

TESIS DOCTORAL

UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

BIBLIOTECA DE LA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

CONTRIBUCION AL ESTUDIO
DE LAS
NEOPLASIAS MALIGNAS
DE LA
CAVIDAD ORAL



Guillermo Peña Zelaya

1950

SAN SALVADOR, EL SALVADOR
CENTRO AMERICA.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE EL SALVADOR

RECTOR: DR. CARLOS A. LLERENA

SECRETARIO: DR. SALVADOR ARAUJO.

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO: DR. JUAN C. SEGOVIA

SECRETARIO: DR. EDUARDO NAVARRO h.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE EL SALVADOR

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

CLINICA MEDICA:

Dr. Luis E. Vásquez,

Dr. Ernesto Fasquelle,

Dr. Lázaro Mendoza h.

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Luis A. Macías,

Dr. Saturnino Cortez M.,

Dr. Nicolás Grande.

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Antonio Lazo Guerra,

Dr. José González Guerrero,

Dr. Ricardo Jaimes Burgos.

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO:

Dr. Ricardo Posada h.,

Dr. Saturnino Cortez M.,

Dr. Salvador Infante D.

Mayo de 1950

DEDICATORIA.

A MIS PADRES:

Don Adolfo Peña N.
Doña Trinidad Zelaya de Peña.

A MIS TIOS:

Don Francisco A. Ruiz.
Doña Cristina Zelaya de Ruiz.

A MI ABUELA:

Doña Cleotilde Vda. de Peña.

A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS:

Don Felipe Zelaya B.
Doña Trinidad de Zelaya.

Don Rafael Peña.

A MI MAESTRO:

Dr. Lázaro Mendoza h.

A MIS PROFESORES Y COMPAÑEROS.

AGRADECIMIENTO:

Dr. Ricardo Posada h.
Dr. Salvador Infante Díaz.
Dr. Héctor Silva.

En la ciudad de San Salvador, a las once horas del día veinte y cuatro de mayo de mil novecientos cincuenta Reunidos en el Decanato de la Facultad de Medicina los infrascritos miembros del Tribunal designado para calificar el trabajo de Tesis presentado por el Br. Guillermo Peña Zelaya, titulado: "Contribución al Estudio de las Neoplasias Malignas de la Cavidad Oral", hacemos constar que hemos revisado dicho trabajo y que en vista de que reúne las condiciones exigidas por los Estatutos de la Universidad le damos nuestra aprobación por unanimidad de votos.

Dr. Ricardo Posada h.,
Presidente.

Dr. Saturnino Cortez M.,
Primer Vocal.

Dr. Salvador Inf
Segundo Vc

PLAN- DE- TRABAJO.

- I) INTRODUCCION.
- II) RECUERDO ANATOMICO.
- III) TIPOS HISTOPATOLOGICOS DE LAS NEOPLASIAS DE LA CAVIDAD ORAL.
- IV) ALGUNAS CONSIDERACIONES ETIOLOGICAS Y CLINICAS.
- V) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.
- VI) CONSIDERACIONES PRONOSTICAS DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL.
- VII) TRATAMIENTO ACTUAL.
- VIII) LITERATURA NACIONAL SOBRE EL TEMA.
- IX) CASUISTICA.
- X) ESTUDIO ESTADISTICO -INCIDENCIA-
- XI) COMENTARIO MEDICO-SOCIAL.
- XII) CONCLUSIONES.
- XIII) BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

Me decidí a llevar a cabo una revisión de 1.050 fichas del Servicio de Cancerología que la "Sociedad de Beneficencia Pública" tiene instalado en el Hospital "Rosales", con el objeto de obtener datos que fueran de interés sobre el cáncer de la cavidad oral, tomando como base el trabajo que se ha llevado a cabo en dicho Servicio que dispone de un Archivo donde, si bien hay muchos objetivos por llenar todavía, permite sin embargo, formarse un concepto aproximado de la frecuencia del cáncer en nuestro medio hospitalario.

A pesar de no haber logrado mi objetivo en su totalidad, presento hoy este trabajo, que hubiera sido más completo si no fuera por el inconveniente de haberse extraviado algunos exámenes de laboratorio que nos hubieran permitido apreciar mejor la labor de dicho Servicio el cual, dicho sea de paso, es el único que lleva en "record" propio este tipo de datos desde hace más de 10 años en el Hospital "Rosales".

Hago los siguientes apuntes dada la importancia que a mi juicio tiene, para la Medicina nuestra, el que se conserve en los Servicios Hospitalarios el registro del trabajo que se ha verificado en cada uno de ellos, y así tener datos de información sobre la evolución de las ciencias médicas en el país y puedan más tarde los investigadores ob-

RECUERDO- ANATOMICO.

La boca o porción facial del tubo digestivo, es una cavidad irregular en donde se llevan a cabo las importantes funciones de la masticación e insalivación. Colocada entre las fosas nasales y la región suprahióidea, la cavidad bucal tiene la forma de un óvalo.

Posee dos orificios, uno anterior y otro posterior; al primero lo forman los labios y al segundo, que se abre en la faringe, se le llama "istmo de las fauces".

Los arcos dentales la dividen en dos partes: 1o.) El vestíbulo de la boca. 2o.) La boca propiamente dicha. Ambas se comunican por los espacios interdientales, así como por un espacio ancho situado hacia atrás, el espacio retromolar o retrodental. El vestíbulo, que es una cavidad virtual, se transforma en cavidad real cuando las mejillas y los labios están separados de los arcos dentales. Posee forma de herradura cuyas paredes son: externa, interna, bóveda y suelo. Por fuera la limitan las mejillas, por dentro las encías y los dientes, arriba y abajo el surco que reúne la mucosa yugolabial a la mucosa gingival (1).

La boca propiamente dicha es una cavidad virtual que se transforma en real por el retroceso de la lengua o el descenso del maxilar inferior. Está limitada hacia adela

te y afuera por los arcos dentales, arriba por la bóveda palatina y el velo del paladar, hacia abajo por el suelo de la boca; atrás, por el istmo de las fauces.

Las diversas formaciones anatómicas que limitan la cavidad bucal se dividen en las siguientes regiones: 1) región labial.- 2) Región geniana.- 3) Región palatina. 4) Lengua y región sublingual.- 5) Región gíngivo dental 6) Región amigdalina.

REGION LABIAL.- Es impar y media, más ancha que alta y comprende todas las partes blandas que constituyen los labios. Forma la pared anterior de la cavidad bucal.

Forma exterior y exploración.- Los labios son unos velos músculo-membranosos, blandos, fácilmente depresibles y muy movibles; en número de dos se reúnen por fuera en las comisuras, circunscribiendo un orificio llamado el "orificio bucal". Cuando se mantienen los labios cerrados forman una hendidura que se llama "hendidura bucal".

Los planos constitutivos son de fuera a dentro: 1) Piel. 2) Tejido celular subcutáneo. 3) Capa muscular. 4) Capa glandular y 5) La mucosa.

Describiré en forma especial la mucosa por ser de gran interés en este trabajo. Forma el plano profundo, de color grisáceo y aspecto mamelonado debido a las glándulas subyacentes que la levantan en algunos sitios. Se

continúa con la mucosa geniana, gingival y, en una palabra, con la que cubre la cavidad bucal. Es interesante señalar que es muy difícil notar macroscópicamente el límite entre la mucosa y la piel.

La importancia que tiene este hecho es que los procesos neoplásicos que tienen lugar en este sitio son más graves y de evolución más rápida que cuando residen en la piel. Siguen el curso de los epitelomas de las mucosas.

También deben tenerse presente los ganglios linfáticos cuyas redes se inician tanto en la mucosa como en la piel de ambos labios, distribuyéndose después en troncos que van hacia los ganglios submaxilares y submentoneanos.

REGION GENIANA.- De ella interesa en especial la mucosa que forma las paredes externas de la cavidad bucal.

REGION PALATINA.- La región palatina constituye las paredes superior y posterior de la cavidad bucal. Está formada en sus dos tercios anteriores por la bóveda palatina y en su tercio posterior por el velo del paladar; topográficamente forman un solo plano.

Los planos constitutivos son: 1) Mucosa. 2) Capa glandular. 3) Capa ósea. El paladar blando está constituido de la siguiente manera: 1) Capa mucosa inferior y glandular. 2) Capa aponeurótica. 3) Capa muscular. 4)

Capa mucosa superior. (1).

REGION SUBLINGUAL.- Se le llama también del piso de la boca. Constituye la parte inferior de la cavidad oral es una área semilunar circunscrita en su parte anterior por el arco dental inferior y posteriormente por la superficie inferior de la lengua. En profundidad el piso de la boca se extiende hasta el músculo milohiideo, el cual lo separa de la región suprahiodea. Está dividida en su parte media por un repliegue mucoso, el frenillo, a cada lado del cual hay un pequeño módulo con un orificio: la --abertura del canal de Wharton. Lateralmente pueden verse dos pequeños orificios que son la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales. (2)

Los linfáticos del piso de la boca son continuación de los de la lengua y de la glándula sublingual. Son tributarios de los ganglios submaxilares y de la cadena yugular anterior.

REGION TONSILAR.- Se llama también de la Amígdala, par y simétrica; está entre las cavidades bucal y faríngea en las partes laterales de la primera, inmediatamente por dentro de la región cigomática y del espacio máxilofaríngeo, por delante de la región de la faringe, debajo de la región palatina y por encima de la región sublingual. Contiene la amígdala que es un órgano linfático.

REGION GINGIVODENTAL.- Corresponde a los puntos don de la mucosa forma repliegues que unen el vestíbulo de la boca y la boca propiamente dicha. Cerca del último molar hay un espacio amplio que tiene importancia en la distribución de las neoplasias de la cavidad oral, ya que en ese lugar se observan en ocasiones epitelomas: se llama "espacio retromolar".

Por último recordaré el gran círculo linfático de Waldeyer, que está constituido por tejido linfático y está situado alrededor de la abertura posterior de la boca (1).

SISTEMA LINFATICO.- Debido a la gran importancia de este sistema en la evolución del cáncer, quiero insistir con más detalle en su descripción, dividiéndolo en regiones correspondientes a las diferentes partes que forman la boca.

Región labial.- Los linfáticos de los labios se originan en dos redes, una mucosa y otra cutánea. Los empujados de ambas redes del labio superior, siguiendo a la vena facial, terminan en los ganglios submaxilares, especialmente en el situado en el cruce de dicha vena con el borde inferior del maxilar. Los linfáticos del labio inferior procedentes de la red mucosa y de la parte lateral de la cutánea desembocan en los ganglios submaxilares.

Los procedentes de la parte media de esta última red, en los submentonianos. Hay que recordar que cierto número de linfáticos cutáneos del labio inferior se entrecruzan en la parte media, por lo que, cuando hay localización cancerosa en dicho labio y se procede quirúrgicamente, hay que extirpar los ganglios submentonianos y submaxilares de ambos lados.

Región lingual.- Los linfáticos de la mucosa y los músculos de cada lado de la lengua, se anastomosan ampliamente, no sólo entre sí, sino que también con los del lado opuesto. Los ganglios terminales pueden ser divididos en dos grupos: accesorios y principales. Los primeros están constituidos por los suprahiodeos medios y submaxilares en los cuales desembocan los linfáticos procedentes de la punta, bordes laterales y porción marginal de la cara dorsal de la lengua. Los grupos ganglionares principales están constituidos por los ganglios de la cadena carotídea, especialmente el situado por debajo del vientre posterior del digástrico.

Región geniana.- Todos los linfáticos de la región geniana y por ende, los de la mucosa, que son los que nos interesan en especial, descienden en compañía de la vena y arteria faciales hacia los ganglios submaxilares.

Región palatina.- Los linfáticos de esta región de-

mente en los situados a los lados de la membrana tirohioidea.

Región sublingual.- Como dijimos al describir la red de los vasos linfáticos son tributarios de los ganglios submaxilares de la cadena yugular anterior.

Región gíngivodental.- Es en los ganglios submaxilares carotídeos que desembocan los linfáticos de esta región.

Región amigdalina.- La amígdala es un órgano linfático que se encuentra situado bilateralmente entre las cavidades faríngea y bucal. Forma, con la amígdala tubárica, la amígdala lingual y la amígdala faríngea, que están ubicadas en la entrada de la faringe, el ancho anillo de tejido linfático conocido con el nombre de "Anillo linfático de Waldeyer".

Los linfáticos procedentes de la región tonsilar son aferentes de los ganglios submaxilares, principalmente de los que están cerca del ángulo del maxilar inferior.

TIPOS HISTOPATOLOGICOS DE LAS NEOPLASIAS DE LA CAVIDAD BUCAL.

La mayor parte de los carcinomas de la cavidad oral s de la variedad epidermoidea (3) y no difieren de la desc ción típica de los tumores de tejido epitelial. Los epit liomas en cuestión pueden desarrollarse a nivel de las r cosas gingival y yugal, del labio, de las amígdalas y su pilares, de la faringe y de la lengua.

MUCOSA DE LA BOCA.- Las formas macroscópicas de las neoplasias que aquí se originan son: fisuraria, infiltra erosiva, vegetante y ulcerosa, llamadas en otras clasifi ciones: exofítica, ulcerativa y verrucosa. La mayoría de tas lesiones son del tipo exofítico, y llegan a ser volu nosas en su período de estado a veces hasta con pérdida sustancia.

CARCINOMA DEL LABIO.- Predominan las siguientes for macroscópicas: exofítica, que es la más frecuente; verru sa, que posee moderada tendencia a extenderse en profundi y superficie; ulcerosa, de crecimiento lento y, por lo ral, de carácter infiltrante llegando a interesar muy pi damente al órgano, a veces en la casi totalidad de su es sor. (4)

NEOPLASIAS QUE SE ORIGINAN EN LA AMIGDALA.- General

sional y linfocarcinoma (6). El carcinoma epidermoide no difiere de los demás de origen epitelial. El epitelioma transicional procede de las capas profundas del epitelio de la amígdala y se presentan tanto en este órgano - como en la faringe, incluyendo la nasofaringe; su apariencia no es característica pero en líneas generales es voluminoso, duro y blanco, afectando a ambos sexos aproximadamente en la edad media de la vida. Su aspecto microscópico revela que está compuesto de masas de epitelio que recuerdan el del tracto urinario y por eso ha sido erróneamente llamado "transicional" (este tipo de epitelio es característico del tracto urinario) (6). Las masas de células globulares y fusiformes que se ven entremezcladas en el tumor, forman sólidos cordones que descansan sobre el estroma, el que puede contener algún tejido linfóide en sus trabéculas.- El linfocarcinoma procede probablemente del tejido amigdalino inmaduro ya sea linfóide o epitelial; se presenta en los mismos sitios que el epitelioma transicional y a veces en individuos muy jóvenes. El sexo no tiene importancia y se dice que esta forma es frecuente en China. Por su apariencia microscópica parece ser más benigno que las otras formas de carcinoma; crece rápidamente y obstruye la garganta al proyectarse hacia el interior de las fosas nasales.

los demás carcinomas, siendo semejante al del tejido de la amígdala. Su morfología microscópica es semejante a la del carcinoma transicional (6), excepto en su gran actividad de crecimiento y la presencia de metástasis de tejido linfoide en el estroma, lo cual indica que tiene una constitución histopatológica mixta, mezcla de linfosarcoma y de carcinoma transicional. Sus metástasis se hacen hacia los ganglios cervicales profundos.

NEOPLASIAS DE LA LENGUA.- En la lengua debe de hacerse una división un tanto arbitraria de porción móvil y base. En la primera, las lesiones son más frecuentes en el borde lateral, siguiéndole la punta de la lengua y la superficie ventral; el dorso es una localización muy rara.

En cuanto a su histopatología, la mayor parte son de naturaleza epidermoide y casi todos completamente diferenciados. Unos pocos tienen tendencia a la keratinización. A veces se originan en manchas de leucoplasia, lo cual es raro, y en tales circunstancias suelen ser multicéntricos (5) y la transición de aquella a carcinoma difícil de establecer. Pueden confundirse por su aspecto con las lesiones gomosas de la sífilis terciaria. Las lesiones carcinomatosas varían en su grado de diferenciación y van acompañadas de una inflamación considerable.

TUMORES DE LOS PROCESOS ALVEOLARES-EPULIS.- El épul

es una variedad de tumor a células gigantes también llamada odontoblastoma y ha sido descrito como tumor del hueso; se origina en la base de los dientes cuando caen los de leche y crece proyectándose en la boca como una pequeña masa, semi-pedunculada y elástica. Por vía informativa citaré además el odontoma, el acantoma y el adamantinoma.

de que en algunas zonas se
 halla de diferente entre estas

en algunas, para otras zonas, las zonas

recuerdos (1), así se ve en el estudio de ciertos

recuerdos de un nivel de tejido
 de un tipo, de los tejidos de
 un tipo, de los tejidos de
 un tipo, de los tejidos de

de las sustancias en el, o en el

de las sustancias.

de las sustancias de las sustancias

de las sustancias de las sustancias

co, al grado de que hay una forma clínica de cáncer de los labios y de la lengua llamada "el cáncer de los fumadores en pipa".

Repetiré las palabras citadas por el Dr. Ricardo Posada h., en su libro "El Diagnóstico Precoz del Cáncer", quien dice: "Ignorando la génesis del cáncer todas las teorías resultan baldías, ya que necesitan una explicación satisfactoria. Digo satisfactoria porque todas ellas han tenido ya sus apasionados defensores y hechos en que han sido basadas, mas todas, una a una, han ido pasando a formar nada más que la historia del cáncer".

"Basándose en lo anteriormente expuesto, lógico es deducir que tampoco existe tratamiento específico y que la única esperanza que en la actualidad nos queda, es encontrar el mal en sus comienzos, lo cual exige un diagnóstico precoz." (7).

"Si todos los médicos no olvidasen al menos esto en materia de cáncer la mortalidad pudiera disminuir." (7).

ASPECTOS CLINICOS.- Las lesiones de las mucosas revisten variadas formas. Entre las más frecuentes citaremos: Las fisurarias, erosivas, infiltrantes, vegetantes y ulcerosas (8).

En las mucosas, por lo general, se observa desde un principio una ulceración indurada en su base cuya característica principal es el curso progresivo de su crecimiento.

A menudo los bordes son cortados en pico y el fondo de la ulceración es liso y está cubierto de una costra adherente; otras veces, por el contrario, es anfractuoso, formado por mamelones exuberantes que segregan en abundancia una serosidad purulenta de olor fétido. La ulceración puede extenderse en superficie o en profundidad.

Respecto a su propagación por los linfáticos de la cavidad oral, debe decirse que generalmente están ya invadidos en un trayecto considerable cuando se descubren las lesiones iniciales; muchas veces el hecho más sobresaliente son las metástasis regionales cuando aún la afección de la boca no ha preocupado mayormente al enfermo.

Hay ciertas formas clínicas que se revelan precozmente por el carácter de gravedad que revisten, como sucede con las de tipo infiltrante, ulceroso o vegetante, especialmente cuando se trata de una persona muy joven. Cuando las lesiones aparecen con una adenopatía muy manifiesta, las recidivas vuelven sombrío el pronóstico.

Subrayo los hechos anteriores, ya que en la lucha -
contra el cáncer de la boca sucede como en la de muchos
otros sitios accesibles al tratamiento, en que la base -
del éxito está en el diagnóstico precoz. Su situación le
da un enorme interés para todo médico y en especial para
el médico práctico, quien tiene que enfrentar la grave -
responsabilidad de dar el consejo oportuno y volver así
efectiva la lucha contra esta dolencia. En el aspecto --
clínico, no olvidemos que hay ciertas lesiones de la cav-
dad oral, denominadas "precancerosas", que deben ser sie-
pre tenidas "in mente" para poder descubrir muchos cánceres
incipientes. Estas lesiones son: las leucoplasias hiper-
queratósicas, la queilitis glandular simple, las fisu-
ras crónicas, los papilomas y las cicatrices. La leucopl-
sia es un tipo de lesión precancerosa que, cuando es dia-
gnosticada, obliga al médico o al dentista a recomendar a
su paciente que sea examinado periódicamente por un espe-
cialista en cáncer.

El cáncer del labio se puede presentar como una si-
mple fisura, como una costra que cae y se reproduce, o co-
mo una pequeña verruga en forma de nódulo indurado que e-
stá recubierta de una mucosa adelgazada; bajo todos estos
aspectos es absolutamente indoloro (10). Es natural que

sulten en una época muy avanzada en perjuicio de ellos mismos: de ahí la importancia de investigar lesiones de la boca en las personas que se someten a exámenes médicos y especialmente por el dentista.

DIAGNOSTICO- DIFERENCIAL.

Cuando se trata de lesiones neoplásicas malignas de la cavidad oral, es necesario traer a cuentas otros procesos de naturaleza diferente pero que, por presentar alguna semejanza en sus caracteres, podrían confundirse -- con el cáncer. De aquí la importancia de un diagnóstico diferencial exacto hasta donde sea posible, basado en un examen clínico cuidadoso y, en caso de considerarlo necesario el especialista, complementado por la biopsia.

Cáncer del labio:

"La lesión inicial puede confundirse con herpes, queratosis, grietas benignas o con úlceras sifilíticas o tuberculosas. Sin embargo, las dificultades diagnósticas son muy pocas. Toda úlcera indurada del labio que dure más de un mes, en la mayoría de los casos es un cáncer. Las lesiones sifilíticas desaparecerán a las tres semanas de -- iniciar un tratamiento intenso. Las tuberculosas presentan una base de color amarillo pálido sin induración; rara vez plantean un problema diagnóstico diferencial.- Ante cualquier duda, la biopsia es esencial. A menos de que el cirujano asuma toda la responsabilidad de un error de diagnóstico, deberá llevarse a cabo el examen de la biopsia antes de iniciar el tratamiento quirúrgico o radiológico." (30).

Cáncer de la lengua:

"Cuando del examen clínico resulte la posibilidad de un cáncer de la lengua, deberá procederse siempre a una biopsia con el fin de comprobar el diagnóstico. Las enfermedades que pueden ofrecer alguna dificultad para el diagnóstico diferencial son, por orden de importancia: sífilis, tuberculosis, leucoplasia ulcerada en superficie o fisurada y el granuloma simple.- El goma de la lengua es la lesión sifilítica más parecida al cáncer siendo muy d

fíciles de diferenciar clínicamente.- Los errores más frecuentes y más trágicos son los debidos a confundir con gomas lesiones cancerosas, puesto que la sífilis y el cáncer de la lengua coexisten en el 30 % de los casos. Cuando una ulceración es de carácter gomoso cura casi invariablemente a las dos semanas de iniciado el tratamiento antisifilítico. La prueba terapéutica no debe prolongarse por más tiempo del señalado.- Las ulceraciones tuberculosas son más frecuentemente dolorosas y no presentan induración. El diagnóstico se hace a base de la biopsia negativa, del examen radiográfico del tórax y del análisis de los esputos. El papiloma benigno no puede en muchos casos distinguirse del cáncer a no ser por la biopsia. El granuloma simple producido por prótesis dentales o por infección fusoespirilar, cura siempre a corto plazo después de extraída la prótesis o de instituir el tratamiento anti-infeccioso." (31).

Cáncer del piso de la boca:

"Muy pocas lesiones del piso de la boca ofrecen un problema para el diagnóstico diferencial. Una obstrucción inflamatoria crónica de los conductos de las glándulas submaxilares y sublinguales produce a veces una tumeración que desplaza la lengua hacia arriba, a veces dolor y disfagia, con tumefacción en las regiones submaxilares lo que les da un aspecto semejante a adenopatías metastásicas. La ausencia de ulceración, el progreso relativamente rápido y los períodos de mejoría son hechos que van en contra del origen neoplásico." (32).

Cáncer de la mucosa bucal:

"Son muy pocas las lesiones de la mucosa bucal que pueden ofrecer dificultad en el diagnóstico diferencial. Quistes: usualmente son múltiples, pequeños, separados por áreas de mucosa sana. Leucoplasia: generalmente se presenta en la comisura de los labios y es prudente verificar una biopsia. El carcinoma tiene como características la adenopatía submaxilar precoz, el trismus, escurrimiento hemorrágico de intensidad variable. En la forma ulcerosa el dolor es a veces muy intenso." (33).

Cáncer de la encía:

"Algunas lesiones inflamatorias, especialmente la gingivitis hipertrófica, pueden prestarse a confusión.

El diagnóstico diferencial se basa en las características generales del cáncer y en la biopsia". (34).

Carcinoma del paladar duro:

"Pueden contribuir al diagnóstico de la naturaleza maligna de una lesión a ese nivel la edad avanzada del sujeto, la frecuencia del dolor y la presencia de adenopatías metastásicas, que muchas veces son las que dan el sello de malignidad a estas lesiones." (35).

Cáncer de la amígdala:

"Para el diagnóstico diferencial con el cáncer de este órgano hay que recordar en especial dos afecciones: el goma sífilítico, que, además de ser muy raro, cede rápidamente ante el tratamiento específico y, en segundo lugar, las lesiones tuberculosas. Estas están caracterizadas por su morfología: color parduzco, rodeada de áreas confluentes de falsas membranas y superficialidad de la ulceración. Además, se presentan casi exclusivamente en tuberculosos en etapas avanzadas." (36).

CONSIDERACIONES-PRONOSTICAS-
DE-LAS-NEOPLASIAS-MALIGNAS-
DE-LA-CAVIDAD-ORAL.

Creo de importancia hacer una revisión en conjunto de la evolución de las neoplasias malignas en la cavidad bucal, para tener una idea de las posibilidades actuales en su tratamiento. De esta manera creo posible hacer hincapié en algunas formas que son susceptibles, no sólo de mejorar, sino de curarse, así como también determinar -cuales son las más benignas, para tenerlas presente y -poder insistir sobre la necesidad de descubrirlas en su etapa más precoz.

El carcinoma del labio inferior es de un pronóstico excelente (11). El cáncer del labio es curado con relativa facilidad (11). Los casos tratados que mueren, -no es por recurrencia local, sino por metástasis al cuello que son incontrolables.

Cáncer de la lengua. Su pronóstico, como es natural está relacionado con el hallazgo precoz de la lesión ya que, cuando se presenta en una forma relativamente avanzada, las metástasis a la cadena ganglionar cervical obligan, al operar, a una amplia disección para tener un pronóstico más favorable (12).

mejor pronóstico que una lesión pequeña cuando hay invasión ganglionar (11). Siempre que haya adenopatía deberá practicarse cura radical.

Cuando el tumor es pequeño, sin fijación y no ha interesado los ganglios de la cadena cervical, es posible extirparlo con electrocoagulación. Si los ganglios están interesados deben de quitarse con dos semanas de anticipación. (11).

TRATAMIENTO ACTUAL.

Las palabras del profesor Forgue aún tienen actualidad:

"El diagnóstico precoz es la base de toda la terapéutica anticancerosa actual: este es el hecho esencial, la única certeza que tenemos, la regla sobre la cual debemos insistir una y otra vez para llamar la atención pública y lograr la intervención médica. Hoy sólo disponemos de cuatro métodos terapéuticos eficaces para combatir el cáncer: la cirugía, el radium, los rayos X y la electrocirugía. - Más hay una cuestión que debemos resolver, y que nosotros nos esforzamos en aclarar por la comparación exacta de los resultados obtenidos, y es cuáles son los casos pertenecientes a la cirugía y cuáles a las irradiaciones. Actualmente es difícil fijar los límites de los dos métodos, -- porque si bien es verdad que la técnica quirúrgica ha llegado a su forma definitiva, en cambio, la curieterapia y la rontgenoterapia están en vías de nuevos progresos dependientes de los adelantos técnicos, de la potencialidad de los aparatos y de los diferentes medios materiales de que disponemos."

Expondré en cada localización del cáncer oral algunos métodos de tratamiento indicados por su eficacia.

Cáncer de los labios. - Los autores han dividido su tratamiento en tres categorías: quirúrgico, rontgenoterápico y curieterápico.

a) El tratamiento quirúrgico tiene muy limitadas aplicaciones por ser mutilante y dejar resultados estéticos desfavorables.

b) La rontgenoterapia tiene indicaciones especiales.

c) La curieterapia tiene una aplicación más extensa

punto de vista estético aventaja a la cirugía.

Es necesario tener presente que cada caso plantea un problema; que hay que tomar en cuenta factores tales como el tiempo de evolución, tipo histopatológico, si hay o no invasión ganglionar, profundidad y extensión, etc., etc. por lo que se hace siempre necesario remitir lo más rápidamente posible al paciente a la clínica de diagnóstico precoz más próxima, para ser sometido a la consideración de los médicos especialistas.

Cáncer del paladar.— Los tumores malignos del paladar tienen un tratamiento eminentemente quirúrgico. Tanto en el adenocarcinoma como en los de tipo escamoso es el indicado. El fibrosarcoma se trata tanto por la cirugía como por medio del radium, que constituye el método de elección.

El pronóstico de los carcinomas epidermoideos del paladar duro no es tan bueno como el de las glándulas salivares en general. El tipo verrucoso, sin embargo, en que raras veces se producen metástasis, una amplia excisión puede ir seguida de curación (15).

Cáncer de las encías.— Dice Ackerman que una terapéutica adecuada puede dar buenos resultados y es precisamente por esto que el médico y el dentista deben tener presente el reconocimiento temprano como clave del éxito,

ya que gran número de esas lesiones de la encía pasan desapercibidas al iniciarse o son tratadas con sustancias irritantes, que tienen acción desfavorable y confiándose el enfermo, pierde la mejor oportunidad de curarse. Cuando hay metástasis el pronóstico es fatal y el tratamiento, si se consigue, resulta muy difícil.

El carcinoma epidermoideo tiene un pronóstico intermedio entre el del labio, que es bastante favorable y el de la lengua que, por el contrario, es bastante malo por su tendencia a la metástasis precoz.

Carcinoma de la amígdala.- El pronóstico varía, como es natural, al igual que en las otras formas de cáncer, según la época en que ha sido hecho el diagnóstico; la variedad histopatológica orienta la terapéutica; por ejemplo: los tipos epidermoideos resisten más a los medios físicos. La forma linfosarcomatosa es muy rara y por lo general da metástasis tempranas. El linfoepitelioma es aún más difícil de controlar cuando el paciente acude al médico.

Cáncer de la lengua.- Se usan los métodos antes indicados, pero hay que hacer mención de la necesidad de amplias resecciones si se usa el método quirúrgico. En esta localización el cáncer ofrece dificultades pronósticas, ya que a menudo una lesión mínima pue

de tener metástasis en los ganglios regionales, por lo que se aconseja prudentemente someterlos a radiación y después disecarlos y extirparlos.

A propósito del método quirúrgico dice Ackerman y Regato (37):

"Una excisión quirúrgica no va siempre seguida de éxito, requiere que la lesión sea pequeña y la excisión muy amplia.". Este mismo autor conceptua a la curieterapia como el método que mejores resultados ofrece.

Cáncer de las encías.- En los casos que se encuentran en su fase inicial, la cirugía proporciona buenos resultados; también se usan las otras formas de tratamiento.

Cáncer de la amígdala.- En esta localización las operaciones radicales han sido abandonadas por su alta mortalidad y la pobreza de sus resultados (38).

La rontgenoterapia es el mejor tratamiento del cáncer de la amígdala y de sus adenopatías (38).

X X X X X X X X

Pero en cualquiera de todas las formas hay una verdad que no debe olvidarse jamás: que el diagnóstico precoz es la clave del éxito aún para los mejores métodos empleados por las manos más hábiles. Por lo tanto, médicos y dentistas

tensa de divulgación social para educar al público en -
materia de cáncer." (Dr. Ricardo Posada h.)

L I T E R A T U R A - N A C I O N A L - S O B R E -
E L - T E M A .

Cuando se lleva a cabo un trabajo sobre un tema médico en un medio como el nuestro, donde muchos aspectos de la medicina no han sido aún organizados en forma eficiente, la visión de la literatura nacional es siempre de importancia.

He tratado de obtener el mayor número de datos sobre las neoplasias malignas de la cavidad oral y si no me ha sido posible recopilarlos todos, pido con respeto se me disculpe y espero que sea reparada la deficiencia por una persona más acuciosa o con mayor suerte que yo, para conocer lo que ha sido escrito al respecto en nuestro país.

Como es relativamente reciente la campaña anticancerosa entre nosotros, haré una breve exposición acerca de la campaña general contra el cáncer y después hablaré en especial de los datos que obtuve con relación a las neoplasias malignas de la cavidad bucal.

Hasta donde he podido comprobar, fué el prestigiado Dr. Alonso V. Velasco quien señaló la urgencia de una campaña anticancerosa en la República de El Salvador y así dejó señalado el Dr. Ricardo Posada h. en una conferencia intitulada: "Algunas Consideraciones sobre el Cáncer Uterino", publicada en la Revista "Archivos del Hospital "Ros-

En la misma publicación médica (año 1939) el mismo Dr. Ricardo Posada h. en el artículo intitulado: "Algunas Consideraciones sobre el Cáncer de los Labios y su Tratamiento por medio del Radium", hace las siguientes conclusiones:

- "1) La gran responsabilidad de la clase Médica en el sentido de no dejar de hacer campaña en el público, a fin de que los pacientes acudan a los consultorios en el período inicial de sus lesiones, y especialmente en lo que se refiere a ser exigente en la fase llamada precancerosa."
- "2) La gran responsabilidad de la clase Médica, - en cuanto al resultado final de las lesiones cancerosas de los labios ya que con un tratamiento bien conducido, se obtienen resultados finales tanto estéticos como clínicos halagadores."
- "3) Comete la clase Médica una grave falta, si por lucro o por ignorancia no da a sus enfermos el mejor camino a seguir. Y no deberá olvidarse -- que ninguna lesión de los labios deberá ser -- cauterizada, ni por yodo, cauterios, nitrato -

tar seguros de que no estamos frente a una lesión maligna, pues el daño que causaríamos sería inmenso e irreparable."

En el libro el "Diagnóstico Precoz del Cáncer" del Dr. Posada h., hay un capítulo sobre el cáncer de la lengua, otro sobre el del labio y uno en donde habla del cáncer de los maxilares y las encías; en tales capítulos especifica el autor la sintomatología precoz de la maligna enfermedad a esos niveles, y las respectivas consideraciones diagnósticas y tratamientos, por lo cual deduzco que lo que se ha escrito en materia de cáncer y su campaña social en el país, ha sido todo escrito hasta este momento por el Dr. Ricardo Posada h., quien en 1941 -en carácter de ponencia oficial- presentó un trabajo intitulado: "El Problema del Cáncer en El Salvador".

CUADRO N° 1 FRECUENCIA DE LOCALIZACIONES

77

Ubicación	Sexo		Total	Porcentaje	
	M.	F.			
Labio superior	2	2	4	10.28	%
Labio Inferior	5	1	6	15.42	%
Lengua	6	3	9	23.13	%
Velo palatino	6	2	8	20.56	%
Encías	-	2	2	5.14	%
Carrillos	1	1	2	5.14	%
Espacio retromolar	1	1	2	5.14	%
Amígdalas	3	2	5	12.85	%
Piso de la boca	1	-	1	2.57	%
T O T A L E S	25	14	39	100.00	% A.

CUADRO N° 2 FRECUENCIA HISTOPATOLOGICA

TIPO	Total	%/14
Espinocelular	6	42.86 %
Basocelular	5	35.72 %
Epitelioma no diferenciado	1	7.14 %
Melanoma	1	7.14 %
Sarcoma	1	7.14 %
T O T A L E S	14	100.00 %

C A S U I S T I C A.

El presente estudio está basado en la revisión de 1.050 fichas del Archivo del Servicio de Cancerología que la "Sociedad de Beneficencia Pública" tiene instalado en el Hospital "Rosales". Como ya hemos dicho, localizamos 39 casos de cáncer de la cavidad bucal, lo que representa un porcentaje de 3.71.- 12 de las citadas 39 fichas tienen comprobación anatomopatológica y 2 fueron catalogadas en su variedad por la evidencia clínica (melanoma y sarcoma). Las historias clínicas, por lo general, fueron buenas, excepto de lamentar la falta de 22 exámenes serológicos. Los casos restantes únicamente nos revelaron 2 resultados positivos. En lo relativo al tiempo de evolución que tenían los procesos al presentarse a la primera consulta, solamente siete se presentaron antes de los seis meses.

COMENTARIO AL CUADRO No. 1.

Al estudiar la frecuencia de localizaciones, salta a la vista el predominio de los labios, siendo mayor en el inferior (6) y menor en el superior (4), total: 10.- Le siguen en orden de frecuencia la lengua (9), velo del paladar (8), amígdalas (5), carrillos, encías y espacio retromolar con 2 cada uno y por último el piso de la boca con 1.

COMENTARIO AL CUADRO No. 2.

Los tipos histopatológicos, por orden de frecuencia, fueron: espinocelular, basocelular, epiteloma no diferenciado, melanoma y sarcoma. Los porcentajes que aparecen en el cuadro No. 2 no están tomados sobre el total de 39 casos, sino que sobre los 14 cuyo examen patológico y evidencia clínica permitía catalogarlos.

C

ESTUDIO- ESTADISTICO.

El número total de fichas revisadas fué de 1.050. Entre ellas se encontraron 39 casos de neoplasias malignas de la cavidad bucal que fueron sometidas a tratamiento y entre los cuales solo 12 tenían la contestación del resultado anatomopatológico en la siguiente forma: 6 eran de naturaleza espinocelular, 5 del tipo basocelular y 1 epiteloma no diferenciado; es necesario dejar aclarado que en todas las fichas se especificaba la fecha en la que había sido tomada la biopsia y el tratamiento instituido, aunque tales datos aparecen incompletos.

CUADRO MOSTRANDO EL ESTUDIO DE 39 CASOS DE
NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL EN
RELACION CON EL SEXO Y LA EDAD.

	Hombres	Mujeres	Total	%
De 10 a 20 años	1		1	2.57
De 20 a 30 años	1	1	2	5.14
De 30 a 40 años	5	5	10	25.70
De 40 a 50 años	5	2	7	17.99
De 50 a 60 años	5	3	8	20.56
De 60 a 70 años	4	3	7	17.99
De 70 a 80 años	2		2	5.14
De 80 a 90 años	2		2	5.14

EDAD.- La mayor frecuencia de neoplasias de la cavidad oral fué entre los 30 años y los 70 años. Antes de los 30 años su número fué muy pequeño así como también entre los 70 años y los 90 años. La edad de menor frecuencia fué de 16 años, la mayor de 90 años.

SEXO.- La mayoría de los casos se presentaron en el sexo masculino, en número de 25 casos que en 39 representa un porcentaje de 64.25 % y en el sexo femenino fué de 14 sea un porcentaje de 35.98 %.

Respecto al tipo histopatológico no puedo hacer consideraciones más allá de las cifras que dije en total, pues sólo 12 casos tenían la contestación del examen anatomopatológico siendo 6 de ellos de naturaleza espinocelular, 5 tipo basocelular y 1 epiteloma no diferenciado.

Pero como están registrados casos de la amígdala es posible que éstos y los del velo palatino en su porción dorsal, correspondan a tipos distintos.

Mucho más importante me parece hacer consideraciones sobre la etapa en la que los pacientes se presentaron a consulta, ya que de aquí podremos obtener una consideración de orden práctico con relación a la eficacia del tratamiento; de ahí que este cuadro me parece de importancia incluirlo.

Tiempo de Evolución	Total	%
De 1 mes a 6 meses	7 casos	17.99 %
De 6 meses a 1 año	24 casos	61.68 %
De 1 año a 2 años	4 casos	10.28 %
De 2 años a 3 años	2 casos	5.14 %
De 3 años a 4 años	2 casos	5.14 %
TOTALES	39 casos	100.23 %

La importancia de este cuadro es que pone de manifiesto la cifra tan elevada de individuos que padecen neoplasias de la cavidad oral, los cuales se presentan en su primera consulta en etapas avanzadas y es este hecho sin género de duda el que nos indica la necesidad de que contribuyamos eficazmente todos los que trabajamos en la medicina, tanto estudiantes como médicos y en especial los odontólogos, al hallazgo precoz de las neoplasias de la cavidad y referirlos al médico especializado en cancerología, para obtener resultados más favorables.

De los 24 casos que se presentaron entre 6 meses y 1 año de evolución dieron un margen de mayor efectividad al tratamiento, representando un porcentaje de 61.68 % que, prácticamente, recibieron grandes beneficios.

Los siguientes 8 casos, entre los 12 meses y 4 años de evolución tuvieron muy pocas oportunidades de curarse o

recibieron más que un ligero alivio. Porcentaje de 20.56

Unicamente de los 7 primeros cuya evolución fué de mes a 6 meses podemos decir, a juzgar por lo temprano de su consulta así como por los datos de las fichas que demuestran que salieron curados, que el factor verdaderamente decisivo fué como tantas veces se ha dicho, la consulta precoz.

Citaré la ficha # 626, X.X., de sexo femenino, 40 años de edad, de procedencia rural. Consultó el 15 de junio de 1945. "Per lesión en la boca". Desde hacía un año había notado que tenía una zona de color rojo en la encía inferior.

Consultó por ello un dentista y le dijo que tenía "piorrea". Cuatro meses después de su ingreso presentaba una ulceración extensa en la unión de las dos encías en espacio retromolar. Se le catalogó como epiteloma de la encía. Serología negativa. Se le hizo un tratamiento a base de terapia profunda (16 aplicaciones). Salió mejorada. Evolución: mejoró notablemente y se le dió permiso de un mes. No se volvió a presentar.

Como en este caso hay otros en los cuales se aprecia claramente que es necesaria la colaboración del dentista. No necesita comentario lo anterior, ya que revela a las claras que esta paciente perdió un año y medio que hubiese

ra sido precioso para su vida si se hubiera tratado a tiempo.

Citaré otra ficha: # 394. Sexo femenino. Edad 37 años. De San Miguel. Consultó por "úlceras en la lengua". Hacía 8 meses padecía de una lesión en el borde de la lengua, lado izquierdo.

Consultó en el Hospital de la población y se le instituyó tratamiento local a base de yodo y de mercurocromo.

Después consultó en el Hospital "Rosales" y fué catalogada su lesión como un epiteloma avanzado de la lengua. Había metástasis.

Fuó sometida a tratamiento por el radium. El diciembre 1941. Curiepuntura de 4 agujas. Cantidad de radium, 20 mg. Dosis total, 720 mgh. Filtros de platino. De terapia profunda se hicieron 14 aplicaciones. Evolución: se formó un escroto en el 1/3 anterior de la lengua que separa la punta del cuerpo del órgano. El 29 de diciembre de 1941 se extirpa la punta con cuchillo eléctrico por comenzar a esfacelarse. Resultado: la lesión se aplanó mejorando notablemente pero la adenopatía cervical aumentó.

Esta enferma la cito por el doble hecho de ser joven y de haber consultado médico. ¿Porqué se perdió tanto tiempo que era más precioso aún por tratarse de una localización en la lengua con tendencia a dar metástasis cervi-

cales muy precoces? No culparé de ignorancia al médico que primero la vió pero, ante la sospecha ¿no era posible que se hubiera examinado por biopsia la lesión?

Nos enseña este caso que debemos darle la importancia que tiene a la preparación del médico general, (39), tantas veces recomendada.

I N C I D E N C I A.

Labio inferior.- Es la forma más común; representa entre el 25% y el 30 % de todos los tumores malignos de la cavidad oral (40).

Labio superior.- Menos frecuente, especialmente en el sexo femenino.

Porción móvil de la lengua.- Edad de elección: de los 40 a los 60 años, aunque se presenta ocasionalmente en individuos jóvenes. En algunos países como Suiza, se ha encontrado una gran incidencia en la mujer, llegando hasta un 40 % de todos los carcinomas de la cavidad oral (20). Es de hacer notar que el 46 % de todos los cánceres de la lengua se desarrollan sobre áreas de leucoplasia (20).

Piso de la boca.- La incidencia es de 0.5 % (21).

Carcinoma de la ensia inferior.- En una serie de 329 casos de carcinoma de la cavidad oral admitidos y

0

te un período de 21 años, 72 casos, o sea el 5.4 % tenían origen en la encía inferior. Es más frecuente en hombres de edad avanzada y muy raro encontrarlo en pacientes menores de 40 años (23).

Carcinoma del paladar duro.- No se conoce su incidencia con exactitud (22).

x x x x x x x x x x

Considerados en conjunto los carcinomas de la cavidad oral representan un 5 % de todos los tumores malignos del cuerpo humano. (25). Presentan diferentes caracteres y curso clínico que al igual que a su tratamiento y pronóstico dependen del punto de origen de la neoplasia. (25).

Como puede verse, un 5 % de todos los cánceres de la economía está representado por las neoplasias malignas de la cavidad oral. Estas, pues, deben de merecer especial atención por el doble motivo de su alto porcentaje y de su situación que los vuelve accesibles al tratamiento. Por eso es que debe dárseles el interés que merecen ya que no pueden ni deben ser tratados de la misma manera en sus diferentes variedades y esta es función exclu-

0

siva del médico especializado en cancerología.

Los factores a los que se ha dado importancia en su etiología son: uso del tabaco, sífilis, poca higiene de la boca, lesiones ocasionadas por el uso de dentaduras postizas, así como la presencia de fragmentos de dientes que irritan localmente la mucosa.

Lamento no poder citar estadísticas nuestras, por lo que tomé de la obra de Ackerman y Regate titulada: -- "Cáncer, Diagnosis and Prognosis", las anteriormente citadas.

COMENTARIO- MEDICO- SOCIAL.

El problema del cáncer tiene suma importancia.

Hasta el momento debemos preocuparnos por intensificar la lucha contra él con los medios de que disponemos en los presentes momentos.

Por ser de todos conocida, no me propongo hacer sobresalir la dolorosa verdad de nuestros pocos recursos en la lucha anticancerosa.

Nuestra etapa actual en este aspecto de la medicina exige una mayor colaboración de parte de todos y en especial de los médicos generales.

Al tratar de las neoplasias de la cavidad oral, tomando como base 1.050 fichas del Archivo del Servicio de Cancerología que sostiene la "Sociedad de Beneficencia Pública" en el Hospital "Rosales", encontré 39 casos que representan un 3.71 %. Recordaré la cifra de 5% que nos dan las estadísticas extranjeras.

Esta cifra es suficientemente elocuente para darle gran importancia a la localización del cáncer de la cavidad oral. Vale, pues, la pena contribuir a disminuir esta cifra o por lo menos su mortalidad, preocupándonos por hacer un diagnóstico precoz que es la clave del éxito.

El aspecto primordial de la cuestión está en señalar la importancia del médico general en el diagnóstico precoz del cáncer, lo que le exige un mayor conocimiento en la materia para que pueda referir los casos, en sus etapas iniciales, a las clínicas instituidas con ese fin, haciendo de esta manera eficaz el tratamiento. (21).

Otro factor de gran importancia es el de la colaboración del dentista, quien debe recibir una educación adecuada en materia de cáncer y sobre todo de la importancia del diagnóstico precoz como base del éxito en el tratamiento.

La Sociedad Dental, puede por medio de conferencias sobre cáncer de la boca, mantener el interés de sus asociados sobre la importancia que tiene su colaboración.

Creo por último que ya es necesario que tengamos, como en otros países, un Instituto de Investigación sobre el Cáncer lo que implicaría grandes beneficios científicos para el país y un verdadero estímulo para los médicos que trabajan en esta rama de la medicina, en especial para el médico joven.

CONCLUSIONES.

El resultado de la revisión de las fichas del Archivo del Servicio de Cancerología que sostiene la "Sociedad de Beneficencia Pública" en el Hospital "Rosales", nos revela:

- 1) Sobre 1.060 fichas de pacientes positivos a cáncer en general encontré 39 cuya localización fué bucal es decir, un porcentaje de 3.71 cifra bastante aproximada a la de 5 % señalada por estadísticas extranjeras.
- 2) De los 39 cánceres de la cavidad oral, 10 pertenecían a los labios, 6 para el inferior, 15.42 %; 4 para el superior o sea 10.23 %; 9 a la lengua lo que es igual a 23.13 %; 8 al velo del paladar, - 20.56 %; 5 a la amígdala, 13.85 %; la encía, el carrillo y el espacio retromolar se presentaron en número de 2 para cada uno.
- 3) Con relación al sexo obtuve el siguiente resultado: 25 casos en el sexo masculino o sea un 64.25 % y 14 en el femenino lo que equivale a un 35.98%.
- 4) La edad no parece ser un factor de gran importancia cuando la localización del cáncer reside en la cavidad oral. La mínima fué de 16 años y la -

máxima de 90.

- 5) Compruebo que los pacientes acuden a su primera consulta en una etapa avanzada de su proceso, por lo que es conveniente que se lleve a cabo una mayor obra de divulgación para la educación, tanto del público como del médico general, en materia de cáncer y su diagnóstico precoz.
- 6) Señalo la importancia que tiene el dentista y de la necesidad de que se le instruya de manera adecuada sobre el cáncer oral y su diagnóstico precoz, como factor de capital importancia en el éxito del tratamiento, pudiéndose llevar a cabo en forma de cursos de extensión y folletos para los estudiantes y de conferencias en el seno de la Sociedad Dental, para los profesionales.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Testut y Jacob Anatomía Topográfica. Región de la Boca, págs. 307 a 350
- 2) Ackerman and Regato Cáncer, Diagnosis, Treatment and Prognosis. Carcinoma of the Mouth. Anatomy, pág.
- 3) H. Chandler Foot, M.D. Identification of Tumors of Alimentary System, Oral cavity, pág. 114.- 1949.
- 4) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment and Prognosis. Carcinoma of the Lower Lip. Pág. 217.
- 5) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment and Prognosis. Carcinoma of the Middle Portion of the Tongue. 248.
- 6) H. Chandler Foot, M.D. Identification of Tumors of the Tonsils. Págs. a 122.
- 7) Posada h., Ricardo Diagnóstico Precoz del Cáncer Cap. II. Lo que sabemos del Cáncer. Lo que aún está en discusión y lo que ignoramos completo. Pág. 13.
- 8) E. Fergue Manual de Patología Externa Tumores Epiteliales Malignos Pág. 402.
- 9) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment and Prognosis. Cáncer of the Oral Cavity. Pág. 221.
- 10) Posada h., Ricardo Diagnóstico Precoz del Cáncer Diagnóstico Precoz del Cáncer del Labio. Pág. 69.
- 11) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment and Prognosis. Carcinoma of

- the Lower Lip. Pág. 241.
- 12) John Devereux Kernan M.D. Surgery of the Nose & Throat Tumors of the Cross Epithelioma of the Lip. Pág
- 13) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment Prognosis. Carcinoma of th
- 14) John Devereux Kernan M.D. Surgery of the Nose & Throat Malignant Tumors of Palate. Pág. 531.
- 15) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment Prognosis. Tumors of the H Palate. Pág. 315.
- 16) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis and Progn Pág. 292 a 293.
- 17) H. Chandler Foot, M.D. Identification of Tumors: mentary System. Pág. 116.
- 18) Posada h., Ricardo Diagnóstico Precos del Cár
- 19) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis and Progn Pág. 218.
- 20) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis and Progn Pág. 252.
- 21) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis and Progn Pág. 270.
- 22) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis and Progn Pág. 308.
- 23) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis and Progn Pág. 295.
- 24) Posada h., Ricardo Diagnóstico Precos del Cár
- 25) Posada h., Ricardo Contribución a la lucha co el Cáncer en Centro Améric (Trabajo presentado al V C greso Médico, Centroameric

- y de Panamá. Noviembre 1936 (Pág. 14). Archivos del Hospital Rosales.
- 26) Posada h., Ricardo Algunas Consideraciones sobre el Tratamiento del Cáncer de los Labios; por medio del dium. (Rev. Archivos del Hospital Rosales, junio 1938, 5, 1939).
- 27) Posada h., Ricardo Nociones de Curioterapia. Archivos del Hospital Rosales No. 35, 1937).
- 28) Posada h., Ricardo Resumen del Movimiento de radiología y Radium, S.B.P. (Archivos del Hospital Rosales Nos. 49 y 50, 1939).
- 29) Posada h., Ricardo El Problema del Cáncer. (Archivos del Hospital Rosales No. 57. Pág. 5, 1939).
- 30) Martin. Hayes Tratado de Patología Quirúrgica. Cáncer del Labio. Pág. Tomo 1.
- 31) Martin Hayes Tratado de Patología Quirúrgica. Cáncer de la Lengua. Pág. 815. Tomo 1.
- 32) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment Prognosis. Carcinoma of the of the Mouth. Pág. 273.
- 33) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment Prognosis. Carcinoma of the oral Mucosa. Pág. 231.
- 34) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment Prognosis. Carcinoma of the upper gingiva. Pág. 273.
- 35) Kerman, John Devereux M.D. Surgery of the Nose and Throat, Tumors of the Oropharynx, Pág. 320.

- 36) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment
Prognosis. Cáncer of the To
Pág. 367.
- 37) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment
Prognosis. Carcinoma of the
bile Portion of the Tongue.
257.
- 38) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment
Prognosis. Cáncer of the To
Pág. 367.
- 39) Posada h., Ricardo Diagnóstico Precoz del C nc
Cap. II. Lo que sabemos sob
el Cáncer, lo que aún está
discusión y lo que ignoramo
por completo. Pág. 18.
- 40) Ackerman and Regato Cáncer Diagnosis. Treatment
Prognosis.