

ENFERMEDADES PRECANCEROSAS Y CANCEROSAS DE LA CAVIDAD ORAL (*)

p o r e l

DR. RAFAEL CARRIZOSA ARGÁEZ

Substrato anatómico de las enfermedades precancerosas y cancerosas de la cavidad oral.

La cavidad oral está recubierta en su totalidad por mucosa bucal, que está formada por:

Primero. La túnica epitelial compuesta por un epitelio plano estratificado, cuyas células superficiales van descamando y, con excepción de las de la mucosa de la lengua, no se queratinizan.

Segundo. La túnica propia que consta de tejido conjuntivo laxo, rico en fibrilas elásticas y portador de una malla de finos vasos sanguíneos y linfáticos.

Tercero. Y de una submucosa formada igualmente por tejido conjuntivo laxo en la que se encuentran vasos linfáticos y sanguíneos.

Peculiaridades histológicas de algunos órganos o regiones de la boca.

Labios: Los labios están recubiertos en su parte interna por la mucosa bucal y en su parte externa por la piel. Entre estas dos porciones se halla la semimucosa que recubre el borde rojo de los labios y que posee glándulas sebáceas, pero está exenta—contrariamente a lo que sucede con la piel, de glándulas sudoríparas y de folículos pilosos. La túnica propia de los labios lleva mayor vascularización, de donde el color rojo de éstos.

Mejillas y paladar: La submucosa de las mejillas, de la parte posterior del paladar duro y del paladar membranoso, es rica en glándulas salivares (bucales y palatinas).

La lengua: La lengua es una masa de músculo estriado forrada en la mucosa bucal y que presenta, como formaciones especiales, las papilas, o sea prolongaciones filiformes, caliciformes y foliáceas de la túnica propia, las cuales están recubiertas por el epitelio. El "septum linguae", formado de tejido conjuntivo, divide la lengua longitudinalmente en dos mitades. La lengua contiene, además, tejido linfoide, que forma las tonsillae linguales, o sea nódulos linfáticos localizados en la úvula propia de la lengua, entre la V lingual y la epiglótis.

Posee la lengua también glándulas salivares mixtas, tales como las glándulas de Nuhn, serosas, como las de Ebner, y glándulas mucosas.

(*) R. Facultad Med., XVIII, 9, 1950, Bogotá.

Amígdalas: Las amígdalas son conglomerados de folículos linfáticos recubiertos por el epitelio de la mucosa bucal, el cual reviste los folículos ciñéndose a sus sinuosidades.

Encía: La encía es aquella parte de la mucosa bucal que está en contacto con el cuello de los dientes. Esta parte de la mucosa no está separada del periostio, como sucede con aquella que recubre el resto de los procesos alveolares, sino que está íntimamente unida al tejido conjuntivo que forma los ligamentos circulares de los dientes. La mucosa de la encía no posee glándulas.

Tenemos, pues, que en el substrato histológico de la cavidad bucal están representados todos los tejidos que entran en la formación del organismo, pues también los tejidos óseos y cartilagosos están allí representados por los rudimentos de los arcos branquiales y el cartílago lingual.

Enfermedades precancerosas de la cavidad oral.

Aunque el cáncer de la cavidad oral se desarrolla la mayor parte de las veces sobre un tejido aparentemente normal, existen varias formas de lesiones cutáneas y de las mucosas, que suelen transformarse en carcinomas con la suficiente frecuencia para que puedan considerarse como afecciones precancerosas.

La principal afección precancerosa que se presenta en las semimucosas y mucosas de la cavidad oral es la leucoplasia.

A principios del siglo pasado (1818), llamó la atención Alibert sobre la aparición de ciertas placas blanquecinas en la mucosa de la boca, placas que fueron consideradas entonces como idénticas a la ictiosis. Más tarde, Bazin las atribuyó a una forma bucal de la Psoriasis.

Fué Schwimmer quien, a fines del siglo pasado (1877), dió a la afección el nombre de Leucoplasia.

La leucoplasia bucal se presenta principalmente en la lengua, en la cara interna de las mejillas, cerca de las comisuras labiales, en los labios y en el paladar. Otras localizaciones son raras, pero no imposibles, como la de las encías.

La primera manifestación de una Leucoplasia, es, según McCarthy, la aparición de una zona roja, granulosa, netamente limitada, que se mantiene poco tiempo en tal estado. Pero la Leucoplasia incipiente, tal como se puede observar, consiste en una placa grisácea, lechosa, que toma en la lengua una forma numular y en las mejillas la forma de un triángulo con una de sus bases dirigida hacia la comisura labial. Posteriormente se engruesa el epitelio y se torna de color nacarado. El borde de la lesión es neto y se encuentra al mismo nivel que el tejido circundante. Más tarde las placas llegan a sobrepasar ligeramente el nivel de la mucosa circundante y devienen rugosas y ásperas al tacto.

Los síntomas subjetivos que provoca la Leucoplasia consisten en aspereza de la mucosa afectada y, cuando se han formado fisuras, en ardor.

Cuando la Leucoplasia provoca ardor y, aún más, cuando sangra, debe sospecharse la degeneración carcinomatosa.

Anatomía patológica de la Leucoplasia.

Las alteraciones microscópicas de la Leucoplasia consisten en infiltración de células redondas en el tejido conjuntivo superficial. Ya más avanzado el proceso, aparece una infiltración de células plasmáticas y de Mastzellen. Las alteraciones del epitelio aparecen más tarde y consisten en engrosamiento de la lámina epitelial con formación superficial de un verdadero stratum corneum. Según algunos autores, aparecería también un stratum granulosum, que es ajeno a la mucosa normal.

Etiología de la Leucoplasia.

La causa real de la Leucoplasia se desconoce: se sabe tan sólo que existe una predisposición congénita del epitelio para hacer un desarrollo prosoplástico.

Dentro de los factores predisponentes o desencadenantes de la Leucoplasia, los hay generales y locales. Dentro de los primeros tenemos, en primer término, la sífilis, pero que ya no es considerada como el único factor ni tampoco como el más frecuente. Se discute si otras enfermedades generales, tales como la Psoriasis, o si ciertas autointoxicaciones, serían capaces de provocar Leucoplasia.

Los factores locales, tales como la irritación provocada por dentaduras o prótesis defectuosas, o por corrientes eléctricas que se forman cuando se han empleado diferentes metales para empastar la dentadura, así como también tabaco fumado o masticado (placas de fumadores), el alcohol, las bebidas calientes y las especias, son las causas desencadenantes más frecuentes.

Diagnóstico diferencial

Existen hiperplasias fugaces del epitelio, provocadas por queratosis, que tienen todo el aspecto de las Leucoplasias y sólo se diferencian de éstas por su fugacidad.

El líquen plano de las mucosas es, en ocasiones, muy difícil de diferenciar de las Leucoplasias. Su color es blanco azulado, las placas son menos gruesas y tienden a agruparse en red. La presencia de placas poligonales, rosadas, brillantes y pruriginosas localizadas en las caras de flexión de los antebrazos, facilitan el diagnóstico.

El lupus eritematoso presenta lesiones también blancuzcas, pero tienen éstas un borde eritematoso que permiten reconocerlo.

También debe tenerse en cuenta la enfermedad de Fordyce, que consiste en la presencia de máculas amarillentas o blanquecinas localizadas en la mucosa bucal y que son debidas a la presencia de glándulas sebáceas.

Tratamiento.

El tratamiento consiste, ante todo, en eliminar las causas desencadenantes. Si hay Sífilis, ésta debe ser tratada, no con el propósito de que

desaparezca la Leucoplasia, pues ésta no consiste en una reacción celular específica, sino con el fin de suprimir la causa irritativa que ella presupone, y, en fin, con miras a la salud general del paciente.

Debe suprimirse el tabaco, el alcohol, las bebidas calientes, debe arreglarse la dentadura, etc., si se supone que uno o varios de estos factores provocan irritación de la mucosa bucal.

Si la Leucoplasia no desaparece después de suprimir las posibles causas, debe emplearse un tratamiento local destructivo, que puede ser la electrocoagulación o la radioterapia (Radium o radioterapia de contacto).

No debe emplearse el nitrato de plata ni otros cáusticos, pues su acción es insuficiente para destruir la Leucoplasia, y viene a actuar entonces más bien como un nuevo factor de irritación.

Si la Leucoplasia presenta fisuras y, con mayor razón, si ella sangra, debe considerarse como un carcinoma, aun en el caso en que la anatomía patológica no lo haya demostrado, y tratarse entonces como tal.

Queratosis labial.

Otra afección precancerosa que se presenta con relativa frecuencia es la queratosis labial: una forma de la queratosis senil, que se diferencia tan sólo de aquella por presentarse en personas jóvenes y porque su malignidad potencial es mucho mayor.

La afección se presenta de ordinario en el borde mucocutáneo del labio inferior, en el punto de contacto con el superior. Comienza, como la queratosis senil, por una lesión eritematosa, ligeramente atrófica y escamosa. Las escamas son adherentes y llegan a formar costras de color pardo sucio. Si al desprender la costra se provoca hemorragia, es signo de que se ha iniciado la cancerización.

La queratosis labial se diferencia de la queilitis porque es más circunstancia del Lupus eritematoso del labio, por la falta del aspecto argentino y de la Leucoplasia, por la presencia de escamas y por su diferente color.

Xeroderma pigmentoso.

Cabe mencionar también dentro de las enfermedades premalignas el Xeroderma pigmentoso, pues, aunque es ésta una enfermedad familiar provocada por una hipersensibilidad de la piel a los rayos del sol y que afecta todas las partes de la piel expuestas a la luz solar, sucede que una de las localizaciones más frecuentes de su transformación carcinomatosa son los labios.

Cáncer de la cavidad oral.—Frecuencia.

La boca es una de las localizaciones más frecuentes del cáncer.

Entre 16.000 enfermos examinados en el Instituto Nacional de Radium de Bogotá, se han presentado 6.235 casos de tumores malignos, de los cuales 538 estaban localizados en la boca; cifra que corresponde

al 9,34 por 100 de la totalidad de los neoplasmas malignos observados. Los cánceres de la cavidad oral ocupan, pues, uno de los primeros puestos por su frecuencia con aquellos de la piel, del útero y de la glándula mamaria.

Los 538 casos de cáncer de la boca se distribuyen, según su localización, en la forma siguiente:

Cáncer de los labios	213, o sea 3,45 por 100
Cáncer del labio inferior	130, o sea 2,00 por 100
Cáncer del labio superior	83, o sea 1,34 por 100
Cáncer de la lengua	155, o sea 2,48 por 100
Cáncer del paladar	79, o sea 1,26 por 100
Cáncer de las amígdalas	41, o sea 0,65 por 100
Cáncer del piso de la boca	17, o sea 0,27 por 100
Cáncer de otras localizaciones	82, o sea 1,31 por 100

Esta distribución de los cánceres de la boca, según su localización, coincide muy exactamente con la hallada en otros países. En el Instituto de Radium de La Habana, por ejemplo, hallaron, en un total de 1.329 casos de cánceres de la cavidad bucal, el mayor porcentaje de los mismos, por orden de frecuencia, en los labios, la lengua, el paladar y las amígdalas; siendo así que predomina la frecuencia en el labio inferior sobre la del superior.

Importancia del diagnóstico.

El carcinoma es la enfermedad grave por excelencia de la boca y su tratamiento curativo está directamente relacionado con la precocidad del diagnóstico. De aquí se desprende la necesidad imperiosa de considerar toda lesión ulcerosa o tumoral de la boca como un cáncer, mientras el anatomopatólogo no haya demostrado lo contrario.

De los 538 enfermos de cáncer de la cavidad oral observados en el Instituto Nacional de Radium, 59, o sea el 10,9 por 100, llegaron en estado intratable. Y debo advertir que el criterio con el que se decide de la tranquilidad de una lesión cancerosa de la boca, es muy amplio, y que si se tuviera en cuenta únicamente la posibilidad de curación, no hubieran sido sometidos a tratamiento más de un 10 ó 15 por 100 del número total de enfermos observados.

Etiología.

La verdadera naturaleza del cáncer de la cavidad oral, lo mismo que la del cáncer en general, se desconoce. Pero existen varios factores que se consideran como predisponentes al cáncer: unos de orden general y otros locales,

Cáncer de la cavidad oral y Sífilis.

Entre los factores generales se ha afirmado, desde Vidal y Besnier, la existencia de una íntima relación entre el cáncer de la boca, y, muy especialmente, entre el cáncer de la lengua, y la Sífilis. Relación ésta puesta en evidencia por la Leucoplasia, que, de origen sifilítico, sería el punto de partida de la degeneración carcinomatosa. Esta creencia fué sintetizada por Sebileau en la siguiente frase: "No hay epiteloma de la lengua sin Leucoplasia; no hay Leucoplasia sin Sífilis."

Ya vimos que la Leucoplasia no es necesariamente de origen luético: y si bien es muy posible que la Sífilis tenga influencia sobre el desarrollo del cáncer de la cavidad oral, seguramente no lo es en la forma absoluta en que lo afirma Sebileau.

Roussy, quien se aplicó al estudio de las relaciones entre el cáncer de las mucosas bucofaríngeas y la Sífilis, no halló sino en la mitad de los casos signos de Lues. A priori puede, pues, afirmarse que si en la mitad de los casos observados hubo cáncer sin sífilis, no todos los carcinomas en los sifilíticos tuvieron como causa desencadenadamente la afección específica.

Factores locales.—Cáncer de la cavidad oral e irritación.

Toda irritación crónica de la cavidad oral es capaz de provocar la degeneración carcinomatosa de su epitelio. Esta afirmación es el fruto de la observación: la relación íntima de los hechos se desconoce.

Como factores de irritación pueden actuar: el tabaco, las dentaduras en mal estado, las prótesis mal adaptadas, en fin, todos los factores irritantes que conocimos como factores locales al hablar de la Leucoplasia. En cuanto a la consideración del tabaco como factor cancerígeno, hubo evidentemente exageración, y una de las pruebas más patentes de ello es que el cáncer de la lengua en la mujer sigue siendo tan exótico como lo era cuando era exótico que una mujer fumara.

Síntomas generales del cáncer de la cavidad oral.

El cáncer de la cavidad oral presenta una serie de síntomas comunes a toda enfermedad ulcerosa o tumoral localizada en la boca.

Dolor: La riqueza sensitiva de la cavidad oral—dicen los textos—hace que el dolor sea un síntoma frecuente y a veces precoz del cáncer de la boca. Sin embargo, siempre me ha llamado más bien la atención que, mientras el carcinoma no esté muy avanzado, falta también en el de la boca el síntoma dolor. Es frecuente el caso de que un individuo consulte para un tumor que le ha aparecido en una de las caras laterales del cuello, y que este tumor no sea otra cosa que una adenopatía metastásica de un cáncer que evoluciona en la boca, que no le ha ocasionado al paciente hasta el momento ningún malestar.

Otalgia: El dolor de oído en personas mayores de cuarenta años es frecuentemente un síntoma de afección bucal y, muy especialmente, del

cáncer localizado en la región amigdalina o en la parte posterior de la lengua. El dolor de oído se explica en estos casos, si recomendamos que el nervio glossofaríngeo que inerva el tercio posterior de la lengua, es el mismo que inerva la caja del tímpano.

Glosodinia: Un gran número de lesiones de la lengua provoca glosodinia. En la mayor parte de estos casos la causa del dolor salta a la vista al examinar la boca: es una úlcera, es un tumor, etc. Allí no hay problema. El problema se plantea cuando hay dolor sin causa aparente. Debe saberse que el cáncer de la lengua, de la faringe, y aún, de la laringe, puede provocar glosodinia. Por lo tanto, el dolor de la lengua sin causa evidente obliga a practicar un cuidadoso examen de la orofaringo-laringe antes de hablar de neuralgia o de neuritis lingual; y solamente cuando varios exámenes repetidos a intervalos convenientes, hayan resultado negativos, podrá hablarse de neuritis o—con menos benevolencia—de neurosis lingual.

Sialorrea: Como en cualquiera otra enfermedad de la boca, la irritación sensitiva que causa el carcinoma, provoca aumento de la secreción salivar.

Síntomas específicos del cáncer de la cavidad oral.

Los síntomas propios del cáncer de la boca, sea cual fuere su localización, son los del cáncer general, a saber:

Ulceración: La ulceración que provoca el cáncer es de contorno irregular, esfaelado, de bordes gruesos y elevados.

Proliferación: La proliferación da a la superficie de la úlcera su aspecto botoneante y exuberante.

Induración: El cáncer ofrece una consistencia dura, sin elasticidad.

Infiltración: La infiltración del cáncer en los tejidos que lo rodean, es el signo más típico de su malignidad.

El cáncer de la cavidad oral según su localización.—Cáncer de los labios.

Comenzaremos por el epiteloma de los labios por ser el más frecuente de los tumores de la boca.

Como vimos anteriormente, la cara anterior de los labios está recubierta por piel y la cara interna, así como también los bordes libres están recubiertos por la mucosa bucal. Estos datos son de interés, pues la evolución del carcinoma es muy diferente, según que el tumor interese la piel o la mucosa.

Los epiteliomas que se desarrollan en la piel de los labios son generalmente de tipo basal; por lo tanto, relativamente benignos, es decir, fácilmente curables y poco propensos a provocar metástasis. Los que asientan en la superficie mucosa, por el contrario, son generalmente del tipo espinocelular, por lo tanto, más malignos; crecen rápidamente y rápidamente provocan metástasis. Aquellos carcinomas que se inician en la piel, pero que posteriormente invaden la mucosa, se tornan más malignos.

El cáncer cutáneo suele presentarse en el labio superior y el cáncer mucoso en el labio inferior, siendo el sitio de predilección el tercio medio. De aquí, que, como regla general suele decirse, respecto del tipo histológico del tumor, que los carcinomas que se hallan por debajo de las comisuras labiales son espinocelulares y los que se hallan por encima, basocelulares.

El cáncer de los labios, que se observa generalmente en hombres mayores de cuarenta años, se presenta como un tumor ulcerado, recubierto generalmente por costras sanguíneas, que se desprenden fácilmente y dejan al descubierto una superficie botonosa, sangrante y casi siempre infectada.

Metástasis: Las metástasis suelen hacerse a los ganglios linfáticos regionales. Metástasis lejanas son excepcionales. Por esta razón la enfermedad es curable, pues las adenopatías son susceptibles de extirpación quirúrgica.

Los ganglios linfáticos comprometidos son los submentonianos y los *submaxilares*; en segundo término, aquellos de la cadena *jugular interna*. En casos muy avanzados, pueden hallarse invadidos otros ganglios, inclusive los supraclaviculares o axilares. Metástasis bilaterales son también frecuentes.

La edad del enfermo, el tiempo de evolución de la enfermedad, el tamaño de lesión y el grado de malignidad del tumor son directamente proporcionales a la frecuencia de aparición de metástasis.

Hay que tener muy en cuenta que aproximadamente el 10 por 100 de los casos estado I, es decir, sin adenopatías regionales palpables, tienen, sin embargo, metástasis linfáticas.

Cáncer de la lengua.

El cáncer de la lengua se presenta en personas mayores de cuarenta años. Esta regla tiene raras excepciones: se han descrito un vaso de cáncer de la lengua en un niño de once años de edad (caso de Variot), y otro en un joven de diecinueve años (caso de Billaroth).

Contrariamente a lo que se suele afirmar que el cáncer de la lengua en la mujer es tan raro que cirujanos de larga vida y experiencia no vieron jamás un caso, en el Instituto Nacional de Radium se han observado, hasta 1947, 58 casos de cáncer de la lengua en mujeres y 95 en hombres. El carcinoma de la lengua suele ser un carcinoma espinocelular; la forma basocelular se presenta, pero excepcionalmente.

La forma más común es la cancroide; una lesión ulcerosa, infiltrante, de bordes elevados y duros, que evoluciona rápidamente y que muy pronto provoca metástasis. Rara vez se presenta en forma de papiloma, especie de verruga desnuda, de color rojo, que se ensancha lentamente y se cubre de pequeñas prolongaciones filiformes.

El aspecto microscópico del tumor no permite reconocer el tipo anatómopatológico del mismo.

El cáncer de la lengua puede estar localizado:

1. Sobre el dorso de la lengua;
2. Sobre los bordes de la lengua;
3. Sobre la cara inferior de la lengua.

Topográficamente es más interesante saber si el cáncer está localizado en el tercio anterior, medio o posterior de la lengua, que saber que es del dorso, de los bordes o de la cara inferior, porque los carcinomas del tercio posterior provocan metástasis con mayor frecuencia y rapidez que los del tercio anterior. Esto se debe únicamente a la mayor riqueza en los vasos linfáticos de la base de la lengua.

Cáncer de la cara dorsal de la lengua:

a) El cáncer del tercio anterior de la cara dorsal de la lengua, es el que mejor se presenta al tratamiento por ser el que permanece mayor tiempo circunscrito.

b) El cáncer localizado en el tercio posterior del dorso de la lengua, es frecuentemente, al mismo tiempo que cáncer de la lengua, cáncer del surco-gloso-epilótico. Suele ser ulcerado y crateriforme. Es una de las localizaciones más malignas por la precocidad de las metástasis.

Cáncer de los bordes de la lengua:

a) El cáncer marginal del tercio anterior es, dentro de su malignidad, el menos grave, mientras no haya invadido el piso de la boca o el surco gloso-alveolar.

b) El cáncer marginal del tercio medio invade rápidamente el pilar anterior y el velo del paladar, lo que ensombrece su pronóstico y dificulta su tratamiento.

c) El cáncer marginal del tercio posterior suele ser un carcinoma úlcero-tumoral, que invade rápidamente la pared de la faringe y que tiene el mismo pronóstico que el cáncer del tercio posterior del dorso de la lengua.

Cáncer de la cara inferior de la lengua.

El cáncer de la cara inferior de la lengua se propaga con rapidez a la parte anterior del piso de la boca, y cuando éste está comprometido hay metástasis cervicales en el 90 por 100 de los casos.

Metástasis: Las metástasis del cáncer de la lengua son frecuentes y tempranas. En las estadísticas oscila su frecuencia entre el 40 por 100 y el 100 por 100 de los casos.

Los ganglios afectados son los submentonianos, los submaxilares y los yugulares internos.

La punta y la parte anterior de los bordes de la lengua, drenan directamente en los ganglios submentonianos, que comunican con el ganglio omohioideo y la cadena ganglionar yugular interna.

El dorso y parte marginal media de la lengua, drenan en los ganglios submaxilares y en los ganglios de la bifurcación.

Los carcinomas de la base de la lengua, es decir, del tercio posterior, hacen sus metástasis en la cadena ganglionar yugular interna.

Metástasis lejanas son secundarias a las linfáticas cervicales, y no se presentan sino en estados muy avanzados de la enfermedad. En el

Intituto han sido observadas, partiendo de un carcinoma de la lengua, metástasis en la porción inferior del sigmoide, en el pulmón derecho y en la vértebra lumbar.

Metástasis bilaterales son frecuentes, especialmente cuando el carcinoma está localizado en el tercio anterior de la lengua, e interesan, por consiguiente, los ganglios submentonianos y submaxilares.

Como en el cáncer de los labios, la frecuencia de las metástasis está en relación directa con el tiempo de evolución del tumor, con su tamaño y con el grado de malignidad histológico.

Aproximadamente en el 22 por 100 de los casos de cáncer de la lengua que no ofrecen adenopatías palpables, se descubren histológicamente ganglios invadidos.

Cáncer del paladar.

Como el de las otras localizaciones, el cáncer del paladar suele afectar personas mayores de cuarenta años. Es muy frecuente que su punto de partida sea una leucoplasia.

Anatomopatológicamente se trata, por regla general, de un carcinoma espinocelular.

Entre los cánceres del paladar duro y los del paladar membranoso, existe más o menos la misma diferencia que entre los del tercio anterior de la lengua o los de su tercio posterior. Los del paladar membranoso son más malignos, porque aquella región es mucho más rica en vasos linfáticos que el paladar duro, y porque invaden con facilidad los pilares o la faringe.

Metástasis: El cáncer del paladar duro hace sus metástasis en los ganglios submentonianos submaxilares y, especialmente, en el ganglio subdigástrico.

El cáncer del paladar membranoso provoca metástasis con mayor frecuencia que el del paladar duro. Los ganglios afectados son los de la cadena ganglionar yugular interna, los submaxilares y los retrofaringeales.

Cáncer de las amígdalas

El cáncer de las amígdalas se presentan también, como los demás carcinomas de la boca, en personas mayores de cuarenta años; razón por la cual todo aumento de volumen de una amígdala en personas de edad avanzada debe hacernos sospechar el cáncer. Es frecuente que exista otalgia o trismo.

El aspecto del cáncer de la amígdala, es, fuera de su localización, en todo semejante a los carcinomas del resto de la cavidad bucal. Suele ser un tumor ulcerado, fácilmente sangrante y de consistencia dura.

Metátasis: Es muy frecuente que el primer signo del carcinoma de la amígdala sea la adenopatía metastásica cervical. Los ganglios regionales afectados con mayor frecuencia son los subdigástricos, los de la bi-

furcación y los submaxilares. Con relativa frecuencia se hallan adenopatías bilaterales. La duración, el tamaño y el grado histológico del tumor, influyen grandemente sobre la frecuencia de las metástasis.

Los casos en que el tumor lleva más de tres meses de duración, presentan metástasis en el 90 por 100 de ellos. Los tumores que miden 3 centímetros o más, tienen todos metástasis ganglionares.

Cáncer del piso de la boca.

El cáncer del piso de la boca presenta más o menos las mismas características y problemas que el de la lengua. Es una de las localizaciones más malignas. El tumor suele desarrollarse rápidamente e invadir la lengua, la encía, etc.

Metástasis: Tempranamente y en un alto porcentaje de casos (80 por 100) se presentan las metástasis, que afectan principalmente los ganglios submaxilares, con frecuencia bilateralmente, los subparotídeos y subdigástricos.

Diagnóstico diferencial del cáncer de la cavidad oral.

Todos los tejidos que entran en la formación de la cavidad oral—y ya vimos que allí están representados prácticamente todos los tejidos del organismo—pueden dar origen a tumores benignos: papilomas, fibronas, adenomas, lipomas, etc., etc., pero todos estos tumores tienen tan patentemente marcadas sus características de benignidad, que, si bien es a veces difícil distinguirlos entre sí, nunca pueden ser confundidos con un carcinoma.

Ocasionalmente quizás, el bocio de la lengua, tumor raro proveniente de restos del conducto tireogloso, o el goma sifilítico que se localizan obligada o predilectamente en el tercio posterior de la lengua, puedan crear dificultades de diagnóstico que fácilmente aclarará la biopsia.

El sarcoma tiene un interés muy restringido, pues, excepcionalmente lo hallaremos en la boca, en donde, cuando se presenta, está localizado en la lengua. Hasta 1934 se habían publicado 52 casos.

Mayores dificultades en el diagnóstico diferencial ofrecen ciertas afecciones inflamatorias ulcerosas, de las cuales quiero recordar las principales:

La Tuberculosis que, rara vez primaria, puede presentarse en forma de tuberculosis luposa o de tuberculosis colicuvativa. La primera afecta con predilección los labios, las encías y el paladar; determina la formación de nódulos brillantes, blancos, que destruyen rápidamente el revestimiento epitelial, produciendo úlceras superficiales con granulación activa. Se diagnostican por medio de la comprobación del bacilo de Koch o por la inocular a animales. La segunda, muy rara en la cavidad oral, y localizada, cuando se presenta, en los carrillos o en el paladar, se presenta en forma de nódulos duros, que pronto se necrosan y se ulceran. Estas úlceras tienen como característica sus bordes irregulares y despegados, su color lívido y su consistencia blanda.

La Sífilis.

La lesión primaria sifilítica se presenta en los labios—que es la localización extragenital más frecuente—en la lengua y en las amígdalas. Aparecen en forma de pápula ovalada o cicinada, erosionada, de borde liso y de base indurada. Suele provocar una adenitis regional, monoganglionar e indolora. El diagnóstico lo confirmará el laboratorio.

Las placas mucosas del período secundario de la sífilis no ofrecen dificultades de diagnóstico diferencial con el cáncer.

La sífilis del período terciario se localiza con frecuencia en la cavidad oral.

La forma más importante es el goma, que muestra predilección por el paladar, en donde forma un engrosamiento circunscrito rojo y duro, que luego se ulcera y provoca grandes destrucciones de la mucosa y del hueso.

En la lengua provoca la Lues III la glositis esclerosante, que transforma la lengua en una masa callosa cruzada por surcos profundos.

La Leishmaniasis.

Más se parece la Leishmaniasis americana localizada en la boca a la Sífilis que al cáncer. Para su diagnóstico es necesario tener en cuenta no solamente el aspecto de la lesión, que en los casos avanzados no puede diferenciarse clínicamente de una sífilis, de una blastomycosis, de una gangosa o de un arinoma, sino que ha de tenerse en cuenta la historia de su evolución, la biopsia e inclusive los resultados terapéuticos.

Comienza la enfermedad por la aparición de una pápula en una parte desnuda de la piel, generalmente en una pierna. Esta pápula se transforma en una úlcera, ovalada o redonda, de bordes elevados y violáceos, que dura años en sanar. Meses o años, después aparece una úlcera en los límites entre piel y mucosas de la boca o nariz. Si la enfermedad no se trata, la úlcera crece y va destruyendo lentamente las partes blandas, los cartílagos y los huesos.

La Gangosa.

También debemos tener en cuenta la gangosa, enfermedad sobre cuya etiología no se ha dicho aún la última palabra, pero que suele ser considerada como un estado III del Pian. La enfermedad consiste en un proceso ulceroso, que se inicia generalmente en el paladar y que, en el curso de años, acaba por destruir el paladar, el tabique nasal, los cornetes, las paredes de los senos paranasales y las partes cartilaginosas de la nariz.

Tratamiento.

El cáncer de la cavidad oral es susceptible de tratamiento curativo porque a pesar de producir metástasis, éstas no suelen rebasar los límites de los ganglios cervicales.

En todo tratamiento de la cavidad oral, habrá que tener en cuenta, el tumor primitivo y las metástasis linfáticas regionales.

Si el tumor primitivo se encuentra en un estado incipiente, si no es demasiado infiltrante y si está localizado en un lugar asequible—condiciones que rara vez reúne un cáncer bucal—puede emplearse la cirugía con buenas probabilidades de obtener la curación.

Cuando estas condiciones no se realizan, el único tratamiento es la radioterapia, que según las características del tumor y la inclinación personal del terapeuta hacia el uno u otro método, podrá ser la radioterapia de contacto o la radiumterapia de contacto por medio de moulages o la radiumpunción; tres métodos equivalentes en sus resultados. Cuando se haya obtenido la curación del tumor primitivo, se dirigirá toda nuestra atención hacia el tratamiento de las metástasis linfáticas. Para tal fin tenemos a nuestra disposición la radioterapia y la cirugía. Pero es el vaciamiento ganglionar el método que se ha impuesto. Con la radioterapia no se obtienen los mismos resultados y la radioterapia pre o postoperatoria no mejora los resultados del vaciamiento simple.

El hecho de no existir adenopatías cervicales palpables en casos de cáncer bucal, no garantiza la no existencia de metástasis linfáticas. En tales casos está indicado el tratamiento profiláctico, si el tumor primitivo está localizado en lugares muy ricos en vasos linfáticos, como son el tercio posterior de la lengua, la amígdala, el paladar membranoso y el piso de la boca.

Cuando hay adenopatías palpables con caracteres neoplásicos, entre los cuales tienen especial valor el tamaño de las adenopatías o su rápido crecimiento, debe practicarse el vaciamiento ganglionar, siempre que el estado general del paciente lo permita y sólo, naturalmente, cuando el tumor primitivo haya sido dominado. La radioterapia será reservada como tratamiento paliativo para los casos que no reúnan estas condiciones.

BIBLIOGRAFIA

- Ludwing Aschoff. Pathologische Anatomie. Gustav Fischer, Jena, 1936.
- Becker y Obermayer. Dermatología y Sifilología Moderna. Salvat. The University Society Mexicana, 1947.
- Bergmann, Staehlin, Salle. Tratado de Medicina Interna. Enfermedades del Aparato Digestivo. Labor, Barcelona, 1943.
- Garré, Borchard, Stich. Lehrbuch der Chirurgie. F. C. W. Vogel, Berlín, 1933.
- R. du Mesnil de Rochemont. Einführung in die Strahlenkunde, Urban & Schwarzenberg, Berlín, 1937.
- Ph. Stoehr. Lehrbuch der Histologie. Gustav Fischer, Jena, 1930.
- Kur H. Thoma. Estomatología. Salvat, Barcelona, 1946.
- Zieler, Jakobi. Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. Urban & Schwarzenberg, Berlín, 1934.
- Instituto Nacional de Radium. Temas de Cancerología y Radioterapia. Minerva, Bogotá, 1946.