 de la Tesis.
- HAYES MARTIN. — "Cancer of the Head and Neck". - The American Cancer Society. - 1949.
- MAYES MARTIN. — "Surgery of Head and Neck Tumors". - First Edición. - Paul B. Hoeber Editors. - 1957.
- K. H. THOMA. — "CIRUGIA BUCAL". - First Edición. - Editorial Uteha.
- Mc DOWELL. — "ORAL CANCER AND TUMORS OF THE JAWS". McGraw-Hill Book Company. - First Edición. - 1956.
- WARD AND HENDRICK. — "Tumors of the Head and Neck". - Second Edición. The Williams Wilkins Company. - 1950.
- VIAJAVA P. — "Cancer". - First Edición. - 1953.

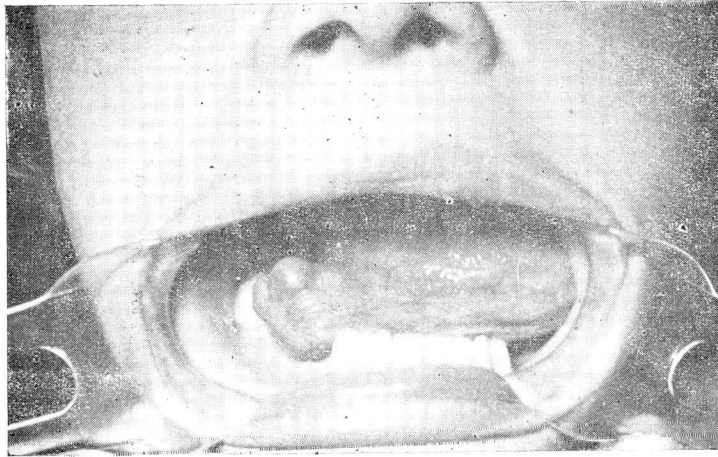
# **FOTOGRAFIAS**



EPULIS — (Figura A).



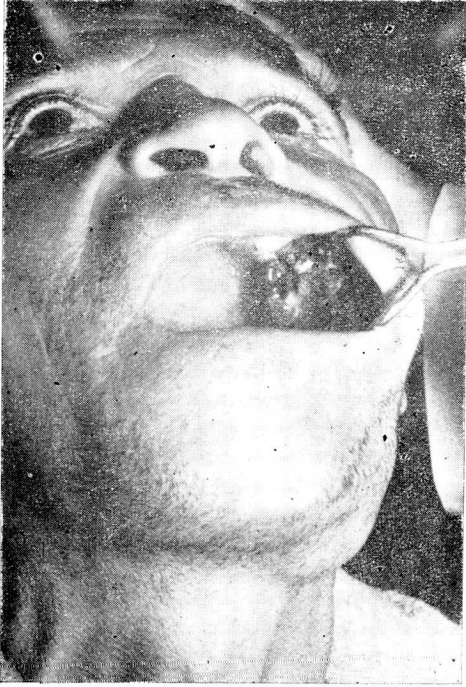
EPULIS — (Figura B).



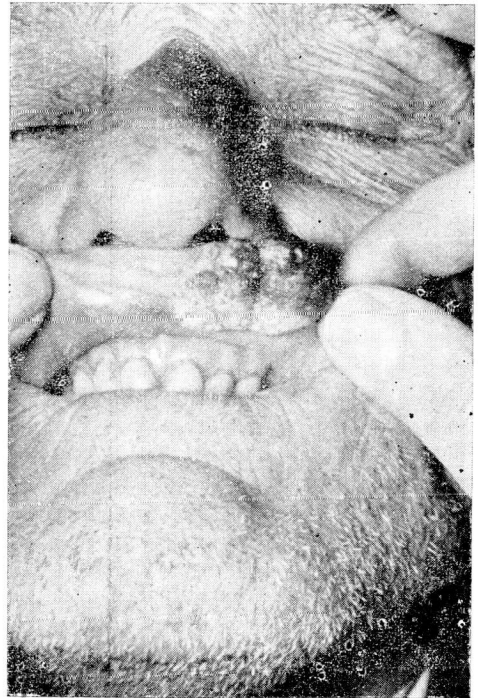
RANULA — (Figura 1).



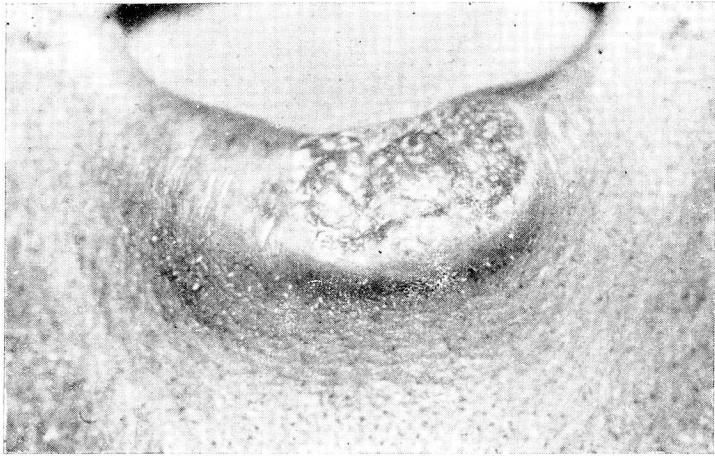
RANULA -- (Figura 2).



MELANOMA ENCIA SUPERIOR — (Fig. 3)



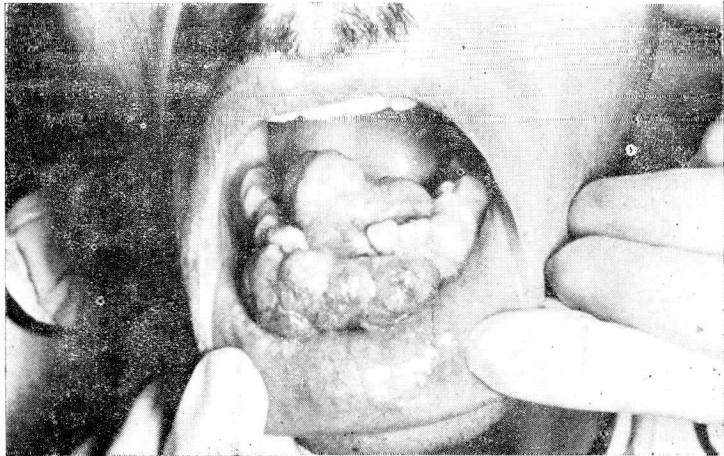
CARCINOMA LABIO SUPERIOR-(Figura 4)



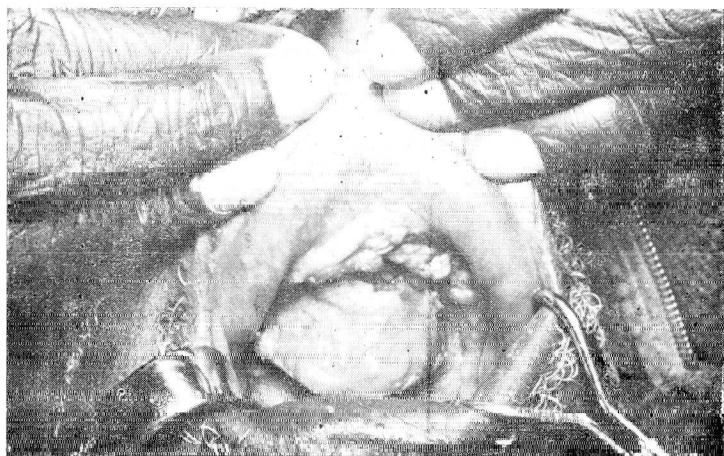
CARCINOMA LABIO INFERIOR — (Figura 5).



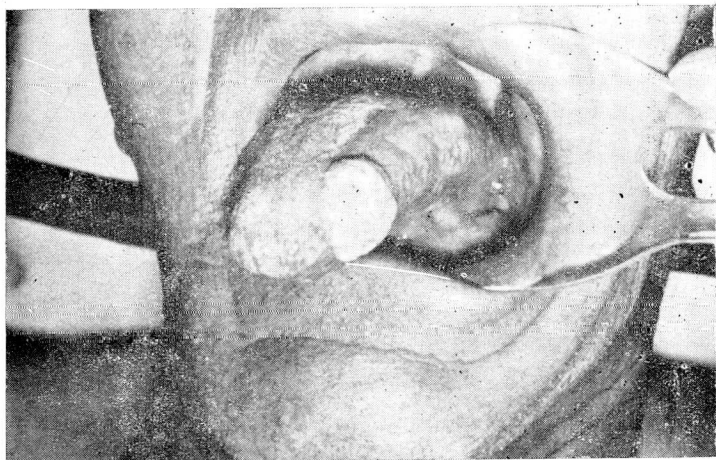
CARCINOMA ENCIA SUPERIOR — (Figura 6).



CARCINOMA ENCIA INFERIOR — (Figura 7).



CARCINOMA ENCIA SUPERIOR — (Figura 8).



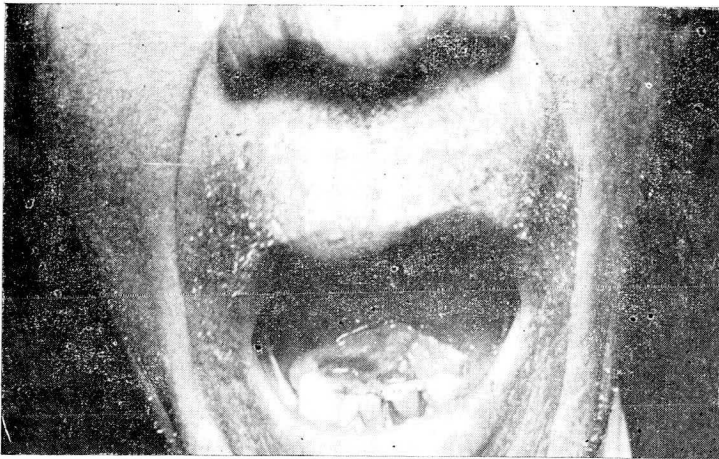
CARCINOMA DE LA LENGUA -- (Figura 9).



CARCINOMA DE LA LENGUA -- (Figura 10).



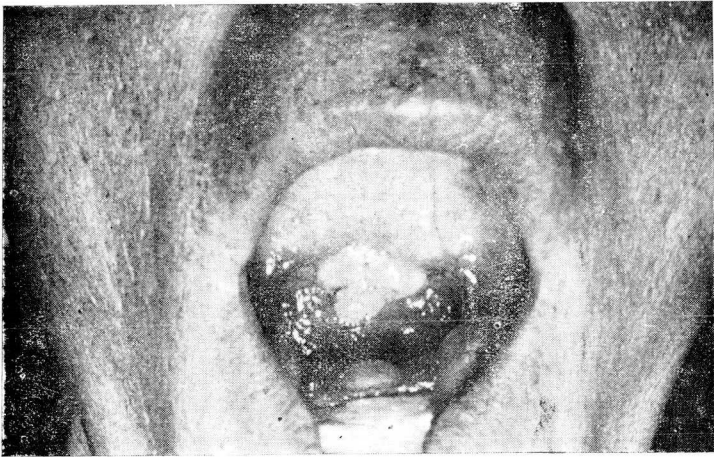
CARCINOMA DE ENCIA Y PISO DE BOCA -- (Figura 11).



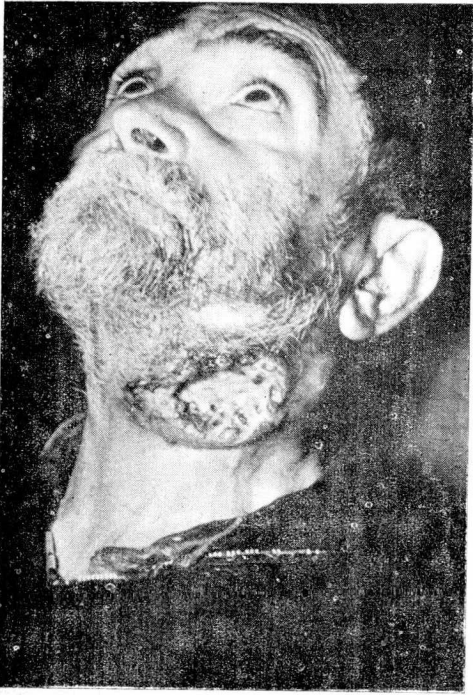
CARCINOMA DE PISO DE LA BOCA — (Figura 12).



CARCINOMA DE LA MEJILLA -- (Figura 13).



CARCINOMA DE LA UVULA -- (Figura 14).



METASTASIS INOPERABLE — (Figura 15).



METASTASIS INOPERABLE (Figura 16).

Instituto Nacional de Cancerología



INC002793

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA - BOGOTA, COLOMBIA  
BIBLIOTECA

AUTOR

CHEDIAK A., Edmond

TITULO

Cancer de la mama

Biblionumber: 1975