

BIBLIOTECA SEDE CENTRO

500

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

**DESCRIPCION CLINICA DEL CARCINOMA ESCAMOCELULAR EN
BUSCA DE UN DIAGNOSTICO PRECOZ**

MONOGRAFIA DE GRADO

SANTAFE DE BOGOTA

**DESCRIPCION CLINICA DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL EN BUSCA DE
UN DIAGNOSTICO PRECOZ**

MONOGRAFIA DE GRADO

PRESENTADO POR

INTEGRANTES

IVETH ROCIO ARDILA LOPEZ 901147
MARCOS A. BENAVIDES CALVACHE 881222
JACKELINE DIAZ CUBILLOS 901146
FREDY ECHINIQUE FERNANDEZ 901152
SANDRA GUERRA PARDO 881286
MARCELA PINILLA BARBOSA 901065

DIRIGIDO POR

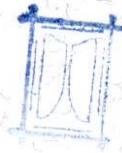
DOCTOR GERMAN BARAHONA CAYCEDO
ODONTOLOGO GENERAL JEFE SECCION ANATOMIA GENERAL DEL C.O.C.
DOCTOR GERMAN DUARTE OD. CIRUJANO MAXILOFACIAL

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRIGIDO A

DOCTOR JORGE ARANGO MEJIA
DOCTOR CARLOS CASTRO CASTILLO

SANTAFE DE BOGOTA 1995



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

AGRADECIMIENTOS

En la elaboración de ésta monografía, recibimos la directa colaboración de los Doctores GERMAN BARAHONA CAYCEDO Odontólogo, Jefe Sección Anatomía General del Colegio Odontológico Colombiano y GERMAN DUARTE Od. Cirujano Maxilofacial, Docente Postgrado Cirugía e Implantología Oral del Colegio Odontológico Colombiano.

No podemos olvidar a nuestros PADRES quienes con su empeño y apoyo constante nos ayudaron en nuestra formación como futuros profesionales.

INDICE

- 1. INTRODUCCION**
- 2. TITULO**
- 3. FORMULACION DEL PROBLEMA**
- 4. OBJETIVO GENERAL**
 - 4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**
- 5. MARCO TEORICO**
 - 5.1 DEFINICION DE CANCER**
 - 5.2 HISTORIA NATURAL DEL CANCER**
- 6. DEFINICION Y ETIOLOGIA DEL CARCINOMA
ESCAMOCELULAR EN BOCA**
- 7. DESCRIPCION DE CLINICA DE CARCINOMA ORAL**
 - 7.1 CARCINOMA DE LABIO**
 - 7.2 CARCINOMA DE LENGUA**
 - 7.3 CARCINOMA DE PISO DE BOCA**
 - 7.4 CARCINOMA DE GINGIVA Y REBORDE**
 - 7.5 MUCOSA YUGAL**
 - 7.6 MUCOSA PALATINA**
 - 7.7 CARCINOMA IN-SITU**
- 8. LESIONES Y ESTADOS PRECANCEROSOS**

- 9. TECNICAS DE EXAMEN DE LA MUCOSA BUCAL**
- 9.1 LABIOS**
- 9.2 MUCOSA Y SURCO DE LABIO INFERIOR - SUPERIOR**
- 9.3 CARRILLO SECTOR ANTERIOR**
- 9.4 CARRILLO SECTOR POSTERIOR**
- 9.5 CRESTAS ALVEOLARES**
- 9.6 LENGUA CARA DORSAL**
- 9.7 CARA VENTRAL**
- 9.8 PISO DE BOCA**
- 9.9 PALADAR SECTOR ANTERIOR**
- 9.10 PALADAR SECTOR POSTERIOR**
- 10. SEMIOLOGIA DE GANGLIOS LINFATICOS EN ESTOMATOLOGIA**
- 11. PREVENCION**
- 12. CONCLUSIONES**
- 13. VOCABULARIO**
- 14. BIBLIOGRAFIA**
- 15. ANEXOS**
 - AFICHE**
 - FOLLETO**
 - VIDEO**
 - DIAPOSITIVAS**



INTRODUCCION

Analizamos que el odontólogo en su práctica rutinaria puede intervenir en forma activa en un diagnóstico precóz, que puede aumentar la expectativa de vida del paciente. Como el odontólogo en su clínica sólo tiene sus sentidos como medio de exámen, pensamos que es importante hacer énfasis en el exámen físico, reconociendo pequeñas lesiones que pueden ser el inicio de un cáncer.

Este trabajo describe la presentación clínica de algunos cánceres de cavidad oral, método de exámen físico y bases teóricas que nos permitan crear una mayor conciencia de nuestra intervención activa en el diagnóstico.

3. FORMULACION DEL PROBLEMA

Pensamos que dentro de un cierto grupo de odontólogos generales y estudiantes, no existe una conciencia adecuada sobre la importancia de la revisión clínica de tejidos blandos en busca de un diagnóstico precóz de cáncer oral que puede ser debida a una falta de revisión constante sobre el tema



OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir clínicamente las diferentes presentaciones del cáncer oral especialmente del carcinoma escamocelular, en busca de un diagnóstico temprano en la consulta particular.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Descripción clínica del carcinoma escamocelular del labio, lengua, piso de boca y Carrillo.
2. Plantear métodos de prevención aplicables al consultorio.
3. Revisar algunos conceptos teóricos que nos permitan una descripción clara de las lesiones.
4. Aumentar el interés por un examen más concienzudo de la mucosa oral.

5. MARCO TEORICO

5.1. CANCER

Es una neoformación constituida por una acumulación de células cuyo crecimiento excede del de los tejidos normales y es incoordinado con el de los mismos.

5.2 HISTORIA NATURAL

En la carcinogénesis, desde el inicio hasta el momento en que se produce la muerte del portador, los cánceres se desarrollan en estadios de un proceso que dura muchos años.

Este proceso se desarrolla, cuando no es interrumpido por tratamiento, se conoce como "**HISTORIA NATURAL**" del cáncer.

Los estadios son: Iniciación, promoción y progresión.

Iniciación: Fenómeno rápido e irreversible, originado por la exposición a un agente carcinógeno.

Promoción: Fenómeno más prolongado, que aparece después de la exposición repetida o ininterrumpida a una sustancia, que puede o no ser capaz por si sola de

iniciar el proceso. La capacidad de parcial de algunos agentes de contribuir a la historia natural del cáncer se expresa con la etiqueta de CARCINOGENOS INCOMPLETOS, siendo agentes iniciadores, los que pueden impulsar el primer estadio y agentes promotores, los que sólo tienen importancia en el segundo estadio. Se denominan CARCINIGENOS COMPLETOS, aquellos otros agentes responsables del proceso entero, desde su inicio hasta la presentación de una neoplasia in-situ.

Progresión: Es reconocida en la actualidad, como un tercer estadio distinto a la historia natural del cáncer, pues la reversibilidad de la promoción no es compartida por la progresión. Se reconoce la irreversibilidad de la progresión por el desarrollo de cambios claros en el cariotipo celular; es un instintivo de la progresión y constituye la base de la transformación celular maligna observada en este estadio.

6. DEFINICION Y ETIOLOGIA DEL CARCINOMA

ESCAMOCELULAR EN BOCA

CARCINOMA

La publicación de la OMS, tipificación histológica de tumores bucales y bucofaringeos, describe al carcinoma escamocelular bucal como un tumor consistente en nidos, columnas o riendas irregulares de células epiteliales malignas que se infiltran

debajo del epitelio. Las células tumorales pueden semejar cualquiera de las capas del epitelio pavimentoso estratificado a todas. Se prefiere decir "Carcinoma espinocelular" en lugar "Carcinoma epidermoide", por que este último término suele referirse a la piel.

ETIOLOGIA

1. **Tabaco:** La mayoría de los estudios sobre el consumo del tabaco y su importancia en la génesis del cáncer bucal, se demostró que sólo el tres (3%) porciento de hombres con cáncer de la cavidad bucal nunca habían fumado, mientras que el treinta (30%) porciento eran grandes fumadores.
2. **Alcohol:** Se calculó que los grandes bebedores corren un riesgo una diez veces mayor de adquirir cáncer bucal que los que beben muy poco.
3. **Cirrosis Hepática:** Existe una asociación entre ésta y el cáncer bucal, y sugieren que la lesión hepática inducida por el alcohol contribuye de una manera no esclarecida todavía, a que se inicien o se aceleren las alteraciones malignas de la calidad bucal.
4. **Dieta:** Aunque se dice que las alteraciones dietéticas son factores etiológicos

accesorios en la génesis del cáncer bucal en muy pocos estudios se investigaron éstos factores.

5. **Factores Ambientales:** Se incluye pacientes expuestos a rayos ultravioleta y pacientes que están expuestos a elementos químicos.
6. **Distribución Social:** Se observa que el cáncer de labio y lengua despliegan tasas más altas en los grupos de bajos ingresos que en los más pudientes.
7. **Factores Dentales:** La mala higiene oral, las restauraciones defectuosas, bordes cortantes de los dientes y las dentaduras que no se ajustan bien, se mencionan muchas veces en la etiología del cáncer bucal, éstos factores aumentan con el alcohol y cigarrillo.

7. DESCRIPCION CLINICA DEL CARCINOMA ORAL

CARCINOMA ESCAMOCELULAR

Es el más frecuente en la mucosa bucal. Si bien existen áreas de mayor porcentaje en cuanto a sitio de la Neoplasia (lengua, piso de la boca y paladar blando) puede verse en diferentes sectores y su comportamiento clínico depende de varios factores.



Histopatología: Puede presentarse con las características de mayor a menor diferenciación, dependiendo del sector que predomine en la población celular neoplásica. Los bien diferenciados presentan infiltración y conservan los detalles del epitelio normal (disposición en capas y mantenimiento de las uniones celulares). Los semidiferenciados presentan mayor atipia e índice mitótico. Los indiferenciados presentan ausencia casi total de la disposición por estratos celulares y pérdida de los rasgos morfológicos normales.

7.1 CARCINOMA DE LABIO

El más frecuente, puede presentarse lesiones con costra, si se desprende vuelve y se forma. Puede observarse en diferentes formas: Erosiones, úlceras, ulceraciones, lesiones ulcerovegetantes exofíticas. La base es indurada que se extiende más allá de los límites de la lesión superficial, en éste sitio hay poco dolor.

7.2 CARCINOMA DE LENGUA

Puede aparecer en el borde y cara ventral. Peor pronóstico en la base de la lengua. Puede comenzar como una ulceración que crece rápidamente. el dolor desde etapas tempranas. Los de la cara ventral suelen crecer hacia el piso boca y la gingiva lingual del maxilar inferior.

Clínicamente puede ser una erosión, úlcera, lesión ulcerovegetante, lesiones queratóticas (leucoplásicas), también puede comenzar como lesiones rojas.

7.3 CARCINOMA DE PISO DE BOCA

Puede iniciarse a partir (eritoplasia) o de una lesión blanca (leucoplasia). A medida que progresa y filtra los tejidos disminuyendo la movilidad. Hay dificultad para hablar y masticar, el dolor se intensifica con el avance de la enfermedad. Las metástasis en el cuello son rápidas, puede invadir tabla lingual del maxilar. La lesión es ulcerada y de bordes elevados e indurados.

7.4 CARCINOMA DE GINGIVA Y REBORDE

No es muy común, podemos verla debajo de prótesis parciales o completas. Se presenta más en el maxilar inferior.

7.5 CARCINOMA DE MUCOSA YUGAL

Predomina la forma exofítica, verrugosa y ulcerovegetante, entre más posterior su localización peor pronóstico. se presentan adenopatias en forma temprana.

7.6 CARCINOMA DE MUCOSA PALATINA

Mayor incidencia en paladar blando. Es una tumefacción bastante aplanada que después se ulcera. El tumor exhibe escasa tendencia a crecer en profundidad.

En los fumadores invertidos el carcinoma de paladar duro suele formarse como una úlcera por fuera de la línea media de la zona glandular del paladar duro y no es común que se propague a la parte anterior del paladar duro ni al blando. En una muestra en

Cartagena Colombia de 79 fumadores invertidos, 78 presentaron alteraciones palatinas, 16 carcinomas espinocelular, 4 en el paladar y los restantes en la base de la lengua.

7.7 CARCINOMA IN-SITU

Existen diferencias entre prestigiosos autores respecto de la definición de un carcinoma in-situ. La displasias leves y moderadas es decir alteraciones celulares que no involucran todo el espesor del epitelio serian lesiones precancerosas y sólo las denominan cáncer in-situ cuando todo el espesor del epitelio está involucrado. El término in-situ es puramente histológico. La clínica de las lesiones puede estar representada por una leucoplasia, una eritoplasia o mancha melánica.

Lo importante para el **ODONTÓLOGO** y estudiantes es que todas esas características clínicas debe obligadamente ser biopsiada y tratada oncológicamente de acuerdo con el informe recibido. Es una lesión en que todo el espesor del epitelio exhibe rasgo de malignización celular, como pérdida de la polaridad y estratificación, núcleos hipercromáticos con variaciones de tamaño y forma, relación nuclear citoplasmática aumentada y nucleolos agrandados.



8. LESIONES Y ESTADOS PRECANCEROSOS

A la lesión precancerosa se le define como un tejido de morfología alterada, más propensa a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal. En la boca existen dos lesiones precancerosas: **Leucoplasia y eritroplasia.**

LEUCOPLASIA

Placa blanda que no se puede caracterizar ni patológicamente como ninguna otra enfermedad, esta definición no tiene connotaciones histológicas. La preleucoplasia concebida como una etapa precursora de la leucoplasia es una área gris o blancogrisácea de bordes borrosos.

ERITROPLASIA

Placa aterciopelada de color rojo intenso, que no se puede caracterizar ni clínicamente ni patológicamente.

DISPLASIA EPITELIAL

Alteraciones generales del epitelio, pueden ocurrir las siguientes alteraciones: pérdida de la polaridad de las células basales, hiperchromatismo nuclear, menor cohesión celular etc.

OTRAS REACCIONES EPITELIALES

La mayoría de las leucoplasias se caracterizan al examen histológico por :

Hiperortoqueratosis: El espesor de la capa ortoqueratósica es mayor del que suele ver normalmente en un determinado sitio anatómico, siempre existe el estrato granuloso

Hiperparaqueratosis: El espesor de la capa paraqueratósica es mayor del que suele ser normalmente en una área dada. Las células de la capa externa del epitelio son acidófilas y aplanadas, contienen núcleos picnóticos, raro que haya un estrato granuloso.

Hiperplasia epitelial: El epitelio está egrosado a causa de una mayor cantidad de células; éstas células pueden ser espinosas o basales.

A continuación describimos dos artículos que demuestra la Asociación entre lesiones precancerosas y factores predisponentes con el carcinoma escamocelular.

Triple O de marzo 95 se reporta un estudio retrospectivo de 1974 a 1982 donde se revisaron 50.000 mil biopsias simples, de éstas 308 se clasificaron como displasia oroepiteliales y carcinomas in-situ.

Resultados: Por sexo se distribuyeron 162 en hombres, 146 en mujeres, por edad 56% se dió entre 50 69 años, por sitios se ubicaron 26.5% en piso de boca 25.2% lengua, 178 en mucosa bucal.

Clínicamente el 73% de todas las displasias fueron como blancas o predominantemente blancas; 11.9% como rojas o predominantemente rojas, 11.3% fueron descritos como úlceras y como verrugosas, el 3.7% de los casos como leucoplasias papilares. El desarrollo de los carcinomas varió en un período de 2 a 7 años.

Triple O de julio del 95 se presenta un estudio con 4 pacientes con H.I.V. y su asociación con carcinomas escamocelular intra oral.

Edad de pacientes 40 y 43 años, periodo de estudio 30 meses, hay antecedentes de drogadicción intravenosa, enfermedades de transmisión sexual, fumadores y alcoholismo. Todo los pacientes se trataron por úlceras, infecciones odontogénicas y candidiasis. Por biopsia incisional uno reportó carcinoma escamocelular, uno carcinoma in-situ, los otros dos mutaciones queratolíticas.

Clínicamente se presentaban como úlceras persistentes en la parte ventral de la lengua.

Los que se inyectaban presentaron una masa ulcerosa en el pilar anterior posiblemente provocada por trismus.

Coclusión: Los pacientes inmunosuprimidos conformaron un grupo de alto riesgo en el desarrollo de carcinoma escamocelular.

9. TECNICAS DE EXAMEN DE LA MUCOSA BUCAL

Para la detención temprana de cáncer y de las lesiones precancerosas de la boca es imprescindible que se siga un procedimiento completo y metódico al examinar la cavidad bucal.

Antes de iniciar el examen, el paciente debe sacarse las prótesis dentales para realizar el examen se recomienda dos espejos bucales pero jamás hay que olvidar que los espejos pueden cubrir una lesión pequeña durante el examen. Si se detecta una lesión sospechosa procedase a la palpación digital, tomando toda las precauciones que correspondan.

La técnica de examen de la mucosa bucal debe ser practicada rutinariamente siguiendo un orden:

9.1 LABIOS

Deben de examinarse con la boca cerrada y abierta. Nótese el color, textura y toda normalidad superficial del borde bermellón. Es conveniente separar con los dedos la semimucosa para observar con claridad pequeñas lesiones que puedan ocultarse entre los pliegues del labio.

9.2 MUCOSA Y SURCO DEL LABIO INFERIOR Y SUPERIOR

En forma bimanual realizando la eversión del labio superior e inferior, observando claramente hacia el fondo del surco. Observe además el color y toda tumefacción de la mucosa vestibular, la encía y los frenillos.

9.3 CARRILLO SECTOR ANTERIOR

En forma bimanual efectuamos la eversión del carrillo. Lo hacemos con visión directa

9.4 CARRILLO SECTOR POSTERIOR

Separamos con un espejo y examinamos el sector posterior. Con la boca bien abierta nótese todo el cambio de color y la movilidad de la mucosa. Tenga cuidado de que el espejo no tape pequeñas lesiones .

9.5 CRESTAS ALVEOLARES INCLUIDO ENCIA

Exáminelas de todos los lados (bucal, Platino y lingual)

9.6 LENGUA CARA DORSAL

Con la lengua en reposo y la boca abierta en parte examine el dorso de la lengua en busca de toda tumefacción, ulceración, cambio de color y testura. Tómese nota de todo además de cambio de la distribución de las papilas que recubren la superficie de la lengua. A continuación hágase sacar la lengua y nótese toda movilidad o



desviación a normal. Con una gasa traccionamos hacia afuera y a los lados, inspeccionando bordes y dorso.

9.7 LENGUA CARA VENTRAL

Le pedimos al paciente que con la punta de la lengua toque la parte posterior del paladar, y examinamos con visión directa.

9.8 PISO DE BOCA

Con la lengua elevada todavía inspeccione el piso de la boca junto con el surco alveolar lingual. En vista en que ésta región se origina una alta proporción de cánceres se requiere un examen completo.

9.9 PALADAR SECTOR ANTERIOR

Con la boca bien abierta y la cabeza del paciente extendida hacia atrás. La inspección se realiza con espejo bucal.

9.10 PALADAR SECTOR POSTERIOR

El examen se realiza con visión directa previamente deprimiendo la base de la lengua con suavidad con el espejo bucal.

10. SEMIOLOGIA DE GANGLIOS LINFATICOS EN ESTOMATOLOGIA

La palpación ganglionar debe ser suave pero firme y determinada, ya que presenta una búsqueda en la cual el hallazgo o no de la afección pueda constituir igualmente relevancia diagnóstica.

A diferencia de la observación y de la auscultación, la palpación no puede ser reiterada indefinidamente en el momento; ya que esto además de molesto o doloroso, puede resultar perjudicial al provocar una respuesta sobre inflamatoria a la patología de base que se investiga. Para la realización de esta parte clínica es necesario apoyar el ganglio sobre planos duros o entre éstos. En la mayoría de los casos en el área de nuestra competencia es el cuerpo mandibular quien mejor hace las veces de plano duro auxiliar. Si el plano duro no existe se recurre a las técnicas de palpación bidigital (entre los dedos índice y pulgar) y bimanual ubicando la mano abierta debajo de la mandíbula con la palma hacia arriba y con el dedo índice y/o medio de la otra mano se palpa piso de la boca. Es importante que el paciente y el operador se ubique en forma cómoda al practicar la palpación.

Como un ejemplo de lo efectivo que puede ser un buen examen clínico y la biopsia correspondiente, referenciamos un caso reportado por la Doctora INES

DE TORRES EN LA TRIBUNA ODONTOLÓGICA.

Paciente de 52 años de sexo femenino, que presenta una lesión elevada, a nivel de encía de canino y primer premolar superior derechos, sésil blanda de dos centímetros de diámetro con área ulcerada inmediata a los dientes, por lo demás recubierta de mucosa normal. Se extiende desde la zona palatina pasando por interproximal hasta vestibular y es dolorosa con presencia de pus. Radiográficamente no presenta lesión.

En la historia clínica presenta valvulopatía, nódulo frío de tiroides no (maligno) y aplasias medulares recurrentes tratadas actualmente. La impresión diagnóstica es absceso periodontal. Se trata con amoxicilina y enjuagatorios orales con clorexidina, además se realiza detartraje y alisado radicular en la zona. Se toma biopsia incisional de la lesión y muestra para cultivo. El cultivo reporta infección por proteus y el estudio histopatológico detecta carcinoma escamocelular invasivo regularmente diferenciado. La evaluación del cirujano revela un posible origen intraóseo en este paciente.

11. PREVENCIÓN

A abordar el problema del cáncer debe ser hoy una prioridad cuando actualmente el

control de las enfermedades infecciosas y el intento de disminuir la morbimortalidad de las enfermedades crónicas y degenerativas ocupan un primer lugar entre éstas se encuentran el cáncer y en nuestro campo nos compete el de la cavidad oral.

Según la liga contra el cáncer los programas contra ésta enfermedad tiene como objetivos los siguientes:

1. Prevenir la aparición de la enfermedad
2. Reducir la morbimortalidad cuando la enfermedad se manifiesta
3. Proporcionar una atención óptima al enfermo de cáncer

En éstos tres items el odontologo puede actuar pero pensamos que debemos hacer énfasis en las dos primeras.

Los tres niveles de prevención son:

PREVENCIÓN PRIMARIA

Se lleva a cabo antes de que surja la enfermedad con el fin de impedir su aparición. Se realiza a través de programas de educación al público buscando modificar actitudes y comportamientos frente al cáncer.



PREVENCIÓN SECUNDARIA

Tiene como objeto localizar y tratar lo antes posible la enfermedad, lo ideal es detectar la enfermedad en su estado inicial.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Se lleva a cabo cuando la enfermedad se ha declarado. Su objetivo es evitar complicaciones y recaídas, necesita un tratamiento interdisciplinario con otros profesionales de la salud.

Nuestro trabajo pretende hacer énfasis en los dos primeros niveles los cuales resultan eficaces en la medida que estimule y suscite el interés de adoptar medidas de autocuidado que permitan prevenir la enfermedad o detectarla a tiempo.

Cualquier medio educativo debe ser evaluado antes de su uso. Debe verificar si la ayuda es adecuada para la edad, escolaridad, experiencia, y cultura de auditorio.

Nosotros proponemos un afiche que va dirigido al paciente el cual se puede ubicar en una sala de espera; un folleto para el profesional y un video donde recordaremos hacer un examen minucioso para un diagnóstico precoz del cáncer oral.

CONCLUSIONES

- 1. Pensamos que se debe tomar conciencia de lo beneficioso que puede resultar para el paciente realizar un examen completo de tejidos duros y blandos, buscando mejorar sus condiciones orales y en determinados casos aumentar su expectativa de vida.**
- 2. Del conocimiento de las condiciones normales y de las posibles alteraciones de la mucosa oral, depende en gran parte la orientación que le podamos dar al curso del tratamiento a nuestros pacientes.**
- 3. La detección a tiempo de una lesión precancerosa permitirá evitar un posible carcinoma oral.**
- 4. La educación del paciente en nuestra consulta diaria ampliará su visión sobre el cáncer oral, u otras enfermedades de tejidos blandos con el fin de que su consulta no sea sólo motivada por caries.**



VOCABULARIO

AMPOLLA

Lesión elevada, circunscrita, del tamaño de una lenteja mayor; de contenido líquido. Puede ser intrapitelial o subepitelial. También tiene corta vida en la mucosa bucal, quedando una erosión que se revuelve sin secuelas.

ATRIFIA

Es el adelgazamiento del número y volumen de los elementos celulares en sector de la mucosa bucal. Generalmente aparece debido a trastornos en la irrigación del sector.

COSTRA

Es la desecación de un líquido hemático.

CICATRIZ

Es el proceso de reparación de pérdida de sustancias de un tejido. La reparación puede dejar una zona atrófica (queloide).

EROSION

Pérdida de sustancia en el epitelio, circunscrita, que no llega a interesar a la basal, por lo tanto es resolutive y no deja cicatriz.

ESCARA

Es una porción de tejido necrótico, generalmente provocado por causas químicas (ASA).

ESCAMA

El desprendimiento de las laminillas corneas del epitelio de la mucosa bucal puede deberse a procesos inflamatorios en la dermis (escamas primarias) o posteriores a la presencia de vesículas y ampollas (escamas secundarias).

FISURA O GRIETA

Solución de continuidad lineal. El epitelio no está intacto (queilitis comisural).

GANGRENA

Hay necrosis aguda con el agregado con la putrefacción microbiana. Es de color negruzco y mal aliento.

MACULA PAPULA

Lesión papulosa con cambio de coloración en el tejido que lo rodea.

NODULO

Lesión sólida circunscrita, de localización en la dermis baja o hipodermis. Perceptible a la palpación.

NECROSIS

Es la muerte de un tejido en forma rápida, aguda y en su totalidad.

NECROBIOSIS

Es la muerte lenta un tejido. Coexisten lelementos vivos necroticos.

PLACA

Lesión elevada, circunscrita, de diámetro mayor de las papulas, limites netos y superficies lisas o verrugosas. Varias papulas que confluyen pueden simular una placa, pero es necesario identificar con aumento cada elemento.

PAPULA

Lesión que se eleva sobre la superficie de la mucosa. Circunscrita que evoluciona espontaneamente y no deja cicatriz. De tamaño pequeño, pueden ser epiteliales.

PLIEGUEZ Y SURCOS

Lesiones lineales, únicas o multiples, en cuyo epitelio no existe solución de continuidad como es el caso las fisuras.

PERFORACIONES

Destrucción total la pared de una pared de la cavidad bucal. Puede ser aguda o crónica.

PSEUDOMEMBRANA

Formación de tejido friable gris amarillento, sobre superficies erosionadas o ulceradas. Su origen es la coagulación de plasma exudado, que queda atrapado en la red de fibrina, junto con restos epiteliales necroticos.

QUISTE

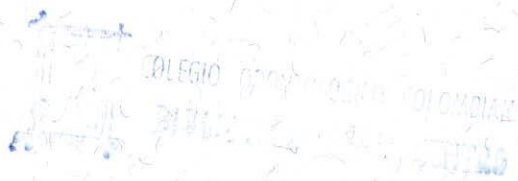
Semilogicamente es una lesión elevada, circunscrita de contenido liquido, renitente, que hace relieve en la superficie de la mucosa.

TUBERCULO

Lesión sólida, circunscrita ubicada en la dermis alta, que deja cicatriz.

TUMOR

La definición tumor desde el punto de vista semiológico podría ser así: una lesión



circunscrita, que tiende a crecer sin límite o puede detenerse. De evolución crónica y contendencia a persistir. Clínicamente puede asumir el aspecto de lesiones elementales (úlceras, vegetación, erosión, etc.) Más allá de la definición semiológica, el estudio de cada caso desde el punto de vista hisopatológico, es obligado, para determinar si se trata de una hiperplasia simple, malformativa y blastomatosas, ya sea benigna o maligna.

ULCERACION

La pérdida de sustancias compromete el vértice de las papilas de corión y puede dejar cicatriz. Son de evolución aguda o sub-aguda.

ULCERA

Pérdida de sustancia que llega más allá de la basal y es de evolución crónica. En este caso compromete la base de las papilas.

VESICULA

Lesión elevada de contenido líquido, pequeña y no deja cicatriz. Si bien tiene corta vida en la cavidad bucal, la erosión secundaria se resuelve sin dejar rastros.

VEGETACION

Lesión elevada, exofítica (hacia afuera) integrada por varios elementos con aspecto de coliflor. Su superficie es "húmeda" y la consistencia es blanda. Si la consistencia es firme, y la superficie es seca y queratinizada, se denomina "Verrugosidad".

BIBLIOGRAFIA

1. D.K. HOSSFELD Manual de oncología clínica , quinta edición -ediciones Doyma S.A. 1992 Barcelona España.
2. CECCOTTI, Eduardo Luis, Clínica Estomatologica SIDA, CANCER y otras afecciones, Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires 1993.
3. Nuestra Lucha, Liga Colombiana Contra el Cáncer No. 13 Agosto 1990 Trio Impresores Bogotá
4. VIETA, Luis J-Cáncer de la Cavidad Oral, Dirección general de la publicación Universidad Nacional de Cordoba Argentina 1983.
5. PINDBORG, Jens, J Cáncer y precáncer bucal Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires 1981
6. TRIPLE O Volúmen 80 No. 1 Julio de 1995
TRIPLE O Volúmen 79 No. 3 Marzo de 1995
7. TRIBUNA ODONTOLOGICA, Volúmen 1 No. 9 1992
8. STANLEY L. ROBINS, Tratado de patología.