

F 3013



CORPO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. A-0000 347
Sig. 109. 11/347/1994
Compra ☐ (Gasto ☐ Deposito ☒
Editorial _____
Solicitado por Raul
Fecha 03-30-95
Precio _____

0376

00412

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LESIONES PRECANCEROSAS

GRUPO No. IX

21-6-01-100

PIEDAD FAJARO M. Código 871027
CLAUDIA PATRICIA GUERRERO T. Código 871232
MONICA OSORIO O. Código 871271
DIANA SULLY CAMARGO A. Código 872267
XIDMARA CLEVES JAMES. Código 872268
CLAUDIA LUCIA GRANADOS S. Código 872272
CLARA IVETH RAMIREZ Código 881087
ADRIANA GOMEZ GARCES. Código 881227
JUAN MANUEL CORREGAL C. Código 881230
DIANA PATRICIA ARANGO V. Código 882250

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SANTAFE DE BOGOTA, D.C
Noviembre 15 1994

CONTENIDO PROTOCOLO

	Pág
INTRODUCCION.....	1
1. OBJETO DE ESTUDIO.....	1
2. CARACTERISTICAS DEL OBJETO DE.....	
ESTUDIO.....	2
3. PROBLEMA.....	2
3.1 DESCRIPCION.....	3
3.2 PLANTEAMIENTO.....	6
3.3 SISTEMATIZACION.....	6
4. JUSTIFICACION.....	7
5. OBJETIVOS.....	8
6. PROPOSITOS.....	9
7. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	9
7.1 MARCO CONCEPTUAL.....	9
7.2 MARCO TEORICO.....	11
8. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	12
8.1 HIPOTESIS GENERAL.....	12
8.2 HIPOTESIS ESPECIFICA.....	12
8.3 VARIABLES.....	13
8.4 GRAFICO OPERATIVO.....	14
9. DISEÑO METODOLOGICO.....	15

9.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	15
9.2 UNIDAD DE INVESTIGACION.....	15
9.3 MUESTRA.....	16
9.4 RECOLECCION DE INFORMACION.....	16
9.5 ANALISIS DE LA INFORMACION.....	16
10. RECURSOS.....	17
10.1 HUMANOS.....	17
10.2 FISICOS.....	17
10.3 MAQUINA Y EQUIPOS.....	17
10.4 COSTO.....	17
11. CRONOGRAMA.....	18
12. BIBLIOGRAFIA.....	18
ANEXO.....	

INTRODUCCION

El Profesional de la Odontología es responsable de la detección temprana de lesiones premalignas de zonas periorales y orales en un 90%; siendo este porcentaje muy alto y que obliga a responder en forma adecuada ya que en el campo de las lesiones malignas se está incluyendo siempre la vida del paciente con mucho riesgo.

Tal vez son muchos los casos en que pudiendo evitar o detectar a tiempo las patologías, no lo hacemos. De ahí la importancia de crear un programa para la prevención y detección temprana de las lesiones orales y periorales, aportando mayor conocimiento para dar soluciones a problemas que con frecuencia se presentan en el entorno del ejercicio de la Odontología.

1. OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudios son Las Lesiones

Precancerosa que mediante técnicas rutinarias de manejo diario se pretende determinar.

Este objeto de estudio está ubicado en el sistema odontológico estomatológico y sus resultados se utilizarán en el segundo nivel de prevención o sea para realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno de la lesión o lesiones.

2. CARACTERISTICAS DEL OBJETO DE ESTUDIO

Las características del objeto de estudio que serán analizadas en la investigación son:

- Signos y síntomas de las lesiones precancerosas orales y periorales
- Tipo de tejido afectados
- Alteraciones macroscópicas evidentes
- Alteraciones Histicas producida por la lesión
- Alteraciones nerviosas.

3. PROBLEMA

El problema del Estudio contempla lo siguiente:

3.1 DESCRIPCION

Se conoce con el nombre de lesiones precancerosas a un grupo de patologia con un tejido de morfologia alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal. En la cavidad oral existen principalmente dos tipos de lesiones precancerosa Leucoplasia y Eritoplasia.

La Leucoplasia: Se define como una placa blanca que no se puede caracterizar clínicamente ni patológicamente como ninguna otra enfermedad. La preleucoplasia es conocida por ser una etapa precursora de la leucoplasia, es un área gris o blanco grisacea de bordes borrosos.

La eritoplasia: Se define como placa aterciopelada de color rojo intenso, que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como atribuible a ningún otro estado. Dentro de los factores etiológicos de la leucoplasia se incluyen: tabaco, alcohol, irritación crónica, sífilis, deficiencia de vitaminas, hormonas, galvanismo y candidosis entre otras.

Histopatológicamente se encuentra Hiperortoqueratosis que consiste en una cantidad moderada de queratina, se encuentra en la superficie del epitelio bucal normal. Es un aumento anormal del grosor de la capa de ortoqueratina o estrato córneo en un sitio específico.

Hiperparaqueratosis: Se diferencia de la ortoqueratina en la persistencia de núcleo o de remanentes nucleares dentro de la capa de queratina.

La Acantosis: Es otra alteración frecuente y consiste en el aumento del grosor de la capa de células espinosas en un lugar determinado.

La Displasia: Consiste en las alteraciones epiteliales propuestas por el centro de referencia colaborativo para lesiones precancerosas bucales de la OMS (1973) y son:

1. Périda de polaridad de las células basales
2. Presencia de más de una capa células de aspecto basaloide.

3. Mayor relación núcleo citoplasma
4. Papilas de la rete en forma de gota
5. Estratificación irregular del Epitelio.
6. Excesiva cantidad de figuras mitóticas
7. Presencia de figuras mitóticas en la mitad superficial del epitelio.
8. Pleomorfismo celular
9. Hiperchromatismo nuclear
10. Nucleólos agrandados
11. Menor cohesión celular
12. Queratinización de células aisladas

Carcinoma Insitu: Es el producto de los cambios severos de la displasia epitelial que se traduce desde la membrana basal hasta el estrato córneo.

La complicación de mayor consideración es la transformación a carcinomas, siendo el más común es cavidad oral, el carcinoma escamocelular exhibiendo un cuadro clínico variado, desde una gran masa exofítica sobre un proceso ulcerativo profundo, hasta una tumefacción poco elevada.

Resulta preocupante el desconocimiento que han tenido los profesionales de Odontología con

respecto a estas lesiones que tienen muchas implicaciones y consecuencias en la salud bucal y general. El odontólogo debería conformar un equipo multidisciplinario que estaría en capacidad de darle una atención preventiva, integral, a estos pacientes, previniendo y tratando en forma correcta dichas patologías.

3.2 PLANTEAMIENTO

¿Se podrán prevenir lesiones cancerosas en cavidad Oral y Peri-oral por los métodos rutinarios de diagnóstico?

3.3 SISTEMATIZACION

El problema se podría sistematizar así:

- Será que se pueden prevenir las alteraciones que conlleva a carcinomas por el diagnóstico precoz?
- Será que se pueden detectar tempranamente las lesiones precancerosas con los métodos de diagnóstico clínico?

4 JUSTIFICACION

Es importante el desarrollo del Estudio porque se obvian muchas de las técnicas de diagnóstico clínico y de procedimientos adecuados de laboratorio anatomopatológico, lo que ocasiona el diagnóstico erróneo de dichas lesiones.

El estudio es necesario por la alta incidencia de lesiones maligna por la no oportuna utilización de técnicas de examen clínico adecuado para la prevención.

El Odontólogo al adquirir conocimientos sobre lesiones precancerosa, le permitirá utilizar los medios y métodos adecuados para un buen examen preventivo y conducta a seguir para brindarle al paciente mayor posibilidad de Salud Oral y sistemas en general.

El estudio tiene aportes tanto teóricos como práctico a la odontología, teóricos porque define en forma objetiva y científica las lesiones precancerosas y prácticas por queda pautas para que el profesional reconozca estas patologías a tiempo.

La realización del Estudio es Viable porque se cuenta con las asesorías requeridas, los recursos pueden obtenerse y el tiempo necesario para su ejecución, se adapta a lo planificado.

5. OBJETIVOS

El Objetivo General del estudio es el de determinar las principales características de las lesiones precancerosas, métodos y medios para prevenir su malignización. El logro de este objetivo general cubre los siguientes objetivos específicos:

- Determinar signos y síntomas de las lesiones precancerosas.
- Determinar las áreas más afectadas de la cavidad oral.
- Utilizar las áreas más afectadas de la cavidad oral.
- Utilizar los medios adecuados para el diagnóstico clínico.
- Realizar biopsias indicadas en zonas o áreas representativas sospechosas.

6. PROPOSITOS

Los resultados de este estudio proporcionarán a los Odontólogos y en general a todo el personal de salud, los conocimientos teóricos básicos para reconocer, detectar en forma precoz las lesiones precancerosas, utilizando medios adecuados de diagnósticos clínico y auxiliares de diagnóstico como lo es la biopsia.

Con este estudio se pretende despertar inquietud y curiosidad en los Odontólogos sobre las lesiones precancerosas, con el fin de que desarrollen trabajos y amplien sus conocimientos que les permitirá integrarse en forma adecuada a equipos multidisciplinarios de salud, y poder brindar una óptima atención integral a la población y específicamente a los pacientes.

7. REVISION BIBLIOGRAFICA

7.1 MARCO CONCEPTUAL

Diagnóstico precoz de precáncer: Conocimiento situacional de lesiones con potencial maligno.

Lesiones precancerosas: Lesiones o patologías de morfología alterada propensa a malignizarse en un determinado sitio anatómico.

Leucoplasia: Placa blanca

Eritroplasia: Placa roja.

Hiperortoqueratosis: Aumento anormal del grosor de la capa de queratina, sin persistencia de núcleos.

Hiperparaqueratosis: Aumento anormal del espesor de la capa de queratina, con persistencia de núcleos.

Hiperplasia Epitelial: Aumento en el número de células espinosas o basales.

Carcinoma insitu: Es el carcinoma no invasivo o intraepitelial.

Carcinoma Espinocelular o Escamoso: Tumor consistente en nidos, columnas o riendas irregulares de células epiteliales malignas que infiltran debajo del epitelio.

Morbilidad: Diversas maneras de ocurrencia de la Enfermedad en la población viva.

Tasa de incidencia: Cantidad de casos nuevos de una enfermedad en una población dada.

Tasa de Prevalencia: Cantidad de casos de una enfermedad que existe en una determinada población en un determinado momento.

Mortalidad: Expresa las muertes que ocurren a causa de una determinada enfermedad en una población dada.

Tasa de Mortalidad: Cantidad de muertes dada en una población determinada y en un lapso dado.

7.2 MARCO TEORICO

El estudio del diagnóstico precoz de cáncer oral, está sujeto a la prevención oportuna de las lesiones precancerosas por medio de métodos clínicos de manejo rutinario, para proporcionar diagnósticos claros y oportunos para proponer conductas lógicas de tratamiento.

8. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

8.1 HIPOTESIS GENERAL

- Hipótesis Nula: No se pueden utilizar los medios clínicos para diagnóstico precoz de cáncer oral.
- Hipótesis Alternativa: Se pueden utilizar los medios clínicos para el diagnóstico precoz de cáncer oral.

8.2 HIPOTESIS ESPECIFICA

- Hipótesis Nula: No se pueden determinar clínicamente las lesiones precancerosas.
- Hipótesis Alternativa: Se pueden determinar clínicamente las lesiones precancerosas.

8.3 VARIABLES

Las variables a analizar en el estudio son:

- Signos y Síntomas de lesiones precancerosas:

Dolor

Color

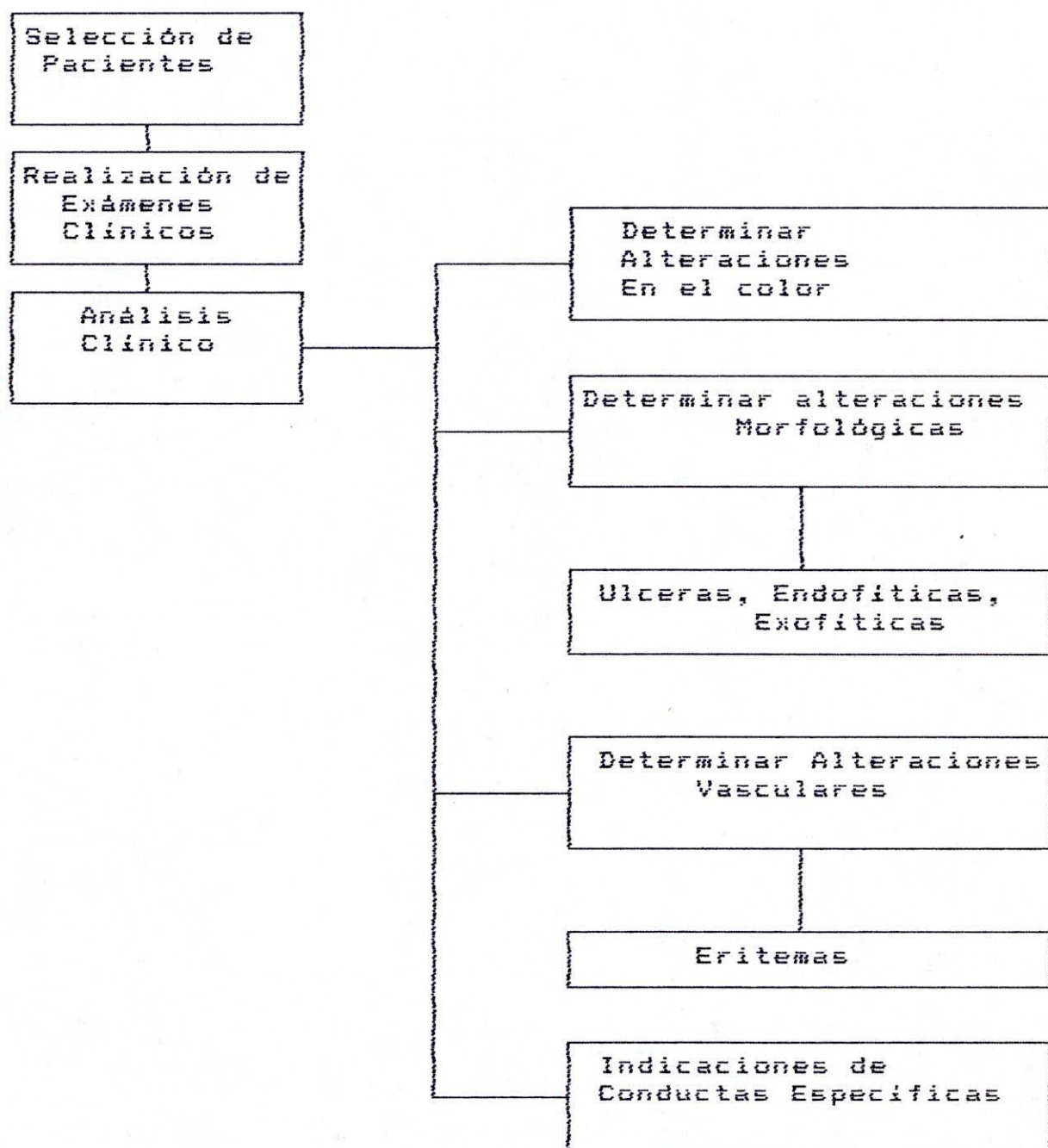
Inflamación

Ulceración

- Alteraciones Morfológicas

- Alteraciones vasculares

8.4 GRAFICO OPERATIVO



9. DISEÑO METODOLÓGICO

Los aspectos metodológicos a seguir son:

9.1 TIPO DE INVESTIGACION

El estudio es de tipo longitudinal porque el grupo de análisis es observado y evaluado a través del tiempo.

Es prospectivo porque las variables de análisis del grupo estudiado son valoradas y estudiadas en una etapa posterior al inicio del experimento.

Es descriptivo porque se basa en una observación metódica que conduce en un futuro a resultados que sustentan nuevas explicaciones del fenómeno estudiado.

9.2 UNIDAD DE INVESTIGACION

Está definida por cada uno de los métodos de análisis clínico para detectar cáncer precoz.

9.3 MUESTRA

De acuerdo con los objetivos y los recursos existentes se considera que el tamaño de la muestra adecuadamente debe ser de 30 pacientes.

9.4 RECOLECCION DE INFORMACION

El medio de recolectar la información son los resultados de la observación clínica de los pacientes que consultan a odontología

9.5 ANALISIS DE LA INFORMACION

Se realizará un examen clínico de pacientes de la consulta odontológica; utilizando los medios de diagnósticos rutinarios y se realizará su diagnóstico presuntivo, manejo de conducta, biopsia y su reporte histopatológico.

10. RECURSOS

10.1 HUMANOS

El estudio lo realizarán diez estudiantes de X Semestre de Odontología, un docente coordinador del estudio. Pacientes que consultan a Odontología. Una Secretaria.

10.2 FISICOS

Se realizará el estudio en el Instituto Nacional de Cáncer en la sección de Cabeza y Cuello.

10.3 MAQUINA Y EQUIPOS

Cámara de video

Equipo de diagnóstico: Instrumental básico, guantes, tapabocas, eyectores.

10.4 COSTO

Aproximadamente \$500.000.00

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	FECHA		
	DIA	MES	AÑO
Escogencia del tema para la monografía.	4	Agosto	1994
Elaboración del protocolo	8	Agosto	1994
Terminación del protocolo	10	Agosto	1994
Entrega de protocolo	11	Agosto	1994
Terminación de Monografía y Video	5	Noviembre	1994
Entrega de monografía y video	24	Noviembre	1994
Presentación y sustentación de la monografía y el video	01	Diciembre	1994

12. BIBLIOGRAFIA

PINDBORG. Cáncer y precáncer oral. 1981

HAMMERLY, Marcelo. Enciclopedia Médica Moderna. Ed
Interamericana 1989. Tomo I Págs 31-33

REGEZI, Joseph A. Patología Bucal. Ed
Interamericana 1991. pág 120-210

MACARULLA, José M. Bioquímica Humana. Ed Reverte
1989. Pág 147-167.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCION.....	19
1. ASPECTOS NORMALES DE LA CAVIDAD BUCAL.....	20
1.1 LENGUA.....	20
1.1.1 Papilas linguales.....	21
1.1.2 Papilas filiformes.....	22
1.1.3 Papilas calisiformes.....	22
1.1.4 Papilas fungiformes.....	22
1.2 CARRILLOS.....	22
1.3 LABIOS.....	23
1.4 BOVEDA PALATINA.....	23
1.5 PISO DE LA BOCA.....	24
1.6 MUCOSA BUCAL.....	24
1.6.1 Funciones de la mucosa bucal.....	25
1.6.2 Organización de la mucosa bucal.....	27
1.6.3 Características clínicas.....	28
1.6.4 Irrigación.....	29
1.6.5 Inervación.....	30
1.6.6 Variaciones estructurales.....	31
1.6.7 Mucosa masticatoria.....	31
1.6.8 Mucosa de revestimiento.....	32

	Pág
1.6.9 Mucosa especializada.....	32
2. HISTORIA CLINICA.....	34
2.1 DATOS PERSONALES.....	34
2.2 ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES.....	34
2.3 ENFERMEDAD ACTUAL.....	35
2.4 EL ESTADO ACTUAL.....	35
2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO.....	35
2.6 ESQUEMA DE HISTORIA CLINICA.....	37
2.7 LESIONES ELEMENTALES.....	42
2.7.1 Lesiones primarias.....	44
2.7.2 Lesiones secundarias.....	46
2.8 EXAMEN CLINICO EXTRAORAL.....	48
2.9 EXAMEN CLINICO INTRAORAL.....	50
2.9.1 Semimucosa labial.....	51
2.9.2 Mucosa labial.....	51
2.9.3 Lengua, punta, cara dorsal y bordes.....	52
2.9.4 Cara ventral y piso de boca.....	52
2.9.5 Paladar.....	52
2.10 CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS	
LESIONES PRECANCEROSAS.....	53
2.10.1 Lesiones precancerosas.....	53
3. DIAGNOSTICO.....	62
3.1 CONDUCTA PROFESIONAL.....	62
3.2 PACIENTE INDICADO PARA TOMA DE BIOPSIA...	63

	Pág
4. BIOPSIAS.....	64
4.1 BIOPSIAS, DEFINICION IMPORTANCIA.....	64
4.2 INDICACIONES.....	66
4.3 UTILIDAD DE LA BIOPSIA.....	67
4.4 TIPOS DE BIOPSIAS.....	68
4.4.1 Excisional.....	68
4.4.2 Incisional.....	68
4.4.3 Citología.....	69
4.4.4 Obtención del material para citología..	71
4.4.5 Instrumental para citología.....	71
4.4.6 Procedimiento.....	71
4.5 INSTRUMENTAL PARA BIOPSIAS.....	72
4.6 MANEJO GENERAL DE MATERIAL OBTENIDO	
CITOLOGICO E HISTOPATOLOGICO.....	73
4.6.1 Diagnóstico citológico - histico.....	74
5. REPORTE DE UN CASO CLINICO.....	78
5.1 REPORTE DEL USO CLINICO.....	78
5.2 INTRAORALMENTE.....	79
5.3 PLAN DE TRATAMIENTO GENERAL REALIZADO....	79
5.3.1 Auxiliares de diagnóstico.....	79
5.3.2 Conducta profesional.....	80
5.3.3 Tratamiento instaurado.....	80
5.4 CONCLUSIONES (del caso clinico).....	80
6. MORBOLIDAD POR CANCER SEGUN EDAD.....	
(Estadística).....	82

	Pág
6.1 PROPORCION DE PACIENTES CON HABITOS.....	
RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE CANCER..	
EN EL PALADAR.....	83
6.2 PROMEDIO SEGUN EDAD Y SEXO.....	84
6.3 PROPORCION DE PACIENTES CON ANTECEDENTES.	
FAMILIARES DE C.A.....	84
6.4 PROPORCION DE PACIENTES SEGUN EDAD.....	85
CONCLUSIONES.....	86
BIBLIOGRAFIA.....	87



INTRODUCCION

El Profesional de la Odontología es responsable de la detección temprana de lesiones premalignas de zonas periorales y orales en un 90% siendo este porcentaje muy alto y que obliga a responder en forma adecuada ya que en el campo de las lesiones malignas se está incluyendo siempre la vida del paciente con muchos riesgos.

Tal vez son muchos los casos que pudiendo detectar a tiempo las patologías no lo hacemos. De ahí la importancia de crear un programa para la prevención y detección temprana de lesiones periorales, aportando mayor conocimiento para dar soluciones a problemas que con frecuencia se presentan en el entorno del ejercicio de la Odontología.

Por lo tanto de una manera sencilla y práctica queremos mostrar los medios que podemos utilizar en nuestra práctica clínica, para llegar a un diagnóstico oportuno y hacer una correcta remisión al organismo adecuado.

1. ASPECTOS NORMALES DE LA CAVIDAD BUCAL

La cavidad bucal se presenta revestida por un epitelio estratificado plano, cuyas células superficiales aplanadas son nucleadas y presentan algunos gránulos de queratina en su citoplasma.

En los labios pueden observarse la transición a epitelio queratinizado. La lámina propia presenta papilas conjuntivas similares a las de la piel, que se continúan con la de la submucosa, donde se encuentran pequeñas y difusa glándulas salivales.

1.1 LENGUA

Este órgano está formado por una masa de tejido muscular estriado, recubierto por una mucosa cuya estructura varía de acuerdo con la región.

La mucosa se encuentra fuertemente adherida a la masa muscular a causa de la penetración del tejido conectivo de la lámina propia entre las fibras musculares.

En la superficie inferior de la lengua la mucosa se presenta lisa. En la cara opuesta sin embargo, su aspecto es extremadamente irregular debido a la presencia de gran número de pequeñas elevaciones, que son las papilas linguales. La región posterior de la cara dorsal, de la lengua está separada de la anterior por una línea en forma de V. Detrás de esta línea, la superficie de la lengua presenta un número discreto de prominencias, formadas principalmente por nódulos linfáticos que aparecen:

1. Como masa de escaso número de nódulos linfáticos.
2. En las amígdalas linguales donde se presentan como elevaciones de la mucosa y tiene criptas, en torno de las cuales se dispone un gran número de nódulos linfáticos.

1.1.1 Papilas linguales: Son elevaciones en el epitelio oral y de la lámina propia que asumen formas y funciones diferentes.

1.1.2. Papilas filiformes: Se presentan cónicas y alargadas. Son las más numerosas, cubren toda la superficie de la lengua y no contienen corpúsculos gustativos.

1.1.3 Papilas calisiformes: Llamadas también circunvaladas, tiene forma aplanada y están circundadas por un profundo surco, se encuentran en la V lingual en número de 7 a 12 y presentan en su parte lateral gran número de corpúsculos gustativos. En el surco de estas papilas desembocan glándulas salivales linguales serosas puras.

1.1.4 Papilas fungiformes: Tienen una base estrecha y una parte apical más dilatada, asumiendo la forma de un hongo. Son poco frecuentes y están entremezcladas con las papilas filiformes. A menudo, presentan corpúsculos gustativos.

1.2 CARRILLOS

Están formando las paredes laterales de la cavidad oral. Son estructuras musculares revestidas por un

epitelio escamoso estratificado. La mucosa es lisa y provista de algunas glándulas alojadas en el espesor. Hay que anotar que en ellas se encuentra el conducto de Stenon, que la recorre transversalmente, antes de abrirse a nivel del segundo molar superior.

1.3 LABIOS

Los labios consta de músculo estriado y tejido conectivo, cubierto con una mucosa de epitelio escamoso estratificado.

1.4 BOVEDA PALATINA

Está constituida por el paladar duro y el paladar blando. El paladar duro constituye la porción anterior del techo de la boca, está formado por el maxilar superior y los huesos palatinos. Está revestida por una fibromucosa de color rosado pálido. El paladar blando forma la porción posterior del techo de la bóveda palatina.

Es un tabique muscular en forma de arco entre la boca y la nasofaringe. Esta revestido por una túnica mucosa.

1.5 PISO DE LA BOCA

Aquí se encuentran los frenillos linguales y repliegues mucosos medios. La mucosa del piso es delgada y está adherida laxamente para permitir el libre movimiento de la lengua. El epitelio no es queratinizado y las papilas de la lámina propia son cortas. La submucosa contiene tejido adiposo. Aquí se encuentra la desembocadura del conducto de Wharton. Su superficie es lisa y brillante.

1.6 MUCOSA BUCAL

Se le da este nombre a la parte de la mucosa bucal que cubre los arcos alveolares. Cubre las caras interna y externa del arco alveolar y los espacios interdentarios, constituyendo a este nivel una especie de doble gestión. Está íntimamente adherida al periostio. Su color es rosado salmón.

La encía puede dividirse en: Encía libre y Encía adherida. Esta última se caracteriza por una superficie que aparece como punteada; partes del epitelio parecen estar elevadas y entre las elevaciones existen depresiones poco profundas cuyo resultado es un aspecto punteado.

La encia está compuesta por epitelio plano estratificado que puede ser queratinizado o no, aunque con frecuencia es paraqueratinizado. El epitelio cubre una lámina propia compacta. Las fibras de colágeno de la lámina propia pueden insertarse en el huso alveolar y el cemento, o unirse con el periostio.

El término membrana mucosa se emplea para describir el revestimiento húmedo del tracto intestinal, el pasaje nasal y otras cavidades corporales que se comunican con el exterior.

En la Cavidad Bucal, este revestimiento se llama Membrana Mucosa Oral o Mucosa Bucal.

A nivel de los labios la mucosa bucal se continúa con la piel, una capa de protección seca.

1.6.1 Funciones de la mucosa bucal: Una de las funciones más importantes es la protección que otorga a los tejidos más profundo de la cavidad bucal. Entre sus otras funciones, la mucosa bucal es un órgano sensorial, un regulador de la temperatura corporal y un medio a través del cual se segrega la saliva.

1.6.1.1 Protección: Como cubierta superficial, la mucosa bucal separa y protege los tejidos profundos y órganos de la región del medio ambiente bucal. Las actividades normales de tomar comida (prehensión), morderla, y masticarla, exponen los tejidos blandos de la boca a fuerza mecánicas tales como la compresión, distensión, y desgarró, y al desgaste superficial por las partículas duras de la dieta.

En la Cavidad Bucal se encuentran normalmente una población residente de microorganismos que pueden ocasionar infecciones. El epitelio de la mucosa actúa como principal barrera a esta amenazas.

1.6.1.2 Sensación: La función sensorial de la Mucosa Bucal es importante porque provee considerable información sobre los hechos que ocurren en la Cavidad Bucal, mientras que los labios y la lengua también pueden percibir estímulos que están fuera de la boca. En la boca hay receptores que responden a la temperatura, el tacto y al dolor, también se encuentran los corpúsculos gustativos. Los reflejos tales como la deglución, el vómito y la salivación son iniciados por receptores de la Mucosa Bucal.

1.6.1.3 Regulación térmica: La Mucosa Bucal humana, juega probablemente una escasa parte en la regulación de la temperatura corporal, dado que no existen especializaciones obvias de los vasos sanguíneos para controlar la transferencia de calor.

1.6.1.4 Secreción: La secreción principal asociada con la Mucosa Bucal es la saliva producida por las glándulas salivales, la que contribuye al mantenimiento de una superficie húmeda. Las glándulas salivales principales están situadas lejos de la mucosa y se abren en ella por medio de largos conductos; pero las glándulas salivales menores, más numerosas, están asociadas con la Mucosa Bucal.

1.6.2 Organización de la mucosa bucal: La Cavidad Bucal consta de dos partes, un vestibulo externo, limitado por los labios y las mejillas; y la cavidad bucal propiamente dicha, la cual está separada del vestibulo por los rebordes alveolares, portadores de los dientes y sus encías. El limite superior de la cavidad bucal propiamente dicha está formado por los paladares

blando y duro, mientras que el piso de la boca y la base de la lengua forman el límite inferior. Por atrás, la cavidad bucal está limitada por los pilares de las fauces y las amígdalas. La mucosa bucal muestra diferentes regiones de la cavidad bucal, reconociéndose tres tipos principales de mucosa.

Se identifican, de acuerdo con su función primaria como: mucosa masticatoria, mucosa de revestimiento y mucosa especializada.

1.6.3 Características clínicas: El color es un indicador de la condición clínica de la mucosa; los tejidos inflamados son rojos, mientras que los tejidos sanos y normales son de color rojo pálido.

Otras características por las cuales la mucosa se diferencia de la piel son su superficie húmeda y la ausencia de apéndices o anexos. La piel contiene numerosos folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas, mientras que los componentes glandulares de la mucosa bucal están representados principalmente por las glándulas salivares menores.

Las glándulas sebáceas están presentes en el labio

superior y la mucosa bucal alrededor de las 3/4 partes de los adultos, y ocasionalmente se presenta en la mucosa alveolar y en el dorso de la lengua.

1.6.4 Irrigación: La irrigación de la mucosa bucal es extremadamente rica y derivada de arterias que corren paralelas a la superficie en la submucosa o cuando la mucosa se halla fuertemente unida al periostio subyacente y la submucosa está ausente, en la parte profunda de la capa reticular.

El flujo sanguíneo es mayor en las encías que en el resto de la mucosa bucal, pero a temperatura normal en todas las regiones de la mucosa bucal es mayor que en la piel.

A diferencia de la piel, que tiene un papel de la regulación de la temperatura, la mucosa bucal Humana carece de anastomosis arteriovenosas, pero tiene ricas anastomosis de arteriolas y de capilares. Esto contribuye indudablemente a la más rápida cicatrización de la mucosa bucal como respuesta a una injuria, cuando se las compara con la piel.

1.6.5 Inervación: Los nervios predominantes de la lámina propia son principalmente sensitivos. La mayoría de los impulsos sensoriales se transmiten por vía del trigemino. (Quinto par nervioso craneal), pero las fibras aferentes de los nervios craneales, pares VII, IX, X también se hallan implicados.

Las redes nerviosas sensoriales están más desarrolladas en la mucosa bucal que bordea las regiones anteriores de la Boca y este patrón está relacionado con la mayor sensibilidad de esta región a una serie de factores. Por ejemplo, la sensación de tacto es más aguda en la parte anterior de la lengua y del paladar duro.

Los receptores del tacto en el paladar blando y la orofaringe son importantes en la iniciación de los reflejos de deglución y vómito.

La función de detectar "el gusto" del agua se localiza en la región de las papilas calciformes de la lengua.

1.6.6 Variaciones estructurales: Es posible dividir la mucosa bucal en tres tipos principales: mucosa masticatoria, mucosa de revestimiento y mucosa especializada.

1.6.7 Mucosa masticatoria: La mucosa masticatoria cubre aquellas zonas de la cavidad bucal tales como el paladar duro y la encía que se hallaron expuestas a fuerzas comprensivas y de desgaste y a la abrasión durante la masticación de los alimentos. El dorso de la lengua tiene el mismo papel funcional que otras mucosas masticatorias, pero debido a su estructuras especializadas, se considera por separado.

La mucosa masticatoria cubre estructura inmóviles tales como el paladar y los procesos alveolares y se halla firmemente unida a ellos en forma directa por medio del adosamiento de la lámina propia al periostio del hueso subyacente , una disposición llamada un mucoperiostio o en forma indirecta por medio de una submucosa fibrosa.

Por la misma razón, las inyecciones locales de anestesia dentro de estas zonas es difícil y a menudo dolorosa, como lo es cualquier tumefacción originada por una inflamación.

1.6.8 Mucosa de revestimiento: La mucosa bucal, que recubre la cara ventral de la lengua, la cara interna de los labios, los carrillos, el piso de la boca y los procesos alveolares hasta la encía, está sujeta a movimientos. Estas regiones de la mucosa bucal junto al paladar blando se clasifican como mucosa de revestimiento.

La tendencia a la flexibilidad de la mucosa de revestimiento, con una submucosa laxa y a menudo elástica, significa que las incisiones quirúrgicas requieren frecuentemente de suturas para que puedan cerrar. Las inyecciones en esas regiones son sencillas puesto que hay fácil dispersión de líquido dentro del tejido conectivo laxo; sin embargo, las infecciones también se esparcen rápidamente.

1.6.9 Mucosa especializada: La mucosa de la cara dorsal de la lengua es distinta a la de cualquier otra parte de la cavidad bucal puesto que, aunque cubierta por lo que funcionalmente es una mucosa masticatoria, es también un revestimiento altamente extensible, y además posee diferentes tipos de papilas linguales. Algunas de estas

tienen función mecánica mientras que otras tienen corpúsculos gustativos y por lo tanto cumplen una función sensorial.

La lengua está dividida en 2 partes, cada una con un origen embriológico distinto, mediante el surco en forma de V conocido como sulcus terminalis o V lingual. Las 2/3 anteriores de la lengua se llaman a menudo el cuerpo y el tercio posterior, la base. La mucosa que cubre la base de la lengua contiene extensos nódulos de tejido linfático, las tonsilas linguales adyacentes, y anterior respecto del sulcus terminalis se hallan 8-12 papilas circunvaladas o calciformes, que son papilas grandes, cada una rodeada por un profundo surco circular o cripta dentro del cual se abren los conductos como glándulas de Von Ebner.

La zona anterior de la lengua lleva las papilas fungiformes y las filiformes. Las papilas fungiformes se hallan dispersas entre las numerosas papilas filiformes ubicadas en la punta de la lengua. Son estructuras lisas, redondeadas, que aparecen como rojas debido al altamente vascularizado corazón de tejido conectivo, que es visible a través de un epitelio de revestimiento delgado y no queratinizado.

2. HISTORIA CLINICA

Los datos obtenidos en el examen, se debe volcar, en forma ordenada, en un registro que nos permita no sólo acceder a ellos durante la evolución de la enfermedad, sino también conservarlos pues pueden ser requeridos alguna vez por razones legales.

2.1 DATOS PERSONALES

Debemos asentar en este documento, en primer lugar los datos personales del paciente: sexo, edad, raza, residencia actual, profesión u oficio y estado civil.

2.2 ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

Los datos importantes relacionados con la patología por la cual el paciente consulta, continúan obteniéndose a partir del interrogatorio o anamnesis acerca de sus antecedentes proximales o remotos con la misma importancia, se buscará información sobre hábitos como cigarrillos,

alcohol, drogadicción y promiscuidad sexual.

2.3 ENFERMEDAD ACTUAL

La enfermedad actual, es relatada por el paciente, al cual ayudamos a veces con recursos sencillos. Respecto al tiempo de evolución, podemos preguntarle si la afección estaba en boca en una fecha de fácil recuerdo.

2.4 EL ESTADO ACTUAL

En nuestro registro de información anotaremos todo lo que vemos relacionado con la afección. Debemos describir la lesión con nuestras palabras basadas en este lenguaje con el cual nos comunicaremos siempre en clínica estomatológica, representada por las lesiones elementales.

2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DE CERTEZA

La mayoría de las veces necesitamos de los valiosos exámenes complementarios. Estos son análisis clínicos, radiografías, citología exfoliativa, biopsia, etc.

El resultado nos ayudará a llegar al diagnóstico de certeza.

Por último dejaremos constancia de tratamiento indicado y la evolución de la enfermedad en las sucesivas visitas.



2.6 ESQUEMA DE HISTORIA CLINICA

Historia No _____
 Apellidos y Nombres: _____
 Dirección: _____ Tel: _____
 Dirección laboral: _____ Tel: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 Cédula: _____
 Última visita al Médico: _____
 Última visita al Odontólogo: _____
 Motivo de la Consulta: _____

ANENNESIS	SI	NO	HISTORIA MEDICA PERSONAL	SI	NO		SI	NO
1. DIABETES 2. CANCER 3. ENF. CARDIOVASCULARES 4. ENF. HEMORRAGICAS 5. ARTRITIS 6. TBC 7. ALERGIAS 8. ENF. DERMATOLÓGICAS 9. ANOMALIAS CONGENITAS 10. ENF. MENTAL			HOSPITALIZACIONES TRAUMAS CIRUGIAS CARDIOPATIAS HIPERTENSION CANCER ENF. HEPATICA ALERGIAS FIEBRE REUMATICA ARTRITIS REUMATOIDEA			ENF. DERMATOLÓGICA ENF. GASTROINTESTINAL ENF. VENEREAS INMUNODEFICIENCIAS EPILEPSIA ENF. RESPIRATORIA ENF. ENDOCRINAS FARMACODEPENDENCIA TRASTORNOS MENTALES PROTESIS		
REVISION POR SISTEMAS	SI	NO		SI	NO		SI	NO
CEFALEA FIEBRE DOLOR FACIAL HIPERHIDROSIS CONVULSIONES VERTIGOS LIPOTIMIAS PARESTESIA VOMITOS DIARREA NAUSEAS HELENAS PIROSI			DISFAGIA HABITOS DIGESTIVOS ANOREXIA EXPECTORACION HEMOPTISIS TOS DISNEA TAQUICARDIA EDEMA PALIDEZ DOLOR PRECORDIAL DISCRASIAS SANGUINEAS LINFADENOPATIA			TRAST. ARTICULARES TRAST. DE PIEL ICTERICIA DISUREAS CAMBIOS DE PESO POLIDIPSIA TRAST. GUSTO TRAST. OLFATO TRAST. VISION TRAST. LENGUAJE TRAST. AUDICION TRAST. N. ESQUELETICO TRAST. MENTALES		

OBSERVACIONES _____

DIETA:	EBULIBRADA		HIPO CALORICA HIPER		HIPO PROTEICA HIPER		HIPO LIPIDICA HIPER		CITRICOS		OTROS	
--------	------------	--	---------------------------	--	---------------------------	--	---------------------------	--	----------	--	-------	--

OBSERVACIONES _____

ASPECTO GENERAL

HIGIENE ORAL	CEPILLADOS CEPILLO DURO - BLANDO - DENTIFRICO - SEDA	FRECUENCIA DENTAL	TECNICA ENJUAGATORIOS - FLUORIZACION - OTRAS AYUDAS
-----------------	---	----------------------	--

TRATAMIENTOS RECIBIDOS	SI	NO		SI	NO		SI	NO
CIRUGIA ORAL			PERIODONCIA			OCLUSION ATM		
OPERAT. DENTAL			PROSTODONCIA			IMPLANTOLOGIA		
ENDODONCIA			ORTODON/ORTOPEDIA			MEDICINA ORAL		

EXAMEN FISICO ORAL

EVALUACION DE TEJIDOS BLANDOS Y DUREZAS											
	N	A		N	A		N	A		N	A
LABIO			GINGIVA			FISO BOCA			PALADAR DURO		
CARRILLO			REDORDE ALVEOLAR			FRENILLOS			AMIGDALAS/OROFARINGE		
SURCO VESTIBULAR			LENGUA			PALADAR DURO			GLANDULAS SALIVALES		

OBSERVACIONES _____

EVOLUCION DENTAL

18		28	
17		27	
16		26	
15		25	
14		24	
13		23	
12		22	
11		21	

41		31	
42		32	
43		33	
44		34	
45		35	
46		36	
47		37	
48		38	

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

PANORAMICA - PERIAPICALES - CORONALES - OCLUSALES
- OTRAS.

EXAMENES DE LABORATORIOS

LAB CLINICO

LAB HISTOPATOLOGICO BIOPSIA CITOLOGIA

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

GENERALES	_____
-----------	-------

CRANEO-MANDIBULARES	_____
---------------------	-------

ORALES	_____
TEJ. BLANDO Y DSE	_____
PERIODONTALES	_____
DENTALES	_____
ENDODONTICO	_____

PRONOSTICO	_____
------------	-------

PLAN DE TRATAMIENTO

URGENCIA _____

INTERCONSULTA _____

MEDICINA ORAL _____

PREVENCION _____

PERIODONCIA _____

ENDODONCIA _____

CIRUGIA ORAL MAXILO FACIAL _____

OCLUSION Y ATM _____

ORTODONCIA _____

IMPLANTOLOGIA _____

PROSTODONCIA OPERATORIA _____

2.7 LESIONES ELEMENTALES

La cavidad oral es el espejo de muchas enfermedades sistémicas que se suministran localmente en la cavidad oral y determinando o diagnosticando estas lesiones podemos brindarle a el paciente un mejor diagnóstico precoz de lesiones primarias y las sistémicas obviamente.

Cuando por alguna razón se altera el equilibrio que caracteriza a un estado de salud plena, el organismo nos permite detectar señales, a través de las cuales podemos iniciar la búsqueda de la causa que originó la enfermedad. Estas señales o signos objetivos, que se manifiestan en la mucosa oral, las podemos denominar lesiones primarias. Dichas lesiones se pueden desarrollar sobre mucosa previamente sana, por ejemplo en las lesiones de origen viral que inician con vesículas; es una lesión primaria. Cuando por ejemplo hay ruptura de las vésiculas produciéndose exposición franca del correctivo sería una lesión secundaria.

Es importante el reconocimiento retornando nuevamente su color original por el retorno

hematógono. En caso contrario cuando resulta ser un hematoma o cualquier otra lesión pignestacia de naturaleza diferente a la hematógona y no se producirá cambio de color al presionarla.

En cuanto a la punción por ejemplo, es útil para determinar la naturaleza del contenido líquido o sólido de lesiones (mucoccele, hemangiomas, quistes).

La palpación, nuevamente, descrita como los ojos del clínico es importante para detectar la consistencia de una lesión; si es firme, sólida, o de contenido líquido; si se desplaza o está fija útil para detectar induración en la base de una lesión exofítica o ulcerada.

La visión directa o indirecta nos permite observar las características clínicas de una entidad, como es blanca, roja, blanca roja y alternando con la palpación podemos determinar su textura.

Teniendo en cuenta los aspectos normales de mucosa oral, describiremos las lesiones elementales más frecuentes a tener en cuenta o en consideración clínica de las lesiones ya sean primarias o

secundarias, que su desconocimiento nos impide interpretar o realizar diagnóstico diferencial o enfocar la naturaleza de las lesiones.

Hay que realizar una descripción detallada y objetiva de las lesiones primarias o secundarias, para que el patólogo se pueda orientar a quien por ejemplo le remitimos las biopsias, en el reporte para análisis anatomopatológico le describamos semiológicamente la lesión biopsiada y de esta manera se realiza una interconsulta profesionalmente científica.

2.7.1 Lesiones primarias

2.7.1.1 Máculas: Cambios localizados de color que no modifican la consistencia, relieve, espesor de la mucosa.

2.7.1.2 Pápula: Lesión que se eleva sobre la superficie de la mucosa circunscrita que evoluciona espontáneamente y no deja cicatriz.

2.7.1.3 Placa: Lesión elevada, de diametro mayor que las pápulas, límites netos y superficie lisa o verrugosa como por ejemplo: leucoplasia.

2.7.1.4 Vegetación: Lesión elevada sólida exofítica (hacia afuera) o proliferativa, integrada por varios elementos con aspecto de coliflor. Si la consistencia es firme, y la superficie es seca y queratinizada, se denomina verrugosidad. Por ejemplo; verruga, condiloma, papiloma.

2.7.1.5 Nódulo: Lesión sólida, circunscrita, de localización, hipodérmica, perceptible a la palpación. Por ejemplo Lipoma.

2.7.1.6 Tumor: Lesión circunscrita, que carece de límite o puede detenerse. De evolución crónica y con tendencia a persistir, clínicamente puede asumir el aspecto de lesión primaria como es vegetación, erosión, etc.

2.7.1.7 Vesícula: Lesión elevada de contenido líquido, pequeña y no deja cicatriz.

2.7.1.8 Ampolla: Lesión elevada, circunscrita, con un contenido líquido de mayor tamaño que la vesícula.

2.7.1.9 Quiste: Lesión elevada de contenido semisólido o líquido, que hace relieve en la superficie de la mucosa.

2.7.1.10 Pliegues y surcos: Lesiones lineales, únicas o múltiples, en cuyo epitelio no existe solución de continuidad como es el caso de las fisuras.

2.7.2 Lesiones secundarias

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

2.7.2.2 Ulceración: Pérdida de sustancia, compromete; en algunas ocasiones, pueden dejar cicatriz, son de evolución aguda o subaguda.

2.7.2.3 Ulcera: Pérdida de sustancia que llega más allá de la basal y es de evolución crónica.

2.7.2.4 Fisura o grietas: Solución de continuidad lineal, el epitelio no está intacto por ejemplo en

queilitis comisural.

2.7.2.5 Perforación: Destrucción total de una pared de la cavidad bucal; puede ser aguda o crónica.

2.7.2.6 Pseudomembrana: Formación de tejido fibroso gris amarillento; sobre superficies erosionadas o ulceradas, su origen la coagulación plasma exudado, que queda atrapado en la red de fibrina, junto con restos epiteliales necróticos.

2.7.2.7 Costra: Es la desecación de un líquido hemático.

2.7.2.8 Escara: Porción de tejido necrótico, generalmente provocado por causas químicas, (ácido acético salisílico).

2.7.2.9 Escamas: Es el desprendimiento de las laminillas córneas del epitelio de la mucosa bucal.

2.8 EXAMEN CLINICO EXTRAORAL

Realizada la descripción de los aspectos normales y de lesiones de la cavidad oral y perioral, procedemos a las técnicas de diagnóstico clínico

La inspección básicamente entraría una buena visualización de la cabeza y cuello del paciente colocando al paciente en una posición de manera tal que esté sentado con la espalda paralela a la silla odontológica y el operador colocado de frente lo visualiza. En su posición anterior, se ubica el operador lateralmente para visualizar el perfil del paciente y posteriormente se mira desde la parte cefalo supero inferior; con el fin de observar deformaciones de contornos generales que nos puede orientar hacia patología o patrones normales que lo podíamos confundir con alteraciones, que nos desorienta al diagnóstico.

Hay que tener en cuenta que todos tenemos cierto grado de asimetría facial que no es perceptible a simple vista.

Posteriormente realizamos la palpación bimanual para determinar alteraciones tumorales, o de ganglios fijos o móviles, si son asimétricas o presentan sintomatología para orientar la naturaleza de la lesión.

Podemos empezar la palpación bimanual colocándonos en la parte posterior del paciente, de manera tal que nos queda de espalda y de esta manera estamos en posición adecuada para la palpación. Hay que recordar la topografía del sistema linfático regional de cabeza y cuello, como lo muestra la (Fig. 1).

Con el pulpejos de los dedos de la mano derecha localizando el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo desde el mastoide, deslizando los pulpejos de los dedos contra este borde hacia abajo y llegar al triángulo supraclavicular luego localizamos los ganglios submaxilares y submentales que lo podemos realizar colocándonos de frente al paciente, colocando los pulpejos de los dedos en el borde submaxilar realizando presión suave y se desliza los dedos hasta la región submental; se puede también

colocar con la mano izquierda el dedo índice intraoralmente para fijar el músculo milohioideo, mientras que con la derecha se palpa la región submaxilar y submental de los ganglios del lado izquierdo del paciente y luego se alterna.

Hay que tener en cuenta que al examinar los ganglios submaxilares y submentales, es posible que la palpación extraoral por sí sola no revele alteraciones; por consiguiente es importante no obviar la maniobra anteriormente descrita. Es importante determinar compromiso ganglionar con el fin de orientar la naturaleza de la lesión como es de origen inflamatorio o neoplásica, y también nos orienta si hay metastasis o extensión tumoral y no pasarlo desapercibidamente, para realizar una conducta adecuada, para beneficio del paciente y ética profesional.

2.9 EXAMEN CLINICO INTRAORAL

Una vez realizada la inspección y palpación extraoral, nos disponemos a entrar al examen intraoral; al examinar los pacientes, nos resultará oportuno utilizar recursos sencillos

para llegar a un diagnóstico; estos recursos lo podemos resumir como son: espejo bucal, baja lengua, gasas, aguja para punción. Por ejemplo la vitropresión o diascópia es de utilidad para diagnosticar una mancha intravascular, en este caso, al presionar con el espejo o con el dedo, la lesión disminuye su tamaño o desaparece, pues la sangre es desplazada a través de los capilares y se torna de color blanco (test blanquecimiento positivo).

Después de haber realizado la anamnesis y el examen extraoral procedemos a ejecutar el examen intraoral.

2.9.1 Semimucosa labial: Para examinarla, colocamos los dedos pulgar e índice sobre el labio y tensionamos hacia los lados, para analizar su textura superficial; para observar con claridad pequeñas lesiones que pueden ocultarse entre los pliegues del labio y así analizar su textura superficial.

2.9.2 Mucosa labial: En forma bimanual realizamos eversión labial y observamos carrillo sector

anterior en forma directa; carrillo sector posterior ayudado por un espejo; a continuación la palpación bidigital y bilateral.

2.9.3 Lengua, punta, cara dorsal y bordes: Se le pide al paciente que saque la lengua primero se le mira la punta a continuación se toma con una gasa traccionamos hacia afuera y hacia los lados, inspeccionamos el dorso y los bordes.

2.9.4 Cara ventral y piso de boca: Le pedimos al paciente que con la punta de la lengua toque la parte posterior del paladar; y así observamos la cara ventral de la lengua. Palpamos con el dedo índice de atrás hacia adelante tocando a fondo piso de boca sin desconocer ni confundir estructuras normales.

2.9.5 Paladar: para su examen la dividimos en sector anterior y sector posterior.

2.9.5.1 sector anterior: La inspección se realiza por visión directa con espejo bucal.

2.9.5.2 Sector posterior: El examen se efectúa por visión directa extendiendo el paciente su cabeza hacia atrás.

2.10 CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS LESIONES PRECANCEROSAS

Las características del objeto de estudio que serán analizados en la investigación son:

- Signos y síntomas de las lesiones precancerosas orales y periorales
- Tipos de tejidos afectados
- Alteraciones macroscópicas evidentes
- Alteraciones histicas producidas por la lesión
- Alteraciones nerviosas.

2.10.1 Lesiones precancerosas: Se conoce con el nombre de lesiones precancerosas a un grupo de patologías con un tejido de morfología alterada más propenso a caracterizarse que el tejido equivalente a apariencia normal. En la cavidad oral existen principalmente 2 tipos de lesiones precancerosas: Leucoplasia y Eritroplasia.

2.10.1.1 Leucoplasia: La leucoplasia se define como una placa blanca que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad, la preleucoplasia es conocida por ser una etapa precursora de la leucoplasia, es un área gris, o blanco-grisácea de bordes borrosos.

La leucoplasia se presenta en la superficie de la membrana mucosa de la cavidad bucal. La leucoplasia es un parche blanco en la mucosa que no se puede raspar o eliminar. Por otra parte el diagnóstico de la leucoplasia se basa en criterios estrictamente histológicos y con frecuencia se ha hecho dicho diagnóstico aunque la lesión no aparezca clínicamente como parche blanco.

2.10.1.1.1 Etiología: Su etiología es variada, algunos autores creen que la aparición de la enfermedad solo depende de factores locales extrínsecos pero también de factores intrínsecos predisponentes. Los factores causales más frecuentes han sido: tabaco, alcohol, sépsis bucal, sífilis, Deficiencia vitamínica, alteraciones endocrinas, galvanismo y alteración actínica en caso de leucoplasia de los labios.

2.10.1.1.2 Aspectos clínicos: Estas lesiones de leucoplasia bucal muestran una considerable variación en el tamaño, localización y apariencia clínica. En la mayoría de los informes indica que es más común en hombres que mujeres, y que aparece principalmente en el grupo de más edad.

Los parches leucoplásicos se encuentran en cualquier parte de la cavidad bucal pero se ha observado que hay preferencia por ciertos sitios. A menudo se afecta la mucosa bucal y las comisuras labiales, seguido en orden decreciente por mucosa alveolar, lengua, labio, paladar duro y blando, piso de boca y encía.

La diseminación puede variar desde parches irregulares, pequeños, bien localizados hasta lesiones difusas que cubren una porción considerable de la mucosa bucal.

En el examen clínico las placas de leucoplasias pueden variar desde un área blanca no palpable, bastante translúcida hasta lesiones induradas gruesas, fisuradas y papilomatosas. Las lesiones son de color blanco, gris o blanco amarillento.

2.10.1.1.3 Aspectos histológicos:

- **Hiperortoqueratosis:** Aumento anormal de la capa de ortoqueratina o estrato córneo en un sitio específico.
- **Hiperparaqueratosis:** Cuando se encuentra paraqueratina en áreas donde no hay.
- **Acantosis:** Se refiere al grosor anormal de la capa espinosa en un lugar determinado.
- **Displasias:** Está representada por la atipia focal inevitablemente, o incluso de modo regular, que evoluciona hacia un carcinoma insitu y de ahí a un carcinoma invasivo.
Los criterios para diagnosticarlos son:

- a. Aumento de mitosis
- b. Queratinización celular individual
- c. Perlas epiteliales dentro de la capa espinosa

- d. Alteraciones en la relación núcleo - citoplasma
- e. Pérdida de polaridad y desorientación de las células
- f. Hiperchromatismo de las células
- g. Nucleolos grandes prominentes
- h. Discariosis o atipia nuclear, incluyendo núcleos gigantes
- i. Poiquilocarinosis o división de núcleos sin división del citoplasma
- j. Hiperplasia basilar

2.10.1.2 Eritoplasia: Se define como placa aterciopelada de color rojo intenso, que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como atribuible a ningún otro estado.

Se presentan tres manifestaciones clínicas diferentes:

1. La forma homogénea la cual aparece como una lesión roja brillante, aterciopelada y suave con bordes derechos o festoneados bien delineados.
2. Eritoplasia mezclada con parches de leucoplasia, en la cual las áreas eritematosas son irregulares.
3. Lesiones rojas suaves que están ligeramente elevadas con trazo irregular y una superficie granular o finamente nodular moteada con placas blancas muy pequeñas.

2.10.1.2.1 Etiología: Dentro de los factores etiológicos de la leucoplasia se incluyen: tabaco, alcohol, irritación crónica, sífilis, deficiencia de vitaminas, hormonas, galvanismo o candidiasis.

2.10.1.2.2 Histopatología: Se encuentra hiperortoqueratosis que consiste en una cantidad moderada de queratina, que se encuentra en la superficie del epitelio bucal normal. Es un aumento anormal del grosor de la capa de ortoqueratina o estrato córneo en un sitio

específico.

- **Hiperparaqueratosis:** Se diferencia de la ortoqueratina en la persistencia de núcleos o de remanentes nucleares de la capa de queratina.

- **La acantosis:** Es la otra alteración frecuente y consiste en el aumento del grosor de la capa de células espinosas en un lugar determinado.

- **La displasia:** Consiste en las alteraciones epiteliales propuestas por el centro de referencia colaborativo para lesiones precancerosas bucales de la OMS (1973) y son:
 1. Pérdida de polaridad de las células basales.
 2. Presencia de más de una capa de células de aspecto basaloide
 3. Mayor relación núcleo citoplasma
 4. Papilas de la rete en forma de gota
 5. Estratificación irregular del epitelio
 6. Excesiva cantidad de figuras mitóticas.

7. Presencia de figuras mitóticas en la mitad superficial del epitelio
8. Pleomorfismo celular
9. Hiperchromatismo nuclear
10. Núcleos agrandados
11. Menor Cohesión celular
12. Queratinización de las células aisladas.

2.10.1.3 Leuco-eritoplasia: Este término denota una placa blanca con bordes eritomatoso de la mucosa bucal y nos indica un diagnóstico nmicroscópico específico, aunque en la biopsia puede encontrarse displasia severa o carcinoma. Se desconoce la causa exacta de la lesión, pero se supone que intervienen los mismos factores etiológicos del cáncer bucal. Otros factores que contribuyen o actúan como modificadores etiológicos son consumo de alcohol, defectos nutricionales, irritación crónica y otros.

2.10.1.3.1 Histopatología: Alrededor del 90% de las leuco-eritroplasia presentan en la biopsia alteraciones displásicas severas; de éstas cerca de la mitad son carcinoma invasores de células escamosas y el 40% corresponde a displasia severa

o carcinoma in-situ (intraepitelial; que no pasa del estrato basal). El 10% restante corresponde a displasia moderada. El color eritomatoso de la lesión se debe a disminución relativa en la producción de queratina con respecto a la vascularización. El diagnóstico definitivo lo establece la biopsia, previa elaboración de historia clínica, inspección y palpación; y el pronóstico va a depender del tamaño de la lesión, sitio anatómico, localización, tipo de tumor, grado de diferenciación, si es exofítico o proliferante, endofítico y la invasión.

3. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Ahora teniendo en cuenta estos conceptos básicos, podemos realizar la descripción semiológica de las lesiones precancerosas, como es por ejemplo:

Placa blanca de bordes eritomatoso, y de consistencia aspera, que no desprende al raspado y de bordes nitidos y un tamaño aproximadamente de 2 cm x 1/2 cm.

El tamaño de la lesión es diagnosticable como leucoplasia, correlacionando Medio de diagnóstico, tiempo de evolución de la lesión y así podemos llegar a diagnóstico preventivo para establecer la conducta adecuada como es la Biopsia.

3.1 CONDUCTA PROFESIONAL

Una vez determinada el diagnóstico presuntivo, estamos en capacidad de orientar al paciente en cuanto a la importancia de realizar la biopsia para determinar el diagnóstico conclusivo, y su respectiva prevención del cáncer de cavidad oral

y de las indicaciones pertinentes a eliminación de hábitos que actúan como factores etiológicos, como por ejemplo el cigarrillo; y charlas de educación en salud y su respectiva correlación cáncer-hábitos que actúan como factores oncogénicos y sus repercusiones que tienen a nivel local sistémico.

3.2 PACIENTE INDICADO PARA TOMA DE BIOPSIA

Para realizar una biopsia hay que tener en cuenta la historia clínica completa y principios básicos de cirugía oral, para determinar técnicas a utilizar para tomar la muestra histica o citológica. Se prepara al paciente, teniendo en cuenta los principios de aislamiento con campos quirúrgicos, anestesia perilesional (infiltración a distancia de la lesión) o troncular, para no producir alteraciones histicas en la lesión que va a ser biopsiada; realizar la asepsia adecuada y utilizar el instrumental quirúrgico esterilizado para la respectiva toma de la muestra, que siempre debe ser representativa; seguidamente hacemos una descripción detallada de lo que es una biopsia, técnicas, indicaciones, manejo de material obtenido, reportes clínicos y anatomopatológico.



4. BIOPSIAS

4.1 BIOPSIAS, DEFINICION IMPORTANCIA

Para formular un diagnóstico preciso es necesario disponer de una cantidad suficiente de material representativo de las principales características de la lesión, este material puede ser obtenido mediante el estudio histopatológico que constituye una determinada lesión.

Una biopsia es una porción de tejido obtenida de un individuo vivo para estudio anatomopatológico. Según el objetivo perseguido al realizar la toma, existen dos tipos fundamentales de biopsia:

- a) Biopsia de diagnóstico y
- b) Piezas quirúrgicas.

La biopsia de diagnóstico tienen como objetivo fundamental concretar el diagnóstico histopatológico (microscópico) de una enfermedad, el cual no se ha podido llegar.

Por las medidas clínicas habituales. En general se caracterizan por ser de pequeño tamaño -en ocasiones se trata de cilindros obtenidos por punción de órganos- y por no comprender la totalidad de una lesión, sino sólo una porción de ella.

Las piezas quirúrgicas son de mayor tamaño; a menudo comprenden órganos enteros o incluyen toda la lesión. La biopsia es también considerada como el análisis macro-microscópico, químico y bacteriano; de un tejido obtenido de un organismo vivo.

Etimológicamente el término biopsia deriva del latín: BIOS = vida y OPSIS = Visión.

En una biopsia se realizan estudios macroscópicos, microscópico, bacteriano y químico.

La importancia de la biopsia radica básicamente en que nos define un diagnóstico certero de cualquier tipo de lesión, cuando se hace referencia de lesión o lesiones, se está abarcando no sólo el de tumores, sino también patologías infecciosas e inflamatorio.

El determinar el diagnóstico nos encamina con seguridad en el tratamiento y criterios de manejo, en algunos casos de lesiones benignas la biopsia constituye por si sola el tratamiento adecuado.

La biopsia debe constituirse en un procedimiento de rutina que le conceda al profesional la posibilidad de diagnosticar una lesión preventivamente, otorgandoles al paciente la oportunidad de ser tratado a tiempo; instaurar tratamiento y evitar implicaciones odontolegales que puede presentarse en el futuro.

El Instituto Nacional de Cáncer, responsabiliza al Odontólogo en la detección temprana de lesiones pamalignas y malignas de la región oral y perioral

4.2 INDICACIONES

Se indican para establecer diagnóstico, pronóstico y curso de la terapia y seguimiento de esta. Una cirugía radical innecesaria se puede evitar insitiendo antes en la confirmación histopatológica de una lesión.

4.3 UTILIDAD DE LA BIOPSIA

- Diagnóstico de lesión patológica
- Clasificación de tumores desde un punto de vista más preciso respecto a la elección del tratamiento
- Determinación de si la excisión fue o no adecuada.
- Identificación de tumores primarios o metastásicos.
- Aclarar el diagnóstico de una lesión que no evoluciona positivamente.
- Para efecto de diagnóstico diferencial.

Hay que recordar que el sitio de la toma de biopsia debe ser representativo de la lesión con margen de tejido sano hasta donde sea posible, y no el sitio donde hay cambios secundarios, por ejemplo el fondo de una úlcera en labio, nos muestra únicamente necrosis que no se relaciona con el proceso causal hay que realizar una buena historia clínica para ejecutar el procedimiento de la toma de el espécimen

4.4 TIPOS DE BIOPSIAS

4.4.1 Excisional: Consiste en la remoción completa de la lesión con margen sano de tejido. Es indicada en lesiones que su remoción no altere la función del sistema estomatognático.

4.4.2 Incisional: Extirpación parcial removiendo solo una parte de la lesión. Se indica en lesiones múltiples, difusas, y extensas; que puede producir alteraciones funcionales sin antes determinar su naturaleza; y se utilizan las siguientes técnicas:

4.4.2.1 Trucut: Consiste en la obtención de material para estudios anatomopatológico, utilizando una aguja gruesa con un corte a manera de sacabocado, y permite tomar patologías subcutáneas por el mecanismo de corte en corredera, la muestra resultante tiene forma cilíndrica, y es representativo y adecuado para estudio anatomopatológico.

4.4.2.2 Sacabocado: Biopsia excisional realizada por un instrumento denominado "Biotomo" que tiene forma de cuchara con parte activa de corte. Se usa

para patologías de fácil y difícil acceso.

4.4.2.3 Curetaje: Utilizadas en lesiones apicales, donde el material es cureteado con instrumentos especiales denominados curetas incisional propiamente dicha, con hoja de bisturí. Es la técnica más común y utilizada para obtener material para estudio anatomopatológico, lograndose con hoja de bisturí No. 15

4.4.2.4 Congelación: Consiste en la toma de una biopsia incisional intraoperatoriamente, el cual es congelado a una temperatura de -20°C para facilitar su respectivo corte y ser estudiada oportunamente dandose un diagnóstico inmediato.

4.4.3 Citología: Es la interpretación morfológica de las células. Se basa en la exfoliación espontánea de las células facilitando la toma de la muestra.

4.4.3.1 Ventajas:

- Es un procedimiento rápido, simple e inocuo para el paciente.
- No produce hemorragia al realizarlo

- En pacientes con compromisos sistémicos, es un paso previo para biopsia.
- Es relativamente de bajo costo.
- Puede repetirse cuantas veces se juzgue conveniente.
- Localiza zona positiva indicando el sitio conveniente para tomar una biopsia.
- No requiere utilización anestésica.

4.4.3.1.1 Desventajas:

- Es inútil en lesiones recubiertas por mucosas normal.
- En tumores benignos tiene muy poca utilidad.
- No nos muestra la invasión y extensión de un tumor maligno.
- No es aplicable a lesiones malignas de hueso, glándulas salivares, sarcomas de tejidos blandos, linfomas, leucemia, el resultado en tales casos es definir si hay o no malignidad.
- Con frecuencia da origen a resultados falsos positivos o negativos por la mala calidad del material obtenido, mal uso de la técnica, preparación incorrecta o mala interpretación del citopatólogo.

4.4.4 Obtención del material para citología:

4.4.4.1 Punción o aspiración (BACAF): Consiste en extraer el contenido de una lesión con una jeringa hipodérmica y realizar su extendido en un portaobjetos. La aguja utilizada es la número 21 G desechable.

4.4.4.2 Escarificación: Consiste en realizar una exfoliación previa de las células con un escobillón estéril y realizar su extendido en un portaobjetos

4.4.5 Instrumental para citología:

- Escobillón o aplicador
- baja lenguas
- Lámina portaobjetos
- Jeringa para aspiraciones
- Clips de alambre o sujetapapeles.

4.4.6 Procedimiento:

4.4.6.1 Material celular exfoliado: Se recoge la saliva y se deposita sobre la lámina portaobjetos y se hace extendido con la lámina cubreobjetos, se

deja secar y se aplica un fijador de laca o se deposita en un frasco con alcohol a 70°. luego es enviado a patologia.

4.4.6.2 Material obtenido por BACAf o Aspiración:
Consiste en introducir la aguja en el sitio de la lesión con el contenido liquido y se extrae, se rotula perfectamente la lámina portaobjeto con el nombre del paciente, número de HC y fecha. Se hace un extendido del material obtenido sobre el portaobjeto y se deja secar, luego es fijado con spray de fijación o es introducido en alcohol a 70° y se remite a patologia.

4.5 INSTRUMENTAL PARA BIOPSIAS

Es simple el material utilizado para la toma de biopsias: La bandeja para biopsia es general, (excisional, incisional) Consta de:

- Material de anestesia.
- Pinza de alies y mosquito: Retrae el borde del especimen.
- Mango de Bard Parker No 3 con hojas No. 11, 12 y 15 .
- Catgut y seda.

- Retractores: Curvos para incisiones profundas; pequeños para retracción de la piel.
- Compresas.
- Tubos de cultivo: de especial uso cuando hay infección.
- Tijeras para tejido.
- Jeringa hipodérmicas (BACAF).
- Pinzas algodoneras
- Frascos con formol al 10%

En el comercio el formol es puro, por consiguiente hay que prepararlo, tomando una parte de formol puro y se agrega 9 partes de agua y obtenemos formol al 10%. Por ejemplo, se toma 1 cm³ de formol y se le agrega 9 cm³ de H₂O.

El material biopsiado se deposita sobre una gasa húmeda, se rotula el frasco que contiene formol al 10%, colocando nombre del paciente, número de HC, edad, y llenar el reporte de solicitud.

4.6 MANEJO GENERAL DE MATERIAL OBTENIDO CITOLÓGICO E HISTOPATOLÓGICO

1. En uno de los extremos de la lámina

portaobjeto se coloca un clip (sujetador) o de guía, y por la superficie que corresponde a la rama más corta del clip se hace el extendido, el extendido debe ser uniforme, delgado, se fija con spray de fijación citológica y se sumerge en el alcohol a 70°.

El clip evita que se adhieran las láminas entre si cuando son varias citologías. En el envase se rotula, nombre, HC.

4.6.1 Diagnóstico citológico - histico: Anexando un reporte clínico para estudio anatomopatológico para establecer diagnóstico conclusivo. Los datos que debe redactarse para solicitar estudio anatomopatológico son:

CONSULTORIO ODONTOLOGICO

HOJA DE SOLICITUD
DE DIAGNOSTICO
ANATOMOPATOLOGICO

NOMBRE Y APELLIDOS:
EDAD: SEXO:
HC:
REMITENTE:

DATOS CLINICOS, DE LABORATORIO Y Rx
(EVOLUCION) P++ RL
(FORMA TAMAÑO
CONSISTENCIA) RO
O TIPO DE BIOPSIA
IMPRESION DIAGNOSTICA

Por ejemplo

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
CLINICA ADCRITA No. 3

NOMBRE: PILAR ROJAS ARIAS
EDAD: 23 AÑOS HC: 217854
REMITENTE: DOCTORA LIGIA PEREZ REGISTRO 8822 DG

DATOS CLINICOS DE LABORATORIO Y Rx

* Paciente de 23 años que consulta por presentar
 lesión en paladar duro de aspecto Verrugoso,
 de color pálido, pedunculado, de 5 x 6 mm,
 asintomático, de crecimiento lento con más o
 menos 5 meses de evolución.
 Paciente portador de prótesis total superior.

Al examen clinico general no presenta hallazgo
de importancia. Rx Negativo. No requiere
examen de laboratorio. Se analiza biopsia
excisional con margen de tejido sano.

IMPRESION DIAGNOSTICA

* Hiperoplasia
* Fibroma
* Papiloma

FIRMA Y REGISTRO

HOSPITAL SAN IGNACIO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
SECCION DE PATOLOGIA ORAL

Reporte Anatomopatológico

Nombres y Apellidos:
Edad:
Sexo:
HC No:
Biopsia No:

Descripción Macroscópica:

Se recibe en frasco con formol rotulado con el nombre de Pilar Rojas Arias HC 217834 y anexado solicitud de diagnóstico histopatológico. El frasco contiene fragmento de tejido de mucosa oral de 5 x 6 mm, de consistencia dura, color rosa pálido. Se procesa todo.

Descripción microscópica:

Los cortes coloreados con hematoxilina y Eosina, muestran: Epitelio plano escamoso estatificado para queratósico, apoyado sobre el tejido conectivo hiperplásico y moderado infiltrado linfoplasmocitario.

Dx: Hiperplasia fibrosa inflamatoria

Dr. Patólogo

Cuando se ha recibido el reporte anatomopatológico, donde nos define el diagnóstico definitivo, con mucha certeza podemos orientar al paciente hacia que pasos debe encaminarse ahora como lo es la remisión a centro hospitalarios capacitados para la atención inmediata y manejo de patologías con gran tendencia a malignización; para que además de las técnicas quirúrgicas que se le brinda al paciente también se le indique los exámenes paraclínicos y de radio o quimioterapia; por el personal capacitado para tal situación.

5. REPORTE DE UN CASO CLINICO

Nuevamente hacemos referencia en la importancia que tiene la biopsia para determinar el diagnóstico conclusivo.

El personal profesional del Instituto Nacional de Cáncer responsabiliza al odontólogo en detectar el diagnóstico precoz de lesiones precancerosas y es imperativo y debe ser rutinario la biopsia y su respectiva y adecuada solicitud del diagnóstico definitivo por parte de Patología Oral.

5.1 REPORTE DEL USO CLINICO

Paciente de sexo femenino, de 11 años de edad, que desde los 8 años, visitó varios consultorios odontológicos para que le solucionará su situación de dolor semi-agudo en zona de molar inferior izquierdo, sin encontrar solución definitiva ni preventiva, únicamente paliativa con analgésico. Extraoralmente; el paciente no presente ninguna

manifestación patológica es obvia; como es ganglios positivos o deformación de contorno.

5.2 INTRAORALMENTE

Mucosa oral normal, lo mismo que las demás estructuras; la estructura dentarias clinicamente normal, sin caries; ni enfermedad periodontal.

5.3 PLAN DE TRATAMIENTO GENERAL REALIZADO

- Analgésicos

5.3.1 Auxiliares de diagnóstico: Tres años después se le realizó toma radiografica panorámica; donde se evidencia gran lesión radiolucida que involucra desde bicuspides y molara inferior izquierdo; con reabsorción radicular y hay manifestaciones clinicas evidentes y deformación de contorno con sintomatologia dolorosa, con diagnóstico presuntivo de queratoquiste odontogénico; en su remisión al odontólogo especializado, donde se le realizó biopsia y se reportó a Patologia Oral; fué cuando se realizó el diagnóstico conclusivo de Ameloblastoma Quistico Plexiforme.

5.3.2 Conducta profesional: Remisión a cirujano capacitado para tratar dicha patología.

5.3.3 Tratamiento instaurado: Hemimandibulectomía radical izquierda.

5.4 CONCLUSIONES (del Caso Clínico)

Es importante recalcar la omisión importante; que se realizó en el caso del paciente, por cuanto el profesional no indagó sobre la sintomatología que presentaba el paciente, donde se obviaron. Todos los principios básicos de diagnóstico clínico y paraclínico; de patologías que cursan con cierto grado de agresividad.

Esta revisión sobre diagnóstico precoz de lesiones precáncerosas, nos ayuda a utilizarlos aplicarlos de manera general; para determinar cualesquiera patología independiente de su naturaleza; porque muchos cursan silenciosamente y nos enmascaren el cuadro clínico, por eso aconsejamos:

- Elaborar una buena historia clínica.
- Utilizar los métodos de diagnóstico clínico y paraclínico (Radiografías - examen de

laboratorio-biopsias).

- Hacer diagnósticos diferenciales.
- Concluir con un diagnóstico presuntivo.
- Consultar interdisciplinariamente con otros profesionales de diferentes especialidad.
- Realizar biopsia; para el diagnóstico conclusivo.
- Remisión oportuna a personal capacitado para instaurar tratamiento.
- Cumplir con una buena relación odontólogo - paciente.

6. ESTADISTICAS DE CASOS CLINICOS

Revisión de 25 historia clinicas de pacientes con cáncer, donde se determinó su morbilidad según su edad promedio, según edad y sexo, proporción de pacientes con antecedentes, proporción de pacientes según edad, precáncer y cáncer en paladar del Instituto Nacional de Cáncer.

6. MORBILIDAD POR CANCER SEGUN EDAD

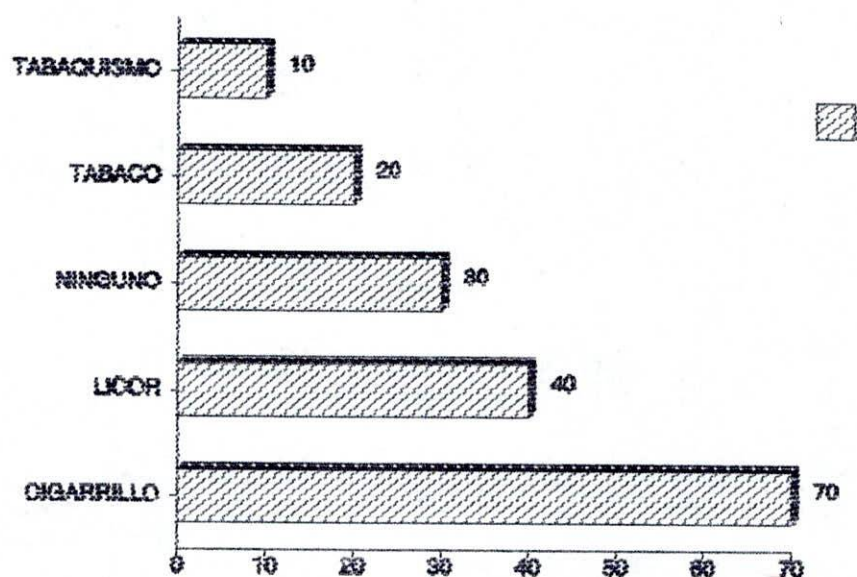
1 - 65 Y MAS

2 - 45 A 64

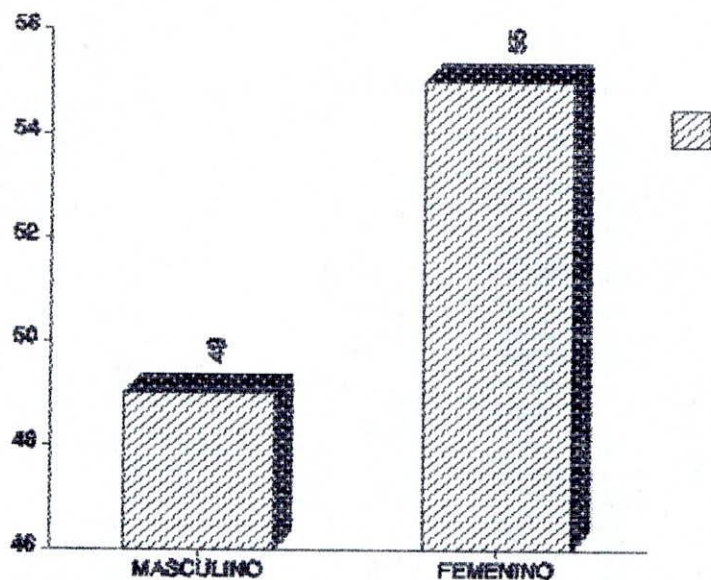
3 - 15 A 44

INS

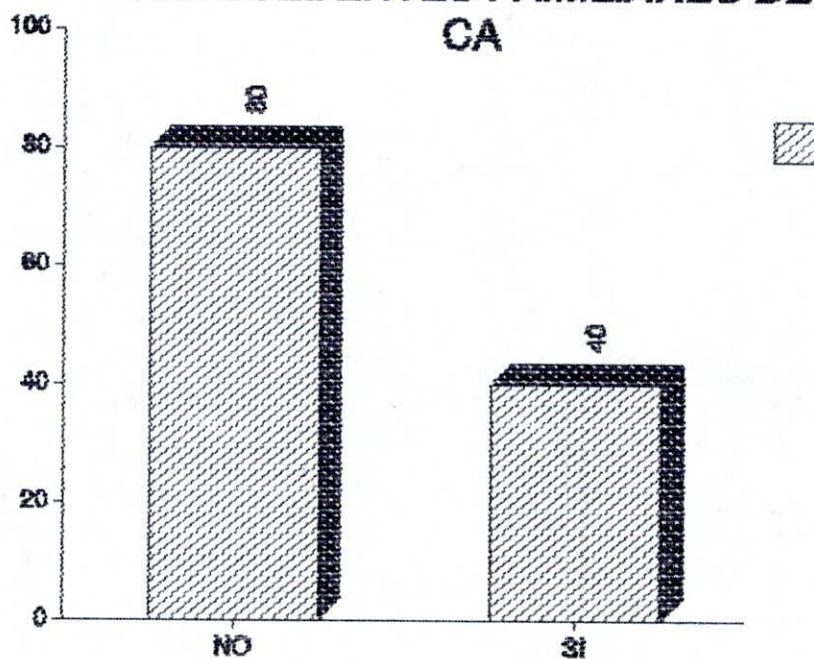
6.1 PROPORCION DE PACIENTES CON HABITOS RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE CANCER EN EL PALADAR



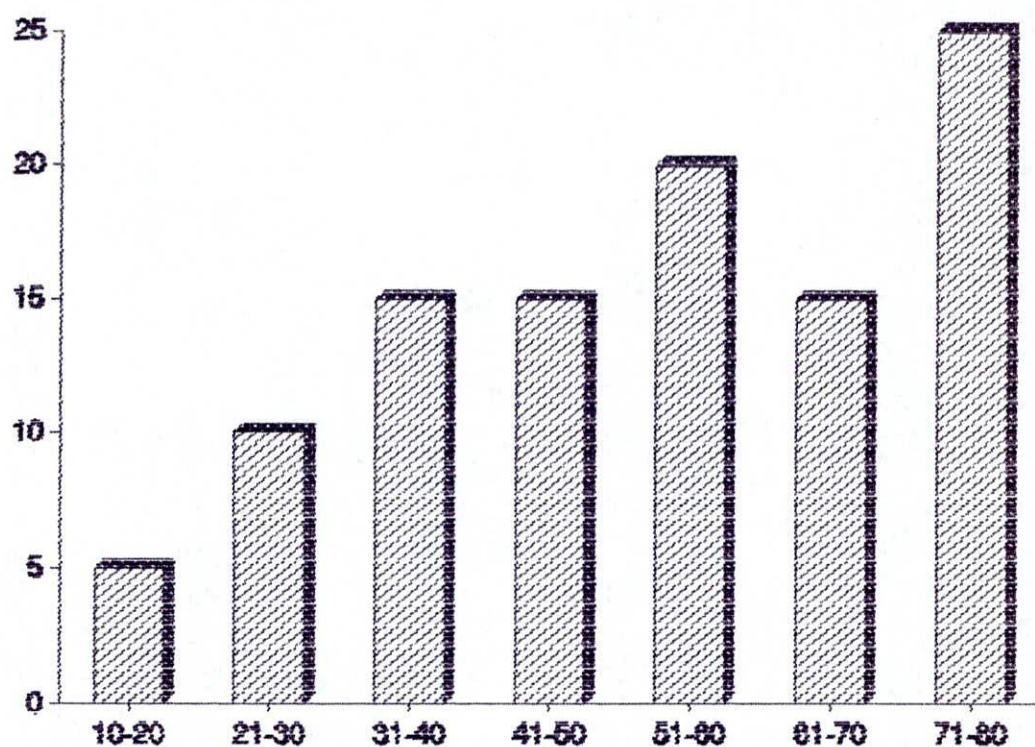
6.2 PROMEDIO SEGUN EDAD Y SEXO



6.3 PROPORCION DE PACIENTES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CA



6.4 PROPORCION DE PACIENTES SEGUN EDAD



**LA MUESTRA 5 DE 25 HC DE PACIENTES
CON PRECANCER Y CANCER EN EL
PALADAR DEL INC**

CONCLUSIONES

- * La importancia en el diagnóstico precoz, radica en la posibilidad de evitarle al paciente un avance en una enfermedad que puede involucrar su vida.
- * La detección de cualquier lesión en cavidad oral es responsabilidad primaria del Odontólogo y para esto es necesario un adecuado conocimiento de la morfofisiología de la cavidad oral y estructuras adyacentes.
- * La biopsia es medio adecuado para descartar o confirmar la existencia de cualquier tipo de lesión premaligna en cavidad oral.

BIBLIOGRAFIA

1. ANATOMIA Gray. Edic Panamericana 1989 Tomo I
pág 640-7052.
2. MACARULLA, José M. Edit Reverte 1989. Pág 147-
167.
3. PINDBORG. Cáncer y precáncer Oral. 1981
4. CECOTTI, Eduardo. Clinica Estomatológica. Edit
panamericana 1993, caps 1-5, 8-9.
5. Current Problems in surgery needle aspiration
citology of tumors at various body sites.
Year bool medical publishers INC Chicago
No. 1 vol 22 junio 1985.
6. Detección precoz de cáncer y lesiones
precancerosas de cáncer de la Cavidad
Oral. O.P.S. O.M.S. 1976.
7. HAMMERLY, Marcelo. Enciclopedia Médica Moderna.
Edic Interamericana 1989 Tomo 1 pag 31-33
8. Esquemas clinico-visuales en Patología Bucal.
Ediciones Doyma, S.A. Barcelona 1990.
9. Guided Biopsy for the Detection and Staining of
tumor of the head and Neck. Gaterby 1984.

10. LEESON, T.S.; LEESON, C.R. Histologia. 4 edición. Edit Interamericana pág 80 a 104 137-144, 255-257.
11. JUNQUERA, L.C.; CARNEIRO, J. Histologia Básica. Edit Salvat. Barcelona 1982. pag 31-57.
12. GENESER, Fimm. Histologia. Edit Panamericana Junin, Buenos Aires 1989. pág 159-177.
13. Lesiones orales guia Ilustrada para el Diagnóstico y Tratamiento 2. edición Colgate Hoyt Laboratories.
14. BURKHARDT, Arne. Oral Cancer The Diagnosis and classification of Leukoplakias, Precancerous Conditions and Carcinomas. Institute of Pathology. Berne University 1981.
15. REGEZI, Joseph A. Patologia Bucal. D.D.S.; M.S. Interamericana 1991.
16. ANAGNOSTAKOS, Tortora. Principios de Anatomia y Fisiologia. Edit Harla 1989 Capit 3.
17. MANUS R, M.C. Técnicas Histológicas. Mowri INC Birmingham - Alabama.
18. ENZINGUER, F.M. Tipos Histológicos de Tumores de Tejidos Blandos. O.M.S. 1969
19. HAM, A.W. Tratado de Histologia. Ediciones Interamericana 8a edición. capítulo 1 a 7.
20. FAWCETT, Bloom. Tratado de Histologia. 11a edic 1987. Edi Interamericana pág 57-98-188-198.

21. Travenol Laboratorio INC TRU -CUT Biopsia
Needles Deerfield, Illinois 60-015 USA.
Noviembre 1980.

CONSULTAS PERSONALES

Dr. Jairo Bustillo Rojas. Odontólogo Universidad
de Cartagena. Patólogo Oral Pontificia Universidad
Javeriana; Residente Patología Oral y Medios
diagnósticos Escuela Colombiana de Medicina.