

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIAGNOSTICO, DIFERENCIACION Y TRATAMIENTO DE CARCINOMA
ESCAMOCELULAR EN CAVIDAD ORAL

SANTAFE DE BOGOTÁ, OCTUBRE DE 1997

T3876

00630

DIAGNOSTICO, DIFERENCIACION Y TRATAMIENTO DE CARCINOMA
ESCAMOCELULAR EN CAVIDAD ORAL

PRESENTADO POR:

ANGELICA SANCHEZ H. COD. 912217

ADRIANA BARRERA A. COD. 912239

YANNIS ESPINOSA C. COD. 912297

FRANCIA CORTES A. COD. 912311

LILIANA ACEVEDO R. COD. 921206

TUTOR:

DR. JUAN CARLOS SANTANDER
ODONTOLOGO GENERAL C.O.C.

PRESENTADO A:

DIRECTIVOS C.O.C

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTAFE DE BOGOTÁ, OCTUBRE DE 1997

INDICE

	página
INTRODUCCIÓN	1
1. OBJETIVOS	2
1.1. OBJETIVO GENERAL	2
1.2. OBJETIVO ESPECIFICO	3
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. PROPÓSITO	5
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1. CÁNCER	6
4.2. ETAPAS DEL CÁNCER	6
4.2.1. ETAPA I	6
4.2.2. ETAPA II	6
4.2.3. ETAPA III	6
4.2.4. ETAPA IV	7
4.2.5. RECURRENTE	7
4.3. CANCER ORAL	7
4.4. ETIOLOGIA DEL CANCER ORAL	8
4.4.1. FACTORES GENETICOS	8
4.4.2. FACTORES AMBIENTALES	8
4.4.3. FACTORES GEOGRAFICOS	8
4.4.4. FACTORES DIETETICOS	9
4.4.5. AGENTES QUIMICOS	10
4.5. DIAGNOSTICO, DIFERENCIACION Y TRATAMIENTO DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR EN CAVIDAD ORAL	10
4.5.1. CARCINOMA ESCAMOCELULAR	10
4.5.2. CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LABIO	10
4.5.2.1. ETIOLOGIA	10
4.5.2.2. CARACTERISTICAS CLINICAS	11
4.5.2.3. PRONOSTICO	11
4.5.2.4. TRATAMIENTO	12
4.5.3. CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LENGUA	12
4.5.3.1. ETIOLOGIA	12
4.5.3.2. CARACTERISTICAS CLINICAS	13
4.5.3.3. PRONOSTICO	14
4.5.3.4. TRATAMIENTO	14

4.5.4.	CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE PISO DE BOCA	14
4.5.4.1.	ETIOLOGIA	15
4.5.4.2.	CARACTERISTICAS CLINICAS	15
4.5.4.3.	PRONOSTICO	16
4.5.4.4.	TRATAMIENTO	16
4.5.5.	CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE ENCIA (MUCOSA ALVEOLAR)	17
4.5.5.1.	ETIOLOGIA	17
4.5.5.2.	CARACTERISTICAS CLINICAS	17
4.5.5.3.	PRONOSTICO	18
4.5.5.4.	TRATAMIENTO	18
4.5.6.	CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE PALADAR	19
4.5.6.1.	ETIOLOGIA	19
4.5.6.2.	CARACTERISTICAS CLINICAS	19
4.5.6.3.	TRATAMIENTO	20
5.	TRATAMIENTO DEL CANCER	20
5.1.	METODOS DE TRATAMIENTO	21
5.1.1.	PRINCIPIOS TERAPEUTICOS	21
5.1.1.1.	RADIOTERAPIA	21
5.1.1.2.	QUIMIOTERAPIA	23
5.1.1.3.	HIPERTERMIA	24
5.1.1.4.	CIRUGIA	24
5.2.	OTROS METODOS DE TRATAMIENTO	24
5.2.1.	IMPLANTES ALOPLASTICOS	24
5.2.2.	IMPLANTES DE AGUJAS	25
6.	EPIDEMIOLOGIA	25
7.	PREVENCION DEL CANCER ORAL	26
7.1.	TABAQUISMO	26
7.2.	DIETA	27
8.	CASOS CLINICOS	28
8.1.	CASO I	28
8.2.	CASO II	29
9.	BIBLIOGRAFIA	32
10.	ANEXO 1	33

AGRADECIMIENTOS

DR. JUAN CARLOS SANTANDER. ODONTOLOGO GENERAL. C.O.C.

DRA. XIMENA GUTIERREZ. ODONTOLOGA. DEPARTAMENTO DE CABEZA Y CUELLO INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.

DR. LEONARDO CALVACHE. ODONTOLOGO C.O.C. ESPECIALISTA CIRUGÍA MAXILOFACIAL UNIVERSIDAD PONTIFICIA CATOLICA DE BRASIL.

DEDICATORIA

A Dios, por darnos la gracia de cumplir con este deber y ser nuestra guía en todo momento.

A nuestros Padres, por su contribución desinteresada para el logro de esta meta.

A nuestros docentes, por aportarnos su conocimiento y dedicación.

A nuestros compañeros por compartir todos aquellos instantes de alegría y tristeza.

A todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron en la realización de este importante objetivo de nuestras vidas.

Simplemente ... GRACIAS.

INTRODUCCIÓN

Es nuestra preocupación el gran número de pacientes que anualmente son afectados por el cáncer oral, ya que no existen los conocimientos suficientes por parte del odontólogo general para identificarlo, diagnosticarlo, manejo del afectado y la planeación, realización y evolución del tratamiento adecuado en el paciente.

Por tal motivo es nuestro interés dar a conocer información acerca de la enfermedad, en lo referente a su definición, medios de diagnóstico, signos y síntomas, los posibles tratamientos, manejo integral del paciente durante y después del tratamiento y los diferentes tipos de cáncer oral en cualquiera de sus etapas.

Se hará énfasis en el carcinoma escamocelular, que es el de mayor incidencia en cavidad oral, así mismo destacaremos la importancia que tiene el odontólogo general en el proceso de su detección temprana.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer los métodos de prevención y de identificación, diagnóstico, tratamiento y soluciones en cuanto a restauración, en el cáncer oral.



1.2. OBJETIVO ESPECIFICO

Conocer el proceso de diferenciación, diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones del carcinoma escamocelular.

2. JUSTIFICACIÓN

El odontólogo debe estar capacitado para conocer y diagnosticar las lesiones malignas en cavidad oral. Una detección temprana del cáncer oral aumentará las posibilidades de éxito del tratamiento.

3. **PROPOSITO**

La presente monografía habrá cumplido su cometido si al término de su lectura, el interesado comprende que el cáncer oral es una enfermedad como cualquier otra que se puede curar y en algunos casos evitar. Es una enfermedad ante la cual no debemos estar pasivos ni impotentes.



4. MARCO TEORICO

4.1. CANCER

Llamado también neoplasma. Tumor maligno en general que se caracteriza por el crecimiento rápido de sus células por mitosis atípicas e presenta infiltración a tejidos vecinos. Luego de su rápida remoción puede recaer en el mismo sitio o a distancia.

4.2. ETAPAS DEL CÁNCER

4.2.1. ETAPA I

El cáncer no mide mas de 2 centímetros y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos del área (los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran en todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones).

4.2.2. ETAPA II

El cáncer mide mas de 2 centímetros, pero menos de 4cms y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos del área.

4.2.3. ETAPA III

Existe cualquiera de estas situaciones:

- El cáncer mide mas de 4 cms.
- El cáncer tiene cualquier tamaño pero se ha diseminado solamente a un ganglio linfático

situado en el mismo lado del cuello que el cáncer.

- El ganglio linfático que tiene cáncer no mide más de 3 cms.

4.2.4. ETAPA IV

Se podría dar cualquiera de las siguientes situaciones:

- El cáncer se ha diseminado a los tejidos situados alrededor del labio y de la cavidad oral. Los ganglios linfáticos del área pueden o no tener cáncer.
- El cáncer tiene cualquier tamaño y se ha diseminado a mas de un ganglio linfático en el mismo lado del cuello donde está el cáncer, a ganglios linfáticos de uno o ambos lados del cuello, o a cualquier ganglio linfático que mida más de 6 cms.
- El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

4.2.5. RECURRENTE

Cuando se encuentra en su etapa recurrente indica que el cáncer ha vuelto aparecer después de haber sido tratado.

4.3. CÁNCER ORAL

Es todo cambio anárquico en la división celular en cavidad oral que produce un aceleramiento tanto en el protoplasma como en el núcleo de las células, generando una mutación en los tejidos de dicha cavidad. La cavidad oral incluye las dos terceras partes del frente de la lengua, las encías superiores e inferiores, el recubrimiento del interior de las mejillas y labios (mucosa bucal), el fondo(suelo) de la boca, debajo de la lengua, la parte superior ósea de la lengua (paladar duro) y el área pequeña situada detrás de los terceros molares (triángulo retromolar).

cáncer bucal en la parte occidental del mundo, con 29.9 casos anuales por cada cien mil habitantes. Esta alta tasa se debe a que los pescadores de esta región tienen una probabilidad 4.4 veces mayor de adquirir cáncer de labio - por su constante exposición al sol - que los demás hombres de edades comparables de la misma isla. Hasta ahora para esta alta tasa de cáncer de labio, que también ocurre en otras provincias de Canadá, no se haya explicación satisfactoria. Al comparar las cifras de morbilidad canadiense (4.9 por cien mil varones), surge una diferencia llamativa. Eso se explica por qué la alta tasa de morbilidad del cáncer bucal en Canadá, se debe a la gran cantidad de cánceres de labio, que son de buen pronóstico, de modo que las cifras de mortalidad son bajas. En Estados Unidos la tasa de incidencia varía entre los distintos estados y también dentro una misma región. Además la tasa es más alta en los blancos que en los negros y esto se explicaría por la incidencia muy baja entre los negros. En general entre los negros de Africa, la incidencia de cáncer bucal es muy baja. En Asia las tasas de incidencia más bajas ocurren en Japón y en los Maoríes de Nueva Zelanda.

4.4.4. FACTORES DIETETICOS

Los alimentos ingeridos por el ser humano pueden tomar comportamientos cancerígenos debido las modificaciones que sufren en el organismo. Un producto no carcinógeno puede transformarse en maligno si se encuentra con el sistema enzimático adecuado. La cicasina, sustancia presente en la nuez de cicadales, y que es el alimento básico en algunas islas del pacífico, se transforma en un producto carcinógeno sólo si se encuentra con algunas bacterias en el tracto digestivo. En caso contrario permanecería en el organismo como producto inactivo. Al comparar la frecuencia de los diferentes tipos de cáncer entre varios países, se observa que entre 25 y 35% de ellos se deben a factores alimenticios. Junto con los alimentos se pueden introducir en el organismo algunos componentes carcinógenos tan poderosos como la aflatoxina u otros productos formados durante la combustión de sustancias orgánicas o se pueden introducir precursores capaces de dar origen a carcinógenos como las aminas o los nitritos.

4.4.5. AGENTES QUIMICOS

Estos representan aproximadamente entre el 2 y el 4% de cánceres, por la exposición a productos químicos cuyas concentraciones en ocasiones son mil veces superiores a la que esta expuesta la población. La incidencia de agentes químicos en los diferentes tipos de cáncer depende de las dosis administradas.

4.5. DIAGNÓSTICO, DIFERENCIACION Y TRATAMIENTO DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR EN CAVIDAD ORAL

4.5.1. CARCINOMA ESCAMOCELULAR

Se inicia como una lesión blanca o roja de textura que puede ir de lisa a rugosa, de consistencia que puede ir de blanda a indurada, úlceras induradas crateriformes asintomáticas.

4.5.2. CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LABIO

Es una lesión bastante frecuente. Supone el 25 y 30% de los cánceres de la región oral afectando un 95% el labio inferior.

4.5.2.1. ETIOLOGIA

Una de las causas más comunes es el consumo de tabaco principalmente por fumar pipa, así mismo se presenta en pacientes con historia de traumatismo previo a la aparición de la lesión.

4.5.2.2. CARACTERISTICAS CLÍNICAS

El carcinoma de labio muestra notable presencia en el sexo masculino. Es frecuente en pacientes entre los 50 y 70 años y es raro en pacientes de raza negra.

Aparece como una zona blanca engrosada y localizada que puede estar recubierta por una costra ; algunas veces exhiben una leucoplasia generalizada de todo el borde labial. La mucosa está a menudo seca, atrófica con numerosas fisuras ; puede presentarse, verrugoso o exofítico, siendo éste el más común. El carcinoma labial ulcerado, empieza como una úlcera pequeña que infiltra hacia estructuras profundas más rápido que el exofítico. Cuando la lesión es de evolución prolongada puede haber una invasión de los músculos del labio, piel de cara y maxilar inferior. Las metástasis del carcinoma labial, no se producen tan precozmente ni con tanta frecuencia como en los carcinomas epidermoides de otras localizaciones.

Los ganglios sub - maxilares, son la principal localización de las metástasis. Los carcinomas que afectan las comisuras, dan con mayor probabilidad metástasis, que las que se encuentran en el labio propiamente dicho.

El carcinoma espino celular adenoide, es un tumor de la piel que también se produce con mayor frecuencia en el labio.

4.5.2.3. PRONOSTICO

Es bastante favorable y los resultados obtenidos son, a menudo satisfactorios aun en casos avanzados. Ellos se deben a la frecuencia relativamente baja de diseminaciones metastásicas. La presencia de ganglios metastatizados en el momento en el que el paciente ingresa, o la participación ganglionar una vez iniciado el tratamiento, empeora el pronóstico.

4.5.2.4. TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico, ha sido el método de elección en lesiones congénitas y traumáticas sobre todo para resolver problemas de tejido tumoral, benignos y malignos.

Cuando se hace un tratamiento, habrá alguna atrofia de los tejidos irradiados y ello evoluciona con el tiempo. La exposición continua que puede resultar en una necrosis de los tejidos. El labio irradiado debe protegerse de los rayos solares con el uso de un sombrero y protectores ultravioleta.

Los dientes anteriores y la encía se protegen con placas de plomo cuando el tratamiento es radiación externa (Cobaltoterapia), caries por radiación, exposición de hueso y osteoradionecrosis, son secuelas poco comunes.

4.5.3. CARCINOMA DE LENGUA

Es un tumor maligno, común e importante. Comprende entre el 25 y 50 % de todos los cánceres bucales. En contraste con el cáncer labial es altamente mortal, y el pronóstico para casos avanzados es avanzado. Se presenta con mayor frecuencia en personas mayores, más en hombres que en mujeres.

4.5.3.1. ETIOLOGIA

Se han sugerido gran cantidad de casos de cáncer de lengua pero en la actualidad no existe nada concreto. Existen relaciones entre el cáncer de lengua y otros trastornos como la sífilis en la fase activa, o por lo menos antecedentes de ella. Esa relación se explica sobre la base de una glositis crónica, producida por la sífilis, irritación crónica reconocida desde hace mucho tiempo como carcinógeno en ciertas circunstancias.

La leucoplasia es una lesión común de la lengua que también se encuentra asociada a este cáncer. También se ha pensado en otros factores como el consumo de alcohol y tabaco.

4.5.3.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Predomina en el sexo masculino. En E. U. la relación es 4 : 1 para el hombre. Incide en los últimos años de edad adulta y vejez. Las características clínicas varían de acuerdo a la localización del tumor.

Suele localizarse en el borde lateral afectando más los dos tercios anteriores. Se presenta como una masa a menudo indolora y con frecuencia descubierta por el mismo paciente. El dolor, que simula a veces el de la faringitis, es el síntoma más importante del carcinoma del tercio posterior de la lengua. Si incluye al nervio glossofaríngeo, puede provocar un dolor referido al oído.

La disfagia o presencia de una masa en el cuello puede ser la primera manifestación. Aparece el carcinoma de los dos tercios anteriores como una zona de engrosamiento localizada, o como una zona indolora de ulceración. A medida que la lesión aumenta, se ulcera, y queda con unos bordes encorvados y grisáceos.

La posterior evolución clínica, se realiza bajo dos patrones principales: infiltrativos o exofíticos. Los infiltrativos pueden llevar hasta una invasión extensa de la musculatura a pesar, que superficialmente, sea pequeña, excepto en casos avanzados. Los exofíticos adoptan una forma de masa fungosa y ulcerada, son menos propensas a la invasión.

Las lesiones de un tercio posterior son difíciles de visualizar y tienen tendencia a infiltrar profundamente, se identifican con palpación profunda. A veces presenta ulceración superficial. Las lesiones metastásicas son ipsilaterales, bilaterales o debido al drenaje linfático cruzado, contralaterales respecto de la lesión de la lengua.

4.5.3.3. PRONÓSTICO

El carcinoma lingual tiene un pronóstico grave. Las supervivencias publicadas señalan unos índices de 5 años del 14% al 70% de las personas afectadas. En esta variación influye el tipo de enfermos, factores de selección y modalidades terapéuticas. La presencia o ausencia de ganglios metastatizados en el momento del tratamiento tiene una importancia en el pronóstico ya que existe un mayor porcentaje de pacientes curados en un periodo de 5 años. Cuando éstos no presentaban metástasis ganglionar en el curso de dicho tratamiento no fue igual para aquellos que presentaron metástasis en su curso.

4.5.3.4. TRATAMIENTO

Los tumores pequeños de lengua son tratados exitosamente con radioterapia y cirugía. La resección en cuña con un margen adecuado de seguridad y la reconstrucción de la lengua con buena funcionalidad es suficiente para tener curación. Por otra parte los tumores mayores requieren radioterapia o resecciones amplias hemiglosotomía y en ocasiones reconstrucción de la lengua y del piso de la boca con injertos o colgajos de vecindad.

En los tumores de mayor tamaño (más de 2 cm de diámetro) las técnicas de radioterapia no ofrecen igual potencial de curación y es necesario en muchos casos combinar el tratamiento quirúrgico con el tratamiento radioterapéutico.

4.5.4. CARCINOMA DE PISO DE BOCA

El carcinoma de piso de boca constituye alrededor del 15% de los casos de cáncer oral y se producen en el mismo grupo cronológico que los otros cánceres bucales.

4.5.4.1. ETIOLOGÍA

El fumar, especialmente la pipa, se le ha considerado como una de las más importantes etiologías del cáncer de esta región. Sin embargo, no existe una clara relación de causa - efecto con respecto del tabaco y otros factores como la mala higiene oral o la irradiación dental. En este sitio, también se produce neucoplasia y hay ciertos datos para pensar que la displasia epitelial y la transformación maligna de la leucoplasia ocurren aquí con mayor frecuencia que en otros sitios de la boca.

4.5.4.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Predomina en los hombres en una proporción hombre - mujer 4 a 5 veces superior que los interiores. Se presenta entre los 50 y 60 años. Más común en la región anterior que la posterior, hay mayor incidencia en la raza negra (intraorales).

Aparece como una lesión de aspecto inofensivo, como una mancha localizada de mucosa enrojecida o como una zona de leucoplasia. A medida que avanza, aparece la clásica ulceración de bordes levantados. Frecuentemente la mucosa vecina ofrece alteraciones luecoplásticas y mientras más evoluciona, aumenta más la induración. Se puede caracterizar más por su invasión e induración que por cambios superficiales.

Tiene un crecimiento de tipo ulcerado e infiltrativo. Se puede observar carcinomas papilares aunque son relativamente raros. Los síntomas son mínimos: el primero es la aparición de una zona dura que el paciente la siente con la punta de la lengua. Si afecta el frenillo lingual puede provocar dolor al principio del proceso.

Las grandes úlceras carcinomatosas están casi siempre infectadas y los ganglios regionales pueden sufrir hiperplasia inflamatoria, lo que puede dificultar la consideración y evolución de una metástasis real o no.

4.5.4.3. PRONOSTICO

El carcinoma epidermoide de piso de boca tiene un pronóstico algo mejor que el carcinoma lingual.

En los últimos años, se ha recurrido con mayor amplitud a la cirugía a menudo como método para la extirpación compuesta o en bloque de la lesión inicial y los linfáticos cervicales. Al igual que sucede en otros carcinomas orales, la supervivencia está notablemente influida por el tamaño de la lesión inicial y la presencia o ausencia de ganglios metastásicos en el momento de efectuar el diagnóstico e instaurar el tratamiento.

4.5.4.4. TRATAMIENTO

Los pacientes con lesiones de piso de boca por lo general acuden a consulta cuando estas tienen más de 1 cm de diámetro. Normalmente detectan el dolor al mover la lengua, pero solo días más tarde tienen la curiosidad de investigar cuál es la causa.

Por otra parte al ojo del examinador inexperto, el piso de la boca no suele ser un sitio de examen rutinario y cuidadoso. Las lesiones de menos de 2 cm y sin gran infiltración de profundidad son susceptibles al tratamiento quirúrgico. Las resecciones locales, seguidas de reconstrucción del piso de los tejidos adyacentes y las resecciones locales amplias complementadas con injertos de piel o con colgajos de piel, deben practicarse en estos estados de la enfermedad. Cuando el tumor invade tejidos profundos, puede practicarse el tratamiento con radiaciones; para ello debe tenerse en cuenta que la barrera ósea de la mandíbula produce disminución en el efecto de las mismas, reduciendo las posibilidades de éxito.

En el piso de boca en los tumores de mayor infiltración (T3) se practica la intervención combinada de resección parcial de la lengua, resección del piso de boca, con el tumor y vaciamiento del cuello.

4.5.5. CARCINOMA DE ENCÍA (MUCOSA ALVEOLAR)

Este carcinoma es de extrema importancia porque es de cierta frecuencia y porque sus características clínicas pueden confundirse con otros procesos inflamatorios benigno que suceden en estas áreas. Dicha similitud ha llevado a la demora del diagnóstico o incluso al diagnóstico equivocado; por lo tanto se retrasa la iniciación del tratamiento y el pronóstico final del tratamiento es peor.

4.5.5.1. ETIOLOGÍA

No es más definida que la de otras neoplasias de la cavidad oral. La sífilis parece no tener ninguna relación con este tipo de cáncer y la relación con el consumo de tónico es incierto. Como debido a la presencia de cálculos y la acumulación de microorganismos, la encía es, en casi todas las personas sitio de irritación crónica e inflamación por muchos años, se puede especular sobre su posible papel en la formación del cáncer gingival.

4.5.5.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Pacientes mayores de 60 años y con una frecuencia de 5:1 para los hombres. Se asocia mucho al consumo de rapé como a lo otros factores. Incide en una proporción sobre el maxilar inferior 2 o 3 veces mayor que sobre el superior, difícil a veces determinar la incidencia del maxilar superior ya que a veces va cambiando con el carcinoma del seno maxilar.

Se origina más frecuentemente en la zona molar inferior, el ubicado en la zona del surco alveolar aparece en zonas desdentadas con mayor frecuencia. La lesión aparece como una formación pequeña nodular y de superficie granular, con menor frecuencia adopta el aspecto de una úlcera indolora con escasos signos de inflamación alrededor de los bordes.

Van acompañados de zonas leucoplásicas y con frecuencia asocian a éstas cuando se

encuentra en un estado avanzado aparece como una masa algo exofítica con ulceración central ligera, los bordes ligeramente elevados y con un aspecto incurvado.

El carcinoma gingival muestra un aspecto verrugoso. Este tipo de carcinoma se presenta como una masa proliferativa sin ulceración aparente y puede simular hiperplasias gingivales inflamatorias localizadas. La invasión del hueso alveolar provoca la pérdida de dientes adyacentes, y se produce en más del 50% de los pacientes.

Una forma particular es la que se presenta en la zona vecina a flancos de prótesis mal adaptadas llamado carcinoma uncso alvéolo - papilar, parecido a un epulis fisurado común, la invasión al hueso es frecuente. El examen de R-X, muestra una destrucción lítica del hueso irregular. La lesión inicial presenta una erosión superficial de la cresta alveolar. Cuando el cáncer está muy avanzado puede producir fracturas patológicas.

4.5.5.3. PRONÓSTICO

Es algo mejor que el del carcinoma de la lengua y aproximadamente el mismo que el del carcinoma del piso de boca. Al parecer un enfoque quirúrgico más radical con disección en le bloque del tumor primitivo, maxilar inferior y ganglios, lleva consigo un porcentaje más alto de curaciones.

4.5.5.4. TRATAMIENTO

Los pequeños tumores d encía son susceptibles al tratamiento con R-X. La dosis para su tratamiento hace necesaria la exodoncia de las piezas dentarias en mal estado o las que están directamente sobre le foco de irradiación; esto se hace con una semana de antelación para permitir que la mucosa alveolar cicatrice antes de iniciar la irradiación. Es indispensable mantener un control periódico del paciente para evaluar el estado del hueso, ya que puede presentarse una osteomielitis por radionecrosis. La cirugía de los tumores de encía debe incluir la zona afectada por la neoplasia y un amplio margen de seguridad para

la extirpación total evitando las recidivas. La mandibulectomía parcial con o sin vaciamiento de cuello se practica por incisión submaxilar a nivel del tendón del músculo digástrico. La reconstrucción inmediata del hueso con injerto no es aconsejable en el mismo acto quirúrgico pero si se recomienda la aplicación de un alambre, placa o malla separadora para mantener el espacio en le cual se hará en un segundo procedimiento la reconstrucción del hueso.

4.5.6. CARCINOMA DE PALADAR

El carcinoma epidermoide de paladar no es una lesión muy común. Tiene aproximadamente igual porcentaje de aparición que el de mucosa vestibular, piso de boca y encía. Se presenta en pacientes mayores.

4.5.6.1. ETIOLOGÍA

Se le puede atribuir como posible causa del carcinoma palatino el hábito de fumar al revés o hacia adentro, cosa que es muy poco común en nuestro medio, en las lavanderas de río.

4.5.6.2. CARACTERÍSTICAS CLINICAS

Se afecta más al paladar blando en una relación de 3:1 que al paladar duro. Afecta a los hombres en una relación de 4:1 que a las mujeres. Se presenta después de los 50 años. Aparece inicialmente como una zona de leucoplasia o erosión irregular superficial. Más común la leucoplasia en el paladar duro que en el blando.

Cuando está avanzado acostumbra a presentarse como una mancha granulosa ligeramente exofítica con ulceración central que invade los procesos palatinos y seno maxilar o pisos de fosa nasal.

El de paladar blando invade pilares anteriores al velo palatino y la fosa pterigoidea del paladar duro; raramente tiene síntomas y la dificultad del uso de prótesis es el motivo de consulta del paciente.

Los de paladar blando en fase inicial provocan dolor, disfagias y trismus. Estos carcinomas se deben diferenciar con los del seno maxilar, pues éstos pueden aparecer irrumpiendo por el paladar.

4.5.6.3. TRATAMIENTO

Los tumores malignos de paladar suelen ser del tipo de carcinomas escamocelulares. Su iniciación es igual que a los del resto de la cavidad bucal. Los estadios I y II (tumores hasta de aproximadamente 3 cm de diámetro), localizado a un lado del paladar o aún en la línea media, son susceptibles de tratamiento quirúrgico. Las resecciones de paladar con amplio margen de seguridad, incluyendo o no, parcialmente el reborde alveolar, son completadas con prótesis reconstructivas removibles y oclusivas que curan el defecto debajo por la cirugía y permiten, con la frecuencia necesaria, revisar el lecho quirúrgico en la busca de posición reproducciones del tumor.

El vaciamiento de cuello debe practicarse en caso de positividad de estos nódulos, cuando el tumor primario está controlado y cuando no existen metástasis.

5. TRATAMIENTO DE CANCER

El tratamiento del cáncer depende de diferentes factores como la ubicación el tamaño la etapa de la enfermedad, la edad, el estado de salud del paciente. Incluye cirugías, terapias de radiación y en muchos casos una combinación de las dos. Algunos pacientes reciben quimioterapia.

Se debe realizar un examen dental completo antes de iniciar el tratamiento pues el paciente se vuelve susceptible a infecciones, presenta sensibilidad dentaria, etc.

Los pacientes con cáncer oral son tratados por un grupo de especialistas que puede incluir un cirujano oral, terapeuta del lenguaje, odontólogo, otorrinolaringólogo, oncólogo médico, un oncólogo de radiación, prostodoncista, cirujano plástico, dietista, trabajador social, enfermera.

5.1. MÉTODOS DE TRATAMIENTO

La cirugía para extirpar el tumor es lo usual. Si hay evidencia que el cáncer se ha extendido el cirujano puede también extirpar los ganglios linfáticos del cuello. Es claro que siempre se deberán guardar ciertos principios, los cuales se explicarán a continuación.

5.1.1. PRINCIPIOS TERAPEUTICOS

En la zona de cabeza y cuello los únicos tratamientos curativos disponibles son la cirugía y la radioterapia para las etapas I y II; sin embargo en casos avanzados como son las etapas III y IV puede considerarse la quimioterapia como coayudante.

5.1.1.1. RADIOTERAPIA

La terapia de radiación consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir los tumores. La radiación puede provenir de una máquina situada fuera del cuerpo (radioterapia externa) o de materiales que producen radiación (radioisótopos) introducidos por medio de tubos delgados en el área donde se encuentra las células cancerosas (radioterapia interna).

La dosis deberá ser máxima, aproximadamente de 7.500 Rads para controlar el tumor local (Etapa I); por lo general se administran entre 180 y 220 Rads/día. Se aplica una dosis diaria única, cinco días por semana.

El uso de radioterapia dos veces por día puede ofrecer ventajas teóricas en el caso de tumores de mayor tamaño para evitar la restauración de las lesiones en el interior del tumor eliminadas por efecto de la radiación.

En el caso de los cánceres avanzados al nivel de la glándulas salivales, sobre todo los asociados con un extenso compromiso de los tejidos blandos, la terapia con rayo de neutrones puede ofrecer ciertas ventajas terapéuticas. Esta forma de radiación focalizada con precisión permite aplicar una mayor dosis de radiación a volúmenes tumorales específicos sin afectar las estructuras vecinas. Es de fundamental importancia que los pacientes seleccionados para radioterapia sean capaces de sobrellevar la toxicidad inicial de la mucosa y la abolición de la ingesta oral que acompaña al tratamiento.

Las modificaciones del tratamiento como consecuencia de la falta de cooperación del paciente o de la intolerancia del tratamiento, resultarán en la prolongación del tiempo de la administración de la dosis prescrita de radiación y un elevado índice de fracaso local. La radioterapia combinada con la cirugía puede ser aplicada pre y pos quirúrgica con el fin de lograr la eliminación total de las células tumorales en el área.

La radioterapia puede causar efectos tóxicos significativos tanto en el corto como en el largo plazo. La toxicidad inicial incluye ulceraciones y dolor en la mucosa oral, pérdida del apetito y del sentido del gusto hasta seis meses después del tratamiento.

Infecciones bacterianas y fungicas locales, espesamiento de las secreciones locales. Efecto retardado son las pérdida de la función salival y la xerostomía, aceleración de la formación de caries, y del desarrollo de infecciones gingivales, necrosis de los tejidos blandos o de los huesos, y una incidencia reducida de cáncer inducido por radiación.

5.1.1.2. QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para destruir las células cancerosas. Puede ser tomada por pastillas, o introducirse en el cuerpo mediante el empleo de una aguja en una vena o músculo. Se dice que es un tratamiento sistémico porque los medicamentos que se introducen en el torrente sanguíneo, viajan a través del cuerpo y pueden destruir las células cancerosas en todo el cuerpo.

La quimioterapia administrada después de una operación a una persona que no tiene células de cáncer visibles se llama quimioterapia coadyuvante. Administrada antes de la cirugía para tratar de reducir el cáncer para que pueda removerse se llama quimioterapia neoadyuvante.

Se está evaluando su uso actualmente. El objetivo de la quimioterapia inicial es reducir el tamaño del tumor antes de la irradiación y la cirugía y destruir la metástasis a distancia microscópica llamada fotoquimioterapia.

Es usada en pacientes con carcinoma escamocelular en las etapas III y IV. El tratamiento puede inducir a náuseas y vómito, ulceraciones en la mucosa oral y granulocitopenia o trombocitopenia grave.

En la quimioterapia se emplean drogas como:

- PBM (Cisplatino, Bleomicina, Metroxato)
- PF (Cisplatino, 5 fluoruracilo)
- MF (Metotrexato, 5 Fluoruracilo)
- COB (Cisplatino, Vincristina y Bleomicina)

Las combinaciones de PBM y PF presentan un 30 a 50% de mejoría, administrándose de 8 a 12 semanas.

5.1.1.3. HIPERTERMIA

La hipertermia es un tratamiento nuevo que se está probando en ciertos pacientes. En ella se emplea una máquina especial para calentar el cuerpo durante un período determinado de tiempo con el fin de destruir las células cancerosas. Puesto que estas células suelen ser más sensibles al calor que las células normales, mueren y el cáncer se reduce.

5.1.1.4. CIRUGÍA

Ningun tumor a excepción de los nasofaríngeos presenta contraindicación absoluta para la resección quirúrgica. En casos como la laringectomía o resección de una fracción importante de la lengua, presentará problemas estéticos y de función, por lo cual se deberá pensar en una terapia de radiación primaria y dejar la cirugía como medio de salvación.

5.2. OTROS METODOS DE TRATAMIENTO

5.2.1. IMPLANTES ALOPLASTICOS

El implante es un procedimiento quirúrgico en donde sustituimos piezas dentarias por elementos inertes que son tolerados por el organismo. Estos elementos no biológicos, que se adhieren al cuerpo humano y generalmente son metálicos, son comúnmente llamados aloplásticos. Los materiales utilizados son biocompatibles con el cuerpo humano. De la misma forma, cuando se trabaja en el área de la implantología odontológica, el implante aloplástico consiste en la creación o colocación de pilares artificiales que son combinados con los dientes remanentes, permitiendo así una distribución de fuerzas masticatorias. En otros casos también sirven para prolongar la vida útil de los dientes naturales. Son indispensables conocimientos de periodoncia, prótesis fija, oclusión, los cuales constituyen un conjunto de elementos necesarios para la implantología oral.

5.2.2. IMPLANTES DE AGUJAS

Consiste de implantes perforados con profundidad ósea. Es una aguja propia de tantalito que tiene un asta cilíndrica con un diámetro constante de 1.2 mm y con longitudes variables, constituida por tres partes que son: cabeza, punta y una punta autoperforante; en la cabeza posee aletas en donde van a ser adaptadas a un portaimplante de ese modo ligándose al portaimplante o contra-ángulo dando así la posibilidad de la rotación de la aguja.

6. EPIDEMIOLOGIA

Los hombres se encuentran afectados con una frecuencia 7 veces superior a la registrada para las mujeres entre los 50 y 75 años. El 80% de los tumores es del tipo carcinoma escamocelular originados en el epitelio de las vías aerodigestivas superiores. Las glándulas salivales representan 10% de incidencia, siendo la más común la glándula parótida.

El diagnóstico de estas lesiones en etapas tempranas (I - II), presentan una probabilidad de prolongación de vida de unos 5 años del 70% o más. De los pacientes en quienes el tratamiento no ha tenido éxito y fallecen como consecuencia de la enfermedad, el 40% de ellos presentan metástasis a distancia en el momento de la muerte.

Alrededor de un 15% de los pacientes con la enfermedad controlada en el sitio y etapa primaria, desarrollará la metástasis en un sitio lejano.

Los pacientes con la enfermedad en etapa III y IV tiene una probabilidad de prolongación de vida reducida y menos del 50% sobrevive los cinco años, a pesar de tener tratamiento con cirugía y radiación.

7. PREVENCIÓN DEL CÁNCER ORAL

A nivel odontológico en cualquiera de sus etapas se deberá mantener el paciente con enjuagues bucales debido a la susceptibilidad a la infección, uso de saliva artificial por la sequedad ocasionada con la quimioterapia y radioterapia, uso de cepillo especial, fluorización en los dientes presentes con el fin de eliminar e inactivar las caries presentes en boca.

Colocación de aparatos como los obturadores con el fin de reemplazar las porciones como paladares que han sido eliminadas por medio de cirugías. Estos aparatos consisten en crear con acrílico la porción faltante devolviendo la respiración nasal al paciente y evitar la acumulación de placa y comida.

Se recomienda el uso de placas miofuncionales para protección del área afectada y el empleo de prótesis totales en caso de avulsión total de los dientes.

Es indispensable antes de colocar cualquier aparato o prótesis restauradora mantener el periodonto en condiciones óptimas para un mayor éxito en la rehabilitación.

El odontólogo deberá estar en la capacidad de identificar métodos para prevenir el cáncer oral, así como diagnosticarlo, pero hoy en día se hace énfasis en dichos métodos con el fin de reducir hasta un 50% la incidencia de la enfermedad durante el próximo siglo.

7.1. TABAQUISMO

El odontólogo deberá tener conciencia del daño producido por agentes como el tabaco, de ésta manera dará ejemplo a sus pacientes al no practicar el hábito de fumar.

Deberá el profesional de la salud informar acerca del daño que ocasiona el consumo del cigarrillo a nivel personal, así como a los fumadores pasivos (aquellos que no fuman pero que

están en contacto con los fumadores). Para ayudarlo a dejar el hábito, el odontólogo puede colaborarle con alguna de las siguientes pasos:

- Documentos.
- Los antecedentes del paciente en relación con el tabaquismo
- Preguntarle si realmente desea abandonar el hábito
- Estimular al paciente, concientizándolo que no es fácil pero se puede lograr.
- Establecer una fecha límite para abandonar el hábito (esta fecha deberá consignarse en la historia clínica).
- Preparar al paciente para ser un no fumador (obtener un apoyo social de la familia y amigos).
- Uso de folletos que expliquen cómo sobrellevar el período inicial.
- Fortalecer el mensaje y evaluar los progresos realizados por el paciente.

7.2. DIETA

Se deberán tener en cuenta las siguientes modificaciones en la dieta del paciente:

- Comer alimentos variados.
- Mantener un peso cercano al ideal.
- Evitar el consumo excesivo de grasa y colesterol.
- Ingerir alimentos con una cantidad adecuada de almidón y de fibra.
- Evitar el consumo excesivo de azúcar.
- Evitar el consumo excesivo de sodio.
- Si bebe alcohol hacerlo con moderación.

El odontólogo debe comprometerse con las actividades preventivas. Debe indagar a su paciente con seguridad para generarle credibilidad y seguir estos parámetros:

- Ofrecer al paciente objetivos personales específicos para promover la salud y prevenir la

enfermedad (dieta baja en grasa y alto contenido en fibra para poder mejorar su peso).

- Mantener en el consultorio odontológico un cuestionario de dieta que ha sido desarrollado por el National Cancer Institute.
- Solicitar al paciente que llene el cuestionario.
- Revisar el cuestionario con el paciente e identificar entre ambos las zonas problemáticas (demasiados fritos, pocos vegetales, etc).
- Interrogar al paciente qué prácticas alimenticias desea cambiar en primer término.
- Solicitar al paciente que elija entre uno y tres tipos de variantes para dedicarse a ellas hasta la siguiente consulta.
- Entregar al paciente el original del cuestionario alimenticio para llevar a su hogar con los tres tipos de cambios consignados en el formulario y abarcar con un círculo las conductas que deben ser modificadas e incorporar la copia a la historia clínica del paciente.
- En las citas siguientes continuar utilizando el cuestionario para evaluar la adhesión del paciente al tratamiento y se le debe estimular para que continúe progresando.

8. CASOS CLINICOS

8.1. CASO I

Se tiene un caso con las siguientes características:

SEXO : Masculino
EDAD : 65 Años
DX : Carcinoma de piso de boca y lengua.
ENFERMEDAD ACTUAL : Relata la familia que el paciente comenzó a presentar molestias en las encías, tenía una dentadura incompleta y en malas condiciones en la parte antero - inferior. Al parecer el tumor se originó en esta zona y el paciente se descuidó hasta el día en que fue atendido, tiempo para el cual el tumor había progresado enormemente impidiéndole hablar y comer.

ANTECEDENTES

Quirúrgicos	:	Negativo
Médicos	:	Negativo
Traumáticos	:	Negativo
Alérgicos	:	Negativo
Oncológicos	:	Negativo
Tóxico	:	Fumador ocasional de un cigarrillo.

EXAMEN FISICO

Paciente con regulares condiciones generales.

Cabeza	:	Normal
Ojos	:	Normales
ORL	:	Normal
Boca	:	Se aprecia una lesión tumoral enorme que compromete la totalidad del piso de la boca, la encía inferior y la totalidad la palpación que impide practicar un exámen completo, parece haber compromiso óseo y es difícil valorar la región submandibular. O es extensión directa tumoral o son metástasis ganglionares.
Cuello	:	No se palpan adenopatías.
Impresión diagnóstica:		Carcinoma de lengua.
Conducta	:	En vista de lo avanzado de la lesión y de la situación económica del paciente se le indica a los familiares seguir con su tratamiento paliativo.

8.2. CASO II

SEXO	:	Masculino
EDAD	:	60 Años
DX	:	Carcinoma escamocelular de lengua en la etapa T2 N0 M0 (ver anexo No. 1).

ENFERMEDAD ACTUAL : Relata el paciente que hace aproximadamente 6 meses comenzó a notar un tumor en el borde externo derecho, tercio medio de la lengua el cual fué creciendo muy lentamente. Hace un mes consultó por esta razón al ISS, donde se le practicó una biopsia que confirmó el diagnóstico y se remitió para tratamiento con Cobalto y Radio.

ANTECEDENTES

Quirúrgicos : Hemorragia inguinal hace 15 años. Hace 15 años le extirparon un tumor al parecer maligno del cuello, lado derecho, sobre el cual recibió además terapia de radiación, posiblemente con Rx, dice el paciente que le dieron 50 sesiones.

Médicos : Pielonefritis.

Alérgicos : Negativo.

Traumáticos : Negativo.

Tóxicos : Negativo.

EXAMEN FISICO

Paciente en buenas condiciones generales.

Cabeza : Normal

Ojos : Normales

Boca : Presenta en la cara lateral derecha de la lengua una lesión de 2.4 x 1.5 cm., en la mitad de la cual se encuentra una cicatriz de la biopsia, en buenas condiciones. La movilidad de la lengua es normal. Hay infiltración de más o menos 1 cm., hacia el cuerpo de la lengua y la lesión se encuentra en la unión del tercio anterior y el medio.

Cuello : Normal. Sin adenopatías.

Impresión diagnóstica : Carcinoma escamo celular de lengua T2 N0 M0

Conducta : Se iniciaría cobalto - terapia sobre el primario y las primeras cadenas ganglionares supratiroideas, luego se estudiará la posibilidad de un implante con grupos de radio.

Un día después : Inicia tratamiento con cobalto.

Un mes después : Paciente en buenas condiciones, tolerando muy bien el tratamiento, al exámen ha habido respuesta parcial del tumor, comienza a presentar ligera mucositis. se formula analgésicos para cefalea ocasional.

Cuarenta días después : Termina el tratamiento con cobalto habiendo recibido 5.000 rads. en fracciones de 200 rads. en 25 fracciones y 37 días. El paciente toleró muy bien el tratamiento, presentando al terminar una severa mucosis oral. El tumor respondió muy bien, pero persistía induración alrededor de la cicatriz. Se le realizará en INC el tratamiento complementario con implante de agujas de radio.



9. BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.graylab.ac.uk/cáncernet/spanish/202840.html>
- <http://www.tambcd.edu/oralexam/nidroc02.htm>
- Medicina interna de KELLEY. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA. FEBRERO DE 1991. BUENOS AIRES , ARGENTINA.

ANEXO 1

CLASIFICACION TNM DE LAS ETAPAS DEL CANCER

Clasificación de tumor primario de cánceres de labio y cavidad oral (T)

- TX: Requerimientos mínimos para acceder el tumor primario no son detectados.
T0: No evidencia de tumor primario.
Tis: Carcinoma in situ.
T1: Tumor de 2 cms. O menos en su mayor diámetro.
T2: Tumor de más de 2 cms., pero de no más de 4 cms. En su mayor diámetro.

NODULOS O GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES (N)

- NX: Nódulos linfáticos regionales no pueden ser accedidos.
N0: No hay metástasis en los nódulos linfáticos regionales.
N1: Metástasis en un solo nódulo linfático ipsilateral, de 3 cms. O menos en su mayor diámetro .
N2a: Metástasis en un solo nódulo linfático ipsilateral de mas de 3 cms. Pero no mayor de 6 cms. En su mayor diámetro; N2b: metástasis en múltiples nódulos linfáticos ipsilaterales, ninguno mayor de 6 cms. En su mayor diámetro;
N2c: metástasis en los nódulos linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno mayor de 6 cms. En su mayor diámetro.
N3: Metástasis en un nódulo linfático de más de 6 cms. En su mayor diámetro.

En la evaluación clínica el tamaño de la masa ganglionar deberá ser medido y se deberá evitar intervenir tejido blando. La mayoría de las masa mayores de 3 cms. De diámetro no son nódulos unicos puesto que son confluentes no tumores en tejido suave del cuello. Existen 3 etapas de nódulos clínicamente positivos: N1, N2 y N3. El empleo de los subgrupos a b y c no se requiere pero es recomendado.

METASTASIS A DISTANCIA (M)

- MX: Presencia de metástasis a distancia no puede ser accedida.
M0: No existe metástasis a distancia.
M1: Metástasis a distancia.

La etapa 0 del cáncer está definida como sigue: Tis, N0,M0.

La etapa I : T1, N0, M0.

La etapa II : T2, N0, M0.

La etapa III : T3, N0, M0; T1, T2, T3; N1, M0.

La etapa IV : T4, N0 ó N1, M0. Cualquier etapa T, N2 ó N3, M0, cualquier T, cualquier N, M1.

CONCLUSIONES

La etiología del cáncer sigue siendo difícil de determinar. Sin embargo existen factores predisponentes como son los genéticos, ambientales, geográficos, dietéticos, ocupacionales, socio - económicos, agentes químicos, agentes virales, cicatrices.

Los métodos de tratamiento en etapas tempranas son efectivos. En casos avanzados se debe recurrir a la combinación de los diferentes tipos de tratamiento: radioterapia, quimioterapia y cirugía. Cuando la lesión es muy avanzada, el tratamiento a seguir es paliativo.

El pronóstico del cáncer, está determinado por el tamaño localización, agresividad de la lesión. Otros factores que influyen en el pronóstico son los cambios celulares y los compromisos ganglionares.

Antes de hacer el plan de tratamiento de una paciente con cáncer oral, se debe hacer la evolución del estado dental del paciente y analizar si el tratamiento se debe hacer antes, durante o después de la irradiación.

El carcinoma más común en boca es el escamocelular que representa el 90% de la totalidad del cáncer oral. El orden de incidencia es: lengua, piso de boca, mucosa alveolar, paladar y mucosa vestibular.

Los factores etiológicos más comunes en el cáncer oral son: el tabaco, la sífilis, deficiencias nutricionales, la luz solar, calor, traumatismo, sepsis e irritación.

Las características clínicas del carcinoma escamocelular tienen variaciones. Puede presentarse como una zona eritematosa o rugosa o una placa blanca o una masa ulcerada.