

Revisión y análisis estadístico del Carcinoma Bucal

Dr. Nelson Delgado Camejo *
Dra. Myriam Fungi **

Palabras clave: Carcinoma, Tumores, Estadística.

INTRODUCCION

El carcinoma epidermoide o a células escamosas, es el tumor maligno de origen epitelial más frecuente de la cavidad bucal.

Su cuadro clínico ó histológico varía de acuerdo a su localización, lo mismo que la elección del método de tratamiento.

Su etiología es desconocida, aunque se piensa que factores irritativos crónicos como el alcoholismo, el tabaquismo, la glositis sífilítica, irradiaciones actínicas, aparatos protésicos mal ajustados, mala higiene bucal, etc., puede tener cierta importancia en su desarrollo.

Puede localizarse en cualquier parte de la cavidad bucal, aunque existen sitios de mayor preferencia, como podemos apreciar en la tabla N° 2.

* Profesor Adjunto de Anatomía Patológica.

** Asistente de la Cátedra de Anatomía Patológica.

Trabajo realizado en la Cátedra de Anatomía Patológica, Prof. Dr. José B. Costas. Tomados del archivo entre 1960 y 1978.

Recibido para publicar abril 1980

Es mucho más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, en una relación aproximada de 3 a 1. Tabla N° 1.

Ninguna edad es inmune al carcinoma bucal, pero su incidencia es mayor a partir de la cuarta década de la vida.

CUADRO HISTOLOGICO

Los carcinomas epidermoides pueden presentar un cuadro histológico variable, aunque los podemos clasificar en tres variedades fundamentales: 1). carcinoma epidermoide bien diferenciado, el más evolucionado y el de mejor pronóstico; 2). carcinoma epidermoide mediana o moderadamente diferenciado, de una agresividad un tanto mayor; y, 3). carcinoma epidermoide indiferenciado o anaplásico, el de peor pronóstico ya que tiende a dar metástasis con gran rapidez pudiendo llevar a la muerte en corto tiempo.

CARCINOMA EPIDERMOIDE BIEN DIFERENCIADO

Consiste en nidos o islotes celulares que se originan en epitelio pavimentoso. Estas células son por lo general grandes, mostrando una mem-

brana celular clara, aunque no siempre es posible demostrar los puentes intercelulares.

Los núcleos de las células neoplásicas son grandes y su apetencia tintorial varía de una célula a otra, pero siempre hipercromáticos.

Pueden encontrarse figuras mitóticas a menudo atípicas pero no en número muy elevado. La característica más saliente de esta variedad, es la presencia de queratinización de células individuales así como la formación de numerosos globos o cebolletas córneas de tamaño variable. Las células malignas invaden en forma caprichosa el tejido conjuntivo subyacente.

CARCINOMA EPIDERMOIDE MEDIANAMENTE DIFERENCIADO

Esta variedad no se asemeja tanto como la anterior al epitelio pavimentoso del cual deriva. La forma característica de las células está por lo común, alterada, lo mismo que su mutua interrelación. El ritmo de crecimiento de las células es más rápido, lo que se vé respaldado por una abundancia mayor de figuras mitóticas. La variación de las formas nucleares, su tamaño y apetencia tintorial son en esta variedad aún más marcadas. Por lo tanto, la formación de queratina puede estar presente en pequeñas cantidades o faltar totalmente.

CARCINOMA EPIDERMOIDE INDIFERENCIADO

Las células de esta variedad de carcinoma epidermoide son sumamen-

te anaplásicas, asemejándose muy poco a las del epitelio pavimentoso del que deriva. Muy a menudo presenta dificultades al diagnóstico, dado el aspecto histológico primitivo y no característico de las células malignas en rápida división. Estas células presentan poca cohesión entre sí y su forma y tamaño son de lo más variado, así como lo son también las numerosas mitosis frecuentemente atípicas que posee.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión de 91 biopsias de carcinoma epidermoide reccionadas en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología entre los años 1960 y 1978.

Investigamos su incidencia por edad, sexo, localización y grado de diferenciación. Los resultados obtenidos son los siguientes:

a).- *Localización.* Por su orden, la incidencia mayor correspondió al cáncer de labio inferior (15 casos), reborde alveolar superior (15 casos), reborde alveolar inferior (14 casos), piso de boca (9 casos), región retromolar (9 casos), seno maxilar (8 casos), lengua y mejilla (7 casos). Ver Cuadro 2.

b).- *Edad.* Si observamos la gráfica correspondiente al Cuadro N° 1, podemos apreciar que el pico más alto se encuentra entre los 60 - 70 años de edad (31,1 %), siguiendo con un 27 % la década correspondiente a los 50 - 60 años, con un 15.6 %, la década entre los 40 a 50 años, y con un 12.5 % la década entre los 70 - 80

años. La edad promedio de incidencia de los 91 casos de carcinoma epidermoide estudiados, correspondió entre los 51 y 68 años, ligeramente superior a los promedios internacionales.

c).- *Sexo*. En cuanto a la incidencia por sexo, comprobamos que es francamente superior en el sexo masculino (77 %), que en el sexo femenino (22.5 %), guardando aproximadamente una relación de 3 a 1, a favor del sexo masculino.

d).- *Grado de diferenciación*. En los 91 casos revisados, de acuerdo con la clasificación histológica expuesta más arriba, encontramos 34 casos (37.3 %), con un grado medio de diferenciación; 32 casos (34.4 %) eran bien diferenciados; y 25 casos (26.8 %) correspondieron a carcinomas indiferenciados o anaplásicos. Ver Cuadro 1.

DISCUSION

Si bien los resultados obtenidos en nuestro trabajo concuerdan en líneas generales con los promedios interna-

cionales encontramos ciertos detalles diferenciales dignos de hacer notar: a). absolutamente todos los casos de carcinomas ubicados en el reborde alveolar inferior, presentan también un alto grado de diferenciación con una marcada predominancia del sexo masculino; b). en cambio, en el reborde alveolar superior hay una mayor tendencia a la indiferenciación ya que es su gran mayoría medianamente indiferenciados aumentando la incidencia en el sexo femenino; c). los carcinomas de seno maxilar todos ellos eran indiferenciados o anaplásicos, infiltrantes y de pronóstico malo; d). los carcinomas linguales tienden a ser también agresivos o infiltrantes, no así los de mejilla que en su mayoría tienden a la diferenciación.

BIBLIOGRAFIA

1. BHASKAR S.N. Patología bucal. Buenos Aires Ateneo, 1977.
2. COSTAS, J.B. Anatomía patológica general (material escrito de apoyo). Montevideo Div. Publ. 1974. 2v.
3. SHAFER, W.G. HINE M.K. y LEVY B.M. Tratado de patología bucal. 3a. ed. Buenos Aires, Interamericana 1978.

TABLA 1

♂ 70 casos = 77 %

♀ 21 casos = 22,5 %

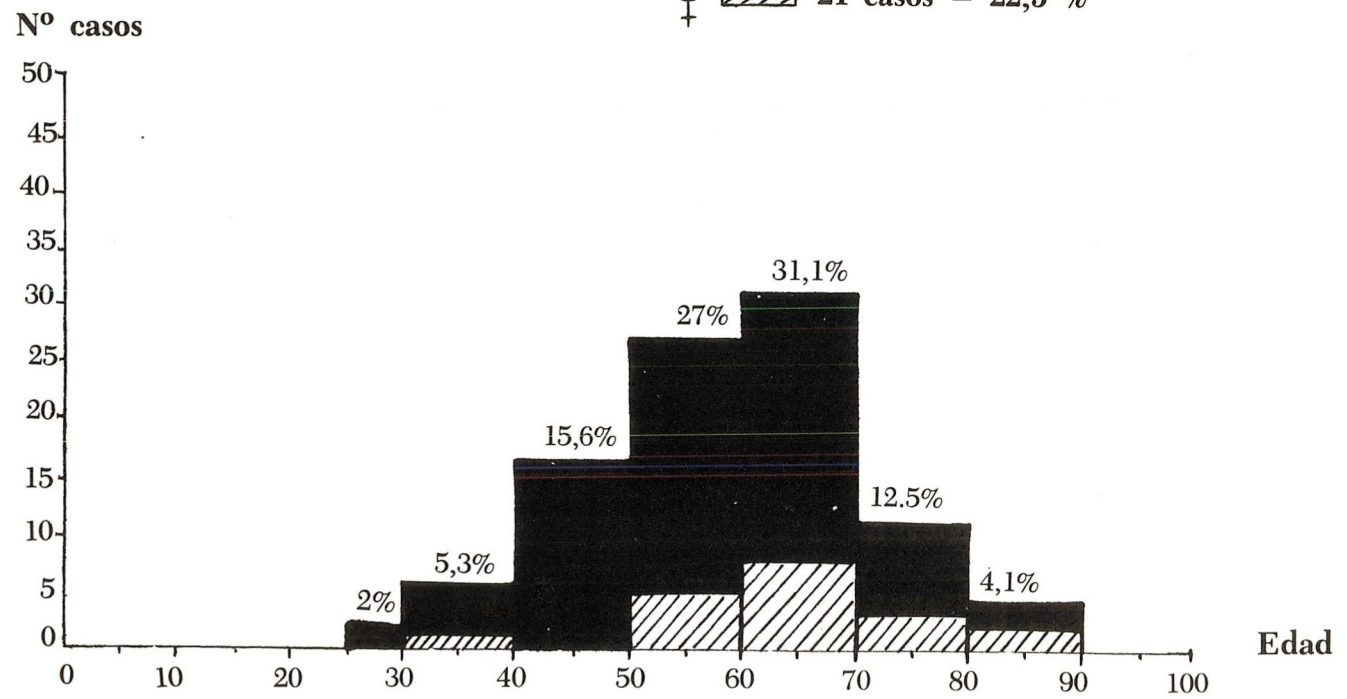


Fig. 1 - Carcinoma epidermoide bien diferenciado-vista panorámica.

Fig. 2 - Carcinoma epidermoide bien diferenciado-cebolletas corneas.

Fig. 3 - Carcinoma epidermoide bien diferenciado-cebolletas corneas. Y células del epitelio pavimentoso.

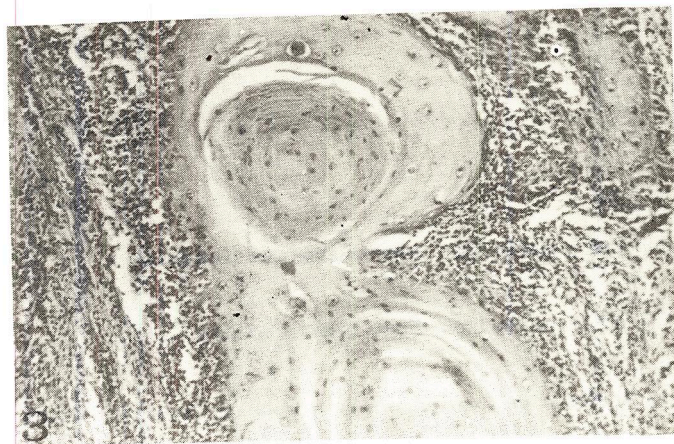


Fig. 4 - Carcinoma epidermoide indiferenciado-vista panorámica.

Fig. 5 - Carcinoma epidermoide indiferenciado-mayor aumento donde se aprecia las células anaplásicas de distinto tamaño.

Fig. 6 - Carcinoma epidermoide medianamente diferenciado-vista panorámica.

