

00914

**GUIA DE SEMIOLOGIA; SIGNOS Y SINTOMAS DE CARCINOMA ESCAMO
CELULAR DE CAVIDAD ORAL METASTASICO A CUELLO**

**PAOLA ANDREA DIAZ CEDEÑO
JOHANNA MARITZA JIMENEZ RAMIREZ
LILIANA ALEXANDRA MORENO SANTANDER
INGRID ANDREA MURCIA MALAVER
DIANA CAROLINA PAEZ ROA
MARISOL PARDO MONZO
PAOLA ANDREA PAVA MEDINA
DORIS EDELMIRA RENTERIA LOZANO
SHIRLEY NAYIBE RUSINQUE GUZMAN
ERIKA JOHANNA SANCHEZ ROCHA
CLAUDIA JAZMIN ZARATE AREVALO**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C. MAYO DE 2002**

18-10-02-2001

Donación

**GUIA DE SEMIOLOGIA; SIGNOS Y SINTOMAS DE CARCINOMA ESCAMO
CELULAR DE CAVIDAD ORAL METASTASICO A CUELLO**

**PAOLA ANDREA DIAZ CEDEÑO
JOHANNA MARITZA JIMENEZ RAMIREZ
LILIANA ALEXANDRA MORENO SANTANDER
INGRID ANDREA MURCIA MALAVER
DIANA CAROLINA PAEZ ROA
MARISOL PARDO MONZO
PAOLA ANDREA PAVA MEDINA
DORIS EDELMIRA RENTERIA LOZANO
SHIRLEY NAYIBE RUSINQUE GUZMAN
ERIKA JOHANNA SANCHEZ ROCHA
CLAUDIA JAZMIN ZARATE AREVALO**

**Asesora Científica
LILIANA RAMOS SOTO
Odontóloga Especialista en Oncología**

**Asesor Metodológico
FREDDY A. SANCHEZ MENDOZA
Odontólogo Especialista en Educación Universitaria**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C. MAYO DE 2002**

**GUIA DE SEMIOLOGIA; SIGNOS Y SINTOMAS DE CARCINOMA ESCAMO
CELULAR DE CAVIDAD ORAL METASTASICO A CUELLO**

**PAOLA ANDREA DIAZ CEDEÑO
JOHANNA MARITZA JIMENEZ RAMIREZ
LILIANA ALEXANDRA MORENO SANTANDER
INGRID ANDREA MURCIA MALAVER
DIANA CAROLINA PAEZ ROA
MARISOL PARDO MONZO
PAOLA ANDREA PAVA MEDINA
DORIS EDELMIRA RENTERIA LOZANO
SHIRLEY NAYIBE RUSINQUE GUZMAN
ERIKA JOHANNA SANCHEZ ROCHA
CLAUDIA JAZMIN ZARATE AREVALO**

**Trabajo presentado como requisito parcial para
Obtener el Título de Odontólogo**

**Asesora Científica
LILIANA RAMOS SOTO
Odontóloga Especialista en Oncología**

**Asesor Metodológico
FREDDY A. SANCHEZ MENDOZA
Odontólogo Especialista en Educación Universitaria**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C. MAYO DE 2002**

**TRABAJO DE GRADO GUIA DE SEMIOLOGIA; SIGNOS Y SINTOMAS DE
CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE CAVIDAD ORAL METASTASICO A
CUELLO ELABORADO POR:**

**Paola Diaz C, Johanna Jimenez R, Liliana Moreno S, Andrea Murcia M,
Carolina Paez R, Marisol Pardo M, Paola Pava M, Doris Renteria L, Shirley
Rusique G, Erika Sánchez R, Claudia Zárate A, a sido aprobado como
requisito parcial para optar el título de Odontólogo.**

Asesora Científica

Directora del Departamento de Investigación y Salud Pública

Bogotá Mayo 2002

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios. A nuestros padres por su colaboración y paciencia durante el desarrollo de nuestro trabajo de grado, a nuestra asesora científica doctora Liliana Ramos Soto por su ayuda desinteresada e incondicional.

DEDICATORIA

A través de los años hemos recibido la enorme bendición de contar con la ayuda y apoyo incondicional de nuestros padres, que nos han hecho sentir en cada paso, que nuestro esfuerzo en esta carrera ha valido la pena.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	
1. CONTEXTO DE INVESTIGACION	12
1.1 Planteamiento del Problema	12
1.2 Justificación	12
1.3 Propósito	12
1.4 Método	13
1.5 Marco teórico	13
1.5.1 Como se realiza una guía	13
1.5.2 Anatomía de cavidad ora	15
1.5.2.1 Músculos de la lengua	16
1.5.2.2 Músculos de la boca	17
1.5.2.3 Músculos del paladar	18
1.5.2.4 Músculos masticadores	18
1.5.3 Anatomía de cuello	19
1.5.3.1 Triángulos del cuello	19
1.5.3.2 Aponeurosis del cuello	20
1.5.3.3 Músculos del cuello	20
1.5.4 Ganglios	22
1.5.4.1 Ganglios linfáticos superficiales	22
1.5.4.2 Ganglios linfáticos profundos	22
1.5.4.3 Ganglios linfáticos de la cabeza	23
1.5.4.4 Ganglios del cuello	24
1.5.5 Semiología	25
1.5.6 Palpación	26
1.5.6.1 Palpación de cara	26
1.5.6.2 Palpación de cuello	27
1.5.7 Carcinoma escamo celular	27
1.5.7.1 Etiología	27
1.5.7.2 Signos y síntomas	27
1.5.7.3 Histopatología	27
1.5.7.4 Factores de riesgo	29
1.5.8 Metástasis	30
1.5.9 Cáncer de lengua	35
1.5.10 Cáncer de labio	36
1.5.11 Cáncer de piso de boca	37
1.5.12 Cáncer de paladar	37
1.5.13 Cáncer de encía	38
1.5.14 Cáncer de mucosa yugal	39
1.5.15 Cáncer de triángulo retromolar	40
1.5.16 Cáncer de orofarínge	40

1.5.17 Cáncer alveolar	42
1.5.18 Vaciamiento	42
1.6 Objetivos	53
1.6.1 General	53
1.6.2 Específicos	53
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	54
2.1 Tipo de Estudio	54
2.2 Objeto de estudio	54
2.3 Contenido y estructura interna	54
3. RESULTADO	56
CONCLUSION	
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFIA	

GLOSARIO

Ascitis: Líquido en la cavidad abdominal.

Atrofia: Desaparición o disminución del tamaño o la actividad fisiológica de una parte del cuerpo como consecuencia de una enfermedad o por otras causas.

Biopsia: Extirpación de un pequeño tejido sano y/o enfermo de un órgano u otra parte del cuerpo para su examen microscópico.

Deglutir: Pasar alimentos a través del tracto gastrointestinal.

Disfagia: Dificultad para deglutir, habitualmente se relaciona con trastornos motores u obstructivos.

Endofítica: Relativo a la tendencia a crecer hacia adentro.

Exofítica: Relativo a la tendencia a crecer hacia afuera.

Glosectomía: Resección total de la lengua.

Hemiglosectomía: Resección de la mitad de la lengua.

Hipercromatismo: Que presenta un color intenso o con mayor cantidad de pigmentación.

Indurado: Endurecimiento tisular en especial de la piel, a causa del edema o infiltración comúnmente producido por neoplasias.

Ipsolateral: Hace referencia al mismo lado.

Metástasis: Proceso de migración de células neoplásicas hacia las partes vitales del organismo; generalmente transportado por circulación sanguínea o linfática hacia los ganglios.

Mucosa yugal: Para designar la mucosa intraoral correspondiente a las mejillas.

Pleomorfismo: Característica para registrar los diferentes cambios en la forma.

Quimioterapia: Término que indica la utilización de elementos químicos para destruir células cancerosas. Actúan dañando la capacidad de replicación celular.

Radiación ultravioleta: Emisión de energía, rayos u ondas y empleando sustancias radioactivas (actina), para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.



Radioterapia: Tratamiento para enfermedades neoplásicas por medio del uso de rayos X o Gamma, obtenidos de una fuente de cobalto con el fin de detener la proliferación de células malignas (disminuye la tasa de mitosis o altera la síntesis de ADN).

Semiología: Ciencia encargada del examen físico que incluye cuatro pasos fundamentales: inspección, palpación, percusión y auscultación, la cual es llamada exploración semiológica.

Tisular: Relativo a los tejidos.

Úlcera: Lesión en forma de cráter circunscrita, que afecta la piel o mucosa consecutiva o necrosis que acompaña algunos procesos inflamatorios, infecciosos o malignos.

Vaciamiento: Proceso de evacuación de contenido orgánico.

INTRODUCCION

La presente guía se ha concebido y redactado para las personas o entes institucionales que de una u otra forma están relacionadas con las ciencias de la salud, con especial énfasis en la patología y oncología oral.

Nos centramos completamente en la anatomía y en los conocimientos básicos del tema oncológico así como en las técnicas y procedimientos de la exploración física facial, oral y cervical propiamente dicha para establecer un juicio clínico adecuado en cuanto a las necesidades del paciente.

La guía constituirá un valioso elemento de aprendizaje y orientación al estudiante y al odontólogo general interesados en reevaluar y actualizar sus conocimientos acerca de esta patología.

La investigación ha sido extractada de numerosas fuentes, que esbozan los aspectos más importantes relacionados con el carcinoma escamo celular de cavidad oral proporcionando así información importante sobre procedimientos y técnicas para establecer un diagnóstico temprano, en la medida en que ésta nos lo permita.

Hemos intentado en todo momento proporcionar al lector herramientas teóricas y prácticas que resulten útiles como guía de consulta en el ejercicio de su profesión, así como la adquisición de interés intelectual que permita complementar el conocimiento adquirido a nivel preclínico logrando así un buen desempeño profesional en la consulta particular.

1. CONTEXTO DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es necesario proporcionar al estudiante y al odontólogo general, los conocimientos básicos clínicos, sintomatológicos, epidemiológicos, para reconocer en forma adecuada el carcinoma escamo celular y sus implicaciones en cavidad oral. ¿Existe una guía de información con pautas específicas acerca de la diseminación y cuidados necesarios para el manejo del paciente hasta que sea remitido al especialista?

1.2 JUSTIFICACION

Se hace necesario el aporte de conocimientos básicos al estudiante y al odontólogo general, sobre la anatomía de cabeza y cuello, con sus cadenas ganglionares para ayudar a un diagnóstico precoz proporcionando información específica del carcinoma escamo celular metastásico en cavidad oral y sus manifestaciones clínicas.

1.3 PROPOSITO

Elaborar una guía de semiología; Signos y síntomas de carcinoma escamo celular de cavidad oral metastásico a cuello, con el fin de que el estudiante y el odontólogo general identifiquen en la consulta odontológica los signos y síntomas

relacionados con el carcinoma escamo celular y sus metástasis, que de criterios para un diagnóstico precoz.

1.4 METODO

Este trabajo fue el resultado de una recopilación de datos los cuales fueron sustraídos de la ciudad de Bogotá D.C. de las bibliotecas de las universidades e institutos como: Pontificia Universidad Javeriana, El Bosque, Colegio Odontológico Colombiano, Fundación Santa Fe de Bogotá, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, de estos se recopilaron: 28 artículos y 6 libros dentro de estos últimos figuran: Oncología, semiología, cirugía, anatomía.

1.5 MARCO TEORICO

1.5.1 Cómo se realiza una guía: Una guía es un medio de información cuyo objetivo principal es recrear modelos y patrones tendientes al desarrollo de una actividad propiamente dicha, la cual contiene datos o instrucciones diversos para informar a la persona que lo consulta. Una guía se puede presentar de diferentes maneras: la más común y más usada es el medio impreso, otro formato de presentación es por información magnética contenida en disquetes, CD Room, zip o cualquier otro medio de almacenamiento.

Pautas para hacer una guía: éste al igual que otros formatos de presentación impresos requiere de un contenido y una información básica para su elaboración, ya que el diseño de una guía comprende la realización de un modelo a seguir, el cual debe ser cuidadosamente documentado para evitar posibles distorsiones en su posterior aplicación. La parte fundamental para cualquier trabajo impreso es

la información, para la guía impresa existen dos tipos de información: información textual e información gráfica (imágenes, dibujos, fotos); estos dos tipos de información deben ser bien distribuidos de forma clara y coherente con una adecuada diagramación.

Puntos fundamentales para hacer de la guía un agradable texto de consulta y lectura son: Las imágenes deben tener un tamaño adecuado para visualizar claramente los detalles los detalles explicados en el texto, la información textual debe ser distribuida de manera tal que se eviten los grandes bloques de texto para no cansar al lector, los puntos e información claves deben ser resaltados ya sea en tamaño y/o tipo de letra diferentes, ubicación y color, el formato varía de acuerdo al tema de la guía prefiriendo por lo general tamaños entre 1/16 (25 x 17.5 cm) y tamaño carta el cual fue el elegido para esta guía (21.5 x 28 cm), en cuanto a la presentación gráfica y colores de una guía se toman opciones como el tema y los costos los que varían de acuerdo al número de páginas y cantidad de piezas impresas, en cualquier impreso es mucho más agradable cuando en el se emplea todos los colores requeridos tanto para las fotografías como para los textos, este tipo de diseño e impresión se conoce como policromía, el sustrato o papel donde se imprime la guía varía de acuerdo a la presentación que se quiera dar al impreso, siendo los más adecuados papeles lisos entre 75 y 180 gramos prefiriendo el grueso para portadas y el más delgado para el interior de la guía, el acabado final debe ser impecable cuidando los cortes (refilado) y la forma que se emplea para su presentación utilizando cocido al lomo, grapado o argollado.

Para el desarrollo de la guía de semiología; signos y síntomas de carcinoma

escamo celular de cavidad oral metastásico a cuello se tuvo en cuenta los siguientes aspectos: El tema a desarrollar (cáncer y su diagnóstico precoz), La cantidad de información contenida en la guía (fotografías y texto) definición del formato, en este caso se uso tamaño carta en forma vertical, definición de la familia y tipos de letra, definición de colores, en esta guía se usaron colores azules los cuales resaltan el contenido y son colores usados para temas médicos, las fotografías son a full color ya que se requiere presentación exacta y detallada para las imágenes de carcinomas, los títulos y puntos fundamentales se resaltaron para hacer énfasis en datos específicos del tema, en algunas páginas se utilizaron colores invertidos es decir, colores oscuros textos claros esto con el fin de generar un descanso y puntos de referencia dentro de la guía, adicional a la información básica se emplearon elementos accesorios como fotografías tramadas de fondo, cuadros laterales, de fondo y de color que enmarcan las páginas y resaltan el contenido, también se emplean en la parte interna de las páginas para resaltar bloques importantes de información; la numeración se diseña y distribuye de acuerdo al concepto gráfico de la guía, la portada es una de las piezas gráficas más importantes de la guía teniendo en cuenta que es lo primero que se observa de ésta, para el diseño de ésta se utilizó una fotografía de cadenas ganglionares en filtro azul, el título se escribió en letras blancas resaltando las palabras claves de este trabajo.

1.5.2. Anatomía de cavidad oral: La cavidad oral está conformada por el vestíbulo y la cavidad oral propiamente dicha. El vestíbulo esta limitado en su parte anterior por los labios superior e inferior en los cuales se inserta el músculo orbicular de los labios y todos los músculos faciales. El limite superior de la

cavidad oral es el surco yugal siendo este una curvatura de mucosa que se repliega sobre las arcadas dentales y en el fondo se localizan pliegues triangulares a nivel de dientes premolares llamados frenillos laterales superiores e inferiores. El límite lateral del vestíbulo oral son las mejillas conformadas por músculo, mucosa y tejido graso. El límite posterior del vestíbulo es las arcadas dentales y la encía móvil e insertada el cual los recubre.

La cavidad oral propiamente dicha esta limitada en su parte anterior y lateral por los arcos alveolares, los dientes y las encías. Se comunica hacia atrás con la bucofaringe por medio de un orificio llamado istmo de las fauces limitado a su vez por los pilares anteriores del velo del paladar. El techo de la cavidad bucal es el paladar. El piso de boca esta ocupado en gran parte por la lengua, que es una masa móvil y compacta de fibras musculares entrelazadas, que están separadas por un septum medio, y que es sostenida por diecisiete músculos los cuáles son:

1.5.2.1 M. Geniogloso: Nace a un lado y otro de las apófisis genni superiores de la mandíbula y se insertan en la cara anterior del hueso hioides. *M. Hiogloso:* Es plano y romboidal, se extiende hacia arriba y adelante, por fuera del geniogloso, desde el cuerpo y asta mayor del hioides hasta el lado de la lengua. *M. Estilogloso:* Desciende desde la parte anterior de la punta de la apófisis estiloides y el ligamento estilohioideo se une al glosostafilino y desciende hasta alcanzar el lado y el dorso de la lengua. *M. Transverso:* del cual depende el movimiento de la lengua, al igual que *M. Lingual superior*, *M palatogloso*, *M ,Faringogloso*, *M Amigdalogloso* y el único impar *M. Lingual inferior* (VELAYOS, 1998). Conformada también por tejidos blandos en el espacio entre las dos mitades del cuerpo del maxilar inferior. Al describir los músculos de la boca

encontramos: **1.5.2.2 El Orbicular de los labios** superior e inferior, los cuales se ubican al rededor del orificio bucal, el superior se origina en el borde libre del labio superior insertando en la base de la nariz, el inferior tiene su origen en el borde libre del labio inferior y se inserta en el maxilar inferior de una comisura labial a la otra. El **Buccinador**, esta ubicado por detrás del orbicular de los labios y por delante del masetero. Se origina en el borde alveolar de los maxilares superior e inferior y se inserta a nivel de las comisuras en la cara profunda de la mucosa bucal. **Elevador común del ala de la nariz y del labio superior**, tiene su origen en la apófisis ascendente del maxilar superior para insertarse en el ala de la nariz y en el labio superior. Esta localizado desde el ángulo externo del ojo al labio superior. **Elevador propio del labio superior**, tiene su origen en el maxilar superior (borde orbitario) para insertarse en el labio superior y esta localizado por debajo y por fuera del elevador común del ala de la nariz y del labio superior. **Elevador del ángulo oral**, se origina en la fosa canina para insertarse en la piel de la comisura labial y esta localizado en la fosa canina. **Cigomático menor**, se origina en la parte media de la cara externa del hueso cigomático para insertarse en la comisura del labio superior y esta localizado en el músculo superficial a nivel de las mejillas. **Cigomático mayor** se origina en la parte posterior de la cara externa del hueso cigomático para insertarse en la comisura del labio superior y se extiende lateral al cigomático menor. **Risorio de Santorini** , se origina en la fascia maseterina para insertarse en la comisura labial y está localizado a cada lado de la cara. **Triangular de los labios**, se origina en la comisura labial para insertarse en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar inferior y tiene como trayecto desde el maxilar inferior a la comisura. **Cuadrado del mentón**, se origina

en la comisura labial para insertarse en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar inferior y está localizado en la parte lateral del mentón y del labio inferior. **Borla del mentón** se origina en fosa incisiva del maxilar inferior para insertarse en la piel del mentón y está localizado por debajo del labio inferior a cada lado de la línea media. Todos los músculos de la boca están inervados por el VII par craneano (Nervio Facial).

1.5.2.3 Entre los músculos del paladar se encuentran: **Periestafilino externo:** (tensor del velo del paladar) que tiene su origen en la fosita escafoidea y en el lado externo de la trompa de eustaquio y va a insertarse en el paladar óseo por detrás de la cresta palatina. **Periestafilino interno:** (elevador del velo del paladar) este músculo se origina en el lado interno de la porción cartilaginosa de la trompa de eustaquio y va a insertarse en la cara superior de la aponeurosis del velo del paladar. **Faringoestafilino:** se forma de fascículos anteroinferiores gruesos de la aponeurosis del velo del paladar y por fascículos posterosuperiores delgados debajo de la mucosa, y se insertan en el borde posterior del cartílago tiroideos. **Palatogloso:** Nace de la cara inferior de la aponeurosis del velo del paladar, se mezcla con las fibras del transverso de la lengua y es estilogloso en el dorso y los lados de la lengua. **Músculos de la úvula:** Este fascículo delgado, está incluido en el paladar blando que se extiende de la espina nasal posterior a la úvula.

Además de los músculos anteriormente nombrados se encuentran relacionados con la cavidad oral los músculos masticadores: **1.5.2.4 El Masetero:** Este músculo se origina en el arco cigomático en su parte externa y va a insertarse a la apófisis coronoides, la rama y ángulo mandibular, este músculo esta cubierto parcialmente por la glándula parótida. **Temporal:** Músculo en forma de abanico que se origina

en el piso de la fosa temporal, y va a insertarse en el borde interno del arco cigomático. **Pterigoideo interno:** Este músculo se origina en la superficie interna de la apófisis pterigoides y de la porción inferior de la fosa pterigoidea y va a insertarse en la mandíbula entre el canal milohioideo y el ángulo del hueso.

Pterigoideo externo: Se origina en la superficie externa del ala externa de la apófisis pterigoides y de la cara inferior del ala mayor del esfenoides, se inserta en la porción anterior del cuello de la mandíbula y la cápsula articular. Los músculos maseteros, temporales y pterigoideos internos elevan la mandíbula, y gracias a la acción de los pterigoideos externos la mandíbula puede realizar el movimiento protrusivo. **1.5.3 Anatomía de cuello:** Iniciamos por describir sus límites que son:

Superior, borde inferior del maxilar inferior y una línea trazada del ángulo de éste a la apófisis mastoides. **Inferior,** cara superior de la clavícula. **Anterior,** línea media anterior del cuello. **Posterior,** borde anterior del trapecio.

Toda esta área está dividida por el músculo esternocleidomastoideo en dos triángulos a saber: uno anterior por delante del músculo y uno posterior por detrás del mismo. **1.5.3.1 El Triángulo posterior** tiene tres límites. Uno inferior que es la cara superior del tercio intermedio de la clavícula. Otro posterior que es el borde anterior del trapecio. Y por último uno anterior que es el borde posterior del esternocleidomastoideo. Este triángulo contiene estructuras importantes tales como el nervio espinal, los ganglios linfáticos, el plexo braquial y la tercera porción de la arteria subclavia. El **Triángulo anterior** también posee tres límites: uno superior que es el borde inferior del maxilar inferior y una línea cruzada del ángulo de este a la apófisis mastoides. Otro anterior que es la línea media del cuello. Y por último uno posterior que es el borde anterior del esternocleidomastoideo. Este



triángulo es cruzado por los músculos digástrico, estilohioideo y el vientre superior del omohioideo. A su vez tiene como contenido importante la arteria carótida externa con algunas de sus ramas y el borde anterior del esternocleidomastoideo. (DINARDO,1998).

1.5.3.2 Aponeurosis del cuello: en el cuello podemos diferenciar dos tipos de fascias: **Fascia superficial:** Situada por debajo de la piel y contiene gran cantidad de tejido celular subcutáneo, **Fascia profunda:** Se divide en tres aponeurosis que son: **Aponeurosis superficial** que se origina a nivel de la apófisis espinosa vertebral y rodea completamente el cuello, luego se transforma en bilaminar para envolver el músculo esternocleidomastoideo, el trapecio y el vientre inferior del omohioideo. **Fascia pretraqueal:** Se inserta en la cara posterior de las clavículas y en el esternón luego se extiende hasta el hueso hioides, esta lámina envuelve tiroides, esófago, tráquea y músculos infrahioideos. **Fascia prevertebral:** Está adherida a la columna vertebral cubriendo músculos escalenos y músculos profundos del cuello, continúa la fascia endotorácica. (KURITA,1997).

1.5.3.3 Los músculos pertenecientes al cuello son: **Esternocleidomastoideo**, que tiene dos porciones de origen, la esternal (tendinosa y redondeada) y la clavicular, estas para insertarse en la cara externa de la apófisis mastoide y en la mitad o los dos tercios externos de la línea curva superior del hueso occipital. Es innervado por el nervio espinal. **Trapecio**, que se origina en el tercio interno de la línea curva superior del occipital en la protuberancia occipital externa, en el ligamento cervical posterior y en las apófisis de la última vértebra cervical y todas las dorsales, así como el ligamento supraespinoso. Todo para insertarse en el borde posterior y la cara superior del tercio externo y la clavícula, así como también en el acromión y

la espina de la escápula. Es innervado por el espinal. **Esternocleidohioideo**, que se origina en la cara posterior del manubrio del esternón, la del extremo interno de la clavícula, o ambas, y se inserta en el borde inferior del cuerpo del hueso hioides. Es innervado por el asa cervical y su raíz superior. **Omohioideo**, que está formado por dos vientres musculares unidos por un tendón intermedio. El vientre inferior se origina en el borde superior de la escápula, cerca de la escotadura coracoides y en ocasiones en el ligamento coracoideo. Se dirige hacia arriba y adelante para terminar en el tendón intermedio, todo para insertarse en el borde inferior del cuerpo del hueso hioides. Las otras porciones terminan en el manubrio del esternón y el primer cartílago costal pudiendo alcanzar en ocasiones la clavícula. Innervado por el asa cervical. **Esternotiroideo**, se origina en el dorso del manubrio esternal y de manera variable en los cartílagos costales superiores y se inserta en la línea oblicua de la lámina del cartílago tiroideo. Es innervado por el asa cervical. **Tirohioideo**, se origina en la línea oblicua del cartílago tiroides y se inserta en el borde inferior del asa mayor del hueso hioides. Innervación dada por el hipogloso. **Digástrico**, se origina en la ranura del digástrico, por dentro de la apófisis mastoides del hueso temporal y se dirige adelante y abajo en dirección del hueso hioides, para insertarse en la fosita del digástrico del borde inferior del maxilar inferior. Es innervado por el nervio dentario inferior y por el nervio facial. **Estilohioideo**, se origina en la apófisis estiloides, para insertarse en dirección lateral del hioides. Es innervado por la rama auricular del plexo cervical y la rama cervical del nervio facial. **Milohioideo**, se encuentra encima del vientre anterior del digástrico y se origina en la línea milohioidea de la cara interna del maxilar inferior que se extiende del último molar casi hasta la sínfisis mentoniana. Su inserción es

en el cuerpo del hueso hioides. Es inervado por la rama milohioidea del nervio dentario inferior. **Geniohiodeo**, se origina en la apófisis geni inferiores de la cara posterior de la sínfisis mentoniana y se inserta en la cara anterior del cuerpo del hueso hioides. Es inervado por una rama del nervio hipogloso formada por fibras del primer nervio cervical. (VELAYOS, 1998).

1.5.4 La cadena ganglionar anatómicamente está dividida en dos grupos:

1.5.4.1 Ganglios linfáticos superficiales: que están encargados del drenaje linfático de cara, región occipital, cuero cabelludo y además drenan caudalmente a los ganglios profundos situados a lo largo de las venas del cuello. El drenaje anterior de la cara está dado por los ganglios bucales (situados en la mejilla y los que están en el trayecto de la vena facial) drenan cruzando la mandíbula a los ganglios submandibulares y cervicales anteriores. La región más anterior de la cara (labios y punta de la lengua) drenan a los ganglios sublinguales y estos a su vez a los ganglios profundos a nivel del homohioideo. El drenaje de la región posterior de la cara y la región del cuero cabelludo que depende de los vasos temporales que drenan a los ganglios parotídeos los cuales a través de los ganglios que envuelven a la vena facial desembocan en los ganglios profundos. La región de los ganglios retroauriculares y occipitales van directamente a los ganglios cervicales profundos de la vena yugular interna.

1.5.4.2 Ganglios linfáticos profundos: que está representado por el conjunto de ganglios asociados a la vena yugular interna en la fascia carotídea, en la profundidad del músculo esternocleidomastoideo. En este grupo son importantes dos áreas: ganglios yugulodigástricos y ganglios yugulohomohioideos.

Funcionalmente el drenaje linfático se divide en cinco niveles anatómicos:

NIVEL I: Grupo Submentoniano: ganglios situados entre el vientre anterior del digástrico lateralmente y el hueso hioides inferiormente. Grupo Submandibular: ganglios situados entre el vientre anterior y posterior del digástrico y el borde inferior de la mandíbula. **NIVEL II:** Grupo Yugular alto: Esta a nivel del tercio superior de la vena yugular interna y la porción proximal del nervio espinal. Limita superiormente la entrada de la vena en la base del cráneo y caudalmente en la bifurcación carotídea y el hueso hioides, localizándose el borde inferior en el margen posterior del esternocleidomastoideo y el límite anterior en el borde lateral del esternohioideo. **NIVEL III:** Grupo Yugular medio: Comprende el grupo de ganglios que acompañan a la vena yugular interna en su recorrido a nivel de su tercio medio. **NIVEL IV:** Grupo Yugular inferior: Limita inferiormente con el borde superior de la clavícula y comprende el grupo de ganglios localizados en el tercio inferior del trayecto de la vena yugular interna. **NIVEL V:** Grupo del Triángulo posterior: Ganglios situados en el triángulo posterior y aquellos ganglios situados a lo largo del nervio espinal y la arteria transversa cervical. **NIVEL VI:** Incluye el conjunto de ganglios situados entre ambas ramas carotídeas limitando superiormente con el cartílago hioides. Se distinguen unos grupos ganglionares: Paratraqueales, pretiroideos, precricoides del nervio laringe recurrente. (THAWLEY,1999).

El drenaje linfático concerniente al cuello equivale al 30% de los ganglios linfáticos del cuerpo humano. **1.5.4.3** Los ganglios linfáticos de la cabeza: **Occipitales:** Situados cerca al margen del músculo trapecio en número de uno a tres reciben el drenaje de la porción occipital, del cuero cabelludo y parte de los ganglios linfáticos superficiales y profundos de la nuca. **Auriculares posteriores:** A nivel

de la inserción en el mastoide del músculo esternocleidomastoideo, se encarga del drenaje de los sectores posteriores del conducto auditivo externo. **Auriculares Anteriores:** Por delante del trago separados por tejidos blandos de la parótida, drena la porción anterior y lateral del pabellón auricular y la piel de la región occipital. **Parotídeos:** Se dividen en ganglios superficiales y profundos. Los superficiales están en el interior de la glándula y se encargan del drenaje de la región de la nariz, párpados, piel de la región frontotemporal y cavidad timpánica. Los ganglios profundos se localizan en la profundidad de la glándula y lateralmente a la pared faríngea, se encargan del drenaje de la cavidad nasal posterior y de la región nasofaríngea. **Faciales:** Situados en el trayecto de vasos faciales, drenan piel de párpados, la conjuntiva, piel y mucosa nasal. **Linguales:** drena a nivel submaxilar y de la cadena yugular interna. Los ganglios linfáticos del cuello son: **Submandibulares:** En número de tres a seis, ubicados en el triángulo submandibular se destaca el ganglio Stahr, que está sobre la arteria facial a la altura del cruce con el nervio marginal de la mandíbula. Recibe drenaje del labio superior, gran parte lateral del labio inferior, de las mejillas, del margen anterior de la lengua, parte del piso de boca y por medio de los ganglios submentonianos en el labio inferior y la punta lingual. Los ganglios submandibulares drenan directamente a los ganglios cervicales profundos superiores. **Submental:** Situados entre ambos vientres anteriores del digástrico drenan a nivel de la glándula submaxilar y de los ganglios yugulares medios. Drena la parte central del labio inferior y la punta lingual. **1.5.4.4 Los ganglios del cuello son: Ganglios Yugulares altos:** (subdigástricos) situados lateral y anteriormente a la yugular interna, drenan: paladar blando, amígdala palatina los pilares amigdalinos, la base y el

cuerpo lingual, los senos piriformes y la laringe supraglótica. **Ganglios yugulares medios:** Situados en profundidad respecto a la yugular interna, reciben drenaje de la laringe supraglótica, senos piriformes inferiores y área cricoidea posterior. **Ganglios yugulares inferiores:** Están a nivel anterior y medio con respecto a la vena yugular interna reciben drenaje indirecto de la parte posterior del cuello y cuero cabelludo de la región pectoral superficial, parte del hombro y ocasionalmente del hígado. **Ganglios de la cadena espinal:** En número de veinte siguen el trayecto del nervio recibe drenaje del cuero cabelludo, de la región parietal y occipital. **Ganglio de la cadena cervical transversal :** Situados a lo largo de la cadena cervical transversa reciben drenaje del tórax y abdomen y el ganglio de Bichat recibe drenaje del territorio de cabeza y cuello. **Ganglios cervicales superficiales:** Número de uno a cuatro superficiales al músculo esternocleidomastoideo, siguen el trayecto de la yugular superficial. **Ganglios cervicales anteriores :** Es un grupo ganglionar inconstante situado por delante de la tráquea, el ganglio prelaríngeo drena la parte inferior de la laringe, el istmo tiroideo y la tráquea superior. **Ganglios retrofaríngeos :** En número de dos a tres reciben el drenaje linfático de fosas nasales, trompa de eustaquio y la rinofaringe. (RASPALL, 1999).

Todo drenaje linfático de cabeza y cuello es conducido hasta la cadena de ganglios linfáticos localizados a lo largo de la cadena yugular interna, y de ésta al lado izquierdo al conducto torácico y en el lado derecho a la gran vena linfática. En la cara los vasos linfáticos son pocos y el drenaje se localiza a nivel cervical alto.

1.5.5 Semiología se define como el examen físico que incluye cuatro pasos fundamentales: inspección, palpación, percusión y auscultación, en este trabajo se

enfatará el examen hacia la palpación en donde se tendrá en cuenta los parámetros requeridos en dicho proceso, se evaluará el tamaño (aumentado), consistencia (aumentada), y movilidad (disminuida) de las adenopatías regionales con riesgo de estar afectadas. (BARE, 1997).

Sensibilidad y especificidad: no todos los ganglios con depósitos metastásicos serán palpables, un ganglio con microfiltración no será palpable, no todos los ganglios palpables están realmente aumentados de tamaño, ni todos los ganglios aumentados de tamaño contienen depósitos metastásicos. Sin embargo un ganglio palpable en el cuello de un paciente con lesión primaria en cabeza y cuello generalmente se considera positivo. (MINKYUNG, 1998).

1.5.6 La palpabilidad de una adenopatía depende de la localización, tamaño, consistencia, tipo de cuello y experiencia del explorador. Muchas veces, incluso tras una cuidadosa palpación, pueden pasar inadvertidas adenopatías situadas en profundidad. Otras veces estas adenopatías se aprecian indirectamente como un engrosamiento del músculo suprayacente, las adenopatías más difíciles de palpar son las yugulares medio altas y las adenopatías parafaríngeas solo se manifiestan cuando protuyen la pared posterior faríngea. (BARE, 1997).

Estructuras normales: la apreciación de una masa puede corresponder a ciertas estructuras normales, que en determinados individuos son muy prominentes, de estas estructuras las que pueden dar lugar a confusión son: el hioides, el bulbo carotídeo y las apófisis vertebrales transversas. (BARE, 1997)

1.5.6.1 Palpación de cara: incluye la palpación de la arteria temporal, la articulación temporomandibular (ATM), glándula parótida. En la cavidad bucal se

deben palpar los conductos parotídeos, submaxilares, y el piso de la boca. (BARE, 1997; MINKYUNG,1998).

1.5.6.2 Palpación de cuello: se investiga la presencia y características de las adenopatías en los diferentes grupos ganglionares; glándulas submaxilares, sublinguales y submentonianas. En la glándula tiroides se tendrá en cuenta la forma, tamaño, consistencia y movilidad y también se examinarán los músculos esternocleidomastoideo, escálenos y cutáneos del cuello. (BARE, 1997; MINKYUNG,1998).

1.5.7 El carcinoma escamo celular se define como una neoplasia maligna del epitelio que recubre la cavidad oral (epitelio plano estratificado) que puede producir proliferación destructiva local, usualmente aparece en labio, lengua, tejido intraoral incluyendo orofarínge.

1.5.7.1 La etiología del carcinoma escamo celular, puede producirse por: consumo de alcohol, tabaco, cigarrillo, infecciones asociadas al carcinoma como: Papiloma virus, Virus del Eipstein Barr, VIH, Candida Albicans, Treponema Pallidum, irritación crónica. (ANDERSON, 2001).

1.5.7.2 Los signos y síntomas generales de este carcinoma son: Pérdida de peso, pérdida del apetito, fiebre, malestar general, el estado caquexico y algunas veces anemia. (REGEZI, 1.999).

1.5.7.3 A nivel histopatológico el carcinoma escamo celular presenta dos patrones principales de crecimiento neoplásico: benigno y maligno, en cuanto a la *diferenciación* las lesiones benignas son bien diferenciadas y la estructura puede ser típica a la del tejido original. Las lesiones malignas tienen cierta falta de diferenciación al igual que células neoplásicas que invaden y destruyen los tejidos

circundantes. En el caso de las neoplasias malignas se observan grados variables de diferenciación: cuando las células que lo conforman se parecen mucho al tejido originario el tumor se denomina: *Neoplasia Maligna Bien Diferenciada*, cuando las células tumorales muestran solo cierto parecido con el tejido de origen la neoplasia se denomina: *Neoplasia Maligna Poco Diferenciada*, y cuando debido a la falta de diferenciación no se puede identificar la célula originaria el tumor se denomina: *Neoplasia Maligna Anaplásica*, una neoplasia maligna poco diferenciada tiende a ser más agresiva que otra bien diferenciada. Las células también suelen mostrar una citología atípica, sus características son aumento de la variedad de forma y tamaño de las células (Pleomorfismo celular), aumento de la variedad de forma y tamaño del núcleo celular (Pleomorfismo nuclear), aumento de la densidad de tinción de los núcleos celulares (Hiper cromatismo nuclear), aumento desproporcionado del tamaño de los núcleos en relación con el tamaño del citoplasma celular (Aumento del índice: Citoplasma según los cambios histopatológicos postratamiento, los descubrimientos después de realizar la quimioterapia anterior a la cirugía pueden ser importantes en cuanto a proveer información acerca de la respuesta a la terapia del subsecuente curso de la enfermedad. (PFOU,2001). Por medio de una serie de estudios se demostró que los pacientes con carcinomas escamo celulares localizados y avanzados en cavidad oral y orofarínge; recibieron inicialmente una sesión de quimioterapia seguido por una sesión de radioterapia y luego se realizó el tratamiento quirúrgico con un postoperatorio de radioterapia. La mucosa oral fue normal o ligeramente hiperplásica; el estroma sin embargo mostró una extensa y difusa esclerosis con reactivación atípica estromal de los miofibroblastos, allí se encontraron con

material queratinizado alrededor . Por un cuerpo extraño gigante debido a una reacción celular fueron encontrados racimos neoplásicos, macroscopicamente negativos , en otros casos la invasión masiva del tumor todavía se manifestaba en la inspección en todos los casos del carcinoma residual no se presentan diferencias substanciales en los grados histológicos esto se observa en biopsias prequirúrgicas y la resección. (PFOU,2001). Las células predominantes en el carcinoma escamo celular de labio tienen las siguientes características: son elongadas, redondas y podrían parecer epiteliales, se presenta también pleomorfismos celulares estos pueden ser marcados o no notables, en la mitosis se encuentran fácilmente las células fagocíticas aparentemente están esparcidas, tejidos osteoides, hueso y cartílago pueden ser vistos y son mas frecuentemente encontrados en lesiones que han recibido irradiación previa, las islas de carcinoma están demarcadas por células en forma de huso. (MAHMOOD,1997).

1.5.7.4 Los Factores de Riesgo del carcinoma escamo celular son: *Tabaco*: El fumar cigarrillo es una gran causa de cáncer oral (incluyendo neoplasias malignas del labio, lengua, glándulas salivares, piso de boca, nasofaringe e hipofaringe). En diferentes estudios, se demostró que las muertes por cáncer oral son de tres a catorce veces mayores para los fumadores que para los no fumadores; lo que esta relacionado con la edad y la intensidad a la exposición al tabaco. *Alcohol*: algunos estudios han determinado una relación entre consumo elevado de alcohol y el riesgo aumentado, hasta tres veces más, de cáncer oral. *Higiene Oral Deficiente*, también ha sido postulado como un factor de riesgo para este tipo de cáncer. Aunque muchos carcinomas orales se desarrollan en áreas cubiertas por prótesis dentales, esta asociación no ha sido totalmente esclarecida. Se han postulado

otros factores de riesgo asociado a la aparición de cáncer oral, entre otros: infección por Virus del Herpes Simple, radiación dental y fluoración del agua.

El carcinoma escamo celular bucal, representa alrededor de un 3% del total de cánceres en hombres y un 2% de cánceres en mujeres. Cada año aparecen 30.000 nuevos casos de Cáncer bucal. El número total de muertes anuales es de 9.500.

Los cánceres de la boca constituyen el 5% de todos los tumores malignos del organismo, aproximadamente el 60% se diagnostican en estadio avanzado, lo cual resulta muy fácil porque la boca es considerada una de las zonas de más fácil acceso para la inspección y toma de biopsias. El 90% de los tumores malignos de cavidad oral son carcinomas escamo celulares siendo una enfermedad predominante en los hombres en un 10% de los casos, de esta manera se puede desglosar cuales son los órganos más afectados a nivel de cavidad oral y cuello. (THAWLEY,1999).

1.5.8 Metástasis: se define como el desprendimiento y el desplazamiento de las células del tumor primario hacia otra parte del organismo y tiene la propiedad de crecer en forma de masa tumoral separada. Cerca del 5% de todas las lesiones malignas son encontradas en la cavidad oral y un 1% de estas lesiones metastásicas de sitios primarios distintos a las de cavidad oral. Muchas metástasis en la cavidad oral ocurren en el hueso (generalmente la mandíbula) pero la lengua, gingiva y amígdalas son los sitios más frecuentes para metástasis de los tejidos blandos orales. Los sitios menos frecuentes para metástasis en los tejidos blandos de la cavidad oral incluyen los labios, mucosa oral, y paladar blando. La base de la lengua es más comúnmente afectada ya que es relativamente inmóvil y

contiene muchos vasos sanguíneos y linfáticos. Las metástasis son generalmente encontradas meses después del diagnóstico del tumor primario o en la autopsia. En una serie de doce casos en los cuales la lesión lingual fue encontrada antes de la muerte, la metástasis lingual en cuatro pacientes fue inicialmente un tumor primario. La metástasis lingual tiende a ocurrir principalmente en pacientes quienes tienen una diseminación general de una malignidad primaria. La metástasis a la lengua puede ocurrir por tres rutas: *Circulación sistémica, Circulación Venosa o por Vasos Linfáticos* (MANNI,1998; KURITA,1997).

Linfadenopatía Cervical: la metástasis a nódulos linfáticos cervicales se ha observado a menudo en labio, en el tercio medio, ocurre en pequeñas proporciones en pacientes con diagnóstico de cáncer de labio. La metástasis a nódulos linfáticos puede ser encontrada a tiempo del primer diagnóstico o algún tiempo después del tratamiento curativo del cáncer que ha formado un lugar en general. Clínicamente aparece metástasis a nódulos linfáticos del cuello y son notados al tiempo que es diagnosticado el cáncer de labio en un 2% a un 12% de los pacientes. Lo usual está cerca del 8%, la metástasis a nódulos linfáticos se encuentra solo algún tiempo después del tratamiento del cáncer de labio, algunas veces se refiere metástasis a nódulos linfáticos cervicales en un 5% a un 13% en todos los pacientes con cáncer de labio. La mayoría de estas metástasis se manifiestan en los primeros dos años del tratamiento del cáncer de labio, de cualquier forma si estos cánceres recurren localmente la oportunidad de metástasis a nódulos linfáticos aumenta un 30% de acuerdo con algunos reportes. La aparición clínica de metástasis a nódulos linfáticos cervicales es manejada con la linfadenectomía cervical cuando esta se descubre. Las disecciones del cuello

son comprensibles de este modo, son removidos todos los grupos de nódulos linfáticos ipsolaterales, podrían ser usados en estas situaciones. Si se encuentra metástasis en los nódulos linfáticos parotídeos se podría realizar una parodilectomía en conjunto con una disección de cuello. Podría entenderse que la presencia de una linfadenopatía cervical en pacientes con cáncer de labio no siempre presenta agrandamientos de los nódulos metastásicos, de hecho del 33% al 67% de los pacientes con una linfadenopatía cervical no se les encontró metástasis en nódulos linfáticos.(MANNI,1998).

Clasificación Tumor, Nódulo y Metástasis (TNM) para carcinoma bucal de células escamosas:

T: Tumor

TX: No pueden reunirse los requisitos mínimos para evaluar el tumor primario.

To: No hay evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ.

T1: Tumor menor de dos centímetros de diámetro.

T2: Tumor de dos a cuatro centímetros de diámetro.

T3: Tumor mayor de cuatro centímetros de diámetro.

T4: Tumor que invade estructuras adyacentes.

N: Ganglio

NX: No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales.

No: No hay metástasis a ganglios linfáticos regionales.

N1: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsolateral, tres centímetros o menos en Dimensión mayor.

N2: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsolateral, o en múltiples ganglios

linfáticos ipsolaterales, o en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales mas de tres centímetros pero no más de seis centímetros en dimensión Mayor.

N2a: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsolateral más de tres Centímetros pero no más de seis centímetros de dimensión.

N2b: Metástasis en múltiples ganglios linfáticos ipsolaterales, ninguno. Mas de seis centímetros en su dimensión mayor.

N2c: Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, Ninguno mas de seis centímetros en su dimensión mayor.

N3: Ganglios palpables fijos.

M: Metástasis.

Mx: No puede evaluarse la presencia de metástasis distante.

Mo: No hay metástasis distantes.

M1: Metástasis distante.

La etapa 0: Se define con el siguiente grupo, TNM:

Tis, No, Mo.

La etapa I: Se define con el siguiente grupo, TNM:

T1, No, Mo.

La etapa II: Se define con el siguiente grupo, TNM:

T2, No, Mo.

La etapa III: Se define con los siguientes grupos, TNM:

T3, No, Mo; T1, T2, T3; N1, Mo.

La etapa IV: Se define con los siguientes grupos, TNM:

T4, No ó N1, Mo. Cualquier T, N2 o N3, Mo. Cualquier T, cualquier N, M1.
(SQUILLACI, 1998).

Metástasis Linfáticas: Los carcinomas de cabeza y cuello tienen tendencia a hacer metástasis a ganglios linfáticos regionales. El camino habitual consiste en la invasión de la red linfática capilar y de ésta, la diseminación a los ganglios.

La frecuencia y distribución de las metástasis linfáticas varía con: *Localización del tumor primario:* a mayor o menor riqueza capilar linfática corresponde respectivamente con una mayor o menor afectación linfática ganglionar. *Tamaño del tumor primario:* a mayor tamaño, mayor diseminación. La *profundidad* del tumor es más importante que la extensión para predecir metástasis regionales. *Grado de diferenciación histológica:* a mayor diferenciación histológica, menor posibilidad de afectación. *Lesiones recidivantes:* tras el tratamiento presentan un riesgo mayor de diseminación linfática. *Niveles ganglionares:* la diseminación linfática sigue un orden sistemático de estaciones ganglionares, homolateral: Cuando el tumor primario asienta en una estructura muy lateralizada, los ganglios afectados suelen ser los del lado correspondiente. Bilaterales, contralaterales: los pacientes con ganglios linfáticos clínicamente positivos de un mismo lado del cuello presentan riesgo de propagación contralateral. *Metástasis linfáticas clínicas:* los ganglios linfáticos regionales cervicales son una eficaz barrera a la extensión del tumor. La aparición de adenopatías cervicales es el factor pronóstico más importante. (TAKAHIRO, 1998; OSAKI, 1998).

Metástasis a distancia: En cáncer de cabeza y cuello en raras ocasiones se presentan. Los órganos principales de asentamiento son los pulmones en un 45%, y el esqueleto en un 25%. En pacientes con alto riesgo de desarrollar metástasis a

distancia se debe tener en cuenta: *Localización* : donde hay mayor probabilidad de metástasis en los tumores de lengua, hipofaringe y nasofaringe. Estadío: T3 y T4 (máxima probabilidad). N2 y N3 (mayor probabilidad que N1 y No). El estadío IV máxima incidencia de metástasis.(OGURA,2000 ; BYERS,1998; HARDEE,2001).

En el siguiente cuadro se trata de esquematizar de una manera específica la incidencia y localización de las metástasis ganglionares de los tumores primarios, donde se puede observar los dos tipos de metástasis que son Ipsolaterales y contralaterales que básicamente afectan los grupos de ganglios iniciales y sus porcentajes. (KUNISHI,1997; MAHOOD,1997;HUANG,2001).

1.5.9 El Carcinoma de Lengua constituye el 30% de los carcinomas de cavidad oral entre algunos factores predisponentes tenemos consumo de tabaco y alcohol, entre otros sífilis y síndrome de Plummer Vinson, sus hallazgos clínicos y comportamiento biológico varían de acuerdo a la localización de la neoplasia, el dolor local que es referido a menudo como un dolor de garganta es la manifestación característica de los carcinomas del tercio posterior de la lengua los cuales son difíciles de visualizar y tienden a invadir la musculatura intrínseca lingual, en la palpación se percibe un área bastante indurada. Los carcinomas de la lengua en los dos tercios anteriores crecen infiltrativamente con grados intermedios, su primera manifestación puede ser una zona indolora de engrosamiento local, como otras veces aparece una úlcera superficial o masa superficial. El carcinoma escamo celular de la lengua se puede desarrollar en un epitelio aparentemente normal su porcentaje de metástasis es del 40% la cual es cervical ganglionar en el momento del diagnóstico. Debido a el drenaje linfático bilateral que tiene la lengua es recomendable hacer vaciamentos bilaterales

suprahomohioideos con fines de estadificación en cuellos clínicamente negativos y cuando hay adenopatías positivas se realizan vaciamientos cervicales electivos. El tamaño, localización y existencia de metástasis ganglionares son los tres factores pronósticos de más importancia de este tipo de carcinoma. (RASPALL,1999; MAHMOOD,1997; REGEZI,1999; HADDAD,2000; MORTON, 1998; SADDIK, 1998).

1.5.10 El Carcinoma de Labio es una de las neoplasias más frecuentes de la mucosa de cavidad oral con un porcentaje entre el 25% y el 40%, allí hay mas probabilidad de un tratamiento exitoso, aun así la enfermedad es agresiva cuando se manifiesta por recurrencia el labio inferior constituye la localización primaria en más del 95% de los casos se presenta entre los 70 y 80 años de edad, es más frecuente en hombres y su pronóstico de supervivencia a los 5 años oscila alrededor del 90%. La cirugía es el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes aunque la radioterapia no se puede descartar, pero el mejor resultado estético lo brinda la cirugía, la mayoría de las lesiones presentadas en el labio inferior se originan en el borde bermellón y en situación equidistante entre la línea media y la comisura bucal, los tumores de labio superior son poco frecuentes y tienden a localizarse cerca de la línea media. Desde el punto de vista morfológico se han identificado tres tipos de cáncer: Exofítico, ulcerativo y verrugoso los cuales en su mayoría se inician como una pequeña verruga, úlcera o fisura. En general los tumores de labio tienen un crecimiento más rápido y su tamaño es directamente proporcional a la probabilidad de encontrar adenopatías metastásicas en el cuello, el drenaje linfático de los labios se realiza a los ganglios submentales y submaxilares, en principio no se indica realizar un vaciamiento

ganglionar cervical en ausencia de adenopatías positivas y las probabilidades de producirse una recidiva local no esta relacionada con el tamaño del tumor, histológicamente en un 90% de los casos son carcinomas escamo celulares bien diferenciados y ocasionalmente el carcinoma basocelular de piel puede invadir el labio durante su crecimiento. El cáncer de labio tiene un pronóstico favorable, hace metástasis a ganglios linfáticos regionales en un 5-10% y el carcinoma de labio superior hace metástasis primero que en el labio inferior. (RASPALL,1999; MAHMOOD,1997).

1.5.11 El Carcinoma de Piso de Boca abarca del 10% al 15% de la totalidad de los tumores malignos de boca, la neoplasia se desarrolla entre la encía del maxilar inferior y la lengua, muchos de los pacientes que sufren de esta enfermedad son fumadores y consumidores de alcohol. Las lesiones se ubican en el segmento anterior del piso de boca, zona media, zona lateral afectando el frenillo lingual, al principio la lesión es pequeña hasta que se vuelve una masa exofítica, durante su crecimiento invade precozmente encía, base y raíz de la lengua, músculo geniogloso y periostio. Los pacientes con tumores T3 y T4 presentan adenopatías palpables, por eso aquí es necesario contar con una buena imagen radiográfica como por ejemplo: scanner y/o resonancia magnética, su tratamiento consiste básicamente en la cirugía, en un 20% de los pacientes se administra radioterapia y quimioterapia adyuvante.(RASPALL,1999; MAHMOOD,1997; REGEZI,1999).

1.5.12 En el Carcinoma de Paladar Duro es necesario conocer como se divide el paladar para poder entender las estructuras que se afectan, el paladar se divide en paladar blando y duro, la úvula y el paladar blando se consideran como estructuras de la orofarínge esto conlleva a que una gran proporción de tumores

del paladar duro tienen origen mucoso a partir de una glándula salival. Los tumores del paladar son muy raros y su tamaño tiene mayor influencia que la localización anatómica, son de aspecto ulcerado o verrugoso rodeados a menudo por áreas de leucoplasia, se desarrollan en la línea media o a cada uno de los lados del paladar, la invasión local de las estructuras adyacentes son un signo de mal pronóstico para las lesiones de tamaño inferior a los 3 cm, el 30% de los tumores presentan metástasis cervicales que suelen ser ipsolaterales. La cirugía y la radioterapia logran resultados aceptables en los tumores que aún se encuentran en estadios bajos, así como logra un buen control de la enfermedad local, la selección del tratamiento se basa en la localización anatómica, extensión de la lesión y presencia de adenopatías cervicales u otros tumores primarios sincrónicos. (RASPALL,1999; MAHMOOD,1997; REGEZI,1999).

1.5.13 El Carcinoma de Encía es menos frecuente que el carcinoma de labios y lengua comprende el 10% de los tumores malignos de cavidad oral, estos carcinomas de encía generalmente se localizan en región de premolares y molares inferiores, algunos carcinomas del seno maxilar se pueden infiltrar en la encía superior produciendo úlceras intraorales y muchas veces en estos casos es difícil establecer el origen del tumor, morfológicamente estas lesiones pueden ser nodulares en forma de placa, ulcera papilar o exofítica presentando como primeros síntomas la odontalgia, a nivel de encía ulceración, disestesias, y aparición de masas intraorales con inflamación local. Cuando el carcinoma aparece en encía inferior es posible encontrar adenopatías porque en este tipo de tumores se realiza exéresis amplia con mandibulectomía marginal conservando la continuidad mandibular cuando existe una mínima invasión ósea, las adenopatías cervicales

son el indicador pronóstico más importante para realizar mandibulectomía segmentada (tumor de mandíbula), cuando no hay presencia de adenopatías se indica la realización de vaciamiento ganglionar supraomohioideo. La radioterapia se reserva para los pacientes que presentan metástasis cervical oculta, márgenes de resección del tumor inapropiado para cuando exista un alto riesgo de recidiva. (RASPALL,1999; MAHMOOD,1997; REGEZI,1999).

1.5.14 El Carcinoma de la Mucosa Yugal, es un carcinoma que tiene tendencia a presentar un curso clínico más agresivo, afecta a hombres mayores de 70 años y esta relacionado directamente con la higiene oral, la acción de irritantes locales y la costumbre de masticar el tabaco ayuda al desarrollo de esta patogénesis. Clínicamente es una lesión ulceroinfiltrante exofítica o verrugosa que origina una adenopatía submaxilar por infiltración neoplásica, creando los síntomas y localización a nivel de la comisura bucal o frente al tercer molar inferior siendo una leucoplasia de larga evolución, aparece como una masa blanda papilar con superficies micronodulares o mamelonadas de color blanco o rojizo según el grado de queratinización.

El 50% de los pacientes presentan metástasis a ganglios linfáticos regionales, el tratamiento de elección es la cirugía porque es muy efectiva cuando el tumor se mantiene en los límites de la mucosa yugal, aquí el pronóstico es desfavorable y por consiguiente estaría indicado realizar un vaciamiento ganglionar de forma electiva. (RASPALL,1999; MAHMOOD,1997; REGEZI,1999).

1.5.15 El Carcinoma de Triángulo retromolar es un área limitada pero crítica; los tumores que se observan en este sitio pueden extenderse fácilmente en las



regiones adyacentes, detrás del maxilar en la fosa pterigopalatina, la mejilla, la amígdala, el piso de boca y la lengua.

El factor limitante en la resección adecuada de esta área es la extensión del tumor posterosuperior, en la fosa pterigopalatina y en la base del cráneo las resecciones del triángulo retromolar se hacen comúnmente en una porción de la mandíbula y puede incluir el alvéolo o la tuberosidad del maxilar la amígdala y una porción de la mejilla, si la lesión se localiza en la rama ascendente de la mandíbula se necesita quitar solo una parte marginal, para lesiones grandes es necesario una resección por segmentos de la mandíbula. Según el estudio realizado en el centro oncológico de radiación, instituto radiológico Mallinckrodt entre 1971 y 1994 con intentos curativos, había treinta y siete hombres y veintiocho mujeres se obtuvo como resultado según el género en hombres un 57% y en mujeres un 43% según la raza en blancos 85% y en negros un 15%, en fumadores un 96% y en no fumadores un 4%, según el estadio del tumor, en etapa I 19%, etapa II 26%, etapa III 21%, etapa IV 34%. El cáncer del triángulo retromolar es un cáncer poco común de cabeza y cuello, los tumores del triángulo retromolar son a menudo definidos y extensos como enfermedad superficial a lo largo de la encía y la mucosa oral. La historia natural de estos tumores no es clara y es comparada frecuentemente con cáncer de la encía más baja, paladar blando y pilar anterior de la amígdala. (RASPALL,1999; MAHMOOD,1997; REGEZI,1999).

1.5.16 El Carcinoma de Orofaringe: La orofaringe esta compuesta por diferentes estructuras anatómicas: paladar blando y úvula, pilares anteriores de la faringe, triángulos retromolares, surco glosopalatino, amígdalas, pilares posteriores de la faringe, base de la lengua, paredes orofaríngeas lateral y posterior (desde el

paladar blando al hueso hioides) y surco faringoepiglótico. Histológicamente los carcinomas de orofarínge son más indiferenciados y anaplásicos que los restantes, su alto índice de metástasis linfáticas por su extensa red de vasos linfáticos que drenan hacia los ganglios yugulares y retrofaríngeos. Su pronóstico desfavorable va acompañado por la asociación a un segundo carcinoma primario en el tramo superior digestivo o respiratorio, los tumores de paladar blando y úvula son escamo celulares más diferenciados que los tumores de pilares faríngeos anteriores y trigono retromolar, su etiología se basa en antecedentes de tabaquismo y consumo de alcohol, el dolor y el trismus son síntomas precoces por su extensión local, la neoplasia invade la mucosa bucal, el paladar duro y la base de la lengua. Los tumores más frecuentes de la orofarínge son: carcinoma de amígdala y región amigdalal, representando del 1.5 al 3% de las neoplasias y ocupan el segundo lugar después del carcinoma de laringe, que se clasifican entre los tumores malignos de las vías altas respiratorias (VAR), afecta a personas de 70 años en donde las neoplasias epiteliales del área amigdalal se constituyen por carcinomas escamo celulares presentan poca sintomatología, generalmente es referido por el paciente como un dolor de garganta, morfológicamente aparece como una masa exofítica o a veces en forma de ulceración que en estadíos primarios se asienta sobre el polo amigdalal superior, por su extensión local invaden paladar blando, surco glosopalatino, base de la lengua y cuando hay infiltración lingual es un mal pronóstico ya que determina el elevado porcentaje de recidivas locales después de recibir un tratamiento primario. (RASPALL,1999; MAHMOOD,1997; REGEZI,1999).

1.5.17 El Carcinoma Alveolar en el hueso alveolar están articuladas las raíces de los dientes; es delgado, en la porción anterior corresponde a los incisivos, y se engrosa hacia atrás, donde se articulan los molares más anchos. Las lesiones del alvéolo superior y/o inferior pueden ser manejadas por medio de cirugía, las lesiones pequeñas pueden excisionarse y dejar que cicatrice por segunda intención, la alveolectomía es necesaria cuando está envuelto el hueso. Tumores del alvéolo son invasivos o se aproximan estrechamente al hueso se requiere de resección segmentaria o marginal de la mandíbula. La extensión de la resección depende del tamaño y localización del tumor, un acercamiento a estas lesiones y la reconstrucción postoperatoria es como se describe en lengua y piso de boca. (RASPALL,1999; MAHMOOD,1997; REGEZI,1999).

1.5.18 Vaciamientos Linfoganglionares: Puede realizarse en un solo bloque por medio de dos técnicas operatorias. **La ablativa:** se denomina vaciamiento radical del cuello. **La funcional o conservadora:** procura respetar algunas formaciones anatómicas. **Técnica Vaciamiento cervical tradicional o radical:** Consiste en extirpar toda la red linfática de una mitad del cuello. Estas se realizan en diferentes pasos o tiempos: líneas de incisión cutáneas solo se elige en pacientes irradiados con anterioridad y en donde se deben prevenir defectos de cicatrización, malnutrición o necrosis de los bordes de los colgajos. La incisión mas peligrosa es la de Hoyes Martín y las mas aceptadas son Mcfee, Conley y André que dificulta el vaciamiento submentoniano. (BUCKLEY,2001). *Formación de los colgajos:* se prefiere dejar en el espesor del colgajo, el músculo cutáneo del cuello. *Delimitación del campo de disección:* comienza debajo del contorno inferior de la mandíbula avanzando hacia el tercio medio respetando la rama mandibular del

nervio facial; atrás la incisión pasa sobre la parótida sobre la parte superior del músculo esternocleidomastoideo, desciende hasta el músculo trapecio y luego hasta el compartimiento supraclavicular posterior. Sección del músculo esternocleidomastoideo y disección posterior: se hace en todo el espesor hasta encontrar la profundidad. Aislamiento de la vena yugular interna. Identificación de la arteria tiroidea superior y disección anterior. (RASPALL, 1999).

Vaciamiento funcional o conservador: El objetivo es conservar dos estructuras íntimamente vinculadas entre si y otra independiente. La finalidad es evitar tres consecuencias del vaciamiento radical que son: la estética, la parálisis del músculo trapecio, la éxtasis sanguínea. *Técnica:* Líneas de incisión cutánea igual, el vaciamiento funcional que para el radical pero hay tres consideraciones. La conservación del músculo esternocleidomastoideo es suficiente para asegurar la cobertura del eje carotídeo. La incisión de Mcfee complica la intervención conservadora es raro la indicación del vaciamiento conservado y que se haga después de la radioterapia. *Formación de colgajos:* se conserva el músculo cutáneo del cuello. *Liberación del músculo esternocleidomastoideo y reparación del nervio espinal.* (DIAS, 2001). **Vaciamiento del compartimiento supraclavicular.** Liberación de la vena yugular interna. **Vaciamiento del compartimiento submandibular:** el cual no esta siempre indicado. *Disección anterior.* **Vaciamiento suprahioideo o submentomandibular:** Sólo indicado en las neoplásias primarias de la glándula salival submandibular. En todos los otros casos de neoplasia maligna y en los carcinomas escamo celulares este tipo de vaciamiento no esta indicado por que, si no hay metástasis submandibulares histológicamente reconocidas la intervención es inoperante, vaciamientos

bilaterales: **Vaciamiento supraomohioideo:** indicado en las disecciones bilaterales por carcinoma del labio inferior, de la encía inferior y piso de boca.

Vaciamiento radical bilateral: abarca la extirpación de toda la red linfática del cuello. **Vaciamiento en bloque con el tumor primitivo:** no se diferencia de los aislados sino por su parte final unilateral o bilateral, la disección de la red linfática se hace estudiando la parte operada para encontrar el haz de los vasos linfáticos que provienen del tumor primitivo. En el siguiente anexo se muestra el cuadro en donde se aprecian las secuelas físicas funcionales y fonológicas que causan los tratamientos de radio y quimioterapia. (DIAS, 2001)

Las alteraciones funcionales en pacientes con cáncer de cavidad oral corresponden frecuentemente a las secuelas de los tratamientos quirúrgicos o de radioterapia. Cuando el paciente ha sido sometido a cirugía, la intervención y rehabilitación puede iniciarse cuando se haya asegurado el cierre primario de la herida, y se haya superado el riesgo de decoloración de los drenes o de la formación de seromas, hematomas, o se hayan descartado problemas tales como la dehiscencia de la sutura, infección de la herida quirúrgica o fistula digestiva-cutánea. Cuando el paciente va a ser sometido a radioterapia cervicofacial, se deben proteger y conservar al máximo los rangos de movilidad de las articulaciones incluidas en el campo y promover los cuidados a nivel de piel y cavidad oral, ya que lesiones en estos niveles deterioran aun mas las funciones comprometidas y no favorecen los adelantos de rehabilitación. La intervención y la rehabilitación en estos pacientes es difícil por la coexistencia de múltiples alteraciones físicas, comunicacionales y deglutorias a la vez. Cada una de ellas debe ser abordada independientemente, pero deben integrarse los planes en un

solo programa de tratamiento al paciente, con acciones coordinadas que eviten la sucesión de eventos contraproducentes entre si y de tal modo que se asegure un optimo resultado.(ROBERTSON,2001). *Limitación funcional de cuello:* puede ser el resultado de la injuria quirúrgica en cirugías que comprometan el tercio postero-inferior de la cara o la región cervical (por lesión de músculos como el esternocleidomastoideo, el trapecio o el omohioideo) o ser residuo de la lesión radioinducida en los campos cervicofaciales. Las metas en la disfunción son: mejorar y mantener los arcos de movilidad articular cervical, disminuir las adherencias cicatrizales, mejorar y mantener la elasticidad, fuerza y resistencia de la musculatura cervical, reeducar los patrones motores alterados, corregir alteraciones posturales y promover una postura corporal correcta, cuidar la piel y la cavidad oral irradiadas. *Limitación funcional del hombro:* Secuelas secundarias a la lesión quirúrgica del nervio espinal accesorio en cirugías de vaciamiento ganglionar cervical, produciéndose un déficit, variable en gravedad del músculo trapecio. Luego del procedimiento quirúrgico y antes de que se presenten las condiciones ya enunciadas para poder proceder a un tratamiento formal, al paciente se le pueden realizar movimientos pasivos de la articulación comprometida en decúbito supino, con lo cual se contrarrestan los efectos negativos de la gravedad sobre los tejidos blandos no protagonizados. Igualmente se pueden realizar maniobras para relajar o estirar a los músculos pectorales. En esta etapa, el autocuidado deberá realizarse ante todo con la ayuda de la extremidad no comprometida, con una transferencia gradual de participación en la extremidad afectada, en la medida que avance el proceso de rehabilitación. Al iniciarse el plan formal de rehabilitación, además de las acciones propias ante una

disfunción articular, al paciente se le debe reeducar en la readquisición del patrón motor alterado. También se debe evitar la realización de actividades que favorezcan la postura de hombro caído y el sobreestiramiento. (HADDAD IN,2000).

El manejo de pacientes con carcinoma de la cavidad oral y de cabeza y cuello, debe ser establecido por un grupo compuesto por, un cirujano oncólogo, cirujano de cabeza y cuello, cirujano maxilofacial, radioterapeuta, oncólogo clínico, otorrinolaringólogo, cirujano plástico, odontólogo, psiquiatra, especialista en clínica del dolor, médico general, psicólogo, enfermera y trabajadora social. El tratamiento para el carcinoma de labio en cada uno de sus estados varía. En el estadio I, (tumor de 2cm o menos), T1 No Mo, la radioterapia y la cirugía tienen igual porcentaje de curación (90% de sobrevida a 3 años sin enfermedad). Cirugía, resección quirúrgica, márgenes negativos y cierre primario. La radioterapia está indicada en resección quirúrgica con márgenes positivos, si el paciente es inoperable por bajo estado funcional o por presentar patologías diferentes al carcinoma que contraindiquen la cirugía y cuando el paciente rehúse el manejo quirúrgico. En el estado II (tumor de 4cm o menos) T2 No Mo. Cirugía, resección quirúrgica con márgenes negativos y reconstrucción con colgajos locales. La radioterapia tiene las mismas indicaciones que en el estadio I. En el estadio III (tumor mayor de 4cm) T1, T2, T3, N1. Cirugía, resección quirúrgica con márgenes negativos, reconstrucción, ya que se requiere resección del 50% -75% del labio, colgajos locales, vaciamiento radical de cuello homolateral en los pacientes con cuello positivo, vaciamiento suprahomohioideo homolateral, recomendado en pacientes recomendado en pacientes con estado ganglionar No y vaciamiento

suprahomohioideo bilateral, si la lesión es central y cuello positivo de un lado. La radioterapia está indicada si los bordes de resección quirúrgica quedan positivos, si más del 20% de los ganglios son positivos, si las variables histopatológicas son desfavorables y en pacientes inoperables o que rehúsen el manejo quirúrgico. En el estadio IV (tumor que invade estructuras adyacentes) T4 o cualquier T con N2, N3 o M1. Cirugía, resección quirúrgica con las estructuras invadidas y márgenes negativos, reconstrucción de acuerdo a la magnitud del defecto, el manejo del cuello igual al estadio III y vaciamiento radical bilateral, pero del lado contralateral hay que conservar la vena yugular interna. La radioterapia postoperatoria es recomendable y tiene las mismas indicaciones que en el estadio III. (MENDENHALL,2000). Para el carcinoma de piso de boca también hay un tratamiento para cada uno de sus estadios. En el estadio I (tumor de 2cm o menos) T1 No Mo. Cirugía, resección amplia con márgenes negativos y cierre primario o injerto libre de piel. La radioterapia está indicada, si los márgenes son positivos luego de la resección quirúrgica y en pacientes considerados inoperables o que se rehúsen a la cirugía. En el estadio II (tumor de 4cm o menos) T2 No Mo, Cirugía, resección quirúrgica completa con márgenes negativos, cierre primario o injerto de piel y cuando se reseque el conducto de Warthon, puede ser reimplantado. La radioterapia tiene las mismas indicaciones que en el estadio I. En el estadio III (tumor mayor de 4cm) T1, T2, T3, N1. Cirugía, resección quirúrgica, PULL THROUGH, vaciamiento radical de cuello con estado ganglionar No y vaciamiento radical del lado positivo y suprahomohioideo contralateral en lesiones centrales con reconstrucción de acuerdo a la magnitud del defecto. Radioterapia, postoperatoria y TAC (tomografía axial computarizada), para descartar infiltración

de estructuras adyacentes. En el estadio IV (invasión a estructuras adyacentes) T4 o cualquier T con N2, N3 o M1. Cirugía, resección quirúrgica con márgenes negativos, vaciamiento radical de cuello homolateral al tumor y al lado contralateral, preservar vena yugular interna, resección mandibular marginal, segmentaria o hemimandibulectomía, y vaciamiento suprahomohioideo homolateral si el paciente es No. Radioterapia postoperatoria y las mismas indicaciones que en el estadio III. Los pacientes con metástasis son considerados inoperables. (TAKAHIRO,1998). El carcinoma de mucosa oral también tiene tratamientos de acuerdo a cada uno de sus estados. En el estadio I (tumor menor de 2cm) T1 No Mo. Cirugía, resección quirúrgica con cierre primario. La radioterapia está indicada en bordes positivos y en pacientes inoperables o que se rehúsen a la cirugía. Si se reseca parte del conducto de Stenon, debe ser reimplantado. En el estadio II (tumor de 4cm o menos) T2 No Mo. Cirugía, resección quirúrgica, cierre primario o con colgajos mucosos o injerto de piel. La radioterapia consigue mejores resultados funcionales y cosméticos con alto porcentaje de curación que la cirugía y tiene las mismas indicaciones que el estadio I. Si se reseca el conducto de Stenon debe reimplantarse. En el estadio III (tumor mayor de 4cm) T3, T1, T2, T3, N1. Cirugía, resección quirúrgica completa, vaciamiento radical de cuello, vaciamiento suprahomohioideo en estado ganglionar No, vaciamiento radical y reconstrucción. Siempre debe realizarse radioterapia postoperatoria y está indicada en márgenes positivos o volumen residual microscópico. El conducto de Stenon puede ser resecaado o ligado. Realizar TAC (tomografía axial computarizada). En el estadio IV (invasión a estructuras adyacentes) cualquier T con N2, N3 o M1. Cirugía, resección

quirúrgica con márgenes negativos, puede requerir resección ósea, piel, etc., vaciamiento radical de cuello homolateral y en el lado contralateral conservar la vena yugular interna, vaciamiento suprahomohioideo en estado ganglionar No y reconstrucción. Radioterapia postoperatoria y TAC (Tomografía Axial Computarizada) contrastado. Signos de inoperabilidad, pacientes con trismus, infiltración extensa a músculos pterigoideos y parálisis del nervio facial. (OGURA,2000).

La lengua también tiene tratamientos por cada uno de sus estados. En el estadio I (tumor de 2cm o menos) T1 No Mo. Cirugía, resección amplia con cierre primario. La radioterapia está indicada en lesiones de localización posterior, mal delimitadas e inaccesibles por ruta perioral, bordes positivos y pacientes inoperables o que se rehúsen a la cirugía. En el estadio II (tumor de 4cm o menos) T2 No Mo. Cirugía, resección quirúrgica completa con márgenes negativos, hemiglosectomía y reconstrucción de la lengua, vaciamiento suprahomohioideo homolateral y vaciamiento suprahomohioideo bilateral, si la lesión está localizada en la cara ventral. La radioterapia está indicada en resecciones con márgenes positivos, pacientes inoperables o que rehúsen a la cirugía y cuando los hallazgos histopatológicos lo consideren. En el estadio III (tumor mayor de 4cm) T3, N0, T1, T2, T3, N1. Cirugía, resección quirúrgica combinada (PULL THROUGH), vaciamiento radical de cuello homolateral, reconstrucción, vaciamiento suprahomohioideo homolateral. El carcinoma de cara ventral no requiere vaciamiento suprahomohioideo bilateral. Realizar TAC (Tomografía Axial Computarizada) para apreciar o descartar infiltración a estructuras adyacentes. Radioterapia postoperatoria siempre, la combinación de cirugía y radioterapia, es

la mejor opción. En el estadio IV (invasión a estructuras adyacentes) T4 No; cualquier T, N2, N3 o M1. Cirugía, resección quirúrgica (glosectomía), conservando si es posible la base de la lengua, resección ósea mandibular, vaciamiento radical de cuello homolateral, vaciamiento suprahomohioideo en pacientes en estado ganglionar No, en caso de carcinoma de lengua ventral no se requiere vaciamiento suprahomohioideo bilateral y reconstrucción. La radioterapia tiene las mismas indicaciones que en el estadio III, los pacientes con metástasis a distancia son considerados inoperables. (DIAS,2001; HADDAD IN, 2000).

Los pacientes con carcinoma de paladar deben ser valorados con TAC (Tomografía Axial Computarizada) para apreciar o descartar infiltración a hueso y carcinoma de senos paranasales invadiendo paladar, y así poder realizar el tratamiento. En estadio I (tumor de 2cm o menos) T1 No Mo. Cirugía, resección amplia, se puede dejar área cruenta o aplicar injerto de piel. La radioterapia está indicada en bordes positivos y pacientes inoperables o que se rehúsen a la cirugía. En el estadio II (tumor de 4cm o menos) T2 No Mo. Cirugía, resección amplia, reconstrucción con injerto de piel y maxilectomía parcial. La radioterapia tiene las mismas indicaciones que en el estadio I. En el estadio III (tumor mayor de 4cm) T3 No Mo o T1, T2, T3, N1. Cirugía, maxilectomía parcial con márgenes negativos, vaciamiento radical de cuello si el paciente presenta adenopatías cervicales, vaciamiento suprahomohioideo en estado ganglionar No y reconstrucción protésica. La radioterapia tiene las mismas indicaciones que en el estadio I y II. En el estadio IV (tumor que infiltra estructuras adyacentes) T4 No o cualquier T con N2, N3, M1. Cirugía, resección amplia, maxilectomía parcial preservando el piso de la órbita si se puede, vaciamiento radical de cuello al lado

comprometido, si es bilateral preservar la vena yugular interna, vaciamiento suprahomohioideo en estado ganglionar No, reconstrucción protésica, valoración odontológica y estudios de TAC (Tomografía Axial Computarizada) y RMN (Resonancia Magnética). Radioterapia postoperatoria, además las mismas indicaciones que en el estadio III. (YOSHIDA,1999). En la encía existe un solo tratamiento para todos los estados. Cirugía, en la encía superior se maneja igual que en paladar duro: las que envuelven solo la mucosa, resección amplia, en lesiones mas grandes, alveolectomía, sino a infiltrado seno maxilar y si infiltra seno maxilar, maxilectomía parcial con reconstrucción protésica. En la encía inferior se requieren análisis de infiltración al maxilar inferior, en lesiones pequeñas, la resección marginal mandibular y cierre primario vía endooral, en lesiones mayores, resección marginal vía submandibular, infiltración ósea mayor, mandibulectomía segmentaría y reconstrucción. La radioterapia tiene las mismas indicaciones que en el paladar duro. (MAJOUFRE,1999). El carcinoma de triángulo retromolar, se extiende rápida y fácilmente a estructuras adyacentes como fosa pterigopalatina, mejilla, amígdala, piso de boca y encía. Este es inoperable si hay infiltración a base cráneo y extensión a fosa pterigopalatina. Se debe realizar TAC (Tomografía Axial Computarizada) y RMN (Resonancia Magnética) para apreciar infiltración a estructuras adyacentes y/o base de cráneo. En el estadio I (tumor de 2cm o menos) T1 No Mo. Cirugía, resección que puede incluir resección marginal de la mandíbula o maxilectomía parcial y cierre con injerto de piel o mucosa oral. La radioterapia tiene las mismas indicaciones que para la encía. En el estadio II, cirugía y radioterapia las mismas indicaciones que en el estadio I. En el estadio III (tumor mayor de 4cm) T3 No o T1, T2, T3, N1.

Cirugía, resecciones combinadas orales y de cuello, resección marginal o segmentaria de mandíbula o maxilar (COMMANDO), resección oral con cuello (PULL THROUGH), vaciamiento radical de cuello homolateral, vaciamiento suprahomohioideo en estado ganglionar No y reconstrucción protésica. Radioterapia postoperatoria y las mismas indicaciones que en el estadio II. En el estadio IV (tumor mayor de 4cm) T4 No Mo; cualquier T con N2, N3, M1. Cirugía, resecciones combinadas de COMMANDO y PULL THROUGH, vaciamiento radical de cuello homolateral o bilateral, conservar vena yugular interna, vaciamiento suprahomohioideo homolateral en estado ganglionar No y reconstrucción. Radioterapia postoperatoria y las mismas indicaciones que en el estadio III. (CRECCO,1998).

Los pacientes con carcinoma de cavidad oral deben tener un seguimiento durante toda la vida, el primer año cada 2 meses, el segundo y tercer año cada 3 meses, el cuarto año cada 4 meses, el quinto año cada 6 meses y anualmente de ahí en adelante. Se realizarán controles clínicos, examen completo de cavidad oral, laringe y cuello. Tomar radiografía de tórax anualmente. Un 37% de los pacientes puede tener segundos primarios. (HUANG,2001)

1.6 OBJETIVOS

1.6.1. General

Realizar una guía que contenga información básica acerca de la semiología, signos y síntomas del carcinoma escamo celular de cavidad oral con metástasis a cuello.

1.6.2. Específicos

Crear una guía dirigida al estudiante y odontólogo general que contenga las diferentes ubicaciones del carcinoma escamo celular en cavidad oral, con su etiología, fisiopatología, clasificación, pruebas diagnósticas y tratamiento.

Mostrar de forma didáctica las pautas sobre las diferentes técnicas de palpación de las cadenas ganglionares de cabeza y cuello.

Diferenciar las posibles vías de diseminación de carcinoma escamo celular de cavidad oral a cuello.

Elaborar una guía que sirva como texto de consulta indispensable que permita la adquisición de técnicas y criterios dirigidos a obtener un juicio clínico confiable en el diagnóstico del carcinoma escamo celular.

2 . ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Metodología de material didáctico.

La guía esta dirigida a los estudiantes de pregrado y odontólogos generales, para que sea utilizada a nivel clínico, en su consulta diaria, presentándose como un recurso práctico frente a las limitaciones del diagnóstico y tratamiento de esta patología

2.2. OBJETO DEL ESTUDIO

Proporcionar información puntual sobre las características más sobresalientes a nivel clínico del carcinoma escamo celular de cavidad oral mediante la elaboración de una guía que explica la etiología, fisiopatología, signos y síntomas, estadios, pronóstico y posibles tratamientos que conciernen a dicha patología.

2.3. CONTENIDO Y ESTRUCTURA INTERNA

Glosario

Introducción

Anatomía de cavidad oral

Anatomía de cuello

Ganglios Linfáticos

Carcinoma escamo celular (Histopatología)

Etiología

Signos y síntomas generales

Cáncer de Lengua

Cáncer de Labio

Cáncer de Piso de boca

Cáncer de Paladar

Cáncer de Encía

Cáncer de Mucosa yugal

Cáncer del Triángulo retromolar

Cáncer de la Orofaringe

Impresiones Diagnósticas

Normas Generales

Bibliografía

3. RESULTADO

Guía de semiología; signos y síntomas de carcinoma escamo celular de cavidad oral metastásico a cuello.





GUIA DE SEMIOLOGIA;

SIGNOS Y SINTOMAS

DE CARCINOMA ESCAMO CELULAR

DE CAVIDAD ORAL METASTASICO A CUELLO

**GUIA DE SEMIOLOGIA;
SIGNOS Y SINTOMAS
DE CARCINOMA ESCAMO CELULAR
DE CAVIDAD ORAL
METASTASICO A CUELLO**

**PAOLA ANDREA DIAZ CEDEÑO
JOHANNA MARITZA JIMENEZ RAMIREZ
LILIANA ALEXANDRA MORENO SANTANDER
INGRID ANDREA MURCIA MALAVER
DIANA CAROLINA PAEZ ROA
MARISOL PARDO MONZO
PAOLA ANDREA PAVA MEDINA
DORIS EDELMIRA RENTERIA LOZANO
SHIRLEY NAYIBE RUSINQUE GUZMAN
ERIKA JOHANNA SANCHEZ ROCHA
CLAUDIA JAZMIN ZARATE AREVALO**

LILIANA RAMOS SOTO
Odontóloga Especialista en Oncología
Asesora Científica

FREDDY A. SÁNCHEZ MENDOZA
Odontólogo
Especialista en Educación Universitaria
Asesor Metodológico

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
MAYO 2002**

GLOSARIO

Ascitis: Líquido en la cavidad abdominal.

Atrofia : Desaparición o disminución del tamaño o la actividad fisiológica de una parte del cuerpo como consecuencia de una enfermedad o por otras causas.

Biopsia: Extirpación de un pequeño tejido sano y/o enfermo de un órgano u otra parte del cuerpo para su examen microscópico.

Deglutir: Pasar alimentos a través del tracto gastrointestinal

Disfagia: Dificultad para deglutir. Habitualmente esta relacionada con trastornos motores u obstructivos .

Endofítica: Relativo a la tendencia de crecer hacia adentro.

Exofítica: Relativo a la tendencia de crecer hacia afuera

Glosectomía: Resección total de la lengua

Hemiglosectomía: Resección de la mitad de la lengua

Hipercromatismo: Que presenta un color intenso, o con mayor cantidad de pigmentación.

Indurado: Endurecimiento tisular en especial de la piel, a causa del edema, o infiltración comúnmente producido por neoplasia.

Ipsolateral: Hace referencia del mismo lado .

Metástasis: Proceso de migración de células neoplásicas hacia partes distales del organismo; generalmente transportado por circulación sanguínea o linfática hacia ganglios.

Mucosa Yugal: Para designar mucosa intraoral correspondiente a las mejillas.

Pleomorfismo: Característica para registrar diferentes cambios en la forma.

Quimioterapia: Término que indica utilización de elementos químicos para destruir células cancerosas. Actúan dañando la capacidad de replicación celular.

Radiación Ultravioleta: Emisión de energía rayos u ondas empleando sustancias radiactivas (actina) para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades

Radioterapia: Tratamiento de enfermedades neoplásicas por medio del uso de rayos X o gamma, obtenidos de fuentes de cobalto con el fin de detener la proliferación de células malignas (disminuye la tasa de mitosis o altera la síntesis de ADN).

Semiología: Ciencia encargada del examen físico que incluye cuatro pasos fundamentales: inspección, palpación, percusión, y auscultación, la cual es llamada exploración semiológica.

Tisular : Relativo a los tejidos

Úlcera: Lesión en forma de cráter circunscrita, que afecta a la piel o mucosa, consecutiva a necrosis que acompaña algunos procesos inflamatorios , infecciosos o malignos.

Vaciamiento: Proceso de evacuación de contenido orgánico.

INTRODUCCION

Esta guía pretende brindar información al estudiante y al odontólogo general a cerca de la importancia que tiene el conocimiento sobre anatomía de cabeza y cuello, cadenas ganglionares con su respectiva palpación a nivel de consulta diaria.

Además quiere ofrecer pautas sobre las técnicas y procedimientos de diagnóstico orofacial y cervical para así formar un criterio y juicio clínico adecuado.

Por otra parte se quiere que el lector conozca de manera integral las características clínicas, etiología, signos y síntomas, estadios, factores predisponentes, tratamiento y pronóstico entre otras características del carcinoma escamo celular de cavidad oral.

LAS AUTORAS

ANATOMIA DE CAVIDAD ORAL

La boca es una cavidad irregular localizada en el macizo anteroinferior de la cara. Su función es intervenir en la masticación, fonación y respiración, también hace parte del primer tramo del sistema digestivo.

La boca se divide en dos partes: Vestíbulo y Cavidad oral propiamente dicha

La cavidad oral propiamente dicha esta limitada por

Limite Anterior y Lateral: Caras palatinas y linguales de las arcadas dentales

Limite Superior: Paladar duro y un tercio del paladar blando

El vestíbulo

Limite Anterior: Labios

Limite Lateral: Mejillas

Limete Posterior: Caras vestibulares de las arcadas dentales

Paladar duro

- Formado por las apófisis palatinas del maxilar superior.
- En la parte anterior se encuentra el agujero Nasopalatino.
- En la parte posterior se encuentran los agujeros palatinos mayores y menores.
- Su borde posterior es libre y termina en la espina nasal posterior .
- Porción horizontal del hueso palatino

Paladar blando

- Es un telón que tiene un borde inferior libre.
- En el centro posee una estructura en forma de campanilla (úvula).
- Esta conformado por 10 músculos, 5 de cada lado: Palatogloso, palatofaríngeo, tensor del velo del paladar, elevador del velo del paladar y músculo de la úvula.

Piso de boca

- Conformado por el músculo milohioideo.
- Su principal contenido es la lengua, la cual tiene dos caras una dorsal y una ventral en la cara dorsal se encuentran las papilas gustativas y la cara ventral esta cubierta por mucosa delgada, además está compuesta por 17 músculos, 8 pares: Transverso, Genioglosos, Estiloglosos, Hioglosos, Palatoglosos, Faringoglosos, Amigdaloglosos, Lingual Inferior y el único impar: Lingual Superior.

Labios

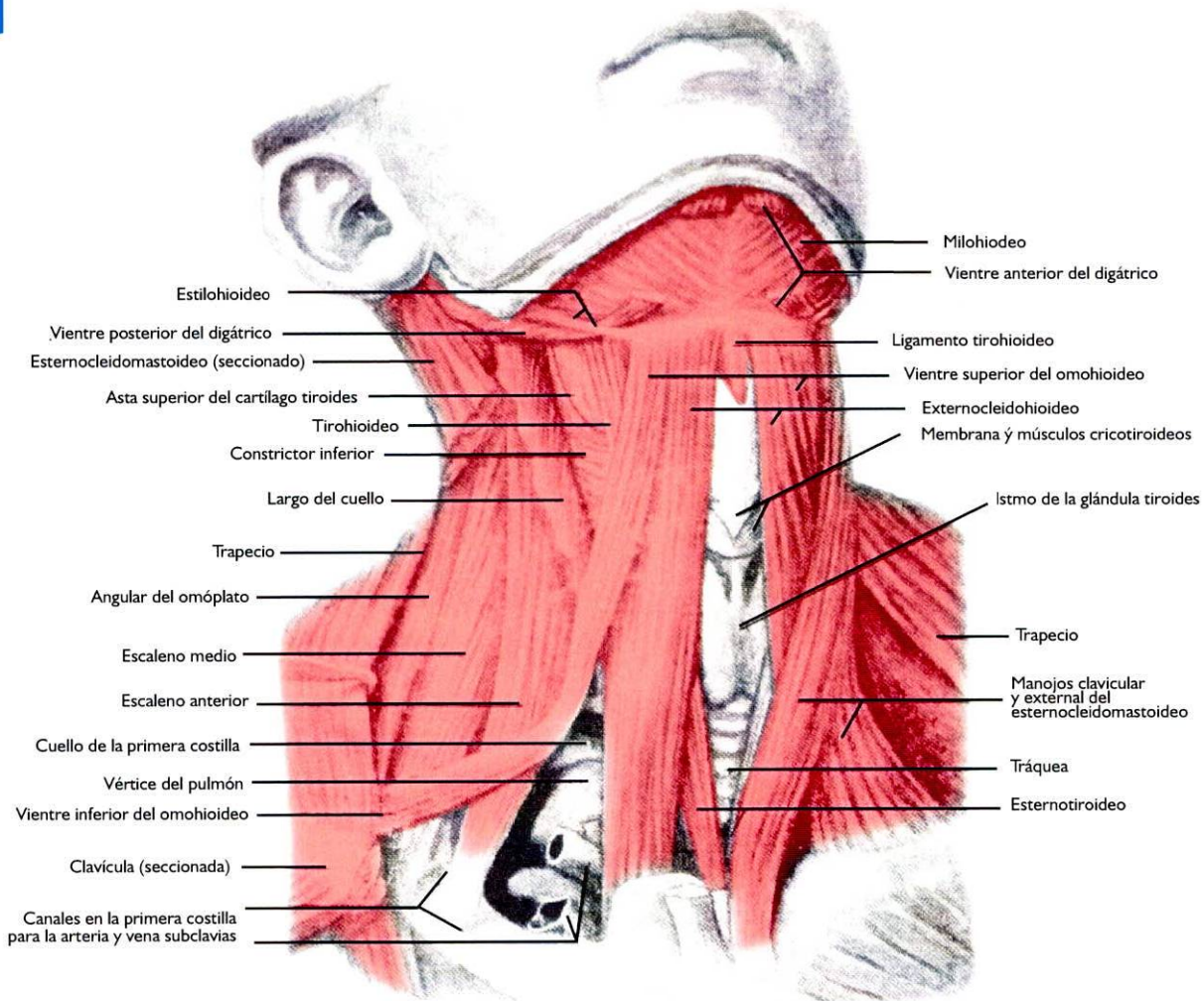
- Están compuestos por una capa mucosa, submucosa, una de piel y una de músculo.
- Contiene varias glándulas sebáceas y folículos pilosos.
- El labio superior es dividido por dos surcos; nasolabial y subnasal.
- El labio inferior es más grueso y está invertido (en posición contraria al labio superior), está conformado por el músculo orbicular de los labios y todas las inserciones de los músculos faciales de la región bucal que llegan a ellos.

Mejillas

- Contiene una capa de tejido adiposo llamada la bolsa de Bichart.
- Esta formado por el músculo buccinador que es atravesado por el conducto de la glándula parótida.
- A nivel del segundo molar superior existe una papila que corresponde al orificio de secreción de la glándula parótida.

ANATOMIA

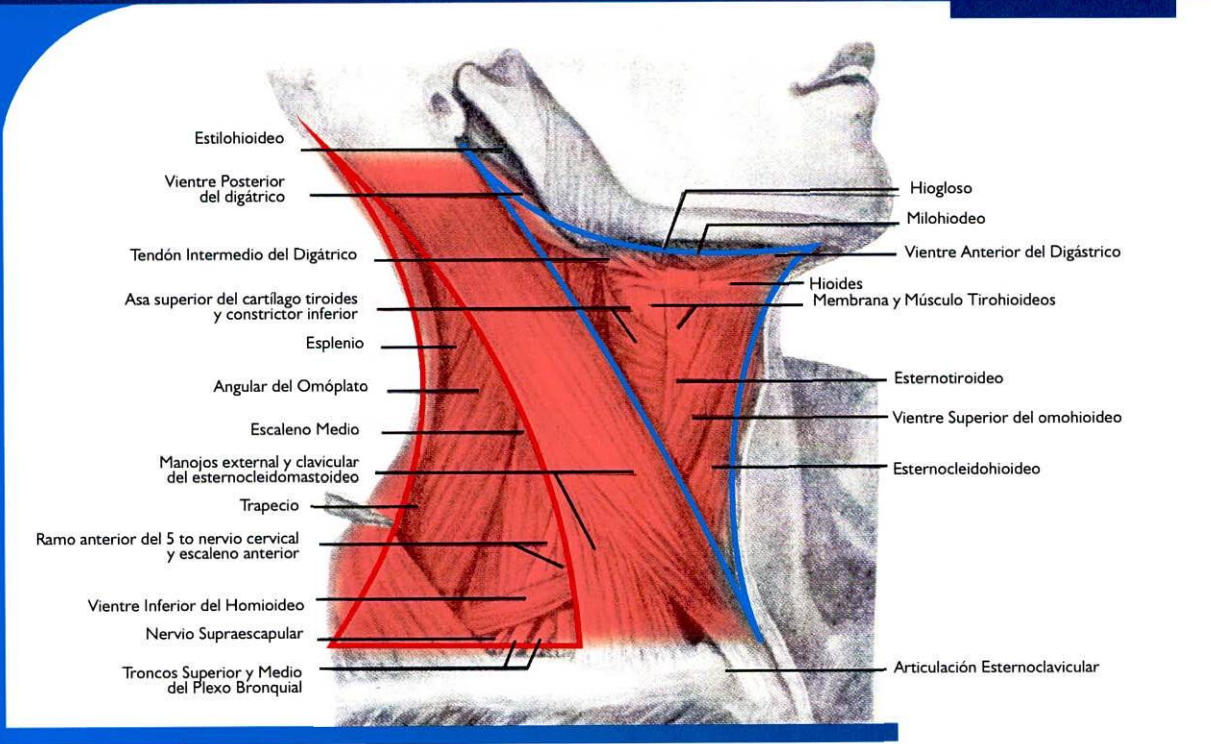
Anatomía de cuello



Músculos del Cuello, vista anterolateral

Anatomía Humana, R.D. Lockhart, Hamilton, Fyfe, Interamericana Mc Garw Hill, Pag 165

ANATOMIA DE CUELLO



Músculos y triángulos del cuello. Anatomía Humana, R.D. Lockhart, Hamilton, Fyfe, Interamericana Mc Garw Hill, Pag 166

Triángulo posterior: Se encuentra limitado medialmente por el borde posterior del esternocleidomastoideo, lateralmente por el borde anterior del trapecio e inferiormente por la clavícula, el techo del triángulo es la lámina superficial de la fascia profunda mientras que el suelo del triángulo es la fascia prevertebral.

Triángulo anterior: Limite lateral borde anterior del esternocleidomastoideo límite superior sínfisis mandibular y medialmente se encuentra limitado por la línea media del cuello, este triángulo se subdivide en cuatro triángulos:

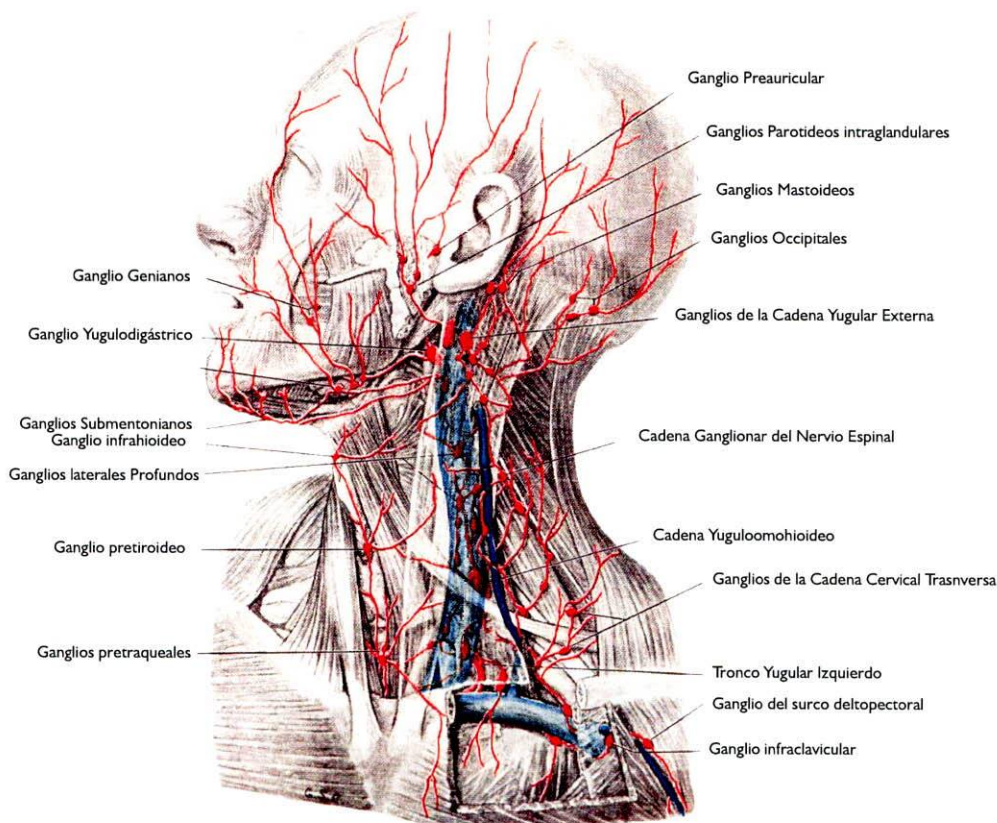
Triángulo carotídeo: Limitado por el vientre posterior del digástrico, el vientre superior del omohioideo y la porción media del esternocleidomastoideo. En el interior se encuentran las estructuras que forman la vaina carotídea: Arteria carótida común, pares craneanos IX, X, XI, y XII y el asa cervical.

Triángulo submandibular: Limitado por el borde inferior de la mandíbula, el vientre anterior y posterior del digástrico y el músculo milohioideo, en este se encuentran la glándula submaxilar y ganglios linfáticos asociados, la arteria y vena facial y la rama marginal del facial.

Triángulo muscular: Limitado arriba por el músculo homohioideo, lateralmente por el borde anterior del esternocleidomastoideo y medialmente por la línea media del cuello, contiene todos los músculos infrahioideos, el tracto aerodigestivo y la glándula tiroides y paratiroides.

Triángulo submental: Limitado lateralmente entre los dos vientres anteriores del músculo digástrico, e inferiormente por el cuerpo del hueso hioides cuyo suelo lo forma el músculo milohioideo.

GANGLIOS LINFATICOS



Linfáticos de la Cabeza y el Cuello, Anatomía Humana, R.D. Lockhart, Hamilton, Fyfe, Interamericana Mc Garw Hill, Pag 662

NIVEL I: Grupo Submentoniano: ganglios situados entre el vientre anterior del digástrico lateralmente y el hueso hioides inferiormente. Grupo Submandibular: ganglios situados entre el vientre anterior y posterior del digástrico y el borde inferior de la mandíbula.

NIVEL II: Grupo Yugular alto: Esta a nivel del tercio superior de la vena yugular interna y la porción proximal del nervio espinal. Limita superiormente la entrada de la vena en la base del cráneo y caudalmente en la bifurcación carotidea y el hueso hioides, localizándose el borde inferior en el margen posterior del esternocleidomastoideo y el limite anterior en el borde lateral del esternohioideo.

NIVEL III: Grupo Yugular medio: Comprende el grupo de ganglios que acompañan a la vena yugular interna en su recorrido a nivel de su tercio medio.

NIVEL IV: Grupo Yugular inferior: Limita inferiormente con el borde superior de la clavícula y comprende el grupo de ganglios localizados en el tercio inferior del trayecto de la vena yugular interna.

NIVEL V: Grupo del Triángulo posterior: Ganglios situados en el triángulo posterior y aquellos ganglios situados a lo largo del nervio espinal y la arteria transversa cervical.

NIVEL VI: Incluye el conjunto de ganglios situados entre ambas ramas carotideas limitando superiormente con el cartílago hioides. Se distinguen unos grupos ganglionares: Paratraqueales, pretiroideos, precricoides del nervio laringe recurrente.

CARCINOMA ESCAMO CELULAR

El carcinoma escamo celular se define como una neoplasia maligna del epitelio que recubre la cavidad oral (epitelio plano estratificado) que puede producir proliferación destructiva local, usualmente aparece en labio, lengua, tejido intraoral incluyendo orofarínge. (ANDERSON,2001).

Histopatológicamente al estudiar los tumores se identificaron dos patrones principales de crecimiento neoplásico, el benigno y el maligno.

CARACTERISTICAS	BENIGNAS	MALIGNAS
DIFERENCIACION:	<ul style="list-style-type: none"> • Bien diferenciadas. • La estructura puede ser típica del tejido original. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cierta falta de diferenciación, con anaplasia. • La estructura es a menudo atípica.
INDICE DE CRECIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo general lento y progresivo • Puede detenerse o invertirse • Las figuras mitóticas son infrecuentes y normales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Variable • Puede ser lenta o rápida, las figuras mitóticas suelen ser numerosas y anormales.
ENCAPSULACION : INVASION	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo general encapsulados, aunque en raras ocasiones no hay cápsulas. • Generalmente compacto y expansivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Invasivo sin encapsulación. • Por lo general es infiltrante, aunque puede tener un aspecto compacto y expansivo.
METASTASIS	<ul style="list-style-type: none"> • Ausentes 	<ul style="list-style-type: none"> • A menudo presentes. • Cuanto mayor y más indiferenciado sea el tumor primario, más probable es que haya metástasis

Grados de Diferenciación Neoplásica

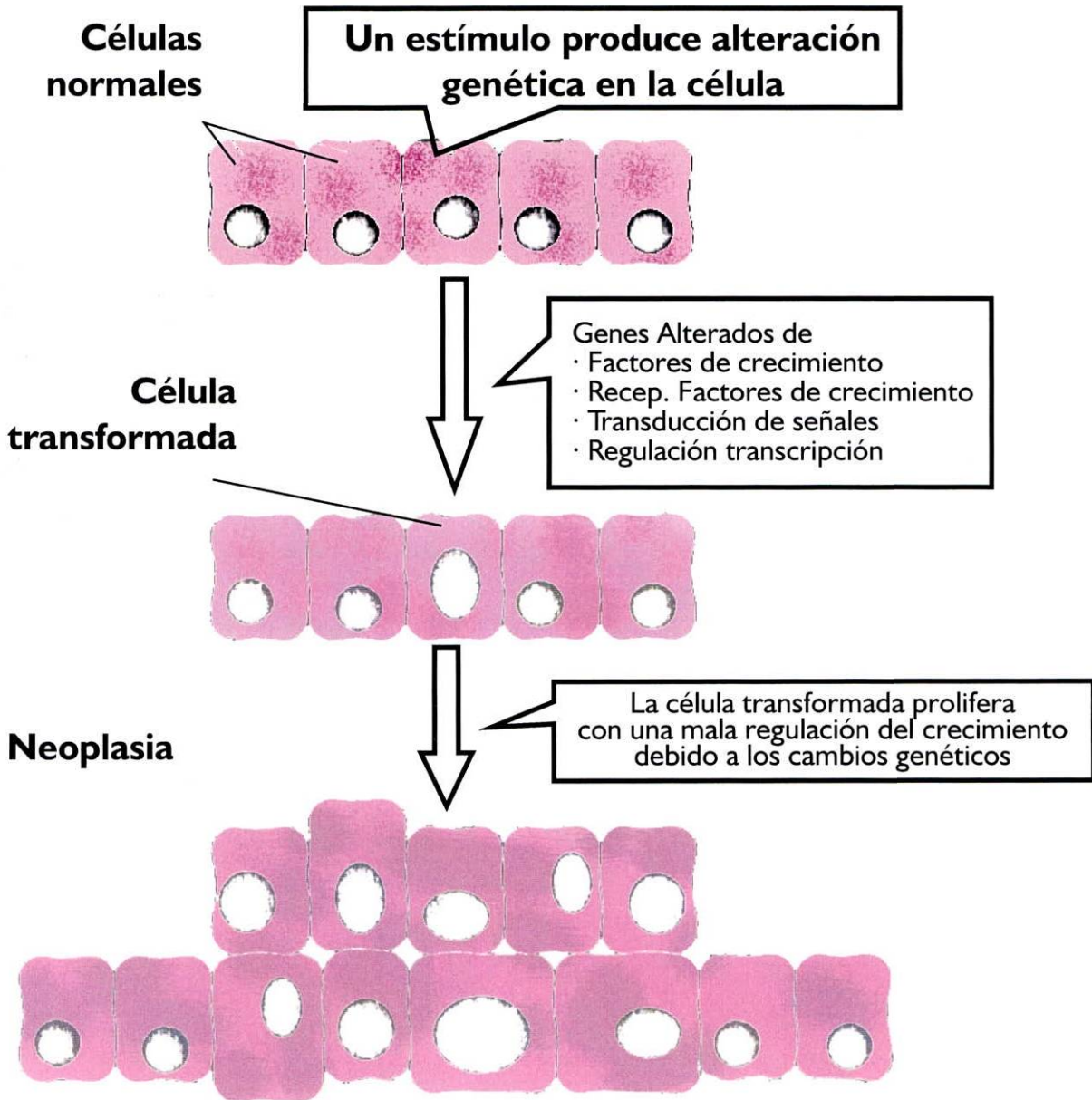
- Cuando las células que conforman el tejido alterado se parecen mucho al tejido originario, se denominan neoplasia maligna bien diferenciada.
- Cuando las células tumorales muestran sólo cierto parecido con el tejido de origen, la neoplasia se denomina neoplasia maligna poco diferencial.
- Cuando las células tumorales les falta diferenciación no se puede identificar la célula originaria el tumor se denomina neoplasia maligna anaplásica. (PFOU,2001).

Una neoplasia maligna poco diferenciada tiende a ser más agresiva que otra bien diferenciada. Las células también suelen mostrar una citología típica.

Las Características del Carcinoma Escamo Celular son

- Aumento de la variedad de forma y tamaño de las células (pleomorfismo nuclear).
- Aumento de la densidad de tinsión de los núcleos celulares (hipercromatismo nuclear).
- Aumento desproporcional de los núcleos en relación con el tamaño del citoplasma celular (aumento del índice citoplasmático). (MAHMOOD,1997).

HISTOPATOLOGIA



Fenómenos de la transformación Neoplasia

ETIOLOGIA

La etiología exacta permanece desconocida pero estos factores están asociados a la aparición del carcinoma.

Consumo de alcohol. La ingesta de alcohol etílico incrementa de manera significativa el riesgo de cáncer.

Consumo de tabaco y/o cigarrillo. El uso indiscriminado de éste puede producir alteraciones a nivel de la mucosa que puede ocasionar úlceras.

Radiación Ultravioleta. Debido a que la radiación produce alteraciones en las células y genes del organismo, haciendo que se multipliquen de forma anormal, produciendo una posible neoplasia.

INFECCIONES ASOCIADAS AL CARCINOMA

BACTERIAS

Treponema Pallidum. Esta bacteria produce la sífilis, la cual se manifiesta en boca solo cuando existe contacto orogenital, desapareciendo sin tratamiento en pocas semanas, pero el virus permanece latente en el organismo, afectando los nódulos linfáticos y por ende el sistema inmune del organismo.

Mycobacterium Tuberculosis (Bacilo de Coch). Esta bacteria produce la tuberculosis; enfermedad que se manifiesta por medio de úlceras induradas que pueden ser dolorosas, las cuales aparecen con mayor frecuencia en el paladar, que no cicatrizan.

HONGOS

Candida Albicans. Este hongo se convierte en un agente infectante solamente cuando se produce un cambio en el ambiente del cuerpo el cual permite su crecimiento descontrolado.

VIRUS

Virus del papiloma. Este virus puede permanecer inactivo hasta por seis meses después del contacto y antes de provocar la erupción de vesículas bucales anormales.

Virus Epstein Barr. Este virus entra a los ganglios linfáticos y ataca a los linfocitos las cuales juegan un papel muy importante en el sistema de defensa del organismo.

VIH. Este virus hace que el sistema de defensas naturales del organismo se inhabilite, permitiendo que los microorganismos que normalmente pueden ser combatidos se conviertan en mortales.

Virus del Herpes simple tipo I. Es un tipo de virus recurrente, que cuando ataca por segunda vez y el paciente presenta indicios de cáncer actúa con mayor agresividad ya que el paciente se encuentra inmunodeprimido.

OTROS

Irritación Crónica. La irritación crónica que puede producir una prótesis mal adaptada o un trauma constante sobre cualquier tejido oral siempre y cuando sea de larga evolución y constante predispone a la proliferación de células de forma desordenada. (ANDERSON,2001).

Mala Higiene Oral. Esta junto con las anteriores infecciones son factores predisponentes para la aparición de carcinoma escamo celular.

SIGNOS Y SINTOMAS

General

GENERAL

Pérdida de Apetito

El apetito se pierde a causa del dolor producido por la lesión, dependiendo de la ubicación de la misma.

Pérdida de Peso

Se pierde por la disminución de la ingesta de alimentos, o se puede presentar como secuela de los tratamientos realizados.

Fiebre

Se produce por las infecciones asociadas al carcinoma escamo celular.

Malestar General

Se debe a las implicaciones sistémicas que presenta el paciente.

Anemia

Se da como consecuencia de la destrucción de la línea roja debido a la insuficiente oxigenación que recibe el cuerpo.

Estado Caquexia

Es un conjunto de síntomas donde el paciente se encuentra en un estado bajo de peso, anoréxico, con síndrome de sueño invertido y presenta ascitis.

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS

Lengua

Epidemiología El riesgo es del 25 - 40%

Factores de Riesgo **Edad:** Se presenta con mayor frecuencia entre los 60 a 80 años.

Género: Afecta principalmente a hombres que a mujeres.

Tabaco: El hábito de fumar cigarrillo aumenta el riesgo de carcinoma.

Dieta: La ingesta frecuente de alcohol, la disminución de proteínas, vitaminas y hierro predisponen a la aparición de un carcinoma escamo celular.

Otros Factores

Higiene dental: Una deficiente higiene oral representa un factor predisponente a este tipo de carcinoma.

Infección: Las infecciones recurrentes y lo anteriormente mencionado contribuyen a la aparición de éste tipo de lesiones.

Presentación (signos y síntomas)

Manifestaciones Locales

Lengua eritematosa
 Úlcera indurada con bordes elevados que no cicatriza
 Indolora
 Mucosa atrófica

Manifestaciones Sistémicas

Fiebre
 Malestar general
 Dificultad para pasar los alimentos
 Dificultad para hablar.
 Dolor de Garganta

Ayudas Diagnósticas

Antecedentes Médicos: Una detallada anamnesis médica es esencial en la evaluación de los pacientes con sospecha de procesos malignos en cavidad oral.

Examen Físico: En cavidad oral y cuello

Biopsia: La biopsia diagnóstica de cualquier área anormal es imprescindible. Por lo general esta se practica en el momento del examen de cabeza y cuello.

Imagenología: Radiografía de tórax

Patología

Localización: La localización más común del cáncer de lengua es la porción posterior del borde lateral del tercio medio, que es hasta el 45% de las lesiones linguales.

Diseminación metastásica: Las metástasis del cáncer lingual son relativamente infrecuentes en el momento del tratamiento primario.

Modo de diseminación: Lo hace por vía linfática.

Porcentaje a donde va: Los depósitos metastásicos ipsolaterales son del 14 al 76%, los contralaterales son del 5 al 27%, los primeros ganglios afectados son: submandibulares, subdigástricos, yugulares y omohioideos.

Estadio Tumoral

La lengua es un órgano conformado por 17 músculos, tiene una cara dorsal y una ventral, en la cara dorsal se encuentran las papilas: filiformes, fungiformes, calciformes y foliadas. La cara ventral no tiene papilas y está cubierta por mucosa.

T: Tumor: Hace referencia a la existencia y tamaño del tumor.

Tx: No es posible evaluar el tumor primario.

To: No existe evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ.

T1: El tumor está limitado a la lengua y no supera los 2 cm en su máxima dimensión.

T2: El tumor está limitado a la lengua y supera los 2 cm, pero no los 4 cm en su máxima dimensión.

T3: El tumor está limitado a la lengua y supera los 4 cm en su máxima dimensión.

T4: El tumor invade estructuras continuas más allá de la lengua.

N: Ganglios: Hace referencia a la afectación de ganglios linfáticos y un número alto denota una mayor afección.

Nx: No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales.

No: Ganglios no palpables.

N1: Ganglios palpables ipsolaterales.

N2: Ganglios contralaterales o bilaterales.

N3: Ganglios palpables fijos.

M: Metástasis: Hace referencia a las metástasis a distancia.

Mo: Ausencia de metástasis a distancia.

M1: Existencia de metástasis a distancia.

Agrupamiento por estadios

Estadio 0: Tis, No, Mo.

Estadio I: T1, No, Mo.

Estadio II: T2, No, Mo.

Estadio III: T3, No, Mo; T1-3, N1, Mo

Estadio IV: T4, No- I, Mo; Cualquier T, N2-3, Mo; Cualquier T, Cualquier N, M1.

Tratamiento

El carcinoma de células escamosas de la cavidad oral se trata fundamentalmente mediante cirugía, radioterapia o una combinación de las dos modalidades.

T1 No, Mo: Cirugía: resección amplia con cierre primario.

Radioterapia

T2, No, Mo: Cirugía: Resección quirúrgica completa
 Hemiglosectomía
 Reconstrucción de lengua
 Vaciamiento supraomohioideo homolateral
 Vaciamiento supraomohioideo bilateral (lesión localizada cara ventral)
 Radioterapia.

T3NoT1, T1-3, N1: Cirugía: Resección quirúrgica combinada
 Vaciamiento radical de cuello homolateral
 Vaciamiento suprahomohioideo lateral
 Reconstrucción
 Radioterapia.

T4, No cualquier T, N2-3, M1: Cirugía: Resección quirúrgica
 Glosectomía
 Resección ósea mandibular
 Vaciamiento radical de cuello homolateral.
 Vaciamiento suprahomohioideo en estado ganglionar No.
 Reconstrucción
 Radioterapia.

Pronóstico

Riesgo de recurrencia: Este guarda una relación muy estrecha con el estadio ganglionar, con un riesgo del 10% para los pacientes con enfermedad No-I y de hasta el 60% para los de enfermedad N2-3.

Supervivencia a los 5 años: Porción anterior de la lengua en estadio I 80 a 90%, estadio II 60 a 70 %, estadio III 40%, estadio IV 20%; base de la lengua en estadio I 60%, estadio II 60%, estadio III 40%, estadio IV 10 a 20%.

Factores pronósticos adversos: Las siguientes características patológicas se asocian con una evolución particularmente mala:

Invasión vascular

Recurrencia local: Se duplica el riesgo que tiene todo paciente de hacer metástasis de nuevo.

Metástasis a distancia: Es la capacidad que tiene el tumor de invadir estructuras anexas al sitio primario.



Carcinoma de Lengua (Raspall 1999)

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS

Labio

Epidemiología

Se presenta de 25 a 30 % de todos los cánceres de boca.

Factores de Riesgo

Edad: Aparece con mayor frecuencia entre los 50 y los 70 años.

Género: Con mayor frecuencia se presenta en hombres.

Radiación: Se considera que la exposición a la luz solar (radiación ultravioleta) explica la incidencia relativamente alta de cáncer de labio.

Tabaquismo: El hábito de fumar cigarrillos y/o pipa aumenta el riesgo de carcinoma.

Otros Factores

Infección: La pérdida de la función de barrera de la mucosa oral, hace que los paciente neoplásicos sean vulnerables a las infecciones orales secundarias, bacterias, hongos y la reactivación de infecciones virales latentes. Las infecciones pueden ser: Micóticas, Virales y Bacterianas.

Presentación (signos y síntomas)

Manifestaciones Locales

Ulceras induradas.
 Ulceras crónicas que no cicatrizan.
 Lesiones exofíticas.
 Mucosa atrófica

Manifestaciones Sistémicas

Fiebre
 Malestar general

Ayudas Diagnósticas

Antecedentes Médicos: Una detallada anamnesis médica es esencial en la evaluación de los pacientes con sospecha de procesos malignos en cavidad oral.

Examen Físico: En cavidad oral y cuello

Biopsia: La biopsia diagnóstica de cualquier área anormal es imprescindible. Por lo general esta se practica en el momento del examen de cabeza y cuello.

Imagenología: Radiografía de tórax

Patología

Localización: El bermellón del labio es la localización mas común de esta patología.

Modo de diseminación: Lo hace por vía linfática

Porcentaje a donde va: El labio inferior tiende a hacer metástasis ipsolaterales de 5 a 15% y metástasis contralaterales menor al 5%, los grupos ganglionares que inicialmente afecta son: submandibulares (laterales), submentonianos (mediales). El labio superior tiende a hacer metástasis ipsolateral de un 40 a 50% y las metástasis contralaterales menor al 5% y lo hace a los ganglios submandibulares, bucales y parotídeos.

Estadío Tumoral

Los labios son músculos que componen la abertura bucal. El labio superior e inferior realizan el dominio de la tercera parte de la cara, el borde superior y lateral del labio superior están bien definidos por los pliegues nasolabiales, el borde inferior del labio inferior esta bien definido a lo largo del pliegue mental.

T: Tumor: Hace referencia a la existencia y tamaño del tumor.

Tx: No es posible evaluar el tumor primario.

To: No existe evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ.

T1: El tumor está limitado al labio y no supera los 2 cm en su máxima dimensión.

T2: El tumor está limitado al labio y supera los 2 cm, pero no los 4 cm en su máxima dimensión.

T3: El tumor está limitado al labio y supera los 4 cm en su máxima dimensión.

T4: El tumor invade estructuras continuas más allá del labio.

N: Gánglios: Hace referencia a la afectación de ganglios linfáticos y un número alto denota una mayor afección.

Nx: No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales.

No: Ganglios no palpables.

N1: Ganglios palpables ipsolaterales.

N2: Ganglios contralaterales o bilaterales.

N3: Ganglios palpables fijos.

M: Metástasis: Hace referencia a las metástasis a distancia.

Mo: Ausencia de metástasis a distancia.

M1: Existencia de metástasis a distancia.

Tratamiento

El carcinoma de células escamosas de la cavidad oral se trata fundamentalmente mediante cirugía, radioterapia o una combinación de las dos modalidades.

T1, No, Mo: Cirugía: Resección quirúrgica.

Radioterapia

T2, No, Mo: Cirugía: Resección quirúrgica con colgajos locales.

T1-3,N1: Cirugía: Resección quirúrgica
 Reconstrucción.
 Colgajos locales.
 Vaciamiento radical de cuello homolateral en pacientes con cuello positivo.
 Vaciamiento supraomoihoideo homolateral en estado ganglionar No
 Vaciamiento supraomoihoideo lateral
 Radioterapia.

T4, cualquier T, N2-3, M1: Cirugía: Resección quirúrgica
 Reconstrucción
 Vaciamiento radical bilateral
 Manejo de cuello igual a T3
 Radioterapia.

Agrupamiento por estadíos

Estadío 0: Tis, No, Mo.
 Estadío I: T1, No, Mo.
 Estadío II: T2, No, Mo.
 Estadío III: T3, No, Mo; T1-3, N1, Mo
 Estadío IV: T4, No- I, Mo; cualquier T, N2-3, Mo; cualquier T, cualquier N, M1

Pronóstico

Riesgo de recurrencia: Este guarda una relación muy estrecha con el estadío ganglionar, con un riesgo del 10% para los pacientes con enfermedad No-I y de hasta el 60% para los de enfermedad N2-3.

Supervivencia a 5 años: Para estadío I es 90%, estadío II mayor al 70 %, estadío III 70%, estadío IV 30%.

Factores pronósticos adversos: Las siguientes características patológicas se asocian con una evolución particularmente mala:

Invasión vascular

Recurrencia local: Se duplica el riesgo que tiene todo paciente de hacer metástasis de nuevo.

Metástasis a distancia: Es la capacidad que tiene el tumor de invadir estructuras anexas al sitio primario.



Carcinoma de Labio

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS

Piso de boca

Epidemiología Abarca 10-15% del total de los tumores malignos en boca.

Factores de Riesgo **Edad:** Afecta entre los 50 y 70 años de vida.

Género: Esta patología afecta principalmente a los hombres.

Tabaco: El hábito de fumar cigarrillo aumenta el riesgo de carcinoma.

Dieta: La ingestión de alcohol aumenta el riesgo de carcinoma.

Otros Factores

Higiene Oral. La mala higiene oral sumada a una prótesis mal adaptada durante mucho tiempo, y que cause lesiones aumenta el riesgo de contraer carcinoma.

Infección: Estas se producen por la vulnerabilidad del paciente que se encuentra inmunodeprimido y que debido a esto tiende a contraer cualquier tipo de infección viral, micótica o bacteriana.

Presentación (signos y síntomas)

Manifestaciones Locales

La lesión se inicia con un tamaño reducido hasta que se manifiesta como una masa exofítica o Papilar.
Mucosa atrófica

Manifestaciones Sistémicas

Fiebre
Malestar general
Disfagia
Anorexia.

Investigación Diagnóstica

Antecedentes Médicos: Una detallada anamnesis médica es esencial en la evaluación de los pacientes con sospecha de procesos malignos en cavidad oral.

Examen Físico: Cavidad Oral, Cuello

Biopsia: La biopsia diagnóstica de cualquier área anormal es imprescindible. Por lo general esta se practica en el momento del examen de cabeza y cuello.

Imagenología: Radiografía de tórax

Patología

Localización: Este se encuentra en cualquier sitio que abarca la totalidad del piso de boca.

Modo de diseminación: Lo hace por vía linfática

Porcentaje de a donde va: Las metástasis ipsolaterales son de 14-54%, y las contralaterales son del 10-47%, los grupos ganglionares iniciales a los que afecta son: submandibulares, subdigástricos.

Estadío Tumoral

El piso de boca es un área en forma de "U" comprendida entre la encía del maxilar inferior y la lengua.

T: Tumor: Hace referencia al tumor primario. El número acompañante denota el tamaño del tumor y su extensión. El número varía según localización.

Tx: No es posible evaluar el tumor primario.

To: No existe evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ.

T1: El tumor está limitado al piso de boca y no supera los 2 cm en su máxima dimensión.

T2: El tumor está limitado al piso de boca y supera los 2 cm, pero no los 4 cm en su máxima dimensión.

T3: El tumor está limitado al piso de boca y supera los 4 cm en su máxima dimensión.

T4: El tumor invade estructuras continuas más allá del piso de boca.

N: Ganglios: Hace referencia a la afectación de ganglios linfáticos y un número alto denota una mayor afección.

Nx: No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales.

No: Ganglios no palpables.

N1: Ganglios palpables ipsolaterales.

N2: Ganglios contralaterales o bilaterales.

N3: Ganglios palpables fijos.

M: Metástasis: Hace referencia a las metástasis a distancia.

Mo: Ausencia de metástasis a distancia.

M1: Existencia de metástasis a distancia.

Tratamiento

El carcinoma de células escamosas de la cavidad oral se trata fundamentalmente mediante cirugía, radioterapia o una combinación de las dos modalidades.

T1, No, Mo: Cirugía: Resección amplia.

Cierre primario o injerto libre de piel

Radioterapia.

T2, No, Mo: Cirugía: Resección quirúrgica

Injerto libre de piel

Radioterapia.

T2-3, N1: Cirugía: Resección quirúrgica

Vaciamiento radical de cuello con estadío ganglionar No y supraomohioideo contralateral.

Reconstrucción.

T4, cualquier T, N2-3, M1: Cirugía: Resección quirúrgica
 Vaciamiento radical de cuello homolateral
 Resección mandibular marginal.
 Vaciamiento supraomohioideo lateral en estado ganglionar No.
 Radioterapia.

Agrupamiento por estadios

Estadío 0: Tis, No, Mo.
 Estadío I: T1, No, Mo.
 Estadío II: T2, No, Mo.
 Estadío III: T3, No, Mo; T1-3, N1, Mo
 Estadío IV: T4, No- I, Mo; cualquier T, N2-3, Mo; cualquier T, cualquier N, M1

Pronóstico

Riesgo de recurrencia: Este guarda una relación muy estrecha con el estadío ganglionar, con un riesgo del 10% para los pacientes con enfermedad No- I y de hasta el 60% para los de enfermedad N2-3.

Supervivencia a los 5 años: Para estadío I es de 80-90%, estadío II 60-70%, estadío III 40%, estadío IV 20%.

Factores pronósticos adversos: Las siguientes características patológicas se asocian con una evolución particularmente mala:

Invasión vascular

Recurrencia local: Se duplica el riesgo que tiene todo paciente de hacer metástasis de nuevo.

Metástasis a distancia: Es la capacidad que tiene el tumor de invadir estructuras anexas al sitio primario.



Carcinoma de Piso de Boca (Raspall 1999)

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS

Paladar

Epidemiología

El riesgo común es de 15 - 20%

Factores de Riesgo

Fumar Puro y Pipa, Fumar al revés

Edad: Entre la década de los 60-80 años.

Género: Se presenta con mayor frecuencia en hombres.

Tabaco: El uso indiscriminado de este puede producir alteraciones a nivel de la mucosa del paladar que ocasione úlceras, las cuales no pueden ser cicatrizadas por el constante consumo de la nicotina.

Otros Factores

Higiene dental: La inadecuada higiene oral se presenta como un factor predisponente para la aparición del cáncer.

Prótesis mal adaptadas: Las prótesis que no estén adaptadas pueden llegar a causar hongos, que con el paso de los años causan lesiones y/o formaciones que se pueden convertir en malignas.

Infección: Ocasionadas por prótesis mal adaptadas, bacterias, virus, hongos, se convierten en factores de riesgo para la aparición del cáncer.

Presentación (signos y síntomas)

Manifestaciones Locales

Lesión Sesil
Lesión Indurada
Lesión Exofítica
Placa asintomática de color rojo o blanco

Manifestaciones Sistémicas

Fiebre
Malestar general

Ayudas Diagnósticas

Antecedentes Médicos Una detallada anamnesis médica es esencial en la evaluación de los pacientes con sospecha de procesos malignos en cavidad oral.

Examen Físico en cavidad oral y cuello

Biopsia La biopsia diagnóstica de cualquier área anormal es imprescindible. Por lo general esta se practica en el momento del examen de cabeza y cuello.

Imagenología: Radiografía de tórax

Patología

Localización: El tumor puede localizarse en el llamado paladar duro o el blando.

Diseminación Metastásica: Las metástasis a ganglios cervicales o lesiones grandes significan curso ominoso.

Modo de diseminación: Por vía linfática

Porcentaje a donde va: El cáncer de paladar duro hace metástasis ipsolaterales en un 35-46%, y metástasis contralaterales menor a un 5% a los ganglios submandibulares, retrofaríngeos, bucales y parotídeos, el cáncer de paladar blando hace metástasis ipsolaterales en un 8-67% y metástasis contalaterales en un 16% a los ganglios subdigástricos y yugulares.

Estadío Tumoral

El paladar duro está formado por las apófisis palatinas maxilar superior y por las porciones horizontales del hueso palatino. El paladar blando es un telón que tiene un borde inferior libre, en el centro una estructura en forma de campanilla (úvula).

T: Tumor: Hace referencia al tumor primario. El número acompañante denota el tamaño del tumor y su extensión. El número varia según localización.

Tx: No es posible evaluar el tumor primario.

To: No existe evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ.

T1: El tumor está limitado al paladar y no supera los 2 cm en su máxima dimensión.

T2: El tumor está limitado al paladar y supera los 2 cm, pero no los 4 cm en su máxima dimensión.

T3: El tumor está limitado al paladar y supera los 4 cm en su máxima dimensión.

T4: El tumor invade estructuras continuas más allá del paladar.

N: Ganglios: Hace referencia a la afectación de ganglios linfáticos y un número alto denota una mayor afección.

Nx: No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales.

No: Ganglios no palpables.

N1: Ganglios palpables ipsolaterales.

N2: Ganglios contralaterales o bilaterales.

N3: Ganglios palpables fijos.

M: Metástasis: Hace referencia a las metástasis a distancia.

Mo: Ausencia de metástasis a distancia.

M1: Existencia de metástasis a distancia.

Agrupamiento por estadíos:

Estadío 0: Tis, No, Mo.

Estadío I: T1, No, Mo.

Estadío II: T2, No, Mo.

Estadío III: T3, No, Mo; T1-3, N1, Mo

Estadío IV: T4, No-I, Mo; Cualquier T, N2-3, Mo; Cualquier T, Cualquier N, M1.

Tratamiento

El carcinoma de células escamosas de la cavidad oral se trata fundamentalmente mediante cirugía, radioterapia o una combinación de las dos modalidades.

T1No,Mo: Cirugía: resección amplia.

Area cruenta o aplicación de injerto de piel.

Radioterapia

T2, No, Mo: Cirugía: Resección amplia
Reconstrucción con injerto de piel
Maxilectomía parcial
Radioterapia.

T3 No, Mo, T1 T2, N1: Cirugía: Resección amplia
Maxilectomía parcial
Vaciamiento radical de cuello (adenopatías cervicales)
Vaciamiento suprahomoioideo en estado ganglionar No.
Reconstrucción Protésica.
Radioterapia.

T4, No cualquier T, N2-3, M1: Cirugía: Resección amplia.
Maxilectomía parcial (preservando piso de órbita).
Reconstrucción Protésica
Radioterapia.

Pronóstico

Riesgo de recurrencia: Este guarda una relación muy estrecha con el estadio ganglionar, con un riesgo del 10% para los pacientes con enfermedad No-I y de hasta el 60% para los de enfermedad N2-3.

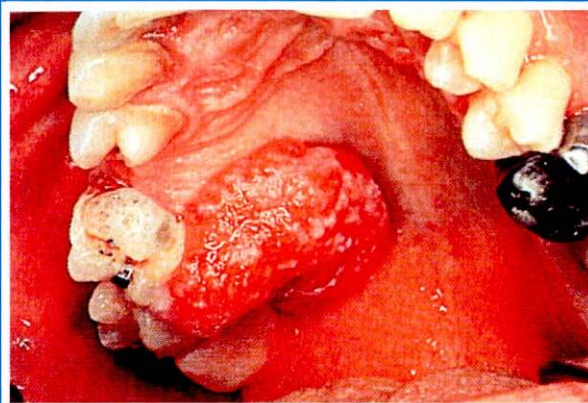
Supervivencia a los 5 años: Para estadio I: 85%, estadio II: 70%, estadio III: 40%, estadio IV: 20%.

Factores pronósticos adversos: Las siguientes características patológicas se asocian con una evolución particularmente nociva.

Invasión vascular

Recurrencia local: Se duplica el riesgo que tiene todo paciente de hacer metástasis de nuevo.

Metástasis a distancia: Es la capacidad que tiene el tumor de invadir estructuras anexas al sitio primario.



Carcinoma de Paladar Duro
(Raspall 1999)

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS

Encía

Epidemiología Comprende el 10 % de los tumores de boca.

Factores de Riesgo **Edad:** Se presenta principalmente entre los 50-70 años.

Género: Afecta principalmente a hombres que a mujeres.

Alcohol: El consumo de alcohol etílico aumenta el riesgo del carcinoma.

Vitaminas: Se implica como factor etiológico el consumo de una dieta baja en vitaminas.

Tabaquismo: El fumar y/o masticar tabaco influyen en la etiología del carcinoma.

Otros Factores

Higiene dental: Una higiene oral deficiente y las prótesis mal adaptadas se asocian con la aparición de cáncer en encía.

Infección: Los hongos, bacterias, virus y demás flora oral contribuyen a la aparición del carcinoma escamo celular.

Presentación (signos y síntomas)

Manifestaciones Locales

Úlcera que no cicatriza
Luego se convierte en lesión exofítica
Engrosamiento del tejido
Dolor y ardor de la encía
Odontalgia
Pérdida de piezas dentales.
Masa intraoral e inflamación local.

Manifestaciones Sistémicas

Fiebre
Malestar general
Dificultad para masticar.
Decaimiento.

Investigación Diagnóstica

Antecedentes Médicos: Una detallada anamnesis médica es esencial en la evaluación de los pacientes con sospecha de procesos malignos en cavidad oral.

Examen Físico: Cavidad Oral, Cuello

Biopsia: La biopsia diagnóstica de cualquier área anormal es imprescindible. Por lo general esta se practica en el momento del examen de cabeza y cuello.

Imagenología: Radiografía de tórax

Patología

Localización: Los carcinomas de la encía generalmente se localizan en las regiones de premolares y molares inferiores. Sus homónimos superiores, aunque menos frecuentes, también manifiestan una preferencia similar por el tercio posterior de la arcada dental.

Modo de diseminación: Lo hace por vía linfática.

Porcentaje a donde va: Hace metástasis ipsolaterales en un 35-71% a grupos ganglionares submandibulares, subdigástricos y submentonianos. (OGURA, 2000)

Estadío Tumoral

T: Tumor: Hace referencia al tumor primario. El número acompañante denota el tamaño del tumor y su extensión. El número varía según localización.

Tx: No es posible evaluar el tumor primario.

To: No existe evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ.

T1: El tumor está limitado a la encía y no supera los 2 cm en su máxima dimensión.

T2: El tumor está limitado a la encía y supera los 2 cm, pero no 4 cm en su máxima dimensión.

T3: El tumor está limitado a la encía y supera los 4 cm en su máxima dimensión.

T4: El tumor invade estructuras continuas más allá de la encía.

N: Ganglios: Hace referencia a la afectación de ganglios linfáticos y un número alto denota una mayor afección.

Nx: No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales.

No: Ganglios no palpables.

N1: Ganglios palpables ipsolaterales.

N2: Ganglios contralaterales o bilaterales.

N3: Ganglios palpables fijos.

M: Metástasis: Hace referencia a las metástasis a distancia.

Mo: Ausencia de metástasis a distancia.

M1: Existencia de metástasis a distancia.

Agrupamiento por estadíos

Estadío 0: Tis, No, Mo.

Estadío I: T1, No, Mo.

Estadío II: T2, No, Mo.

Estadío III: T3, No, Mo; T1-3

Estadío IV: Cualquier T con N2-3 ó M1

Tratamiento

El carcinoma de células escamosas de la cavidad oral se trata fundamentalmente mediante cirugía, radioterapia o una combinación de las dos modalidades.

T1, No, Mo: Cirugía: resección quirúrgica amplia.

Radioterapia

T2, No, Mo: Cirugía: Resección quirúrgica completa.

Radioterapia.

T1-3, N1: Cirugía

Vaciamiento radical de cuello

Vaciamiento Suprahomohioideo en el estado ganglionar No

Reconstrucción

Radioterapia.

T4, cualquier T, N2-3, M1: Cirugía: Resección quirúrgica amplia.
 Vaciamiento radical del cuello homolateral
 Vaciamiento Suprahomohioideo en el estado ganglionar No
 Reconstrucción
 Radioterapia.

Pronóstico

Riesgo de recurrencia: Este guarda una relación muy estrecha con el estadio ganglionar, con un riesgo del 10% para los pacientes con enfermedad No-I y de hasta el 60% para los de enfermedad N2-3.

Supervivencia a los 5 años: Para el estadio I 90%, estadio II 70%, estadio III 40%, estadio IV 20%.

Factores pronósticos adversos: Las siguientes características patológicas se asocian con una evolución particularmente nociva.

Invasión vascular

Recurrencia local: Se duplica el riesgo que tiene todo paciente de hacer metástasis de nuevo.

Metástasis a distancia: Es la capacidad que tiene el tumor de invadir estructuras anexas al sitio primario.



Carcinoma de encía
 (Raspall 1999)

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS

Mucosa yugal o mejillas

Epidemiología

Están ubicados en el 10% de los carcinomas bucales.

Factores de Riesgo

Edad: Aparece con mayor frecuencia entre los 50 y los 70 años.

Género: Afecta con mayor propensión a hombres que a mujeres.

Tabaquismo El hábito de fumar pipa y/o masticar tabaco aumenta el riesgo de desarrollar ésta patología.

Otros Factores

Higiene dental: La acumulación de placa bacteriana sumado a una deficiente higiene oral aumenta el riesgo de contraer carcinoma en esta zona.

Infección: Los posibles virus latentes, bacterias, hongos y demás flora oral combinado con lo antes mencionado provoca susceptibilidad a este carcinoma.

Presentación (signos y síntomas)

Manifestaciones Locales

Úlcera que no cicatriza
Lesión exofítica.
Masa de base amplia en forma de verruga
Mucosa atrófica

Manifestaciones Sistémicas

Fiebre
Malestar general
Alguna dificultad para comer.
Dolor local
Invación precoz del músculo buccinador.

Investigación Diagnóstica

Antecedentes Médicos Una detallada anamnesis médica es esencial en la evaluación de los pacientes con sospecha de procesos malignos en cavidad oral.

Examen Físico Cavidad Oral, Cuello

Biopsia La biopsia diagnóstica de cualquier área anormal es imprescindible. Por lo general esta se practica en el momento del examen de cabeza y cuello.

Imagenología Radiografía de tórax

Patología

Localización: Se ubica en la mucosa intraoral correspondiente a las mejillas.

Modo de diseminación: Tiene tendencia a presentar un curso clínico agresivo. Lo hace por vía linfática.

Porcentaje a donde va: Suele hacer metástasis ipsilateral de un 25-45%, y menor a un 5% de metástasis contralaterales afectando ganglios submandibulares, submentonianos y subdigástricos.

Estadío Tumoral

Se ubica en la mucosa intraoral correspondiente a las mejillas. El carcinoma escamo celular es poco frecuente en esta zona este se produce por el masticar picadura de tabaco y fumarlo.

T: Tumor: Hace referencia al tumor primario. El número acompañante denota el tamaño del tumor y su extensión. El número varía según localización.

Tx: No es posible evaluar el tumor primario.

To: No existe evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ.

T1: El tumor está limitado a la mucosa yugal y no supera los 2 cm en su máxima dimensión.

T2: El tumor está limitado a la mucosa yugal y supera los 2 cm, pero no 4 cm en su máxima dimensión.

T3: El tumor está limitado a la mucosa yugal y supera los 4 cm en su máxima dimensión.

T4: El tumor invade estructuras continuas más allá de la mucosa yugal

N: Ganglios: Hace referencia a la afectación de ganglios linfáticos y un número alto denota una mayor afección.

Nx: No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales.

No: Ganglios no palpables.

N1: Ganglios palpables ipsolaterales.

N2: Ganglios contralaterales o bilaterales.

N3: Ganglios palpables fijos.

M: Metástasis: Hace referencia a las metástasis a distancia.

Mo: Ausencia de metástasis a distancia.

M1: Existencia de metástasis a distancia.

Agrupamiento por estadíos

Estadío 0: Tis, No, Mo.

Estadío I: T1, No, Mo.

Estadío II: T2, No, Mo.

Estadío III: T3, No, Mo; T1-3, N1, Mo

Estadío IV: T4, No- I, Mo; Cualquier T, N2-3, Mo; Cualquier T, cualquier N, M1.

Tratamiento

El carcinoma de células escamosas de la cavidad oral se trata fundamentalmente mediante cirugía, radioterapia o una combinación de las dos modalidades.

T1, No, Mo: Cirugía: Resección quirúrgica amplia.

Radioterapia

T2, No, Mo: Cirugía: Resección quirúrgica

Vaciamiento supraomohioideo homolateral

Radioterapia.

T1-3,N1: Cirugía: Resección quirúrgica
Vaciamiento radical de cuello
Radioterapia.

T4, cualquier T, N2-3, M1: Cirugía: excisión local amplia, que podrá ser un commando.
Vaciamiento radical.
Reconstrucción con colgajos.
Radioterapia.

Pronóstico

Riesgo de recurrencia: Este guarda una relación muy estrecha con el estadio ganglionar, con un riesgo del 10% para los pacientes con enfermedad No-1 y de hasta el 60% para los de enfermedad N2-3.

Supervivencia a los 5 años: Es del 40%, cuando existen adenopatías cervicales, el pronóstico es muy desfavorable.

Factores pronósticos adversos: Las siguientes características patológicas se asocian con una evolución particularmente nociva.

Invasión vascular

Recurrencia local: Se duplica el riesgo que tiene todo paciente de hacer metástasis de nuevo.

Metástasis a distancia: Es la capacidad que tiene el tumor de invadir estructuras anexas al sitio primario.



*Carcinoma
de Mucosa Yugal
(Raspall 1999)*

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS

Triángulo retromolar

Epidemiología Se ubican en un 7% para hombres y 3% para mujeres

Factores de Riesgo **Edad:** Se presenta con mayor frecuencia entre los 60-80 años.

Género: Comúnmente se presenta en hombres.

Alcohol: El consumo indiscriminado de éste predispone al carcinoma de ésta zona.

Deficiencia de Vitaminas: Algunos estudios sugieren que la deficiencia de vitaminas contribuyen a la patogenia del cáncer oral.

Tabaquismo: El cigarrillo y el tabaco, pueden aumentar considerablemente el riesgo del cáncer.

Otros Factores

Higiene dental: La inadecuada higiene oral, y el hábito de masticar tabaco aumenta la probabilidad de aparición de este carcinoma.

Infección: Los posibles virus latentes, bacterias, hongos y demás flora oral combinado con lo antes mencionado provoca susceptibilidad a desarrollar éste carcinoma.

Presentación (signos y síntomas)

Manifestaciones Locales

Comienza por una placa blanca que no cicatriza.
Engrosamiento del tejido a nivel de zona retromolar
Evolucionando a una lesión exofítica, verrugosa

Manifestaciones Sistémicas

Fiebre
Malestar general
Dificultad para masticar los alimentos

Investigación Diagnóstica

Antecedentes Médicos: Una detallada anamnesis médica es esencial en la evaluación de los pacientes con sospecha de procesos malignos en cavidad oral.

Examen Físico: Cavidad Oral, Cuello

Biopsia: La biopsia diagnóstica de cualquier área anormal es imprescindible. Por lo general esta se practica en el momento del examen de cabeza y cuello.

Imagenología: Radiografía de tórax

Patología

Localización: El tumor se localiza por detrás del último molar entre las dos arcadas dentales ascendiendo por la encía por la rama mandibular

Modo de diseminación: Este carcinoma se extiende rápida y fácilmente a estructuras adyacentes con compromiso ganglionar por vía linfática.

Porcentaje a donde va: Hace metástasis ipsolaterales en un 12 a 68% y metástasis contralaterales menor al 5% hacia los ganglios submandibulares y subdigástricos.

Estadio Tumoral

El triángulo retromolar se localiza por detrás del último molar entre las dos arcadas dentales ascendiendo por la encía por la rama mandibular.

T: Tumor: Hace referencia al tumor primario. El número acompañante denota el tamaño del tumor y su extensión. El número varía según localización.

Tx: No es posible evaluar el tumor primario.

To: No existe evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ.

T1: El tumor está limitado al triángulo retromolar y no supera los 2 cm en su máxima dimensión.

T2: El tumor está limitado al triángulo retromolar y supera los 2 cm, pero no 4 cm en su máxima dimensión.

T3: El tumor está limitado al triángulo retromolar y supera los 4 cm en su máxima dimensión.

T4: El tumor invade estructuras continuas más allá del triángulo retromolar

N: Ganglios: Hace referencia a la afectación de ganglios linfáticos y un número alto denota una mayor afección.

Nx: No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales.

No: Ganglios no palpables.

N1: Ganglios palpables ipsolaterales.

N2: Ganglios contralaterales o bilaterales.

N3: Ganglios palpables fijos.

M: Metástasis: Hace referencia a las metástasis a distancia.

Mo: Ausencia de metástasis a distancia.

M1: Existencia de metástasis a distancia.

Agrupamiento por estadios

Estadio 0: Tis, No, Mo.

Estadio I: T1, No, Mo.

Estadio II: T2, No, Mo.

Estadio III: T3, No, Mo; T1-3

Estadio IV: Cualquier T con N2-3 ó M1

Tratamiento

El carcinoma de células escamosas de la cavidad oral se trata fundamentalmente mediante cirugía, radioterapia o una combinación de las dos modalidades.

T1, No, Mo: Cirugía: Resección quirúrgica amplia.

Injertos de piel o colgajos mucosos adyacentes.

Radioterapia

Cirugía: Resección quirúrgica amplia
 Mandibulectomía parcial y/o marginal
 Injertos de piel o colgajos mucosos adyacentes.
 Radioterapia.

T1-3,N1: Cirugía: Extirpación orocervical combinada (commando o monobloque faríngeo).
 Vaciamiento radical de cuello
 Radioterapia.
 Rehabilitación protésica del defecto.

T4, cualquier T, N2-3, M1: Cirugía: Extirpación orocervical combinada (commando o monobloque faríngeo)
 Vaciamiento radical.
 Vaciamiento supraomohioideo
 Reconstrucción con colgajos musculocutáneos.
 Radioterapia

Pronóstico

Riesgo de recurrencia: Este guarda una relación muy estrecha con el estadio ganglionar, con un riesgo del 10% para los pacientes con enfermedad No-I y de hasta el 60% para los de enfermedad N2-3.

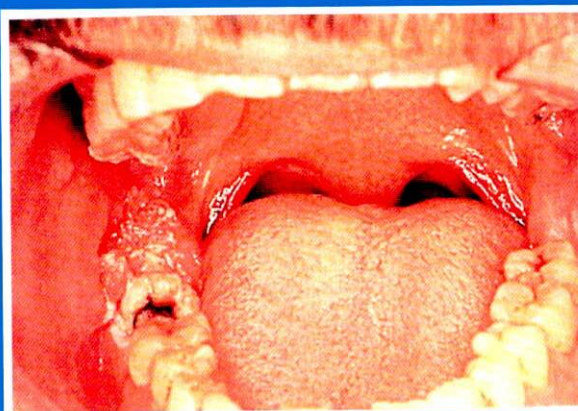
Supervivencia a los 5 años: En el estadio I 70%, estadio II 80%, estadio III 64%, estadio IV 47%.

Factores pronósticos adversos: Las siguientes características patológicas se asocian con una evolución particularmente nociva.

Invasión vascular

Recurrencia local: Se duplica el riesgo que tiene todo paciente de hacer metástasis de nuevo.

Metástasis a distancia: Es la capacidad que tiene el tumor de invadir estructuras anexas al sitio primario.



Carcinoma de Triángulo Retromolar

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS

Orofaringe

Epidemiología

Menor al 10%

Factores de Riesgo

Edad: Aparece con mayor frecuencia entre los 50 y los 70 años.

Género: Tiene predilección en hombres

Alcohol: Aumenta el riesgo del carcinoma de orofaringe.

Vitaminas: El consumo de una dieta deficiente en vitaminas ha sido implicado como un factor etiológico del carcinoma de orofaringe.

Tabaquismo: El uso constante y por largos periodos del cigarrillo eleva el riesgo de aumentar la incidencia de cáncer.

Otros Factores

Prótesis mal adaptadas: El aseo inadecuado de las prótesis y su uso continuo pueden ocasionar lesiones que afecten las zonas orofaríngeas y a contribuir a la aparición del carcinoma.

Infecciones: Los virus latentes y demás microorganismos orales actúan y pueden afectar la mucosa generando lesiones cancerosas.

Presentación (signos y síntomas)

Manifestaciones Locales

Masa exofítica
 Ulceración que en estadios primarios se asienta sobre el polo amigdalар superior.
 Úlcera que no cicatriza.
 Engrosamiento de estructuras del tejido de paladar blando y úvula, pilares anteriores de la farínge y triángulos retromolares.
 Masa de base amplia en forma de verruga
 Mucosa atrófica

Manifestaciones Sistémicas

Fiebre
 Malestar general
 Dificultad para deglutir los alimentos
 Dolor de garganta.

Investigación Diagnóstica

Antecedentes Médicos Una detallada anamnesis médica es esencial en la evaluación de los pacientes con sospecha de procesos malignos en cavidad oral.

Examen Físico Cavidad Oral, Cuello

Biopsia La biopsia diagnóstica de cualquier área anormal es imprescindible. Por lo general esta se practica en el momento del examen de cabeza y cuello.

Imagenología Radiografía de tórax

Patología

Localización: El carcinoma de la orofarínge se ubica entre paladar blando y úvula, pilares anteriores de la farínge y triángulos retromolares, surco glosopalatino, amígdalas, pilares posteriores de la farínge, base de la lengua, paredes orofaríngeas lateral, posterior, y surco faringoepiglótico.

Modo de diseminación: Lo hace por vía linfática.

Porcentaje a donde va: Hace metástasis ipsolaterales en un 25-76% y metástasis contralaterales en un 30%, afecta principalmente a los ganglios subdigástricos y yugulares.

Estadío Tumoral

La orofarínge se ubica entre paladar blando y úvula, pilares anteriores de la farínge y triángulos retromolares, surco glosopalatino, amígdalas, pilares posteriores de la farínge, base de la lengua, paredes orofaríngeas lateral, posterior, y surco faringoepiglótico

T: Tumor: Hace referencia al tumor primario. El número acompañante denota el tamaño del tumor y su extensión. El número varía según localización.

Tx: No es posible evaluar el tumor primario.

To: No existe evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ.

T1: El tumor está limitado a la orofarínge y no supera los 2 cm en su máxima dimensión.

T2: El tumor está limitado a la orofarínge y supera los 2 cm, pero no 4 cm en su máxima dimensión.

T3: El tumor está limitado a la orofarínge y supera los 4 cm en su máxima dimensión.

T4: El tumor invade estructuras continuas más allá de la orofarínge.

N: Ganglios: Hace referencia a la afectación de ganglios linfáticos y un número alto denota una mayor afección.

Nx: No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales.

No: Ganglios no palpables.

N1: Ganglios palpables ipsolaterales.

N2: Ganglios contralaterales o bilaterales.

N3: Ganglios palpables fijos.

M: Metástasis: Hace referencia a las metástasis a distancia.

Mo: Ausencia de metástasis a distancia.

M1: Existencia de metástasis a distancia.

Agrupamiento por estadíos

Estadío 0: Tis, No, Mo

Estadío I: T1, No, Mo.

Estadío II: T2, No, Mo.

Estadío III: T3, No, Mo; T1-3

Estadío IV: Cualquier T con N2-3 ó M1

Tratamiento

El carcinoma de células escamosas de la cavidad oral se trata fundamentalmente mediante cirugía, radioterapia o una combinación de las dos modalidades.

T1, No, Mo: Cirugía: Resección quirúrgica amplia.

Injertos de piel o colgajos mucosos adyacentes.

Radioterapia

T2, No, Mo: Cirugía: Resección quirúrgica amplia
Injertos de piel o colgajos mucosos adyacentes.
Radioterapia.

T1-3, N1: Cirugía: Resección quirúrgica amplia
Radioterapia.

T4, cualquier T, N2-3, M1: Cirugía: Extirpación orocervical combinada (monobloque faríngeo).
Reconstrucción con colgajos musculocutáneos.
Radioterapia.
Vaciamiento supraomohioideo
Reconstrucción con colgajos musculocutáneos.
Radioterapia

Pronóstico

Riesgo de recurrencia: Este guarda una relación muy estrecha con el estadio ganglionar, con un riesgo del 10% para los pacientes con enfermedad No-1 y de hasta el 60% para los de enfermedad N2-3.

Supervivencia a los 5 años: En el estadio I 70%, estadio II 80%, estadio III 64%, estadio IV 47%.

Factores pronósticos adversos: Las siguientes características patológicas se asocian con una evolución particularmente nociva.

Invasión vascular

Recurrencia local: Se duplica el riesgo que tiene todo paciente de hacer metástasis de nuevo.

Metástasis a distancia: Es la capacidad que tiene el tumor de invadir estructuras anexas al sitio primario.



**Carcinoma
de Orofaringe
(Raspall 1999)**

IMPRESIONES DIAGNOSTICAS PALPACION

Se define como el examen físico que incluye cuatro pasos fundamentales: inspección, palpación, percusión y auscultación, en este trabajo se enfatizará el examen hacia la palpación en donde se tendrá en cuenta los parámetros requeridos en dicho proceso, se evaluará el tamaño (aumentado), consistencia (aumentada), y movilidad (disminuida) de las adenopatías regionales con riesgo de estar afectadas.

Sensibilidad y especificidad

No todos los ganglios con depósitos metastásicos serán palpables, un ganglio con microfiltración no será palpable, no todos los ganglios palpables están realmente aumentados de tamaño, ni todos los ganglios aumentados de tamaño contienen depósitos metastásicos. Sin embargo un ganglio palpable en el cuello de un paciente con lesión primaria en cabeza y cuello generalmente se considera positivo.

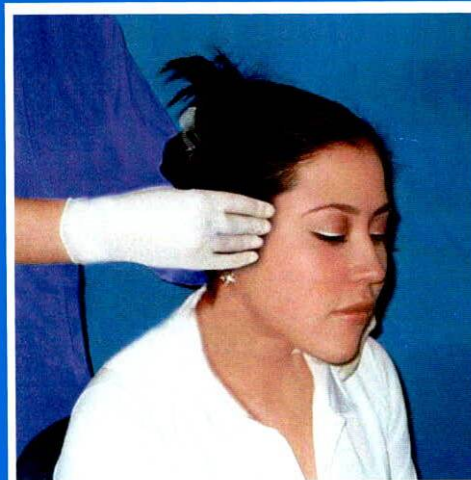
La palpabilidad de una adenopatía depende de la localización, tamaño, consistencia, tipo de cuello y experiencia del explorador. Muchas veces, incluso tras una cuidadosa palpación, pueden pasar inadvertidas adenopatía situadas en profundidad. Otras veces estas adenopatía se aprecian indirectamente como un engrosamiento del músculo suprayacente, las adenopatía más difíciles de palpar son las yugulares medio altas y las adenopatía parafaríngeas solo se manifiestan cuando protuyen la pared posterior faríngea. (BARE, 1997).

Estructuras normales

La apreciación de una masa puede corresponder a ciertas estructuras normales, que en determinados individuos son muy prominentes, de estas estructuras las que pueden dar lugar a confusión son: el hioides, el bulbo carotídeo y las apófisis vertebrales trasversas.

Palpación de cara

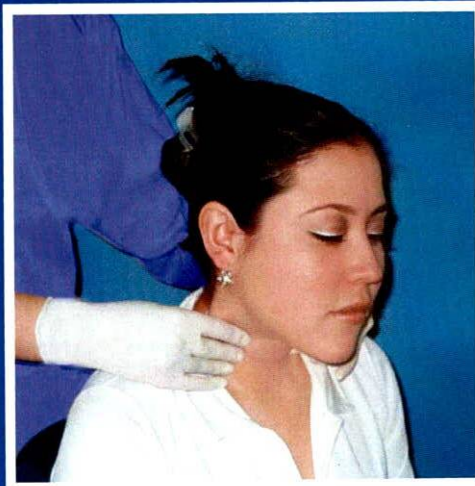
Incluya la palpación de la arteria temporal, la ATM, glándula parótida. En la cavidad bucal se deben palpar los conductos parotídeos, submaxilares, y el piso de la boca.



Palpación de Cara. Palpación de Músculo Temporal

Se sienta al paciente de forma relajada mirando hacia el frente y con los dedos índice mayor y anular estirados en línea recta se palpan las tres clases de fibras musculares del temporal en reposo y en contracción

Palpación de Ganglios de la Cadena Yugular Alta .
Se sitúa el operador detrás del paciente, coloca las yemas de los dedos sobre la región yugular.



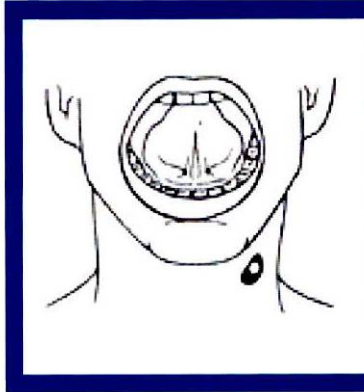
Palpación de Ganglios de la Cadena Yugular Media.
Se sitúa el operador detrás del paciente, coloca las yemas de los dedos sobre la región yugular. media.

Palpación de Ganglios de la Cadena Yugular Baja.
Se sitúa el operador detrás del paciente, coloca las yemas de los dedos sobre la región yugular.baja.

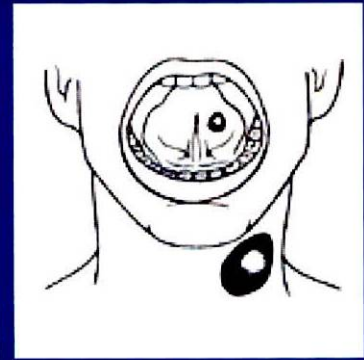


TNM

TUMOR
NODULO
METASTASIS



N1



N2a

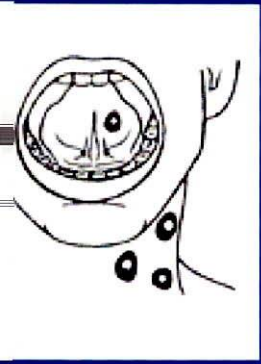


N1 Ganglio de 3 cms. · N2a Ganglio Unico · N2b Gan

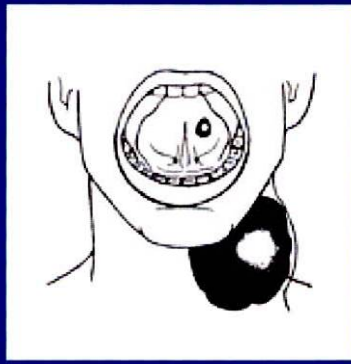
Metástasis

Localización	M. Ipsolaterales
	%
Labio Inferior	5-15%
Labio Superior	40-50%
Mucosa Bucal	25-47%
Encía Inferior	35-71%
Encía Sup. y Paladar Duro	35-46%
Triángulo Retromolar	12-68%
Piso de Boca	11-54%
Lengua	14-76%
Base de lengua	70-84%
Paladar Blando	8-67%
Amígdala	70-90%
Nasofarínge	83-97%
Orofaringe	25-76%
Hipofaringe	63-79%

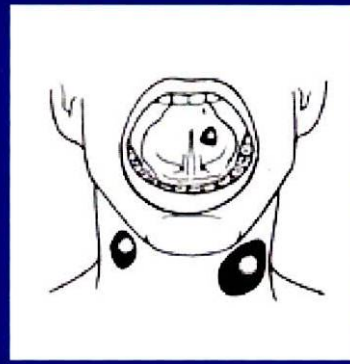
VIAS DE DISEMINACIÓN
LINFATICA Y VASCULAR



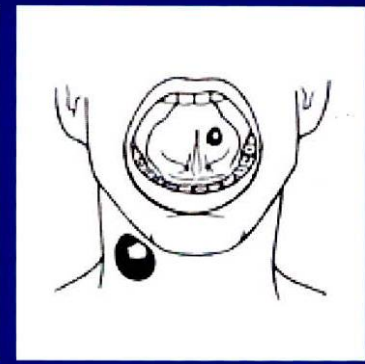
N2b



N3



N2c



N2c

Ganglios Múltiples · N2c Ganglios Bilaterales y/o contralaterales · N3 Ganglio Unico 6 cms.
Tumores de cara, boca, cabeza y cuello (Raspall 1999)

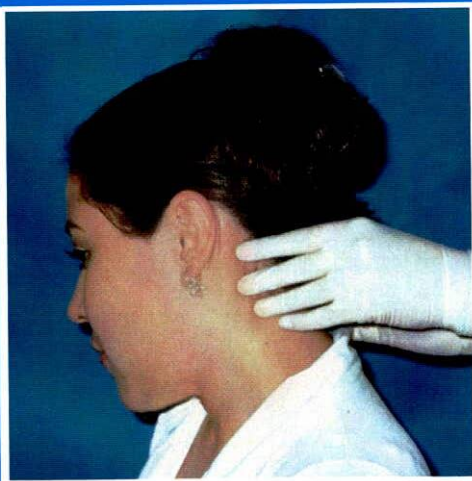
M. Contralaterales	Grupos Ganglionares Iniciales
%	
Menor 5%	Submandibulares(laterales)Submentonianos(mediales)
Menor 5%	Submandibulares, bucales, parotídeos
Menor 5%	Submandibulares, submentonianos,subdigástricos
Menor 5%	Submandibulares, submentonianos,subdigástricos
Menor 5%	Submandibulares, retrofaríngeos, bucales, parotídeos
Menor 5%	Submandibulares,subdigástricos
10-47%	Submandibulares, subdigástricos
5-27%	Submandibulares,subdigástricos, yugulares,omohioideos
30%	Subdigástricos, yugulares
16%	Subdigástricos, yugulares
5%	Submandibulares, yugulares,de la unión,espinales
50%	Prevertebrales,yugulares
30%	Subdigástricos, yugulares
10-19%	Subdigástricos, yugulares, retrofaríngeos

Incidencia y Localización de Metástasis Ganglionar (DIAS 2001)

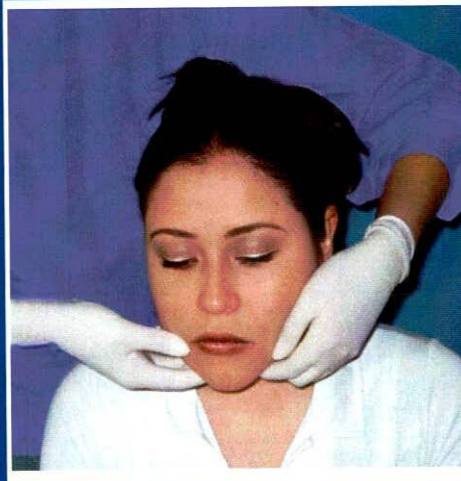
IMPRESIONES DIAGNOSTICAS PALPACION

A continuación se ofrecen las pautas que debe seguir el estudiante y el odontólogo general para el diagnóstico precoz de el carcinoma escamo celular de cavidad oral.

Se inicia por investigar la presencia y características de las adenopatías en los diferentes grupos ganglionares: submaxilares, sublinguales y submentonianas, se tendrá en cuenta la forma, tamaño, consistencia y movilidad, también se examinarán el esternocleidomastoideo, escálenos y cutáneos del cuello.



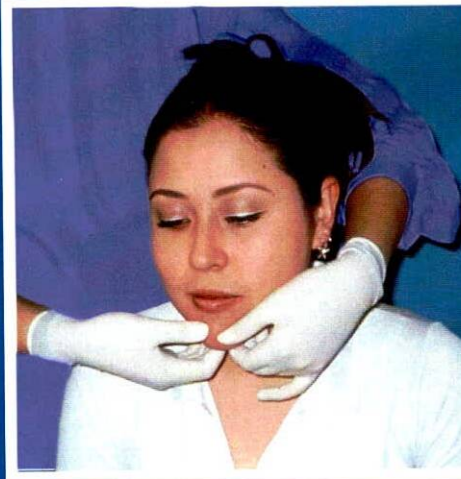
Palpación de Ganglios Occipitales.
Se palpan las regiones preauriculares, retroauriculares occipitales. región yugular.



Palpación de Ganglios Submaxilar. El operador se sitúa detrás del paciente el cual debe estar sentado y relajado con una leve inclinación de la cabeza hacia el lado se colocan los dedos debajo de la mandíbula haciendo una suave pero firme presión desde el borde interno hacia el ángulo mandibular.



Palpación Clavicular
Se realiza desde la articulación esternoclavicular hasta la acromioclavicular



Palpación de Ganglios Submentonianos. El operador se sitúa detrás del paciente el cual debe estar sentado y relajado con una leve inclinación de la cabeza hacia el lado se colocan los dedos debajo de la mandíbula haciendo una suave pero firme presión desde el ángulo interno del mentón.

SEGUIMIENTO AL PACIENTE

Normas *generales*

Los pacientes con carcinoma escamo celular deben ser examinados con el siguiente procedimiento:

- * Mensualmente durante 1 año, cada 2-3 meses*
- * Durante los 2 años siguientes, cada 4-6 meses*
- * Durante otros 2 años, y de ahí en adelante en forma anual.*

EVALUACION OPTATIVA

- PRUEBAS SANGUINEAS.**
- DIAGNOSTICO POR IMAGENES: RADIOGRAFIA DE TORAX.**
- BIOPSIA.**

BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON, Duncan H, STENHOUSE J, Oral cancer knowledge, Br-Dent-Journal, Inglaterra, 2001.
- BARE, Gerardo, Semiotecnia y maniobras de exploracion, Editorial Mc Graw-hill, Interamericana Colombia, 1997.
- BUCKLEY, G, MD. FEBER, T, RGN, Dip nurs studies surgical treatment of cervical node metastasis from squamous carcinomas of the upper aerodigestive tract: evaluation of the evidence for modification of neck dissection. Head and neck. California (USA) 2001.
- BYERS, Robert, MD. EL, Nagar Adelp, MD. LEE, Va-Yen. MD. RAO, Bashrah, MD. FORNAGE, Bruno, MD. TERRY, Nicholas, PHD. SAMPLE, DORY, RN. HANKINS, Patti, RN. SMITH, Terry, MS. WOLF, Patricia J. Can we detect or predict the presence of occult nodal metastasis in patients with squamous carcinoma of the oral tongue. Head and Neck. Houston (Texas) 1998.
- CAMERON, Robert, Oncologia practica Editorial medica Panamericana. Los Angeles (California) 1998.
- CRECCO, M, VIDIRI, A, PALMA, O, FLORIS, R, SQUILLACI, E, MAHIDI, M, MARZETTI, F, SQUILLACI, S, Stages of tumors of the tongue and floor of the mouth. AM-J-Neuroradiologia. Roma (Italia) 1998.
- DIAS, F, KLIGERMAN, J, MATOS, S, ARCURI, R, FREITAS, E, FARIAS, T, LIMA, R, Elective neck dissection Versus observation of the tongue and floor of the mouth. Otolaryngo -Head and Neck, Surg. Rio de Janeiro (Brasil) 2001.
- DINARDO, Laurent J, Lymphatic of the submandibular space: an anatomic, clinical and pathology study with application to floor of the mouth. Carcinoma Laryngoscope. Virginia (USA) 1998.
- FITZ, P, Sentinel node biopsy successful in patients with oral cancer. Medical news and perspectives. Volumen 282. Numero 12. Escocia 1999.
- HADDADIN, KJ, SOUTAR, DS, WEBSTER, HC, ROBERTSON, A, OLIVERI, RJ, Plastic Surgery unit, cannieburn glasgow, Beatson oncology centre and oral pathology unit, Dental Hospital. Journal of Plastic Surgery Natural History and patterns of recurrence of tongue tumors. California (USA) 2000.
- HARDEE, P, HUTCHISON, IL, Intracranial metastasis from oral squamous cell carcinoma. Br- J- Oral Maxillofacial- Surg. Londres 2001.
- HUANG, CJ, MD. CHAO, C, MD. TSAI, J, MD. SIMPSON, J, MD, HAUGHEY, B, MD. SESSIONS, D, MD. Cancer of retromolar trigone: Long term radiation therapy Out come. Head and Neck. Washington (USA) 2001.
- KUNISHI, M, KAYADA, Y, YOSHIGA, K, Down regulated expresión of CD 44 variant in oral squamous cell carcinomas and its relation ship to regional lymph node metastasis. Int -J- oral maxillofacial- surg. Japan 1997.

BIBLIOGRAFIA

KURITA, H, KURASHINA, K, MINEMURA, T, KOTANI, A, Pitfalles in the treatment of delayed lymph node metastasis after control of small tongue carcinomas. Int - J - oral maxillofacial-surg. Matsumoto Japan 1997.

LOCKHART R. D., HAMILTON, G. F., FYFE F.W.. Anatomía Humana.. Mc Graw Hill, Interamericana, Mexico 1997

MAHMOOD, JU, SUZUKI, K, NOMURA, T, SHINGAKI, S, NAKAJIMA, T, The implication of DNA content and s-phase fraction in oral carcinoma with and without metastasis. Int -J- oral maxillofacial-surg. Japan 1997.

MAJOUFRE, C, MD. FAUCHER, A, MD. LAROCHE, C, MD. DE BONFILS, C, MD. SIBERCHICOT, F, MD. RENAUD, J, MD. PINSOLLE, J, MD. Supraomohyoid neck dissection in cancer of the oral cavity from the departament of maxillofacial and plastic surgery. Excerpta medica inc. Francia 1999.

MANNI, JJ, Frequency and therapeutic implications of skip metastasis in the neck from squamous carcinoma of the oral tongue. Head and neck USA 1998.

MENDENHALL, W, STRINGER, S, AMDUR, R, HINERMAN, R, MOORE, G, CASSISI, N, Is radiation therapy a preferred alternative to surgery for squamous cell carcinoma of the base of tongue?. Journal of clinical oncology, Vol. 18, No 1. Florida 2000.

MINKYUNG, W, MD. HOUCK, J, MD. (for the member of the cancer commite). College of american pathologycs and the task force for protocols on the examination of especimen from patients with carcinoma of the upper aerodigestive tract. Minkyung. Et. al. Oklahoma 1998.

MORTON, RP, FERGUSON, CM, LAMBIE, MK, WHITLOCK, RM, Tumor thcikness in early tongue cancer. Arch-otolaringol head and neck surg. Nueva zelanda 1998.

OGURA, I, MD. AMAGASA, T, DDS. MIYAKKURA, T, DDS. Correlation between tumor consistency and cervical metastasis in tongue carcinoma. Head and neck. Tokio (Japan) 2000.

OSAKI, T, HIROTA, J, YONEDA, K, YAMAMOTO, T, UETA, T, Clinical and histopathologic characteristic of tongue and gingiva carcinoma occult and clinically evident cervical limph node metastasis. Int-J- oral maxillofacial surg. Japan 1998.

PARTRIDGE, M, PHILLIPS, E, EMILION, G, LONGDON, O, Profiling clonaliting and progression in multiple premalignat and malignant oral lesions identifies a subgroup of cases with a distinct presentation of squamous cell carcinoma. Clin- cancer- res-Londres 2001.

PFOU, P, CHAK, A. Detection of preinvasive cancer cells: early warning changues in precancerous epithelial cells can now in situ detection of dysplasia in patients with carcinoma. Gast-endos. USA 2001.

RASPALL, GUILLERMO, Cirugía maxilofacial, editorial medica panamericana. España 1999.

RASPALL, GUILLERMO, Tumores de cara, boca, cabeza y cuello, editorial masson. España 1999.

BIBLIOGRAFIA

SADDIK, M, OLDRING, D, MOUNAD, W, Liposarcoma of the base of tongue and tonsillar fossa: a possibly under diagnosed neoplasm. Arsh pathology med. Canada 1998.

TAKAHIRO, A, MD. TOMOYUKI, Y, MD. KIYOSHI, M, MD. SHOICHIRO, T, MD. YOSHITAKA, T, MD. MASAO, A, MD. SOTOSHI, E, MD. Tumor thickness predicts cervical metastasis in patients with stage I/II carcinoma of the tongue. American Cancer Society. Japan 1998.

THAWLEY, S, MD. FACS, PANJE, W, MD. B.S.MS, BATSAKIS, J, MD. LINDBERG, R, MD. Comprehensive management of head and neck tumors. W.B, saunders company. USA 1999.

VELAYOS, Jose Luis, DIAZ, Humberto, Anatomía de la cabeza, Editorial Panamericana, Buenos Aires (Argentina) 1998.

YOSHIDA, K, MD. KOIZUMI, M, MD. INOUE, TM, MD. YAMAZAKI, H, MD. IMAI, A, MD. SHIOMI, M, MD. YOSHIOKA, Y, MD. TANAKA, E, MD. SHIMIZUTANI, K, MD. FURUKAWA, S, DDS. Radiotherapy of early tongue cancer in patients less than 40 years old. Radiation oncology. Osaka (Japan) 1999.

CONCLUSION

Mediante la guía se orienta al lector acerca de los distintos carcinomas presentes en cavidad oral con sus signos y síntomas clínicos, y sus factores predisponentes. Además de ilustrar de forma didáctica las pautas sobre las técnicas de palpación de las cadenas ganglionares de cuello.



RECOMENDACIONES

Utilizar la guía que sirva como texto de consulta que permita la adquisición de técnicas y criterios dirigidos a obtener un juicio clínico confiable en el diagnóstico del carcinoma escamo celular.

BIBLIOGRAFIA

ANDERSON, Duncan H, STENHOUSE J, Oral cáncer knowledge, Br-Dent-Journal, Inglaterra, 2001.

BARE, Gerardo, Semiotecnia y maniobras de exploración, Editorial Mc Graw-hill, Interamericana Colombia, 1997.

BUCKLEY, G, MD. FEBER, T, RGN, Dip nurs studies surgical treatment of cervical node metástasis from squamous carcinomas of the upper aerodigestive tract: evaluation of the evidence for modification of neck dissection. Head and neck. California (USA) 2001.

BYERS, Robert, MD. EL, Nagar Adelk, MD. LEE, Va-Yen. MD. RAO, Bashrah, MD. FORNAGE, Bruno, MD. TERRY, Nicholas, PHD. SAMPLE, DORY, RN. HANKINS, Patti, RN. SMITH, Terry, MS. WOLF, Patricia J. Can we detect or predict the presence of occult nodal metástasis in patients with squamous carcinoma of the oral tongue. Head and Neck. Houston (Texas) 1998.

CAMERON, Robert, Oncologia practica Editorial medica Panamericana. Los Angeles (California) 1998.

CRECCO, M, VIDIRI, A, PALMA, O, FLORIS, R, SQUILLACI, E, MAHIDI, M, MARZETTI, F, SQUILLACI, S, Stages of tumors of the tongue and floor of the mouth. AM-J-Neuroradiologia. Roma (Italia) 1998.

DIAS, F, KLIGERMAN, J, MATOS, S, ARCURI, R, FREITAS, E, FARIAS, T, LIMA, R, Elective neck dissection Versus observation of the tongue and floor of the mouth. Otolaryngo –Head and Neck, Surg. Rio de Janeiro (Brasil) 2001.

DINARDO, Laurent J, Lymphatic of the submandibular space: an anatomic, clinical and pathology studi with application to floor of the mouth. Carcinoma Laryngoscope. Virginia (USA) 1998.

FITZ, P, Sentinel node biopsy successful in patients with oral cáncer. Medical news and perspectives. Volumen 282. Numero 12. Escocia 1999.

HADDADIN, KJ, SOUTAR, DS, WEBSTER, HC, ROBERTSON, A, OLIVERI, RJ, Plastic Surgery unit, cannieburn glasglow, Beatson oncology centre and oral pathology unit, Dental Hospital. Journal of Plastic Surgery Natural History and patterns of recurrence of tongue tumors. California (USA) 2000.

HARDEE, P, HUTCHISON, IL, Intracranial metastasis from oral squamous cell carcinoma. Br- J- Oral Maxillofacial- Surg. Londres 2001.

HUANG, CJ, MD. CHAO, C, MD. TSAI, J, MD. SIMPSOM, J, MD, HAUGHEY, B, MD. SESSIONS, D, MD. Cáncer of retromolar trigone: Long – term radiation therapy Out come. Head and Neck. Washington (USA) 2001.

KUNISHI, M, KAYADA, Y, YOSHIGA, K, Down regulated expresión of CD 44 variant in oral squamous cell carcinomas and its relation ship to regional lymph node metástasis. Int –J- oral maxillofacial- surg. Japan 1997.

KURITA, H, KURASHINA, K, MINEMURA, T, KOTANI, A, Pitfalles in the treatment of delayed lymph node metástasis after control of small tongue carcinomas. Int – J – oral maxillofacial-surg. Matsumoto (Japan) 1997.

MAHMOOD, JU, SUZUKI, K, NOMURA, T, SHINGAKI, S, NAKAJIMA, T, The implication of DNA content and s-phase fraction in oral carcinoma with and without metastasis. Int –J- oral maxillofacial-surg. Japan 1997.

MAJOUFRE, C, MD. FAUCHER, A, MD. LAROCHE, C, MD. DE BONFILS, C, MD. SIBERCHICOT, F, MD. RENAUD, J, MD. PINSOLLE, J, MD. Supraomohyoid neck dissection in cáncer of the oral cavity from the departament of maxillofacial and plastic surgery. Excerpta medica inc. Francia 1999.

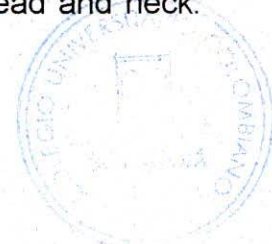
MANNI, JJ, Frequency and therapeutic implications of skip metástasis in the neck from squamous carcinoma of the oral tongue. Head and neck USA 1998.

MENDENHALL, W, STRINGER, S, AMDUR, R, HINERMAN, R, MOORE, G, CASSISI, N, Is radiation therapy a preferred alternative to surgery for squamous cell carcinoma of the base of tongue?. Journal of clinical oncology, Vol. 18, No 1. Florida 2000.

MINKYUNG, W, MD. HOUCK, J, MD. (for the member of the cancer commite). College of american pathologycs and the task force for protocols on the examination of especimen from patients with carcinoma of the upper aerodigestive tract. Minkyung. Et. Al. Oklahoma 1998.

MORTON, RP, FERGUSON, CM, LAMBIE, MK, WHITLOCK, RM, Tumor thcikness in early tongue cancer. Arch-otolaringol head and neck – surg. Nueva zelanda 1998.

OGURA, I, MD. AMAGASA, T, DDS. MIYAKKURA, T, DDS. Correlation between tumor consistency and cervical metastasis in tongue carcinoma. Head and neck. Tokio (Japan) 2000.



OSAKI, T, HIROTA, J, YONEDA, K, YAMAMOTO, T, UETA, T, Clinical and histopathologic characteristic of tongue and gingiva carcinoma occult and clinically evident cervical lymph – node metastasis. Int-J- oral maxillofacial – surg. Japan 1998.

PARTRIDGE, M, PHILLIPS, E, EMILION, G, LONGDON, O, Profiling clonal origin and progression in multiple premalignant and malignant oral lesions identifies a subgroup of cases with a distinct presentation of squamous cell carcinoma. Clin-cancer-res-Londres 2001.

PFOU, P, CHAK, A. Detection of preinvasive cancer cells: early warning changes in precancerous epithelial cells can now in situ detection of dysplasia in patients with carcinoma. Gast-endos. USA 2001.

RASPALL, GUILLERMO, Cirugía maxilofacial, editorial medica panamericana. España 1999.

RASPALL, GUILLERMO, Tumores de cara, boca, cabeza y cuello, editorial masson. España 1999.

REGEZI, JOSEPH, AND SCIUBBA, JAMES, Patología bucal, correlaciones clínico-patológicas Mac- Graw Hill, Interamericana. México 1999.

SADDIK, M, OLDRING, D, MOUNAD, W, Liposarcoma of the base of tongue and tonsillar fossa: a possibly under diagnosed neoplasm. Arch pathology –med. Canada 1998.

TAKAHIRO, A, MD. TOMOYUKI, Y, MD. KIYOSHI, M, MD. SHOICHIRO, T, MD. YOSHITAKA, T, MD. MASAO, A, MD. SOTOSHI, E, MD. Tumor thickness predicts cervical metastasis in patients with stage I / II carcinoma of the tongue. American Cancer Society. Japan 1998.

THAWLEY, S, MD. FACS, PANJE, W, MD. B.S.MS, BATSAKIS, J, MD. LINDBERG, R,MD. Comprehensive management of head and neck tumors. W.B, saunders company. USA 1999.

VELAYOS, Jose Luis, DIAZ, Humberto, Anatomía de la cabeza, Editorial Panamericana, Buenos Aires (Argentina) 1998.

YOSHIDA, K, MD. KOIZUMI, M, MD. INOUE, TM, MD. YAMAZAKI, H, MD. IMAI, A, MD. SHIOMI, M, MD. YOSHIOKA, Y, MD. TANAKA, E, MD. SHIMIZUTANI, K, MD. FURUKAWA, S, DDS. Radiotherapy of early tongue cancer in patients less than 40 years old. Radiation oncology. Osaka (Japan)1999.