



Republica Bolivariana de Venezuela
Ministerio de Educación Superior
Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología

Estudio comparativo entre resultado de biopsia y coloración de azul de toluidina y lugol
de ioidina en lesiones premalignas

Br: Gabriela Isaacs.

Joanna Lujan

Tutor Metodológico:

Maria E. Labrador

Tutor de Contenido:

Alejandro Sierra.

Valencia Abril de 2007



Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología.
Dpto. Formación Integral del Hombre.
Informe de Investigación.

ACEPTACION DEL TUTOR

Por medio de la presente hago constar que he leído *el Proyecto de Trabajo de Investigación*, presentado por los (as) bachiller (es):

Cuyo título tentativo es: Estudio comparativo entre resultado de biopsia y coloración de lugol de ioidina y azul de toluidina en lesiones premalignas.

Y acepto asesorar a las estudiantes, en calidad de tutor de contenido, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

En Valencia a los, _____ del mes del _____ de 2006.

Br.
C.I

Prof.
C.I

Br.
C.I

DEDICATORIA

Al Culminar una nueva meta de gran importancia en la búsqueda incansable del crecimiento humano y profesional dedico este logro con satisfacción:

A Dios, por habernos regalado los dones más maravillosos: amor, inteligencia, fé y esperanza, humildad y paciencia, los cuales nos permitieron alcanzar el tan anhelado triunfo.

- A mis Padres: Deysi, Mauricio y Clara Mercedes; por haber confiado en mi y haberme enseñado a ser paciente y perseverante; a Ustedes se los debo todo. por regalarme el privilegio de la vida que con su ejemplo, sacrificio y sus sabias palabras de impulso, motivación y amor a la dedicación, lograron crear en nuestros corazones y en nuestra mente, este espíritu de superación y llevarme hasta donde estoy: Mi éxito es para ustedes.

- A mi hermana Karel porque me apoyó en toda mis decisiones, por que me enseñó lo que es ser una verdadera amiga y por haberme dado lindas razones para seguir adelante.

- A mis hermanos Gonzalo y José Miguel por tenderme la mano y apoyo en los momentos que mas los necesité por confiar en mi hasta verme alcanzar mis metas y porque en ustedes también encontré grandes amigos.

- A mis amigas Joanna, Patricia, Yegsi, Maria de los Ángeles, Mary sttephanie, beeljean, por haber compartido conmigo mis mejores y mis peores momentos, por ser siempre mis grandes amigas.

Gabriela Isaacs.

DEDICATORIA

A dios todopoderoso por mostrarme sus caminos y enseñarme que en medio de las dificultades siempre hay una luz y por fortalecerme con su paz.

A mis padres Alonso y Yajaira, a quienes les debo todo lo que soy, por su confianza depositada en mi, su amor, su apoyo y su ayuda incondicional. Los amo.

A mi hermano Andrés, por ayudarme en todo momento. Para ti sirva mi éxito como un ejemplo de lucha para lograr tus propias metas.

A mis abuelos Emilia y allá en el cielo Augusto, Alberto y Flora por ser pilares y ejemplos a seguir. Por el amor que me han brindado en todo momento.

A toda mi familia porque han sido seguidores de esta lucha. Su amor me ha ayudado al alcanzar este logro.

A Daniel, por enseñarme a ser mejor cada día y por estar a mi lado en los mejores y peores momentos, por toda tu ayuda y apoyo incondicional, porque tu amor me ha fortalecido...te amo.

A mis hermanas del alma Mariale, Gabby y Mary (y mis teris Camila e isa), compañeras incondicionales toda la vida, amigas inigualables. Gracias por ayudarme a alcanzar esta meta y por acompañarme en cada etapa importante . Las adoro.

A Gabi, por ser buena compañera y amiga, porque juntas superamos todos los obstáculos. Lo logramos!

A mis amigas y compañeras Patricia, Beel, Rommy y Mer, por todos los momentos compartidos y por superar juntas esta etapa de nuestras vidas, por su valiosa amistad y porque juntas compartimos este triunfo. Gracias por su apoyo A mis amigos y a todas aquellas personas que contribuyeron en la culminación de mi carrera.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer con estas palabras:

- A nuestras Madres, mujeres emprendedoras, visionaras y luchadoras que con su digno ejemplo de trabajo nos aportó la ayuda necesaria con dedicación al orientarnos con ideas sabias hasta culminar nuestro trabajo.
- A nuestros Padres, que con su espíritu optimista, honesto y recto, nos han inculcado la pasión por los estudios y ha sabido llenar nuestros espacios cuando ha sido necesario, sembrando su esperanza e ilusiones en nosotras; Gracias.
- Al licenciado Rubén Toro y al profesor Marco Tulio Mérida quienes estuvieron allí para tendernos la mano cuando más lo necesitamos con sus sabios consejos y críticas constructivas muy acertadas para nosotras.
- Al profesor José Elías Giménez por prestarnos su ayuda y asesorarnos.
- A nuestros Profesores y tutores Alejandro Sierra Y María Elena Labrador, los cuales nos permitieron el desenvolvimiento de este trabajo orientándonos a ser mejores académicos con la enseñanza de sus conocimientos.

Y a todas las personas que no nombramos en este momento, pero las llevamos en nuestro corazón.

Nuestro triunfo también es de ustedes.

Gracias!

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
CARTA DE APROBACION DEL TUTOR.....	i
DEDICATORIA.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE CASOS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULOS	
I EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos de la Investigación.....	12
Justificación de la Investigación.....	12
II. FUNDAMENTACION TEORICA	
Antecedentes de la Investigación.....	14
Bases Teóricas de la Investigación.....	21
Definición de Términos básicos.....	44
Operacionalización de variables	47
III FUNDAMENTACION METODOLÓGICA	
Tipo y Diseño de la Investigación.....	48
Población y Muestra.....	49
Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	49
Técnica de análisis.....	50
Procedimiento.....	50
IV RESULTADOS	
Interpretación y análisis de los resultados.....	
CONCLUSIONES.....	100
RECOMENDACIONES.....	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXOS	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°		Pág.
	CASO N° 1.	
1	.....	56
2	.....	57
3	.....	27
4	.....	58
	CASO N° 2	
5	.....	63
6	.....	63
7	.....	64
8	.....	64
	CASO N° 3	
9	.....	70
10	.....	70
11	.....	71
12	.....	71
	CASO N° 4	
13	.....	78
14	.....	79
15	.....	79
16	.....	80
	CASO N° 5	
17	.....	87
18	.....	87
19	.....	88
20	.....	88
	CASO N° 6	
21	.....	95
22	.....	95
23	.....	96
24	.....	96
25	.....	97

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACION

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE RESULTADOS DE BIOPSIA Y
COLORACION CON AZUL DE TOLOUDINA Y LUGOL DE IOIDINA EN
LESIONES PREMALIGNAS.

	Autores: Isaacs, Gabriela Lujan, Joanna Tutor Metodológico: Labrador, Maria Tutor de Contenido: Sierra, Alejandro Año: 2007
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resumen

En los últimos años el cáncer se ha convertido en unos de los principales problemas ya que se considera la segunda causa de muerte a nivel mundial. El objetivo de este estudio es relacionar los resultados de la biopsia de las lesiones premalignas con las tinciones de Azul de Toloudina y Lugol de Ioidina. Existen una serie de lesiones precursoras del cáncer, las cuales son definidas como lesiones premalignas. Entre las más frecuentes se encuentra la leucoplasia que es una enfermedad potencialmente precancerosa de la boca, en la que aparecen manchas blancas en las membranas mucosas de la lengua y el interior de la boca. Mediante esta investigación tipo estudio de caso en forma exploratoria se analizaron los resultados de la biopsia de las lesiones con las tinciones de Azul de Toluidina y Lugol de Ioidina para observar la relación entre las mismas. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron la historia clínica mediante la cual se obtuvo la información requerida de cada caso. También se utilizó el microscopio para obtener el resultado de las biopsias, y material fotográfico con el que se logro el análisis exhaustivo de cada una de las lesiones teñidas. La población estuvo constituida por 6 pacientes y la muestra fue tipo censal. Cuando el resultado de la tinción Azul de Toluidina es positivo y con el Lugol de Ioidina negativo se demostró la sensibilidad de dichas tinciones en el diagnostico de células malignas en lesiones, las mismas traerán beneficios para la comunidad permitiendo un diagnostico precoz que conllevará a lograr un tratamiento a tiempo y mayor pronostico de vida del paciente.

Palabras clave: Leucoplasia / Azul de toluidina / Lugol de ioidina / Lesiones premalignas.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACION

COMPARATIVE STUDY BETWEEN RESULTS OF BIOPSY AND COLORATION
WITH BLUE OF TOLOUDINA AND LUGOL OF IOIDINA IN INJURIES YOU
PREVITIAE

	Autors: Isaacs, Gabriela Lujan, Joanna Methodologic tutor: Labrador, Maria Tutor of Content: Sierra, Alejandro Year: 2007
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Abstract

In the last years the cancer has become of the main problems since the second cause of death at world-wide level is considered. The objective of this study is to relate the results of the biopsy of the injuries you previtiate with the tinciones of Blue of Toloudina and Lugol de Ioidina. A series of precursory injuries of the cancer exists, which are defined as injuries you previtiate. Between most frequent is Leucoplasia that it is a potentially precancerous disease of the mouth, in which they appear white spots in mucous membranes of the language and the interior of the mouth. By means of this investigation type study of case in exploratory form the results of the biopsy of the injuries with the tinciones of Blue of Toluidina and Lugol de Ioidina observing the relation between the same ones were analyzed. The instruments used in this study were the clinical history by means of which the required information of each case was obtained. Also the microscope was used to obtain the result of the biopsies, and photographic material with which profit the exhaustive analysis of each one of the dyed injuries. The population was constituted by 6 patients and the sample was censal type. When the result of the Blue tinción of Toluidina is positive and with the Lugol de negative Ioidina the sensitivity of these tinciones was demonstrated in I diagnose of cells you vitiate in injuries, the same ones will bring benefits for the community having allowed I diagnose precocious that will entail to obtain a treatment in time and greater I foretell of life of the patient.

Key words: Leucoplasia / Blue of toluidina/ Lugol of ioidina / Injuries you previtiate.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad, no sólo en el ámbito de la salud pública sino también para las ciencias en general. Esta es una proliferación anormal acelerada desordenada e incontrolada de las células de un tejido que invaden, desplazan y destruyen, localmente y a distancia, otros tejidos sanos del organismo. No solo es una simple enfermedad, es algo más extenso caracterizado por un crecimiento descontrolado de ciertas células, el cual puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo.

Las lesiones premalignas son aquellas lesiones que pueden ser de potencial canceroso. Dentro de estas se encuentran las lesiones de color blanco, las mismas son muy evidentes ya que sobresalen en la mucosa normal, ellas siendo premalignas o malignas, deben su aspecto a la dispersión de la luz a través de una superficie de la mucosa lacerada. Estas anomalías pueden resultar del engrosamiento de la capa de queratina, hiperplasia del epitelio en el estrato de Malpighi, edema intracelular y disminución de la vascularidad del epitelio conectivo subyacente.

El presente trabajo se fundamenta en la comparación de dos métodos de diagnóstico del precancer bucal uno es a través del resultado de una biopsia y el otro por el método de coloración de Azul de Toluidina Y Lugol de Iodina en lesiones premalignas, para evaluar la eficiencia de ambos métodos en el diagnóstico correcto del precancer bucal. Para lograr esto se requiere en un inicio reconocimiento y revisión de ambos procedimientos para con ello analizar las ventajas y desventajas de cada uno y posteriormente establecer comparaciones y recomendaciones en base a este análisis.

Para alcanzar los objetivos planteados se hizo necesario: Valorar la sensibilidad de las tinciones con Azul de Toluidina y Lugol de Iodina en el diagnóstico de células malignas en lesiones premalignas de la cavidad bucal, realizar el diagnóstico a través de toma de biopsias y por último relacionar el resultado de las coloraciones con el de la biopsia

La presente investigación de acuerdo a su propósito es exploratoria descriptiva ya que son muy pocos los estudios referidos por este problema y en el mismo se describen las características de las tinciones sobre las lesiones observadas según la biopsia.

Aunado a esto su carácter se puede clasificar como cualitativa ya que el interés es describir los tipos de coloración según el tipo de lesión, y por estar referido solo a seis pacientes se trata de un estudio de caso.

Por ultimo se logro relacionar los resultados de la biopsia con los resultados de las tinciones, demostrando que si coincidió y que si existe una relación entre las mismas, De esta manera se demostró la sensibilidad de dichas tinciones en el diagnostico de células malignas en lesiones premalignas de la cavidad bucal.

Es considerado de gran importancia la detección temprana del cáncer oral y un tratamiento a tiempo, pues aproximadamente el 25% de personas que padecen cáncer, mueren de esta enfermedad por la demora del diagnostico y el debido tratamiento.

CAPITULO I

El problema

Planteamiento del problema

Actualmente el cáncer es uno de los mayores problemas que enfrenta el hombre pues es considerado el segundo agente causal de muertes a nivel mundial, y no solo afecta a nivel de salud si no también a nivel social comprometiendo su estilo de vida de manera general de las personas.

Esta ocurre cuando las células tienen un crecimiento y división anormal acelerada desordenada e incontrolado. Las células cancerosas pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo pudiendo dañar localmente o destruir los tejidos sanos cercanos y a distantes del organismo.

Un tumor canceroso comienza con lo que es llamado un sitio primario. Las células cancerosas pueden invadir y dañar tejido circundante, y entonces el tumor primario se rompe y se extiende a través del sistema circulatorio y linfático a otras partes del cuerpo formando los llamados tumores secundarios que también pueden ser dañinos.

El cáncer oral es el crecimiento anormal y descontrolado de las células, que se produce en alguna zona de la cavidad bucal. Este tipo de cáncer ha aumentado su incidencia en la población y actualmente España es uno de los países europeos donde más casos se diagnostican. Escoda (2001)

Dos lesiones que pueden ser precursoras de cáncer oral: la leucoplasia (lesiones blancas) y la eritoplasia (lesiones rojas). Aunque menos comunes que la leucoplasia, la eritoplasia y las lesiones con componentes eritoplásicos tienen un potencial mucho mayor de convertirse en cancerígenos. Cualquier lesión blanca o roja que no se recupera

por si misma en dos semanas, debería ser reevaluada y tenida en cuenta para una biopsia y así obtener un diagnóstico definitivo.

Las neoplasias en la boca alcanzan magnitudes importantes y su prevención primaria consiste realmente en evitar el inicio de procesos cancerígenos en las células y aumentar así las posibilidades de cura, lo que solo puede lograrse cuando se identifican una o varias de las causas desencadenantes. Nicot (1994)

En 2006, se diagnosticarán aproximadamente 30.990 nuevos casos (20.180 hombres y 10.810 mujeres) de cáncer oral y orofaríngeo en los Estados Unidos y se producirán unas 7.430 muertes (5.050 hombres y 2.380 mujeres). People living with cancer (2006) Cáncer oral y orofaríngeo

Las tasas de cáncer oral y orofaríngeo son más de dos veces superiores en los hombres que en las mujeres, y son más altas en los hombres de más de 50 años. El cáncer de la cavidad oral se clasifica como el octavo cáncer más frecuente entre los hombres. Aproximadamente el 84% de los pacientes sobreviven al menos un año después del diagnóstico. La tasa de supervivencia es relativa a cinco años (porcentaje de pacientes que sobrevive al menos cinco años una vez detectado el cáncer, excluidos aquéllos que mueren por otras enfermedades) de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo asciende al 59%. La tasa de supervivencia relativa a diez años (porcentaje de pacientes que sobrevive al menos diez años una vez detectado el cáncer, excluidos aquéllos que mueren por otras enfermedades) asciende al 48%. People living with cancer (2006) Cáncer oral y orofaríngeo.

Según la Sociedad Americana de cáncer aproximadamente 27.700 personas padecen anualmente de cáncer bucal, siendo así una de las primeras localizaciones de incidencia de cáncer en el mundo con una tasa promedio de 7.9 en el hombre y 2.2 en la mujer por cada cien mil habitantes.

En Venezuela para el año 2000, los tumores en la cavidad bucal representaron el 1.70% del total de neoplasias registradas, reportándose 259 casos de muerte, siendo mas frecuentes en hombres entre 18 y 30 años y en porcentaje menor en mujeres cuyas edades están comprendidas entre 18 y 80 años. En el estado Miranda, 10% de las muertes son a causa del cáncer en boca representando el 1.88% de las neoplasias totales.

En el año 2001, se observó en Venezuela un incremento de la mortalidad por cáncer bucal, reportándose un total de 296 casos. Los reparos anatómicos susceptibles fueron: los labios (cara interna y externa), lengua (propiamente, sitios contiguos), encía, piso de boca, paladar duro y blando. Odontologiaonline (2006) Detección del cáncer oral

El cáncer constituye en Venezuela una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, hasta tanto, que una de cada cuatro personas si alcanza la edad de 74 años, puede padecer alguna de sus variedades y una de cada siete tiene el riesgo de morir por cáncer.

El cáncer se presentan como una de las primeras cinco causas de mortalidad en ambos géneros en el país para el año 2005, de acuerdo a lo publicado en el Anuario de Mortalidad del Ministerio de Sanidad (MS). Las cinco primeras causas de mortalidad general en hombres y mujeres respectivamente, tal como puede apreciarse tanto en varones como en mujeres es superado solo por enfermedades del corazón; sin embargo, es de interés resaltar, que el porcentaje en mujeres alcanza al 19,4 % y sólo es el 12,7 % en varones.

Como puede observarse el cáncer ocupa el segundo lugar entre las diversas causas de muerte, posición, que ha mantenido en los últimos 25 años, siendo sólo superado por enfermedades del corazón y representando el 15 % de la mortalidad diagnosticada en el país. Capote, L (2006)

El aumento observado en las últimas décadas en la proporción de adultos en el país, de alteraciones de la mucosa bucal, se traduce en un incremento de las necesidades

y demandas de atención estomatológica a este grupo poblacional, a la vez que se hace necesario para el estomatólogo conocer con precisión los factores que determinan la especificidad de las alteraciones bucales en esta etapa de la vida. Mosqueda (2001).

La prevaletia se incrementa a partir de los 40 años de edad, El proceso de envejecimiento por el cual pasan los elementos de la mucosa bucal del adulto mayor, producen una serie de cambios graduales irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos. Sin embargo esto no limita que pueda aparecer en individuos jóvenes. De igual modo, las probabilidades de padecer cáncer bucal se incrementan en personas con ciertos estilos de vida y condiciones de salud, como son tabaquismo, consumo de alcohol, alimentos muy picantes o muy calientes, exposición directa y frecuente a rayos solares, irritación crónica en la zona bucal, uso frecuente de enjuagues bucales con alcohol, herencia, predisposición genética, irritación sifilítica, y lesiones patológicas como leucoplasias y eritoplasias, que pueden aparecer en cualquier parte del órgano bucal. Si no son tratadas a tiempo pueden degenerar en una lesión peligrosa. González (2001.)

O si bien no se conoce con exactitud el origen múltiple se acepta la participación de una serie de factores dependientes del huésped, del ambiente y de agentes causales cancerígenos de naturaleza química, física, mecánica de conducta o biológica. Estos factores son características o atributos inherentes a cada persona, que le confieren un grado Variable de susceptibilidad para contraer la enfermedad y se conocen como factores de riesgo. Nicot (1994)

Las lesiones pueden ser observadas por los mismos afectados, en zonas tales como la lengua, el piso de la boca, paladar, mucosa de los carrillos o en los labios. Reportando: engrosamiento de los tejidos suaves de la boca; sensación que algo quedó atrapado en la boca, dificultad al masticar o tragar; dolor de oídos; dificultad al mover la mandíbula o la lengua; ronquedad; adormecimiento de la lengua u otra áreas de la boca, hinchazón en la mandíbula, que hace que la prótesis encajen mal o resulten incómodas.

Todos estos daños está íntimamente relacionado con la existencia de fumadores empedernidos, especialmente con la costumbre de usar tabaco o pipa, existen personas que nunca han ingerido ni fumado y que desarrollan una leucoplasia. Otro riesgo lo constituyen las prótesis mal adaptadas ó dientes con restauraciones defectuosas porque el roce constante de la lengua con una superficie irregular puede provocar una lesión. Nuñez (1998).

Aún cuando estos factores pueden aumentar los riesgos de padecer esta enfermedad, no necesariamente la causan ya que algunas personas con estos factores de riesgo nunca contraen la enfermedad, mientras que otras la desarrollan sin tenerlos. Sin embargo, es importante conocer los factores de riesgo a los que se encuentra expuestos los individuos, pues esto ayuda a guiarles en las acciones apropiadas incluyendo el cambio de comportamiento y el monitoreo clínico.

Así mismo se considera de gran importancia la detección temprana del cáncer oral y un tratamiento a tiempo, pues aproximadamente el 25% de personas que padecen cáncer, mueren de esta enfermedad por la demora de su diagnóstico y tratamiento. Mas del 50% de los casos de este tipo se diagnostican cuando se encuentra en su etapa avanzada y se ha propagado a la vía aerodigestiva. Si esta enfermedad se detecta a tiempo antes que se halla diseminado a otros tejidos, el porcentaje de curación es de aproximadamente 75%. Capote, L (2006)

O el tratamiento en las etapas iniciales es muy importante, es tan sencillo que hasta la misma biopsia puede curar al paciente. Pero para ello es indispensable acompañar la intervención con la eliminación de los hábitos nocivos, como el tabaquismo y el alcoholismo. También es recomendable tomar agua en abundancia, porque desintoxica y vitaminas C y E, pues estos nutrientes favorecen la regeneración de los tejidos, especialmente del colágeno. La consulta con un especialista en cáncer es igualmente necesaria. Nuñez (1998).

El cáncer oral y puede ser diagnosticado en aproximadamente 30.000 venezolanos y causará aproximadamente 8.000 muertes. En promedio, solo la mitad de aquellos con la enfermedad sobrevivirán más de cinco años. Odontologiaonline (2006) Detección del cáncer oral.

Con la detección temprana y un tratamiento a tiempo, las muertes por cáncer oral pueden ser reducidas.

El promedio de supervivencia de cinco años para aquellos con la enfermedad localizada en el diagnóstico son el 76% en comparación con el 19% de aquellos cuyo cáncer ha avanzado por otras partes del cuerpo. La detección temprana del cáncer oral es a menudo posible. Los cambios en los tejidos de la boca pueden indicar el comienzo del cáncer y pueden a menudo ser vistos y percibidos fácilmente.

Existen diversos métodos para el diagnóstico precoz del cáncer bucal, tales como el examen clínico en donde se debe emplear la inspección, palpación, percusión y olfacción; la biopsia, la cual consiste en la toma de una pequeña parte del tejido en la zona afectada para ser analizada mediante una intervención quirúrgica y la citología, que es la toma de una parte del tejido mediante el raspado de la superficie afectada para luego ser analizada. También se encuentran la ultrasonografía, tomografía computarizada, resonancia magnética panorámica y recientemente se emplea el método del marcaje in vivo con Azul de Toluidina y Lugol de Ioidina.

La mayoría de autores están de acuerdo en que el diagnóstico correcto de precancer y cáncer oral precoz depende de la historia, el examen clínico y la biopsia practicados por un profesional con experiencia, resultando estos procedimientos esenciales para la evaluación inicial de un paciente con una lesión sospechosa. González (2001).

Un examen de cabeza y cuello debería ser parte rutinaria de la visita dental de cada paciente y el examen médico general. Los médicos clínicos deberían prestar

atención particularmente en el chequeo de aquellos que consumen tabaco o cantidades excesivas de alcohol.

Este examen es un extracto del método estandarizado de examinación oral recomendada por la Organización Mundial de la Salud. El método es aplicado por los centros de control de enfermedades y prevención del Instituto Nacional de Salud. El examen requiere una iluminación adecuada, un espejo dental, dos gasas cuadradas de 2x2 pulgadas y guantes, debería llevar no más de cinco minutos.

El examen es llevado a cabo con el paciente sentado. Toda prótesis intraoral es quitada antes de comenzar: Los tejidos extra y periorales son examinados primero, continuando con los tejidos intraorales.

El examen clínico de los tejidos intraoral y revisión general de la boca permite visualizar la existencia o no de lesiones precancerosas y carcinomas incipientes. Generalmente este es el primer método diagnóstico que se utiliza a la hora de examinar un posible cáncer bucal. Sin embargo, este método es complementario a otros, ya que se requiere de la aplicación de más técnicas adicionales, para determinar la existencia de la enfermedad, pues el examen clínico por si solo no es suficiente.

Igualmente se encuentran otros métodos diagnósticos clásicos para las lesiones cancerosas y precancerosas orales son el examen clínico y el estudio histopatológico del material obtenido por biopsia. El análisis biopsico es todavía la técnica más aceptada para determinar de un modo fiable la naturaleza de las lesiones de la mucosa oral. La toma biopsica es una prueba cruenta que implica actuar quirúrgicamente, con limitaciones técnicas para algunos profesionales y con implicaciones de orden psicológico en algunos pacientes.

También presenta limitaciones en el caso de lesiones extensas, en la que es importante seleccionar el lugar más adecuado, ya que las características histopatológicas pueden cambiar dependiendo de la zona, lo que puede provocar diagnóstico errado y un planteamiento terapéutico erróneo. Además, el estudio biopsico con ser fundamental, no

deja de ser un método diagnóstico con sensibilidad limitada, en el que prima en gran medida la subjetividad del patólogo observador.

Todos estos aspectos nos indican la importancia que tiene el descubrir y desarrollar nuevos métodos diagnósticos, así como mejorar los ya conocidos, y buscar también dianas terapéuticas para la enfermedad neoplásica oral. Es importante que las metodologías sean sencillas, poco cruentas y fiables, y que nos permitan realizar un diagnóstico y seguimiento satisfactorios en los pacientes con lesiones precancerosas y cancerosas orales.

A su vez, se encuentra un método desarrollado en los últimos años llamado brush biopsy o citología, en la que se realiza una toma de tejido con un cepillo de diseño particular que permite penetrar en el espesor de la mucosa y recoger material representativo de las lesiones.

Este método ha sido diseñado para que recoja células desde la capa mas superficial a la basal del epitelio, y de este modo permite la detección de aquellas que son anormales. La valoración de la malignidad o benignidad se realiza mediante un análisis asistido por ordenador. A pesar de ser un método practico, esta técnica no sustituye en ningún caso a la biopsia clásica y su uso es complementario .Escoda (2001).

Existen diferentes controversias en relación con el verdadero valor de esta técnica en la detección precoz del COCE. Se ha señalado la existencia de falsos positivos, demostrando una alta sensibilidad (90%) pero una baja especificidad (3%). No obstante, estos datos han sido discutidos.

Además de los métodos anteriormente señalados también existen otros para el diagnostico del cáncer bucal como lo son la tomografía computarizada, la ultrasonografía, las imágenes de resonancia magnética que consiste en la toma de imágenes computarizadas mediante el uso de maquinarias especializadas.

Estos métodos representan grandes ventajas para el estudio y diagnóstico sin embargo, debido a sus elevados costos se convierten en inaccesibles para muchos pacientes.

También se evidencian otros nuevos métodos para el diagnóstico de cáncer bucal que consiste en el marcaje in vivo con sustancias colorantes como los son el Azul de Toluidina y el Lugol de Iodina. En el caso del Azul de Toluidina su utilización in vivo se fundamenta en el hecho de que las células anaplasicas contienen cuantitativamente más ácidos nucleicos que las normales y por lo tanto captan más intensamente el colorante. Por otra parte el marcaje con lugol de ioidina produce una coloración marrón negruzca como consecuencia de la relación del glicógeno presente en las células epiteliales normales y la ioidina. En las células malignas esta cantidad disminuye notablemente y en consecuencia no se tiñe con la aplicación del colorante o lo harán de forma discreta.

La combinación de las técnicas del Lugol de Iodina y el Azul de Toluidina suponen un aumento de la especificidad, parece mejorar los resultados y debilita los defectos de cada uno de ellos considerados por separado.

En Venezuela esta técnica de tinción in vivo con Azul de Toluidina y Lugol de Iodina a pesar de ser nueva, es utilizada por varios especialistas.

Por todo esto se indica la importancia que tiene el descubrir, explorar y desarrollar nuevos métodos diagnósticos así como mejorar los ya conocidos para ofrecer un diagnóstico y tratamiento temprano para así favorecer el pronóstico del paciente.

La detección precoz en estadios asintomático garantiza no sólo un aumento en las tasas de supervivencia sino también una mejora en la calidad de vida en consecuencia a tratamientos menos agresivos y mutilantes.

Sin embargo, en el momento del diagnóstico del cáncer oral, 36% de los pacientes presentan enfermedad localizada, 43% presentan enfermedad con afectación

regional, 9% presentan metástasis a distancia, y para el 12% restante el estadio de la enfermedad no se puede identificar.

Con relación a lo antes expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Serán las técnicas de marcaje in vivo con Azul de Toluidina y Lugol de Ioidina un predictor para el diagnóstico precoz de lesiones premalignas?

Objetivos

objetivo general:

Relacionar los resultados de la biopsia de las lesiones premalignas con las tinciones de Azul de Toluidina y Lugol de Ioidina.

objetivos específicos:

- Valorar la sensibilidad de las tinciones con Azul de Toluidina y Lugol de Ioidina en el diagnóstico de células malignas en lesiones premalignas de la cavidad bucal.
- Realizar el diagnóstico a través de toma de biopsias
- Relacionar el resultado de las coloraciones con el de la biopsia.

Justificación

El presente trabajo de investigación tiene como propósito demostrar los beneficios de un marcaje in vivo de Azul de Toluidina y el Lugol de Ioidina con la finalidad de realizar un diagnóstico precoz de cáncer bucal.

El implementar esta nueva técnica en la consulta diaria odontológica traerá beneficios para la comunidad, ya que al ser práctica, sencilla, eficaz y de costo accesible permitirá un diagnóstico precoz que conllevará a lograr un tratamiento a tiempo y por lo tanto menos riesgo de mortalidad y mayor pronóstico de vida del paciente que padece esta enfermedad.

Aunado a esto el uso de esta técnica abre las puertas a las limitaciones técnicas que conllevan otros métodos, permitirá el uso de la misma en la consulta odontológica diaria por todos los Odontólogos de las diversas ramas sin la necesidad de remitirlos a otros especialistas sin ninguna certeza de la existencia de cáncer.

Este trabajo de investigación a su vez logrará una revisión de los aspectos más novedosos en relación con las aplicaciones de tinciones en la patología oral cancerosa y precancerosa.

Permite adquirir nuevos conocimientos respecto a las técnicas de marcaje en vivo con el Azul de Toluidina y el Lugol de Iodina en el diagnóstico precoz del cáncer bucal.

Se trata de un área de investigación en la cual no se encuentra con alta experiencia y antecedentes en el país pues si bien existen estudios realizados no se han publicado de manera formal y no se han aplicado con gran auge en los profesionales de la Odontología.

CAPITULO II

Fundamentación teórica

Antecedentes

Brodmerkel (1971) fue el primero en presentar los resultados del lugol durante la endoscopia y proponer su utilidad en el diagnóstico del cáncer de esófago.

La citología de cuello uterino, es un proceso técnico de coloración para identificar variaciones de núcleo y citoplasma. La presencia de células basales y parabasales nos indica una alteración en el proceso de maduración, superproducción y presencia de hiperplasia o neoplasia. Podemos conseguir cambios en estos núcleos, como: cambios en la relación núcleo citoplasma, cambios de la cromasia nuclear (que tenemos hiper cromasia); las malignas se caracterizan por tener afinidad por los colorantes básicos y el núcleo mas hiper cromatico que el de una célula normal, porque las células malignas su función es la división de ADN; > cantidad de Ácido. Nucleico que una célula normal. Medina (2001)

La prueba de Schiller clásica, es ampliamente utilizada en todo el mundo ginecológico para detectar las células enfermas del cervix uterino. Fisiopatológicamente se basa en que las células sanas captan glucógeno con el lugol y se tiñen de color ébano; En cambio las células enfermas no se tiñen .Esta prueba sencilla, permite visualizar las áreas patológicas para toma de biopsia y diagnostico temprano de carcinoma.

Se marca solución yodo-yodurada al 2% (LUGOL) con Iodo-131 con un 97% de pureza en la radió cromatografía. Con este nuevo radio fármaco se realizaron pruebas de "Schiller Radiactiva" en cinco personas sanas y en cinco pacientes con carcinoma cérvico-uterino certificados con biopsia. En todos ellos se obtuvieron gamma gramas que revelaron áreas "frías" en las zonas de Cáncer "in situ" en relación con áreas normales de las personas sanas. Asimismo se realizó cuantificación de células

descamadas teñidas con lugol radioactivo en una especie de "Papanicolaou Radiactivo" que dio resultados positivos en todos los casos certificados de Cáncer basados en el tratamiento matemático.

Los resultados cuantitativos de las pruebas de "Schiller y Papanicolaou Radiactivo" se basan matemáticamente en el porcentaje de células que al captar el lugol radioactivo registran radiación.

Otro antecedente de esta investigación es la Cromoendoscopia la cual es una técnica que consiste en la aplicación de tinciones sobre la mucosa digestiva para facilitar y mejorar la calidad del diagnóstico. Puede aplicarse sin o con endoscopios de magnificación. Existen tres tipos de tinciones según el mecanismo de acción.

Métodos de absorción (tinción vital propiamente dicha): los más empleados en endoscopia son el Azul de Metileno, Violeta de Genciana, Lugol y Azul de Toluidina.

Estos colorantes son captados por la célula tras un tiempo variable (inmediatamente el Lugol, 1-2 minutos Violeta de Genciana, Azul de Metileno intermedio). El Azul de Metileno y Violeta de Genciana se emplean para el diagnóstico de esófago de Barrett y adenocarcinomas, el Lugol y Azul de Toluidina para cáncer epidermoide de esófago. Muy recientemente se ha comunicado la utilidad del Azul de Metileno con endoscopios de magnificación para la identificación de displasia en la colitis ulcerosa.

Las tinciones descritas pueden aplicarse directamente por el canal del endoscopio con una jeringa, o mediante catéteres especialmente diseñados, siendo el más habitual el de tipo spray. La elección depende de la tinción a emplear, y del objetivo para el que se aplica. Así, cuando empleamos índigo carmín sobre un pólipo colónico (área reducida) se puede emplear simplemente una jeringa con una pequeña cantidad de contraste (5 cc). Si por el contrario queremos emplear índigo carmín en todo el colon (área extensa) para facilitar la detección de pólipos planos (HNPCC, etc), se emplea el catéter spray para lograr una tinción homogénea, reduciendo el volumen total necesario de índigo carmín.

Se recomienda emplear la dosis mínima necesaria de las diferentes tinciones, aunque la aparición de efectos adversos es poco frecuente.

Las Indicaciones de empleo de Cromoendoscopia se utilizan para el estudio de la neoplasia digestiva.

Otro antecedente de esta investigación es la valoración de los métodos de tinción con el Azul de Toluidina y Lugol en el diagnóstico precoz del cáncer bucal.

Alaejos (1996) La mayoría de los carcinomas escamosos bucales son diagnosticados en estadios avanzados a pesar de la accesibilidad de la cavidad bucal a la exploración clínica. Es muy importante, por lo tanto, realizar un diagnóstico precoz de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal, y establecer programas de prevención y control de los grupos de riesgos. Una de las líneas de investigación en este sentido se basa en la utilización de tinciones in vivo de la mucosa bucal como prueba de cribaje en poblaciones susceptibles, entre ellas el Azul de Toluidina y el Lugol. El Azul de Toluidina es un tinción acidófila con una afinidad selectiva para los ácidos nucleicos, su utilidad se basa en la células displásicas y anaplásicas contiene cuantitativamente mayor cantidad de ácido nucleicos y, por tanto captan más fácilmente la tinción el Lugol es una tinción con afinidad por el glucógeno de las células epiteliales normales si no es retenido por células tumorales.

El objetivo de este estudio es establecer la validez de ambos métodos de tinción en el cribaje de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal.

Se incluyen 17 lesiones sospechosas de malignidad. Las tinciones fueron aplicadas conjuntamente siguiendo un protocolo de estudio y el tejido a biopsiar se seleccionó en base a su aspecto clínico y al resultado de la tinción.

El diagnóstico histológico de estas lesiones fue de hiperplasia (1), pioestomatitis vegetans (1), displasia moderada/severa (1), úlcera inespecífica (1), hiperqueratosis (3), hiperplasia e hiperqueratosis (3) y liquen plano (7). La tinción de Azul de Toluidina

presentó una sensibilidad de 1, una especificidad de 0' 187, un valor predictivo positivo (VPP) de 0' 071 y un valor predictivo negativo (VPN) de 1. La tinción de Lugol tuvo una sensibilidad de 0, una especificidad de 0' 375, un VPP de 0 y un VPN de 0' 875. El uso combinado de ambas disminuyó la sensibilidad (0) y el VPP (0), y aumentó la especificidad (0' 5) y el VPN (0' 89) en cuanto al diagnóstico anatomopatológico de displasia.

Los resultados preliminares de nuestro estudio muestran que el uso combinado de ambas tinciones nos ayuda a descartar la presencia de lesiones displásicas pero no es útil para confirmar la presencia de dichas lesiones.

Mashberg & Samit (1995) Estudio comparativo sobre la diagnosis temprana de cánceres orales y oró faríngeo asintomático. Este estudio permitió concluir que una examinación de la cavidad bucal y faringe en pacientes sintomáticos de riesgo elevado requiere una inspección visual ordenada de la cavidad oral entera y mucosa faringe con particular atención a la lengüeta, al piso de la boca, al paladar blando, a la campanilla, y a los aspectos linguales del triángulo retromolar.

La terminación y la documentación clara de toda la examinación deben ser registradas. Lesiones detectadas que no mejoran en una longitud del tiempo razonable, dos a tres semanas, requieren de una investigación intensa.

Los siguientes aspectos deben ser considerados: 1 Los bebedores del alcohol y los fumadores de cigarrillo, especialmente de mas de 40 años de la edad , tienen riesgo elevado para el desarrollo de los carcinomas espinoso aerodigestivo superiores de la zona y del pulmón. 2. El piso de la boca, la lengüeta ventrolateral, y el complejo suave del paladar son los sitios de riesgo elevado dentro de la cavidad bucal y de la faringe. 3. la eritoplasia de la mucosa persistente más bien que la leucoplasia es la muestra visual más temprana del carcinoma oral y bucofaríngeo.

Estas lesiones no se deben mirar simplemente como cambios precancerosos. La evidencia indica que estas lesiones en sitios de riesgo elevado se deben considerar para ser carcinoma invasor o carcinoma in situ a menos que sean probadas de otra manera por biopsia. 4. El azul de Toluidina que se mancha es un adjunto de diagnóstico útil, particularmente como método de eliminar impresiones clínicas falso-negativas. Puede también ser utilizado como una aclaración en pacientes de riesgo elevado para abarcar la mucosa oral entera después de una examinación clínica negativa y como guía para mejorar producciones de la biopsia. 5. Si se identifica el cáncer oral u bucofaríngeo, las evaluaciones de la laringe, la histopatología, del esófago, y de los pulmones se deben realizar para eliminar cánceres primarios múltiples.

Epstein; Oakley; Millner ; Emerton & Van der Meij .(1997) utilidad del uso de Azul de Toluidina como ayuda de diagnóstico en pacientes tratados previamente para el carcinoma bucofaríngeo superior. Este estudio evaluó la utilidad del uso del Azul de Toluidina como ayuda al reconocimiento y a la diagnosis de lesiones clínico evidente en una serie de los pacientes tratados para el cáncer oral y supervisado previamente en un centro del cáncer. Además del riesgo creciente de la repetición del cáncer o de las segundas nuevas lesiones primarias, pacientes para quienes han tenido tratamiento anterior el cáncer bucofaríngeo puede ser más difícil de determinar debido a los cambios del tejido fino que ocurren como resultado de radioterapia anterior.

La examinación clínica determino que los pacientes con una historia de malignidad oral seguida por el uso del Azul de Toluidina. Los sitios de la biopsia fueron determinados en base a una examinación visual y por los resultados en el uso del Azul de Toluidina. Los especímenes de la biopsia fueron repasados por un patólogo cegado a los resultados clínicos. La examinación clínica identificó el 78% de carcinoma in situ o de lesiones malas invasoras comparadas con el uso de Azul de Toluidina, que identificó todo el (100%) carcinomas in situ o lesiones malas invasoras ($p = 0.02$) y no produjo ningún resultado falso-negativo. No se encontró ningunas diferencias entre la examinación y el uso clínicos de toluidina en la detección de lesiones displásica. La retención de Azul de Toluidina fue considerada en todos los casos del carcinoma in situ

y del carcinoma invasor, y no se consideró ningunos resultados falso-negativos con el Azul de Toluidina. Cuando era utilizado por un clínico entrenado y experimentado en un centro del cáncer, el Azul de Toluidina era una ayuda visual valiosa a la examinación clínica de lesiones mucosa orales.

Feaver, Morrison & Humphris (1999) Determinar la aceptabilidad en pacientes y dentistas del Azul del Toluidina en defender para el cáncer oral .La investigación para el cáncer oral se ha abogado como procedimiento beneficioso posible, especialmente con los individuos de riesgo elevado. Para asistir a la identificación de lesiones malas un tinte se ha desarrollado que se puede utilizar rutinariamente.

Las aplicaciones la aceptabilidad para el paciente y el médico se plantean. La adopción de este procedimiento para los empleados en una cadena. En el Reino Unido ha permitido una investigación en el uso del tinte. El objetivo del estudio era determinar la aceptabilidad del Azul de Toluidina en ayudar a la investigación para el cáncer oral en los pacientes que atendían regularmente que están en riesgo elevado. Un diseño de dos etapas del estudio fue conducido.

La primera etapa consistió en un examinar al paciente en el cual se invitó a 10 pacientes de cada uno de 14 almacenes de la cadena al por menor que terminaran un cuestionario. La segunda etapa incluyó una entrevista del cuestionario y clínico en las dificultades, si las hay, de conducir el procedimiento de investigación con la ayuda del tinte. La pantalla oral de la salud con el procedimiento.

Los participantes consistieron en 140 empleados que atendían a la examinación dental rutinaria en el almacén de su lugar de trabajo. Todos los empleados en el examen divulgaron que fumaron el tabaco, bebieron el alcohol y estaban sobre la edad de 40 años. Catorce dentistas visitaron los almacenes para terminar examinaciones, la investigación, los cuestionarios y entrevista. Las escalas de grado consistidas en las medidas principales del dentista y del paciente del resultado de la aceptabilidad se convirtieron para el estudio. De los respondedores el 89% (n = 124) dieron datos usables

del cuestionario. Los pacientes encontraron el tinte aceptable (por ejemplo el 83% clasificaron la pantalla oral de la salud “una experiencia cómoda”) y el 93% esperaron que el examinador diera una opinión del estado de sus bocas. Un deseo fue expresado por el 95% para participar en las pantallas orales futuras de la salud. Los dentista-respondedores estaban a favor del uso del tinte. En la conclusión, la aceptabilidad del tinte Azul de Toluidina a asistir a la investigación para el cáncer oral es buena según paciente y clínico. El uso de este tinte se debe ahora animar más extensivamente por los clínicos entrenados en la identificación de lesiones cancerosas y precancerosas orales.

Calif (2001) *Diagnosis y gerencia de las lesiones orales del suave-tejido fino*. Se realizó un estudio sobre la diagnosis y gerencia de las lesiones orales del suave-tejido fino: el uso de la biopsia, de marcarse azul de toluidina, y de la citología. Sobre descubrimiento de una lesión después de la examinación oral cuidadosa del suave-tejido fino, y los mejores manejo al paciente. El protocolo de la gerencia debe prever diagnosis temprana en el caso de cáncer oral para reducir morbosidad y mortalidad del cáncer. Las opciones para la gerencia incluirían un período de la observación de una cierta hora definida, uso de la mancha Azul de Toluidina o biopsia oral del cepillo. Este artículo repasa los activos y las limitaciones de cada uno y sugiere a un acercamiento a la diagnosis y a gerencias racionales, basadas en la ciencia.

Epstein & Zhang (2002) *Avances en el diagnostico de lesiones premalignas y malignas orales*. Este estudio explica que la diagnosis y el tratamiento de lesiones premalignas orales y el carcinoma escamoso de la célula se basan actualmente en características histopatológica, el sitio de la implicación y la etapa de la enfermedad. Los avances recientes en las técnicas para detectar lesiones y predecir su progresión o repetición se repasan aquí. Los adjuntos para la detección de lesiones y la selección de los sitios de la biopsia incluyen mancharse vital del tejido fino (con el Azul de Toluidina) y la citología exfoliativa. Se espera que los avances en diagnosis y el estacionamiento en el nivel molecular afecten la opción de los resultados del tratamiento y del paciente. Los abastecedores orales del cuidado médico deben estar enterados de

estos avances en la evaluación y la diagnosis de lesiones premalignas orales y del carcinoma escamoso de la célula.

Gandolfo et al (2006) Azul del Toluidina en lesiones orales potencialmente malas in vivo. Tal investigación explica que para determinar las características histológicas del Azul del Toluidina in vivo (TB) en las lesiones orales potencialmente malas (PML) y determinarse si cualquiera fueron relacionados con la oscuridad clínica contra mancha azul real pálida y/o con naturaleza mala/displásica de las lesiones. Las secciones diseccionadas fueron utilizadas para evaluar la distribución adicional e intra-epitelial de TB, la profundidad de la penetración y el marcaje nuclear o adicional-nuclear. Dieciocho lesiones fueron estudiadas. El aspecto clínico de una mancha azul real oscura fue relacionado perceptiblemente con el marcaje nuclear del tinte. El mancharse azul real pálido estaba inversamente sin relación a cualquier característica histológica. Las lesiones Azul-malas reales oscuras tenían marcaje más nuclear que lesiones benignas. Los resultados sugieren que el mancharse azul real oscuro sea el resultado positivo verdadero de una prueba de TB y demostrado que las lesiones Azul-benignas reales Azul-malas y oscuras reales oscuras tienen un diverso patrón histológico del marcaje.

Bases teórica

La célula está compuesta por una masa rodeada de protoplasma que contiene un núcleo, Una pared celular rodea la célula que la separa de su ambiente. Dentro del núcleo está el ADN, que contiene la información que programa la vida celular.

Estas se dividen y al hacerlo sus estructuras se dividen también en otras exactamente iguales a las anteriores, con los mismos componentes y funciones que la originaria.

Las células normales crecen a un ritmo limitado y permanecen dentro de sus zonas correspondientes. Las funciones y el ritmo de crecimiento vienen determinados por el ADN.

La vida de cada grupo de células es distinta y funcionará según se lo dicte su ADN. La célula normal pasa a convertirse en una célula cancerosa debido a un cambio o mutación en el ADN. A veces esas células, cuya carga genética ha cambiado, mueren o son eliminadas en los ganglios linfáticos. Pero, otras veces, siguen con vida y se reproducen.

Las células cancerosas tienen un aspecto diferente, bien sea porque su forma ha cambiado o porque contengan núcleos más grandes o más pequeños.

Estas células son incapaces de realizar las funciones que corresponden a las células pertenecientes a ese tejido. Generalmente se multiplican muy rápidamente, porque les falta un mecanismo de control del crecimiento.

Con frecuencia, son inmaduras debido a que se multiplican de una forma muy rápida y no tienen tiempo suficiente para crecer plenamente antes de dividirse. Al formarse un gran número de células cancerosas, se amontonan, presionan o bloquean a otros órganos y les impiden realizar su trabajo.

Como no se limitan al espacio originario donde se forman, y se extienden a otras zonas, se dicen que son invasivas.

Tienden a emigrar a otros lugares, a través de la sangre o de la linfa. Las células que se encargan de la defensa del organismo suelen destruirlas, así separadas, pero si sobreviven pueden producir un nuevo crecimiento en un lugar diferente, metástasis, y dañar a otros órganos.

En las células cancerosas encontramos: gran cantidad de glucogeno, mitosis atípica, mitosis tetrapolar, husos acromáticos, monstruosidades nucleares (cambio en la forma de la división anaploide), células binucleadas; están presentes también infiltrados inflamatorios, polimorfonucleados neutrofilos (PMN), linfocitos, histiocitos. Medina (2001).

En displasia incluimos las características específicas como: Bordes epiteliales en forma de gotas, Hiperplasia de la capa basal, Estratificación irregular, Mitosis aumentada y anormal, Queratinización individual o de grupos celulares en la capa espinosa, Pleomorfismo celular, Hiper cromatismo celular, Alteración de la proporción núcleo – citoplasma, Núcleos agrandados, Pérdidas de la adherencia intercelular. Martinez (2001)

Cuando todo el epitelio presenta estos cambios de arriba hacia abajo se denomina Carcinoma in situ.

En relación con la parte histopatológica se encuentra desde hiperqueratosis, acantosis, displasia y carcinoma in situ hasta carcinoma invasivo de células escamosas por su forma plana y parecida a una escama. También se observa; rebordes epiteliales en forma de canal, hiperplasia de la capa basal, estratificación irregular, incremento de figuras mitóticas anormales, queratinización de células individuales o de grupo de células formación de la perla epitelial en la capa espinosa, pleomorfismo celular, hiper cromatismo nuclear, alteración de la relación núcleo – citoplasma nucleolos aumentados. Regezi (2003).

Con relación al liquen se presenta como una estomatitis perivascular superficial con: hiperortoqueratosis compacta laminar, hipergranulosis en V, hendiduras de la unión epitelio – conjuntivo o de la unión dermoepidérmica, infiltrado de predominio linfohistiocitario. Medina (2001).

Las lesiones premalignas son todas aquellas que pueden convertirse en lesiones cancerosas. Dentro de las mismas se encuentran las lesiones de color blanco en la mucosa bucal. Estas son muy evidentes ya que sobresalen en la mucosa normal de color rosado, siendo premalignas o malignas, deben su aspecto característico a la dispersión de la luz a través de una superficie mucosa lacerada. Estas anomalías pueden ser resultado del engrosamiento de la capa de queratina, hiperplasia del epitelio en el estrato de Malpighi, edema intracelular de las células epiteliales y disminución de la vascularidad del epitelio conectivo subyacente.

Las lesiones blanca o blanco – amarillentas pueden ser causadas por exudado de fibrina que cubre una úlcera, materiales depositados debajo de la mucosa, residuos en la superficie o colonias de hongos. Regezi (2003)

El aspecto clínico y en especial el grado de displasia que pueden presentar las lesiones precancerosas de la cavidad oral sugieren su capacidad potencial de malignización. Cada vez es más frecuente encontrar investigaciones orientadas hacia la búsqueda de nuevos marcadores, más específicos, que contribuyan a determinar el grado de alteración celular y permitan una mayor aproximación al conocimiento del grado de degeneración maligna de aquellas lesiones.

El diagnóstico de las lesiones precancerosas empieza con el examen clínico, pero el estudio histopatológico es el que proporciona la información de si existe displasia (que hace referencia a diversas alteraciones del normal desarrollo y maduración de un tejido, en particular epitelial) y cuál es el grado de la misma. Este término orienta hacia el potencial o riesgo de malignización (más o menos elevado) de la lesión en cuestión.

Los tumores que se localizan en la zona de cavidad oral faríngea y esófago suelen ser de dos tipos, en función del carácter de las células malignas: carcinomas y adenocarcinomas. Los primeros, carcinomas de células escamosas que se originan en la capa de células que revisten las paredes internas de la boca y el esófago. En las etapas más tempranas, estos tumores están localizados, y sólo cuando la enfermedad progresa y

las células malignas se extienden puede hablarse de cáncer invasivo. Los adenocarcinomas, por su parte, son aquellos tumores que se localizan en las células glandulares (aquellas que segregan líquidos mucosos para el recubrimiento interno de las paredes de los órganos).

Cuando la enfermedad se extiende, las células malignas llegan al sistema linfático, una compleja red de vasos, válvulas, conductos, ganglios y órganos distribuidos por todo el cuerpo que ayudan a proteger el ambiente líquido del organismo mediante la producción, filtración y transporte de linfa, el fluido que contiene las células encargadas de luchar contra enfermedades e infecciones. Las células cancerosas, para su traslado, emplean precisamente los ganglios linfáticos, pequeñas acumulaciones de células defensivas. En el caso del cáncer oral, estos ganglios suelen viajar hasta el cuello, aunque también es posible que alcancen otras partes del cuerpo (hígado, pulmones, cerebro e incluso huesos), igual que ocurre con los tumores originados en el esófago.

El cáncer oral es la neoplasia maligna más frecuente en la región de la cabeza y cuello, siendo la mayoría carcinomas de células escamosas. Una parte significativa de los carcinomas orales de células escamosas (COCE) se desarrollan a partir de lesiones premalignas como la leucoplasia.

Desgraciadamente la supervivencia en los pacientes con COCE no ha mejorado en los últimos 30 años, manteniendo todavía una tasa de supervivencia media a los cinco años menor del 50%. Por ello, y a pesar de los avances terapéuticos, el pronóstico general sigue siendo pobre. Un factor fundamental de este mal pronóstico es el hecho de que todavía una gran proporción de los cánceres orales se diagnostican en estadios avanzados y se tratan tardíamente. La detección precoz de una lesión oral premaligna o cancerosa va a mejorar tanto la supervivencia como la morbilidad asociada al tratamiento. El pronóstico en el COCE diagnosticado y tratado precozmente es muy bueno, con una supervivencia media del 80% y una buena calidad de vida tras el tratamiento. Escoda (2004)

El cáncer es generado por diversas causas y aunque en realidad no se conoce exactamente una, existen factores de riesgo que podrían en determinado momento, junto a una predisposición familiar llegar a producir cáncer.

Dentro de estos factores se encuentran principalmente los antecedentes familiares de cáncer; el excesivo consumo de cafeína y sustancias edulcorantes, así como de bebidas alcohólicas y cigarrillo. También la dieta alta en grasas saturadas y bajas en fibras, la obesidad y la hipertensión.

La exposición excesiva a los rayos solares y también a ciertas sustancias químicas tales como benzidinas, anilinas, naftalinas, asbesto, níquel, cromo o materiales radioactivos, pesticidas, herbicidas y la exposición a radiaciones pueden contribuir a la aparición del cáncer.

Otros factores son la infertilidad, la nulípara (no embarazos) hasta los 35 años, los embarazos múltiples, o embarazos antes de los 18 años y la historia de enfermedades venéreas.

Las Infecciones virales crónica y la disfunción del sistema inmune también pueden influir en la aparición de esta enfermedad, así como también la historia de lunares anormales, las escaras o lesiones que no cicatrizan, la anemia perniciosa y la gastritis crónica.

Existen una serie de signos y síntomas que permiten reconocer la presencia de cáncer, los cuales dependen de la localización, el tipo y severidad de la enfermedad.

Cada cáncer tiene su conjunto de síntomas, pero dentro de los generales se puede encontrar cambios o aparición de verrugas y lunares de aspecto anómalo, una herida que no cicatriza, tos persistente, cambios obvios en los hábitos vesicales e intestinales, engrosamiento o protuberancia en cualquier parte del cuerpo, sangre en la orina sin dolor al orinar, sangre en las heces, fatiga exagerada, febrícula persistente, dolor abdominal pertinaz, pérdida de apetito, pérdida de peso, recurrentes sangrados nasales y aparición de muchas contusiones.

Otras señales de peligro es la aparición de alguna serie de lesiones que pueden ser precursoras del cáncer.

Dos de estas son: la leucoplasia que son lesiones blancas y la Eritroplasia que son lesiones rojas. Aunque menos comunes que la leucoplasia, la Eritroplasia y las lesiones con componentes eritroplásicos tienen un potencial mucho mayor de convertirse cancerígenos.

Cualquier lesión blanca o roja que no se recupera así misma en dos semanas, debería ser re-evaluada y tenida en cuenta para una biopsia y así obtener un diagnóstico definitivo.

Las principales lesiones pre-cancerosas son: Leucoplasia, Eritroplasia, Liquen erosivo, Queilitis actínica, Glositis sífilítica, Glositis anémica, Lupus eritematoso crónico, Ulceración traumática crónica y Fibrosis sub-mucosa.

Las Leucoplasia pertenecen a un subtipo principal de las enfermedades queratóticas. Son lesión blanquecina que no se desprende al raspaje, y presenta características histológicas propias tales como: hiperqueratosis, acantosis, displasia y carcinoma in situ a un carcinoma de células escamosas invasivo.

Al examen visual varía desde una simple mancha vaga blanquecina sobre una base de tejido normal, o una queratosis, hasta una placa blanca, anormal engrosada, fisurada o verrugosa adherida con firmeza a la mucosa. A la palpación puede ser suave, lisa o de textura granular fina o bien rugosa, nodular o indurada. Regezi (2003)

La importancia intrínseca de esta lesión (por su alta incidencia y por la trascendencia de su posible transformación metaplásica) y sus intrincadas características, en especial su apariencia ampliamente variable, han sido motivo de la realización de diversas clasificaciones. La mayoría de éstas se han elaborado sobre la base de su forma de presentación macroscópica, pero también se confeccionaron otras según la etiopatogenia, la clínica o su relación clínico- histológica.

Según su forma clínica la última clasificación de la leucoplasia oral (1997) es:

- Leucoplasia homogénea.
- Leucoplasia no homogénea:
 - Leucoplasia verrugosa
 - Leucoplasia moteada
 - Eritroleucoplasia
 - Leucoplasia verrugosa proliferativa.

La leucoplasia homogénea es una lesión uniformemente blanca, de consistencia firme, de poco espesor y de superficie lisa o arrugada que en ocasiones presenta surcos poco profundos. Es la más frecuente de todas las formas clínicas.

La leucoplasia no homogénea es una lesión predominante blanca (no uniforme). Esta leucoplasia puede ser: verrugosa, nodular, eritroleucoplásica y verrugosa exofítica proliferativa. La leucoplasia verrugosa es una lesión sobre elevada con bordes irregulares. La leucoplasia nodular se presenta con pequeñas elevaciones de la mucosa redondeadas, blancas y rojas, que le dan un aspecto granular. También se la ha denominado leucoplasia moteada. La eritroleucoplasia es una lesión que incluye, entre las zonas blancas, áreas enantematosas y, en ocasiones, áreas erosivas. La leucoplasia verrugosa proliferativa fue descrita por primera vez en 1985 y ha sido definida como una lesión predominantemente blanca, exofítica, verrugosa, persistente, multifocal, clínicamente agresiva y resistente al tratamiento.

Las leucoplasias también pueden clasificarse según su histopatología. El factor que más intensamente condiciona el potencial maligno de una leucoplasia es la presencia de displasia epitelial en el análisis histopatológico. Según el criterio histopatológico, la leucoplasia puede ser sin displasia y con displasia. En las leucoplasias sin displasia, el epitelio está bien estructurado. Los cambios histológicos no displásicos observables varían desde hiperqueratosis (ortoqueratosis, paraqueratosis o ambas), hasta acantosis y papilomatosis.

En las leucoplasias con displasia podemos observar trastornos de la diferenciación celular, de las relaciones intercelulares y de la unión epitelio-coriónica. Por definición, el término displasia hace referencia al crecimiento desordenado del epitelio. Otros cambios son la presencia de carcinoma in situ y carcinoma epidermoide. Los signos de hiperparaqueratosis y de infiltrado inflamatorio en el corion son más frecuentes en las leucoplasias con displasias.

Los criterios morfológicos de displasia epitelial son:

- _ Pérdida de polaridad de las células basales.
- _ Existencia de más de una capa de células basales.
- _ Aumento de la relación núcleo/citoplasma.
- _ Papilas en forma de gotas.
- _ Estratificación epitelial irregular.
- _ Aumento del número de mitosis, algunas de ellas atípicas.
- _ Presencia de mitosis en la mitad superior del epitelio.
- _ Pleomorfismo celular.
- _ Nucléolos voluminosos.
- _ Disminución de la adherencia intercelular.
- _ Queratinización de células aisladas o en grupos.

Clasificación de los cambios displásicos:

- _ Displasia leve: Los cambios displásicos son mínimos y confinados al tercio inferior del epitelio.
- _ Displasia moderada: Los cambios displásicos ocurren en los dos tercios inferiores del epitelio.
- _ Displasia severa: Los cambios ocupan más de dos tercios, pero no todo el espesor epitelial.

La presencia de atípicas en las células epiteliales así como la situación de displasia deben ser signos de alarma en una leucoplasia, procediendo a una revisión y

seguimiento sistemático de la lesión en previsión de un resurgimiento de transformación maligna.

Bouquot (1995) realizó una clasificación esquemática de las leucoplasias atendiendo su apariencia y su correlación histopatológica, dividiéndolas en fases, que tipificó desde mucosa normal a eritroleucoplasia.

Estas fases son:

Fase 0: Mucosa normal.

Fase I: Leucoplasia poco engrosada, preleucoplasia, leucoplasia homogénea, hiperqueratosis, acantosis, linfocitos ocasionales.

Fase II: Leucoplasia homogénea, leucoplasia engrosada, leucoplasia lisa, leucoplasia fisurada, hiperqueratosis, acantosis, linfocitos ocasionales, displasia leve o moderada.

Fase III: Leucoplasia nodular, leucoplasia verrugosa, hiperqueratosis irregular, crestas bulbosas, moderado número de linfocitos, displasia moderada/severa, congestión vascular, hifas de candidas.

Fase IV: Eritroleucoplasia, leucoplasia no homogénea, hiperqueratosis irregular, crestas bulbosas o coronoides, número de linfocitos, displasia severa, carcinoma in situ, congestión vascular

El término leucoplasia es considerado por la OMS fundamentalmente como descriptivo. En el simposio de Uppsala se propuso que el diagnóstico tuviese dos fases diagnósticas:

- Diagnóstico provisional. Es un diagnóstico de presunción o sospecha, basado en las características clínicas de la lesión: lesión elemental, localización, extensión, sintomatología acompañante, etc.
- Diagnóstico definitivo: Se obtendrá después de establecer pautas de comportamiento, consistentes en: La identificación y eliminación de los posibles factores etiológicos (traumáticos, micóticos, etc.). El control evolutivo de la lesión, que

en el caso de persistir pasado un período de 2 a 4 semanas, hará necesario el estudio histopatológico.

Las lesiones muy extensas requerirán la toma de varias muestras simultáneas, en las que se deberán incluir tanto áreas clínicamente sospechosas (áreas rojas, ulceradas, dolorosas o induradas) como aquellas de apariencia benigna, debido a que en ocasiones no hay correlación entre las alteraciones histológicas y la apariencia de benignidad clínica de la lesión.

Los criterios indicativos clásicos de degeneración maligna en una leucoplasia son los siguientes:

- Induración de la placa leucoplásica.
- Infiltración dura en su base.
- Persistencia de un halo congestivo o de un edema.
- Extensión de sus límites.
- Fisuración o ulceración.
- Crecimiento rápido de excrecencias de tipo verrugoso en su superficie.
- Aparición de dolor o dolor referido.
- Pequeñas hemorragias.
- Trismos.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con otras lesiones que cursan como manchas blancas. Es necesario tener constancia de que el concepto de mancha blanca define un área circunscrita o difusa de color más blanco que la mucosa aparentemente normal circundante. Puede ser macular, papular o en placa, única o múltiple, que se desprende o no

En casos relacionados con anemia por deficiencia de hierro y desarrollo de disfagia sideropénica, sin duda, algunas leucoplaquias evolucionan hacia carcinoma bucal de células escamosas. Regezi (2003)

Eritroplasia es una lesión bien definida de la mucosa bucal, de color rojo intenso, aterciopelada o granulosa, que por lo general presenta contornos irregulares. Se localizan comúnmente en los carrillos y en el paladar blando. Las eritroplasias tienen un mayor potencial de malignización que las leucoplasias. Histológicamente muestran cambios que van desde una displasia moderada a un carcinoma invasivo de células escamosas.

Liquen plano, es una afección muco cutánea relativamente común y de causas desconocida, surge en la mucosa bucal como una lesión blanca bilateral típica, en ocasiones acompañada de úlceras. Importancia de esta enfermedad se debe su frecuencia relativa, similitud eventual con otros trastornos de la mucosa, capacidad ocasional de provocar dolor y posible relación con malignidad. Regezi (2003)

En la boca el liquen plano tiene predilección por el espacio retromolar, porción posterior de la mucosa yugal, adoptando forma de red o de encaje. Es una enfermedad asociada con el cáncer bucal. Medina (2001)

Otra lesión es el liquen erosivo que es una variedad atípica del liquen rojo plano, caracterizada por lesiones erosivas de distintos tamaño, como resultado de una intensa degeneración hidrópica de la capa basal del epitelio mucoso que produce despegamiento epitelial, con formación de ampollas de distintos tamaños que cuando se rompen y su techo desaparece, deja el piso expuesto de la lesión. El diagnóstico de la lesión se facilita, cuando a su alrededor se encuentran dibujos blanquecinos típicos de la enfermedad. Crispian & Bagan (2001) un 10% de transformación maligna en los casos observados.

La Queilitis actínica es una lesión aguda o crónica provocada por la exposición exagerada a los rayos ultravioleta del sol. La forma crónica se produce más sobre la semimucosa del labio inferior en individuos de piel blanca, por lo general personas que trabajan al sol, puede afectar toda la semimucosa y dar lesiones muy diversas como son: escamas, fisuras, erosiones, ulceraciones, casi siempre dolorosas y con tendencia al fácil sangrado. Posteriormente se cubren de costras hemáticas y/o melicéricas que si se

intentan desprender ocasionan dolor y sangran muy fácilmente. Con el tiempo se va produciendo un epitelio cicatrizal poco vascularizado y atrófico, que predispone al cáncer del labio.

Otra lesión precancerosa es la glositis o esclerosis sifilítica de la sífilis terciaria se ve en la parte media de la lengua y existen dos variedades: una superficial y otra profunda que llega al músculo. La superficial se presenta como una lengua glaseada o de vidrio con islotes rojos o blancos despapilados y duros, que a veces se fisuran o tienen surcos y que por lo general, se acompañan de placas leucoplaciformes. Es una lesión pre-cancerosa.

La Glositis por anemia ferropénica también es otra lesión precancerosa. La anemia ferropénica produce una atrofia de las mucosas especialmente del dorso de la lengua que se queda sin papilas dando un aspecto liso, brillante y rojizo a ésta. Cuando se combina con disfagia se habla del Síndrome de Paterson-Kelly o Plummer-Vinson. Pacientes mal nutridos especialmente ancianos son los más afectados. El paciente presenta un cuadro de dolor y ardor principalmente en la lengua, que muchas veces le dificulta el comer. A veces se infecta con *Candida* complicándose el cuadro.

Las lesiones bucales de lupus eritematoso crónico discoide, han sido señaladas como precancerosas, pero no hay suficiente información cuantitativa sobre el riesgo de transformación maligna.

Dentro de las lesiones mecánicas de la mucosa bucal, la ulceración traumática crónica adquiere gran importancia, no solo por su frecuencia, sino también por la circunstancia de que, estadísticamente, cuando no cura o es recidivante, entra dentro del grupo de las lesiones estadísticamente precancerosas. Clínicamente se presenta como una pérdida de sustancia superficial o profunda, circunscripta, rodeada por una zona rojiza inflamatoria, ligeramente elevada. El fondo es de color blanco grisáceo debido a la necrosis superficial. Su consistencia es elástica, gomosa y edematosa. Son dolorosas especialmente cuando se presentan en la lengua y siempre están relacionadas a traumatismos dentarios y protésicos

La Fibrosis submucosa se presenta como una pérdida generalizada de elasticidad de la mucosa, con la formación de bandas fibrosas que limitan la apertura bucal. La lengua pierde firmeza y movilidad. Esta condición es común en las personas de la India, que mastican nuez de areca sola o tabaco. Tiene una de las tasa más altas de malignización entre las lesiones pre-cancerosas.

Otra lesión es el carcinoma espino celular o de células escamosas es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal, afecta más al sexo masculino, teniendo su mayor incidencia después de la cuarta década. Se presenta de distintas formas: como una lesión ulcerada, a veces recubierta de una costra hepática o de un crecimiento vegetante o verrugoso que cuando adquieren gran tamaño pueden ulcerarse y sangrar o sufrir necrosis parcial modificando así su aspecto. A la palpación por lo general tiene sus bordes revertidos e indurados con su base infiltrada. Su tamaño es variable pudiendo medir desde algunos milímetros hasta varios centímetros. Al inicio casi nunca provocan dolor por lo que el paciente no busca ayuda profesional. Los factores de riesgo y las lesiones potencialmente malignas son determinantes para el desarrollo del cáncer bucal.

El cáncer de la cavidad oral, presenta una serie de síntomas y signos que lo caracterizan.

Entre las posibles señales de cáncer oral se incluyen: engrosamiento de los tejidos suaves de la boca; sensación que algo quedó atrapado en la boca; dificultad al masticar o tragar; dolor de oídos; dificultad al mover la mandíbula o la lengua; ronquedad; adormecimiento de la lengua u otras áreas de la boca; hinchazón de la mandíbula, que hace que las prótesis encajen mal o resulten incómodas. Si estos problemas persisten por más de dos semanas, debería realizarse un examen minucioso y análisis de laboratorio en caso que sea necesario para obtener un diagnóstico definitivo. Si el diagnóstico no puede lograrse, se debe derivar al especialista apropiado como es indicado.

Con la detección temprana y un tratamiento a tiempo, las muertes por cáncer oral pueden ser fuertemente reducidas.

La detección temprana del cáncer oral es a menudo posible. Los cambios en los tejidos de la boca pueden indicar el comienzo del cáncer y pueden a menudo ser vistos y percibidos fácilmente.

El diagnóstico precoz de un tumor maligno en la cavidad bucal puede, no solamente, ser el resultado de la investigación de una población de pacientes asintomáticos que es llamada pesquisa, sino también como resultado de una consulta temprana ante un síntoma que percibe el paciente.

La detección temprana depende de varios factores como son: el nivel sociocultural y el grado de información de la población que la motive a consultar a tiempo, la capacidad de los servicios de salud públicos y privados de orientar y atender a los pacientes, los recursos tecnológicos y la experticia del clínico en lograr un diagnóstico sin demora.

El tiempo de evolución de un síntoma puede sugerir el diagnóstico por lo que se debe realizar un interrogatorio exhaustivo y completo.

En el examen físico se deben emplear los métodos de la inspección, palpación, percusión y olfacción.

La inspección en un área tan visible como la que nos ocupa, permite acercarse al diagnóstico en una alta proporción de los casos. La inspección de la cavidad bucal debe ser hecha en forma meticulosa con la ayuda de iluminación adecuada. Debe comprender dos fases, una fase extrabucal y posteriormente la intrabucal incluyendo toda la superficie de mucosa intrabucal hasta la bucofaringe. Es indispensable de que si el paciente usa una prótesis removible, ésta sea retirada en el momento del examen.

La palpación intrabucal es de la mayor importancia en el examen físico de cabeza y cuello, en particular la palpación bimanual de la cavidad bucal es útil para determinar el crecimiento de un tumor. El tacto permite poner en evidencia áreas de mayor consistencia debidas a un tumor.

Previo a la palpación intrabucal debemos realizar la palpación del cuello, buscando la presencia de posibles adenopatías, la experiencia del examinador y las características anatómicas individuales de cada paciente juegan un papel importante. Es necesario reconocer estructuras normales como el hioides, la laringe, la tráquea, la mastoides y así poder diferenciarlas de metástasis ganglionares.

Pinzar entre el dedo índice y pulgar el músculo esternocleidomastoideo aumenta la exactitud en la detección de las adenopatías, más aún si este músculo está en una posición relajada.

La experiencia clínica ha permitido determinar una manera práctica para el examen de la boca que en forma ordenada se divide en dos fases, la primera que debe realizarse inicialmente y es llamada fase extrabucal y a continuación la fase intrabucal. Durante la fase extrabucal se debe hacer inspección de la región cefálica y del cuello, seguida de la palpación de los ganglios linfáticos con el fin de determinar patologías tumorales o infecciosas, de ser palpables indagar si son dolorosos o no y finalmente si se encuentran adheridos a los planos profundos o no.

La exploración implica además la palpación de la articulación temporomandibular tratando de determinar limitación de la apertura o desviación de la mandíbula así como la palpación de las glándulas salivales en la cual vamos a valorar asimetría y consistencia de las glándulas.

Durante la exploración se tiene los labios por su parte extrabucal y luego intrabucal donde se notará: coloración, textura, simetría e integridad de la mucosa labial superior y la mucosa labial inferior.

La exploración del vestíbulo bucal del lado derecho e izquierdo deben ser observadas y palpadas, en esta zona puede estar presente una línea blanquecina horizontal llamada línea interdental y se corresponde con la línea de oclusión de los dientes de ambas arcadas pero también se puede observar otras placas blanquecinas en la cual se debe hacer diagnóstico diferencial con lesiones como leucoedema, leucoplasia o liquen plano las cuales se consideran patologías premalignas. En la mucosa del

vestíbulo y a nivel de los segundos molares superiores debemos identificar la papila parotídea y observar varias gotas de saliva como evidencia de su buen funcionamiento. En la región del vestíbulo es necesaria la inspección de las zonas retromolares de ambos maxilares notando nuevamente coloración, textura e integridad.

La exploración del techo de la cavidad bucal comprende paladar duro, blando y bucofaringe, observando cambios de coloración y relacionarlo con la raza del paciente y su textura. Observar de adelante hacia atrás la papila incisiva y las rugosidades palatinas y algunas veces puede estar presente el torus palatino que aún cuando es considerada una variante anatómica debemos visualizar si está erosionada y su tamaño.

Cuando el paciente es portador de prótesis o bien es fumador, se debe estar atento a la textura y color de las mucosas debido a la irritación que pueden ocasionar los mismos.

En la unión del paladar duro y blando se identifican las foveolas palatinas cuya coloración es más bien amarillenta a ese nivel debido a la presencia de tejido graso submucoso.

A nivel de la bucofaringe se debe observar los pilares anteriores y posteriores del velo, si están presente las amígdalas palatinas y si se encuentran hipertrofiadas o no. La úvula debe tener un adecuado tamaño y buena movilidad, se le pide al paciente que diga "A".

Para la exploración del piso de la boca es necesario que el paciente eleve la punta de su lengua hacia el paladar de este forma se estará observando simultáneamente la mucosa del piso y la cara ventral de la lengua, ambas son transparentes En los pacientes edéntulos inferior con reabsorción de las apófisis alveolares puede notarse en ocasiones que el piso de la boca se eleva sobrepasando el reborde alveolar, pero al colocar una prótesis veremos que se reubica en posición normal. Se debe observar la presencia del frenillo lingual y que no produzca una tracción exagerada de la punta de la lengua.

En la exploración de la lengua se le pide al paciente que la protruya fuera de su boca de manera de examinar su cara dorsal, la mucosa debe ser aterciopelada, por la presencia de las papilas gustativas, luego debe explorarse y palpase movilizand la lengua de un lado a otro con ayuda de una gasa.

Luego de examinar las paredes, el techo y el piso de la boca fijaremos nuestra atención en la región gingivodentaria, comenzando por las características normales de la encía en cuanto a color que debe observarse rojo coral, con una textura similar a la “piel de naranja”, la adherencia de las papilas interdientarias y compararla con características de inflamación si están presentes. A nivel dentario deben observarse movilidad, desgastes excesivos y malposiciones y pensar que podrían existir algunas patologías dentro de los maxilares. Se debe destacar la necesidad de palpación bimanual intrabucal en cada uno de los sitios explorados.

Los exámenes por imágenes se consideran una importante herramienta diagnóstica junto al examen físico en el cual se puede observar la extensión del tumor a nivel del tejido blando y si involucra tejido duro. Estas modalidades incluyen tomografía computarizada (TC) e imagen por resonancia magnética (IRM). El odontólogo mediante una radiografía panorámica (RP) ofrece una orientación importante de la lesión.

Se debe obtener muestras para estudio histopatológico de las lesiones sospechosas. La mayoría de las biopsias en tumores de cavidad bucal y bucofaringe son tomadas en el consultorio con el instrumental adecuado.

Además se recomienda realizar:

Diagnóstico Provisorio: se realiza cuando una lesión al examen clínico no puede ser claramente diagnosticada como alguna otra enfermedad de la mucosa oral de aspecto blanco.

Diagnóstico Definitivo: se hace como resultado de la identificación, y si es posible eliminación de factores etiológicos sospechosos y, en el caso de lesiones persistentes, examen histopatológico. Martinez (2001)

Frente a una patología se debe instaurar la toma de biopsia y así obtener un diagnóstico definitivo.

También existe una nueva opción para la detección del cáncer oral, como lo es la utilización de tinciones en la cavidad bucal.

La tinción consiste en irrigar a manera de rocío, volúmenes determinados de sustancias específicas sobre la superficie mucosa, las cuales pueden ser aplicadas directamente a manera de spray o, indirectamente, por inyección, ingestión o enemas.

Los métodos de tinción tienen una amplia aplicación en el campo clínico y en lo relacionado a la investigación de la gastroenterología.

Con la tinción de la superficie bucal se permite visualizar en una forma más evidente los detalles de la mucosa, resaltar las características de las lesiones y detectar aquellas que sean anormales de una manera más rápida y eficientemente ya que sobresalen los detalles de su superficie.

Existen diferentes tipos de tinciones y cada una tiene aplicaciones clínicas específicas. Que permiten confirmar una sospecha clínica u obtener nueva información que pueda ayudar al manejo de una situación clínica específica.

Las tinciones más comúnmente utilizadas son: Lugol, Azul de Metileno, Azul de Toluidina, Indigo Carmín, Rojo Congo y Tinta China.

Estas han sido clasificadas por su mecanismo de acción en:

A. Tinciones vitales o de absorción: son aquellas tinciones que son tomadas por las células epiteliales, por difusión o absorción a través de la membrana celular. Es decir, la célula es capaz de captar el colorante. Dentro de ellas se encuentran la solución de Lugol, Azul de Metileno, Azul de Toluidina.

B. Tinciones de contraste: estas sustancias no entran a la célula pero penetran en los surcos o depresiones de la mucosa y en los contornos de las elevaciones resaltando los cambios en la superficie mucosa. Ejemplo de esta es el Indigo Carmín

C. Tinciones reactivas: son aquellas que clásicamente reaccionan con un constituyente específico de la célula epitelial mucosa o con la secreción ácida a un nivel específico de pH como lo es el Rojo Congo

D. Tinción para tatuaje: ha sido utilizada con el fin de marcar lesiones gastrointestinales para identificación quirúrgica subsecuente. También facilita el seguimiento de los sitios previos de polipectomía. Dentro de este grupo se encuentra la Tinta China.

Para la detección del cáncer oral se ha implementado el uso del Lugol de Iodina y el Azul de Toluidina en la mucosa bucal.

Es una técnica sencilla, no agresiva y bien aceptada por los pacientes, por lo que podría ser útil en el diagnóstico precoz del cáncer oral.

El Lugol es una solución de yodo (1%) y yoduro de potasio (2%) en agua destilada. Este reactivo reacciona con algunos polisacáridos como los almidones, glucógeno y ciertas dextrinas, formando un complejo de inclusión termolábil que se caracteriza por ser colorido, dando color diferente según las ramificaciones que presente la molécula. Las células escamosas están llenas con glucógeno el cual se tiñe con solución de Lugol. Esta solución puede cambiar el color normal de la mucosa a un color carmelito oscuro. El grado de tinción es proporcional al grosor de la mucosa y a su integridad o contenido de glucógeno. Es utilizado normalmente en piel y mucosas como: Antiséptico, Desinfectante y Detergente.

Dentro de su composición se encuentra que Cada 100 ml de solución contiene: Yodo 5g; Yoduro de Potasio 10g. Excipientes. También es utilizado como Germicida, fungicida. Tirotoxicosis.

El Azul de Toluidina es una tinción básica que tiñe los componentes ácidos en diversos tonos de azul. Se usa habitualmente en muestras muy finas e inclusión en resina. Algunos componentes del tejido pueden hacer que el colorante azul adopte un tono rojo, fenómeno conocido como metacromasia. Este colorante tiñe el material nuclear de las lesiones malignas, pero no el de la mucosa normal. Young et al (2000).

En la práctica clínica, las lesiones benignas se tiñen de un color azul muy suave y las lesiones displásicas con un color azul más oscuro, debido a su mayor contenido de ácido nucleico.

La tasa de tinciones falsas negativas ha variado de 2 al 6% para cáncer oral y de 9% para lesiones faríngeas. Las tinciones falsas positivas han sido reportadas hasta de 7% y son principalmente causados por tejido de granulación, inflamatorio, ulceración, cambios queratósicos o inducidos por radioterapia.

La técnica del Lugol y el Azul de Toluidina son utilizadas de la siguiente manera.

El empleo de Lugol en la detección de las lesiones neoplásicas escamosas se basa en su capacidad para teñir las células que contienen glucógeno. Las células inmaduras, entre ellas las neoplásicas, tienen menor contenido de glucógeno que las de la mucosa normal, por lo que captan menos lugol, observándose como áreas hipocaptantes (blanquecinas o amarillentas) en comparación con la mucosa normal que queda teñida de color marrón. La aplicación de Lugol está contraindicada en casos de sospecha a la hipersensibilidad al yodo.

La técnica consiste en aplicar Lugol 1-3% mediante un catéter tipo spray al final de la exploración sobre la mucosa. La mucosa normal capta el Lugol, adoptando una coloración marrón. Se buscarán zonas hipocaptantes, que se biopsiarán según su tamaño, número y morfología. Se han diferenciado varios patrones de tinción, en un intento de seleccionar las lesiones hipocaptantes con mayor riesgo de ser neoplásicas. La gran mayoría de lesiones de displasia de alto grado o carcinoma pueden ser detectadas

mediante la técnica con Lugol, apareciendo como áreas no captantes (blanquecinas), o hipocaptantes (amarillentas) con bordes muy nítidos. Mori et al (1993).

Al finalizar la observación se aplica tiosulfato sódico al 5%, que en un estudio controlado demostró disminuir las molestias (pirosis y dolor) producidas por el Lugol. Kondo et al (2000)

El procedimiento exacto de la técnica es el siguiente:

- Eliminar el factor irritante por diez días.
- Limpiar la zona con una solución de Acido Acético al 1% durante 20 segundos.
- Pincelar con solución de Azul de Toluidina durante 20 segundos.
- Enjuagar con solución de Acido Acético al 1% durante 20 segundos.
- Evaluación clínica del marcaje.

Luego se precede a la utilización del Lugol en donde el procedimiento es el mismo:

- Aplicar Acido Acético durante 20 segundos.
- Aplicación de la solución de Lugol de Iodina al 2 % durante 20 segundos.
- Aplicar Acido Acético al 1% durante 20 segundos.
- Evaluación clínica del marcaje.
- Finalmente realización de la biopsia.

Esta técnica es fácilmente aplicable, segura, con un bajo costo, y con una sensibilidad superior al 90% para la detección de displasia y neoplasia .Dawsey SM, (1998)

La especificidad de la técnica es baja (aproximadamente 50%) si se consideran todas las áreas hipocaptantes (las zonas de atrofia, inflamación o hiperqueratosis no captan lugol).

El azul de Toluidina es uno de los colorantes de tiazina, que son muy adecuados para tinción nuclear de material histológico. Con Azul de Toluidina se puede visualizar la metacromasia, que indica una localización especialmente densa (distancia inferior a 0,4 nm) de valencias negativas del tejido. La visualización se consigue con soluciones diluidas de colorante que solamente contienen monómeros de colorante, que se adicionan a las valencias negativas unidas por enlace sencillo. Se observan coloraciones metacromáticas en mucopolisacáridos, especialmente en glándulas mucíparas sulfatadas, cartílagos, células caliciformes y gránulos de mastocitos.

El Azul de Toluidina es un colorante que tiñe las células con elevado contenido en ADN, y por tanto, las células displásicas y neoplásicas. Su rendimiento diagnóstico es inferior al del Lugol, y pueden aparecer efectos adversos relevantes (vómitos, metahemoglobinemia y agranulocitosis) Se ha empleado para detectar cáncer superficial y para determinar su profundidad de invasión, en ocasiones junto a la tinción de Lugol.

La mayoría de carcinomas escamosos bucales son diagnosticados en estadios avanzados a pesar de la accesibilidad de la cavidad bucal a la exploración clínica. Es muy importante, por tanto, realizar un diagnóstico precoz de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal, y establecer programas de prevención y control de los grupos de riesgo. Una de las líneas de investigación en este sentido se basa en la utilización de tinciones in vivo de la mucosa bucal como pruebas de cribaje en poblaciones susceptibles, entre ellas el Azul de Toluidina y el Lugol. El Azul de Toluidina es una tinción acidófila con una apetencia selectiva para los ácidos nucleicos; su utilidad se basa en que las células displásicas y anaplasicas contienen cuantitativamente mayor cantidad de ácidos nucleicos y, por tanto, captan más fácilmente la tinción. El Lugol es una tinción con afinidad por el glucógeno de las células epiteliales normales y no es retenido por las células tumorales.

Definición de términos básicos

Acantosis: hipertrofia o engrosamiento del estrato espinoso de la piel, dermatosis que consiste en anomalías de la capa cornea de la piel, con engrosamiento de la capa germinativa de la epidermis.

Anaplasia: condición típica de las células cancerosas que se caracterizan por la desaparición de su diferenciación y organización normales de su fusión específica, regresión celular hacia formas embrionarias, así como aumento desordenado del coeficiente de multiplicación, como sucede en el cáncer.

Azul de Toluidina: Colorante metacromático básico que tiñe el material nuclear de las lesiones malignas.

Cáncer oral: Es una enfermedad que involucra el crecimiento de tejido anormal y maligno en la boca.

Edema: acumulación anormal de líquido en los espacios extracelulares, por causa de un trastorno de los mecanismos reguladores del metabolismo del agua. Algunas veces esta asociado con una tumefacción difusa del tejido subcutáneo.

Hiperplasia: aumento del tamaño normal de un órgano, tejido o estructura por incremento del número de células que lo integran. Es una verdadera hipertrofia numérica.

Lesiones premalignas: Describe a todas aquellas lesiones que pueden llegar a convertirse en lesiones cancerosas.

Leucoplasia: Es una lesión precancerosa que se desarrolla en la lengua o en la parte interna de la mejilla como respuesta a una irritación crónica.

Leucoedema: Opacificación generalizada de la mucosa bucal que puede considerarse como una variante de la normal

Liquen plano: Es una afección mucocutánea crónica relativamente común y de causa desconocida que surge en la mucosa bucal como lesión blanca bilateral típica, en ocasiones acompañadas de úlceras.

Lugol de Ioidina: Es una solución de yodo (1%) y yoduro de potasio (2%) en agua destilada que reacciona con algunos polisacáridos como los almidones, glucógeno y ciertas dextrinas, formando un complejo de inclusión termolábil que se caracteriza por ser colorido, dando color diferente según las ramificaciones que presente la molécula.

Neoplasia: formación de tejido nuevo en alguna zona corporal, frecuentemente de carácter maligno.

Papiloma: tumor epitelial benigno, cuyos elementos celulares tienden a proliferar en superficie con aspecto de digitaciones o papilas. Son relativamente frecuentes en la cavidad bucal: asientan en la lengua: carrillo, bóveda palatina y en la úvula. Comprenden, entre otras formaciones, a las verrugas, pólipos, etc. No causan molestia o dolor, ni sangran. Se menciona la posibilidad de que puedan cáncerezar, razón por la que recomiendan enuclearlos quirúrgicamente. Puede provocar la formación de un papiloma un factor imitativo crónico que, operando sobre la papilas linguales, produzca la hiperplasia de algunas de ellas.

Papilomatosis: formación de papilomas múltiples.

Paraquetarosis: cronificación del epitelio de la mucosa bucal, pero con una estructura viciada: esta ausente la capa granulosa y además la capa cornea presenta núcleos.

Precancer: Describe aquellas lesiones que tienen características clínicas y patológicas de neoplasias sin serlo y que muestran tendencia a desarrollar neoplasias verdaderas.

Precoz: Pertenece o relativo a las etapas tempranas de una enfermedad o proceso orgánico.

Sensibilidad (epidemiología): Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en una prueba diagnóstica un resultado positivo. La sensibilidad es, por lo tanto, la capacidad del test para detectar la enfermedad.

Tinción: Aplicación sobre algo de un color distinto del que antes tenía.

Operacionalización de las variables

Objetivos	Variables	Indicadores	Ítem	Instrumento
Valorar la sensibilidad de las tinciones de Azul de toluidina y Lugol de Ioidina en el diagnostico de lesiones premalignas de la cavidad bucal.	Sensibilidad de las Tinciones. Tipo de lesión diagnosticada	Tipo de Tinción aplicada: Azul de Toluidina y Lugol de Ioidina. Tipo de coloración. Tipo de lesión: Leucoplasia, liquen plano, leucoedema.	Que tipo de coloración procede de la tinción aplicada. Que tipo de coloración predominante según la lesión.	Historia clínica. Material fotográfico. Instrumental quirúrgico. Material e instrumental de laboratorio.
Realizar el diagnostico a través de la toma de biopsia	Tipo de diagnostico histopatológico	Presencia de células displásicas y escamosas	Cual es el tipo de célula predominante	
Relacionar el resultado de las coloraciones con el de las biopsias.	Tipo de coloración Tipo de lesión	Tipo de coloración. Resultado de la biopsia: maligna, benigna.	Cual es el tipo de coloración resultante. Que tipo de lesión se observa.	

CAPITULO III

Fundamentación metodológica

Tipo de investigación

La presente investigación de acuerdo al propósito se definió como una investigación exploratoria descriptiva en virtud de que son muy pocos los estudios referidos por este problema y en el mismo se describen las características de las tinciones sobre las lesiones observadas según la biopsia.

Por su carácter se puede clasificar como cualitativa pues el interés primordial es describir los tipos de coloración según el tipo de lesión. Por estar referido solo a seis pacientes se trata de un estudio de caso. Es una investigación seccional porque la misma se realiza en un momento determinado.

Modalidad de la investigación

Fue una investigación de campo ya que se caracterizó porque los problemas que estudió surgieron de la realidad y la información requerida debió obtenerse directamente de ella. Sierra (2004)

Diseño de la investigación

En la presente investigación el diseño a utilizar fue de tipo no experimental en donde no se hizo variar intencionalmente las variables independientes. Sierra (2004). Se observó los fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural, para después analizarlos.

Kerlinger (2002). En la investigación no experimental no fue posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o tratamientos.

Asimismo el estudio fue transversal o transeccional ya que se recolecto datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Sampieri (2002)

Los diseños transeccionales tienen como objetivo describir, ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, evento, contexto, fenómeno o situación.

Población y muestra

La población esta constituida por pacientes que acudieron al área de triaje de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el periodo 2006- 2007. La muestra es de tipo intencional no probabilística pues solo se logro obtener un total de seis pacientes con lesiones premalignas en edades comprendidas entre 25 y 80 años.

Clasificación de la muestra

El tipo de muestra fue una muestra no probabilística intencionada, pues no siguió el proceso aleatorio. “El muestreo no probabilística es aquel en el cual el investigador precede a seleccionar la muestra en forma convencional, sin considerar el error muestral” Una (1982)

La elección de los sujetos de estudio dependió del criterio del investigador y se escogieron las unidades muéstrales que se consideraron representativas para la investigación, de acuerdo a una serie de parámetros previamente establecidos.

Técnica de recolección de datos

En el presente estudio se utilizo la técnica quirúrgica para la realización de las biopsias a los seis pacientes de la muestra y la técnica de coloración a través de las pinceladas sobre la lesión con la finalidad de observar la tonalidad de la tinción frente a la lesión.

Instrumento de recolección de datos

Los datos fueron recogidos a través de la historia clínica del área de patología de la facultad de odontología de la universidad de Carabobo; material fotográfico y el microscopio.

Los instrumentos de recolección de datos fueron recursos metodológicos que materializaron la obtención de los datos, informaciones y aspectos relevantes de la investigación.

Técnicas de análisis

Por ser una investigación cualitativa se realizó un análisis descriptivo de cada uno de los casos observados, precisando el tipo de lesión y la coloración resultante para derivar las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Procedimiento

El protocolo realizado fue el siguiente:

- Llenado de historia clínica
- Eliminación del factor irritante por diez días
- Cita del paciente diez días después para evaluación de la lesión
- Realización de la asepsia
- Toma de fotografía pre-operatoria
- Aplicación de Acido Acético al 1% por 20 segundos
- Pincelada con solución de Azul de Toluidina al 2% durante 20 segundos
- Enjuagar con solución de Acido Acético al 1% durante 20 segundos
- Evaluación clínica del marcaje
- Toma de fotografía del marcaje
- Luego se precede a la utilización del Lugol donde el procedimiento es el mismo:
- Aplicación del Acido Acético durante 20 segundos
- Aplicación de la solución Lugol de Ioidina al 2% durante 20 segundos.

- Aplicación de Acido Acético al 1% durante 20 segundos
- Evaluación clínica del marcaje
- Toma fotográfica del marcaje
- Finalmente realización de la biopsia

CAPITULO IV

Interpretación y análisis de resultados.

Caso N° 1

FECHA: 05/02/07

N° HISTORIA CLÍNICA: 49266

SEXO:F EDAD: 80 RAZA: Blanca

ESTADO CIVIL: Casada

LUGAR DE NACIMIENTO: Caracas

PROCEDENCIA: San Diego OCUPACIÓN: Ama de casa

DOMICILIO: San Diego

TELÉFONO: 02418720582

MOTIVO DE CONSULTA (al servicio de patología): “pelotita blanca al borde de la lengua”

ENFERMEDAD ACTUAL: paciente referido de misión barrio adentro san diego, que acude a consulta odontológica por presentar lesión circunscrita en el borde lateral derecho de la lengua, asintomática.

ANTECEDENTES PERSONALES (relacionados con el motivo de consulta):
Paciente portadora de prótesis total mal adaptada desde hace 30 años aproximadamente

ANTECEDENTES FAMILIARES (relacionados con el motivo de consulta):
Hermano vivo de 90 años que fue intervenido por una lesión cancerosa en la lengua.

EXAMEN CLÍNICO (localización de la lesión, forma, tamaño, extensión, consistencia, color, otros):

Paciente presenta lesión en el borde lateral derecho de la lengua, circunscrita, de forma redondeada con apariencia de coliflor, de 1 cm de diámetro aproximadamente, que no desprende al raspado, firme a la palpación, de color blanquecina.

OTROS HALLAZGOS CLÍNICOS DE RELEVANCIA: No presenta

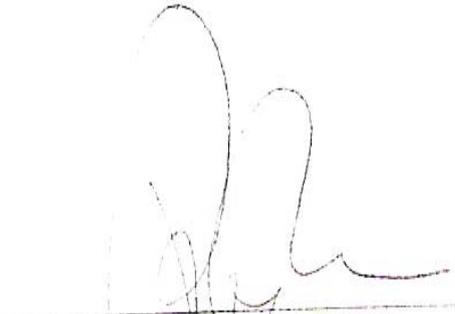
DIAGNÓSTICO PROVISIONAL: Leucoplasia friccional

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Leucoplasia vellosa, Leucoplasia ideopatica, Fibroma traumático.

EXÁMENES DE LABORATORIO:

V.D.R.L: **No Reactivo**

H.I.V. 1-2:



LIC. RUBEN A. TORO
BIONALISTA
MSDS. 10 411 CBC. 13 33

P.T.T.

Paciente:	29,5	S	V.R: 24 a 45 S
Control:	28,2	S	
Diferencia:	1,3	S	V.R: -6 a +6 S

P.T.

Paciente:	12	S	V.R: 11 a 17 S
Control:	11,8	S	
Razon:	1,02	S	V.R: 0,8 a 1,2 S

LIC. RUBEN A. TORO
BIONALISTA
MSDS. 10 411 CBC. 13 33



HEMATOLOGIA:

HEMOGLOBINA: 15 g %
 HEMATOCRITO: 46 %
 CHCM: 32,6 %

VSG: mm/h
 PLAQUETAS: 255.000 x mm³
 LEUCOCITOS: 8.400 x mm³

HEMOGRAMA:

Neutrófilos: 61 %
 Linfocitos: 34 %
 Monocitos: 2 %
 Eosinófilos: 2 %
 Basófilos: 1 %
 Cayados: %

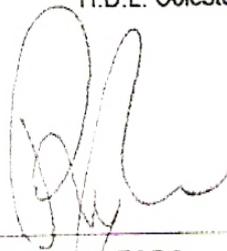
ESOTIS:

Serie Roja: NORMOCITICA NORMOCROMICA
 Serie Blanca: NORMAL
 Plaquetas: MORFOLOGIA NORMAL



LIC. RUBEN A. TORO
 BIONALISTA
 MSDS. 10 411 CBC. 13 33

Glicemia:	69	V.R: 70 a 110 mg/dL	Proteinas Totales:	V.R: 6,3 a 8,5 g/dL
Urea:	33	V.R: 17 a 45 mg/dL	Albumina:	V.R: 3,5 a 5,1 g/dL
Creatinina:	1,1	V.R: 0,6 a 1,4 mg/dL	Relacion A/G:	V.R: 1,2 a 2,2 g/dL
Acido Urico:		V.R: 2,8 a 8,5 mg/dL	Trigliceridos:	V.R: < 160 mg/dL
Colesterol:		V.R: hasta 200 mg/dL	H.D.L. Colesterol:	V.R: > 35 mg/dL
L.D.L. Colesterol:		V.R: < 150 mg/dL		



LIC. RUBEN A. TORO
 BIONALISTA
 MSDS. 10 411 CBC. 13 33

ESTUDIOS PARA-CLÍNICOS

- *TINCION CON AZUL DE TOLUIDINA:* positivo:-- negativo:--X--
- *TINCION CON LUGOL DE IOIDINA :* positiva:--- negativa:--X---

• **BIOPSIA:**



Unidad de Investigaciones Morfopatológicas.
Facultad de Odontología. U. C.



NOMBRE DEL PACIENTE: GREGORIA ROJAS.

C.I.: 909.878

ENVIADO POR: PROF. A. SIERRA.

DIAGNOSTICO CLINICO: LEUCOPLASIA TRAUMATICA.

Nº C. HISTORIA: 49266

BIOPSIA N°: 07-030

EDAD: 79

MUESTRA DE: LENGUA.

FECHA: 29/01/2007

PROCEDENCIA: F. O.

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

*EXAMEN MACROSCOPICO:

UN FRAGMENTO COLOR PARDO OSCURO. MIDE 0,7 CMS.

*EXAMEN MICROSCOPICO:

NEOPLASIA DE DIFERENCIACIÓN EPITELIAL CON ACANTOSIS VERRUCIFORME, PARAQUERATOSIS Y PAPILOMATOSIS. NO HAY EVIDENCIA DE V.P.H.

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: PAPILOMA.

UNIDAD DE INVESTIGACIONES MORFOPATOLÓGICAS "UNIMPA"
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO


DR. MARCO TULLIO MÉRIDA
MÉDICO ANATOMOPATÓLOGO
M. T. S. V. A. P. - M. A. S. V. D. - M. T. S. L. D. P.

UNIDAD DE INVESTIGACIONES MORFOPATOLÓGICAS "UNIMPA", MÓDULO 11, COMPLEJO DOCENTE ASISTENCIAL
(ANTIGUO PSIQUIÁTRICO DE BARBULA), FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. e-mail: tmerida@uc.edu.ve

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Papiloma

PRONÓSTICO: Favorable

PLAN DE TRATAMIENTO: Escisión quirúrgica.

FOTOS DE LA LESION::



Figura N° 1

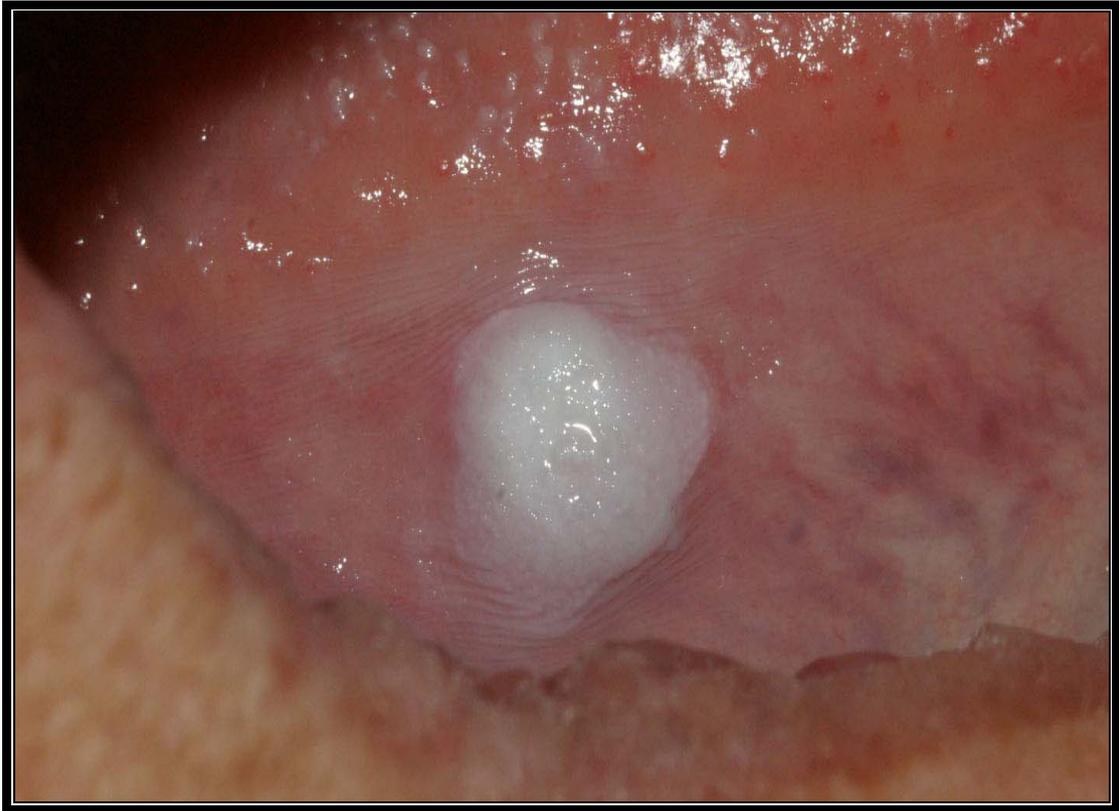


Figura N° 2



Figura N° 3

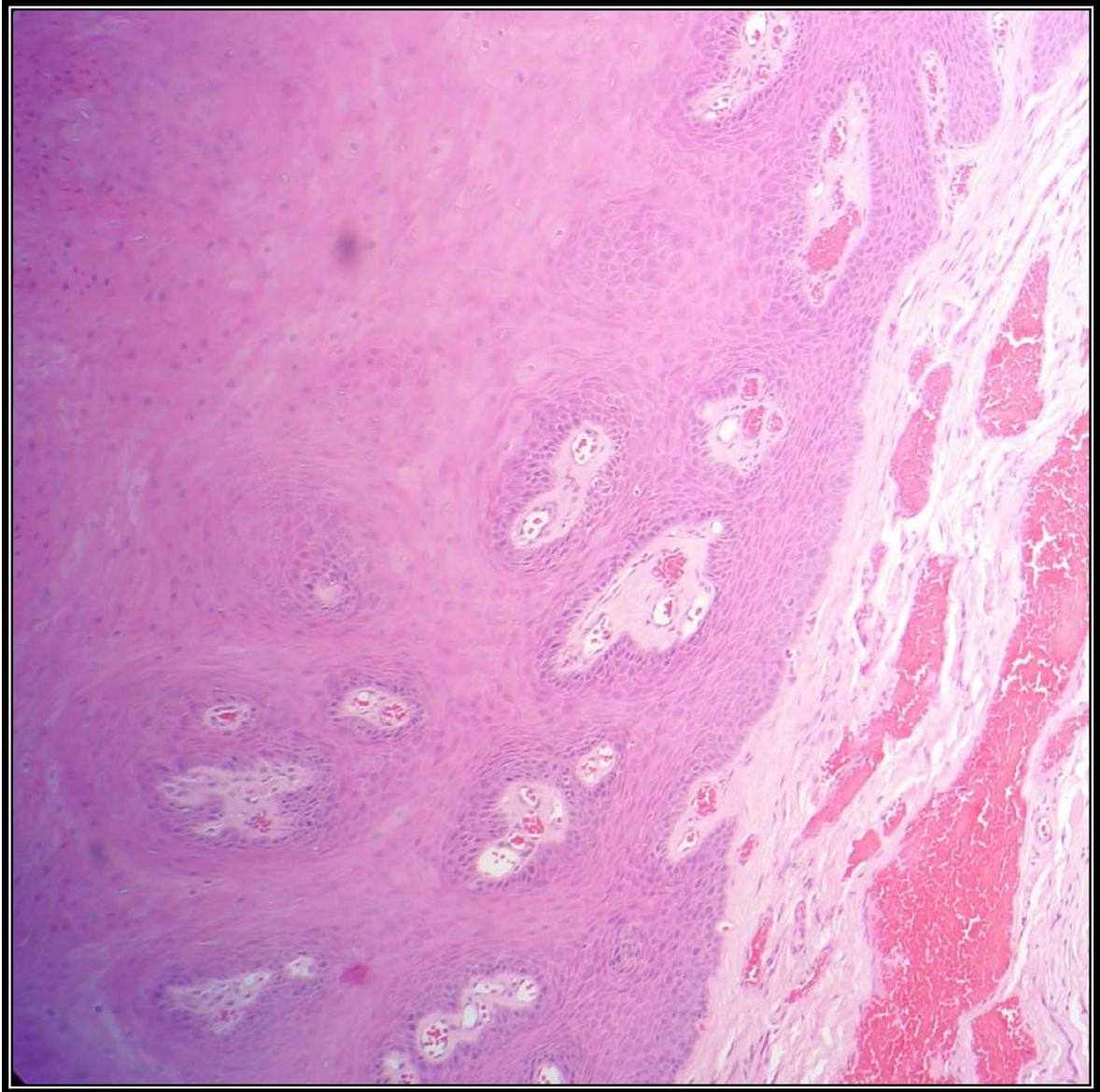


Figura N° 4



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Josefina Rojas Diaz C.I. 9.09787, he sido

informado acerca de la investigación titulada "Estudio comparativo entre resultado de biopsia y coloración de lugol de ioidina y azul de toluidina en lesiones premalignas", la cual soy libre de firmar y se me ha notificado lo siguiente:

1. He sido informado que el objetivo de este estudio es, Comparar los resultados de la biopsia con el de las tinciones de lugol y azul de toluidina en el diagnostico de lesiones premalignas. y el examen consistirá en la toma de una muestra de tejido, el cual no me va generar ningún costo
2. En cualquier momento tengo derecho de retirarme de la investigación, con el único compromiso de informar oportunamente mi deseo, al investigador.
3. He podido hacer preguntas sobre el estudio
4. Tengo claro, que los costos que demanden la investigación, corren por cuenta de los investigadores
5. Acepto voluntariamente participar con los compromisos que la investigación requiere y sin mayor beneficio que los aceptados previamente.

Para constancia firmo el presente consentimiento informado, en la ciudad de valencia a los 19 días del mes de Enero de 07

Paciente: Breagora J. Rojas Testigo: Mattory de Abre vi
 C.I.: 909787 C.I.: 3804455
 Dirección: Los Arales San Diego Dirección: San Diego, Los Arales
 Teléfono: 8720582 Teléfono: 8720582

Investigadores responsables: Joanna Lujan, Gabriela Isaacs, Alejandro Sierra

Análisis del caso N° 1

En la figura N° 1 se observa lesión blanca redondeada circunscrita en el dorso derecho de la lengua. En la figura N° 2 se encuentra la lesión con la aplicación del Azul de Toluidina la cual resulto negativa. En la figura N° 3 se observa la lesión luego de aplicarse la tinción de Lugol de Iodina y la misma resulto negativa, lo cual podría sugerir la presencia de paraqueratosis y posible indicio de una lesión premaligna.

El resultado de la biopsia indico la lesión como un papiloma neoplásico. En la figura N° 4 se aprecia el corte histológico de la lesión donde se observa acantosis verrugiforme con paraqueratosis y papilomatosis. No hubo evidencia de VPH, lo cual coincidió con la anteriormente expuesto.

Caso N° 2

FECHA: 12/02/07

N° HISTORIA CLÍNICA: Sin historia.

SEXO: F EDAD: 45 RAZA: Afroamericana.

ESTADO CIVIL: Casada

LUGAR DE NACIMIENTO: Barinitas

PROCEDENCIA: Barinas

OCUPACIÓN: Secretaria

DOMICILIO: los Guayos

TELÉFONO:

MOTIVO DE CONSULTA (al servicio de patología): “tengo una mancha blanca en la boca”

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que acude a consulta odontológica presentando lesión blanquecina desde hace mas de 10 años, en la mucosa yugal derecha e izquierda y paladar, asintomático.

ANTECEDENTES PERSONALES (relacionados con el motivo de consulta): paciente portadora de prótesis parcial removible superior mal adaptada.

ANTECEDENTES FAMILIARES (relacionados con el motivo de consulta): No refiere.

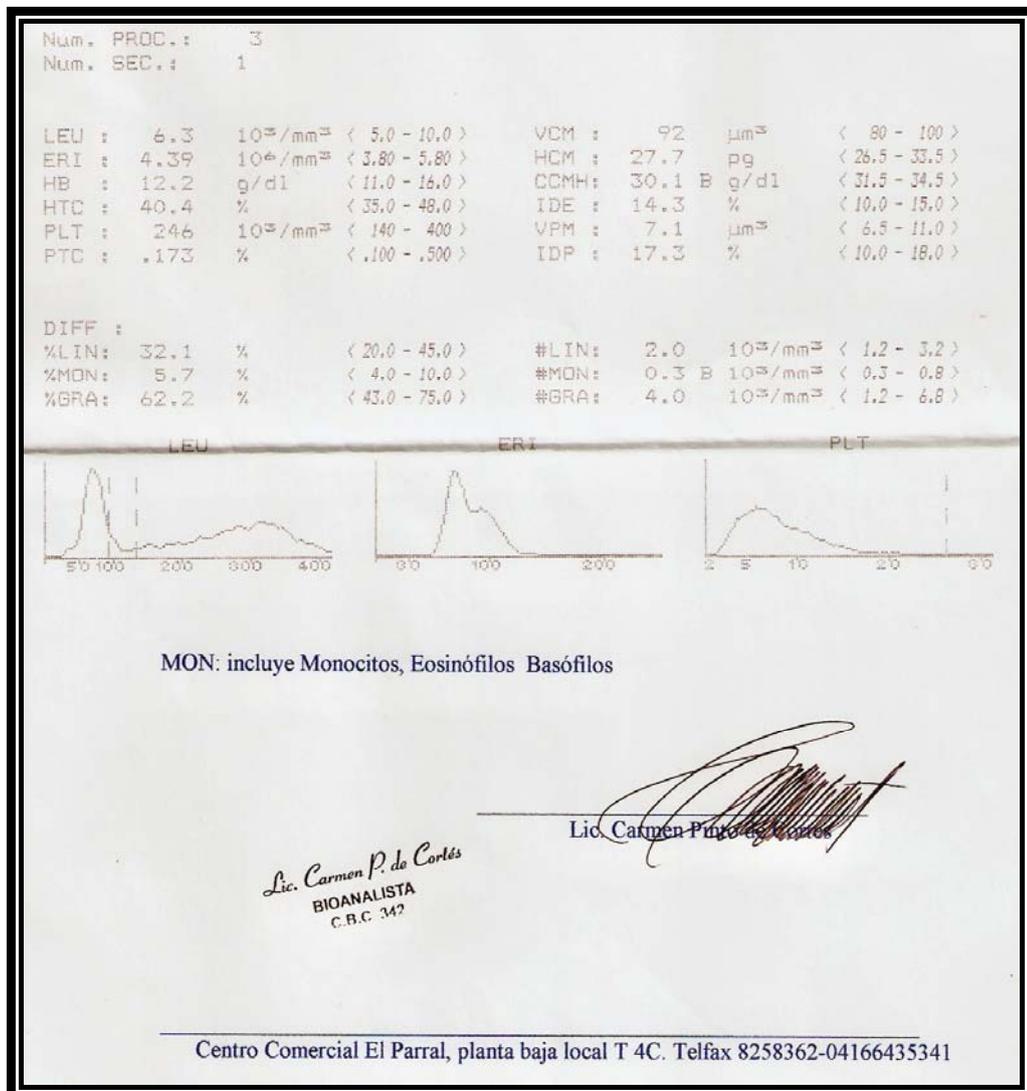
EXAMEN CLÍNICO (localización de la lesión, forma, tamaño, extensión, consistencia, color, otros): Lesión ubicada a nivel de la mucosa yugal de distribución simétrica, de forma difusa y de superficie irregular que va desde la cara interna de la comisura labial hasta el triángulo retromolar, de consistencia suave y color Gris-Blanquecino.

OTROS HALLAZGOS CLÍNICOS DE RELEVANCIA: La paciente presenta lesión eritematosa a nivel de todo el paladar duro compatible con candidiasis bucal, debido a prótesis mal adaptada.

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL: Leucoplasia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Liquefación plana, Nevus blanco esponjoso, Leucoedema.

EXÁMENES DE LABORATORIO:



ESTUDIOS PARA-CLÍNICOS:

- **TINCION CON AZUL DE TOLUIDINA** positivo:----- negativo:--X-----
- **TINCION CON LUGOL DE IOIDINA** positiva---X---- negativa:-----
- **BIOPSIA:**

		
Unidad de Investigaciones Morfopatológicas. Facultad de Odontología. U. C.		
NOMBRE DEL PACIENTE: ANTONIA SANZ.	BIOPSIA N°: 07-058	
C.I.: 6.838.664	EDAD: 45	
ENVIADO POR: PROF. D. TOMICH.	MUESTRA DE: MUC. YUGAL.	
DIAGNOSTICO CLINICO: LEUCOEDEMA.	FECHA: 12/02/2007	
N° DE HISTORIA: 11368	PROCEDENCIA: F.O.	
INFORME ANATOMOPATOLÓGICO		
*EXAMEN MACROSCOPICO: UN FRAGMENTO COLOR PARDO GRISACEO. MIDE 0,4 CMS.		
*EXAMEN MICROSCOPICO: ACANTOSIS Y PAPILOMATOSIS. LAS CELULAS EPITELIALES MAS SUPERFICIALES MUESTRAN DEGENERACION HIDROPICA BALONIZANTE CON CITOPLASMA PALIDO, SIN CAMBIOS NUCLEARES.		
DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: LEUCOEDEMA.		
UNIVERSIDAD DE CARABOBO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNIDAD DE INVESTIGACIONES MORFOPATOLÓGICAS (UNIMPA)		 DR. MARCO TULLIO MÉRIDA MÉDICO ANATOMOPATÓLOGO M. T. S. V. A. P. - M. A. S. V. D. - M. T. S. L. D. P.
<small>UNIDAD DE INVESTIGACIONES MORFOPATOLÓGICAS "UNIMPA", MÓDULO 11, COMPLEJO DOCENTE ASISTENCIAL (ANTIGUO PSIQUIÁTRICO DE BARBULA), FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. e-mail: tmerida@uc.edu.ve</small>		

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Luecoedema

PRONÓSTICO: Favorable, ya que la lesión no tiene potencial maligno y no muestra predisposición a desarrollar leucoplasia.

PLAN DE TRATAMIENTO: No requiere.

FOTOS DE LA LESION:



Figura N° 5



Figura N° 6



Figura N° 7

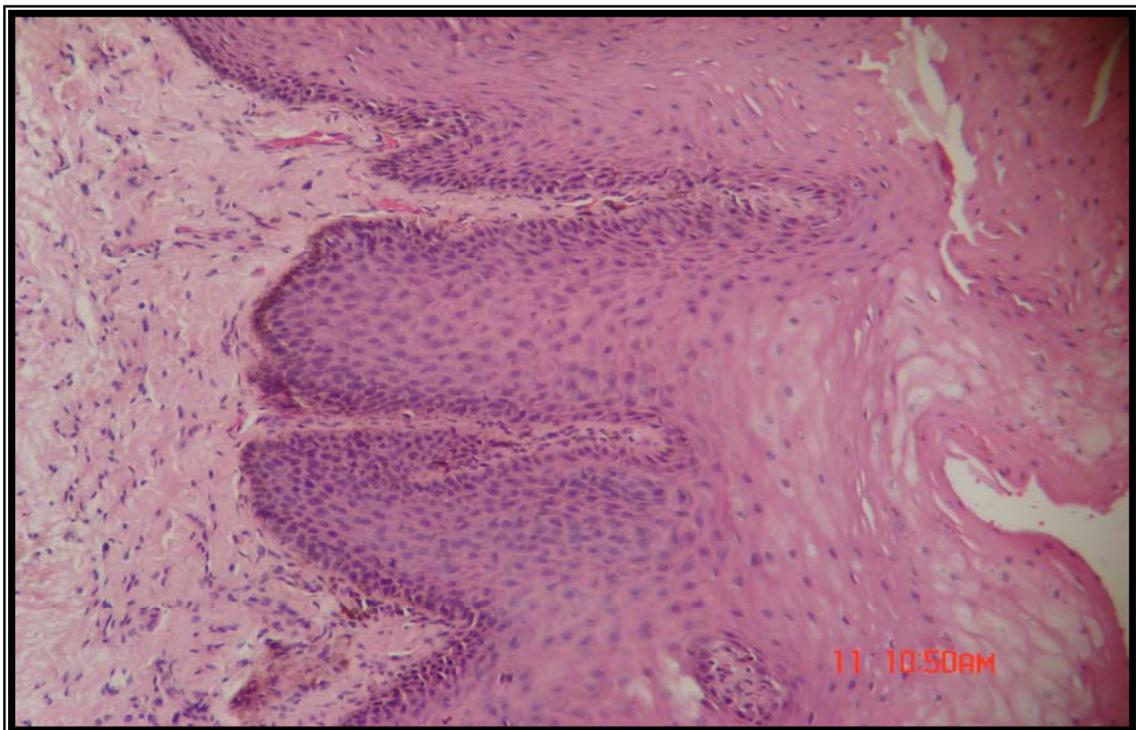


Figura N 8

ODONTOLOGIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Antonia Sanz C.I. 6838664, he sido informado acerca de la investigación titulada "Estudio comparativo entre resultado de biopsia y coloración de lugol de ioidina y azul de toluidina en lesiones premalignas", la cual soy libre de firmar y se me ha notificado lo siguiente:

1. He sido informado que el objetivo de este estudio es, Comparar los resultados de la biopsia con el de las tinciones de lugol y azul de toluidina en el diagnostico de lesiones premalignas. y el examen consistirá en la toma de una muestra de tejido, el cual no me va generar ningún costo
2. En cualquier momento tengo derecho de retirarme de la investigación, con el único compromiso de informar oportunamente mi deseo, al investigador.
3. He podido hacer preguntas sobre el estudio
4. Tengo claro, que los costos que demanden la investigación, corren por cuenta de los investigadores
5. Acepto voluntariamente participar con los compromisos que la investigación requiere y sin mayor beneficio que los aceptados previamente.

Para constancia firmo el presente consentimiento informado, en la ciudad de valencia a los _____ días del mes de _____ de _____

Paciente: Antonia Sanz Testigo: _____
C.I.: 6838664 C.I.: _____
Dirección: Av. Libertador 4864 Dirección: _____
Teléfono: _____ Teléfono: _____

Investigadores responsables: Isaacs Gabriela, Lujan Joanna, Sierra Alejandro

Análisis del caso N° 2

En la figura N° 5 se observa la lesión blanca grisácea de aspecto membranoso irregular y difusa, a nivel de la mucosa yugal izquierda. En la figura N° 6 se encuentra la misma lesión con la aplicación de la Tinción de Azul de Toloudina, la cual resulto negativa. En la figura N° 7 se presenta la misma luego de la aplicación del Lugol de Ioidina, en donde la tinción resulto positiva, con un color caramelo parduzco, haciendo suponer que la lesión no es de carácter maligno.

El resultado de la biopsia indícale resultado de leucoedema. En la figura N° 8 se encuentra el corte histológico de la lesión en donde se observa acantosis y papilomatosis, con edema intracelular notable en las células espinosas. Las células epiteliales muestran citoplasma pálido, sin cambios nucleares. Con esto se comprobó lo anteriormente expuesto.

Caso N° 3

FECHA: 12/02/07

N° HISTORIA CLÍNICA: Sin historia.

SEXO: F EDAD: 54 RAZA: Blanca.

ESTADO CIVIL: Casada.

LUGAR DE NACIMIENTO: Valencia.

PROCEDENCIA: Valencia. OCUPACIÓN: Secretaria.

DOMICILIO: Los Guayos

TELÉFONO: 02418577931

MOTIVO DE CONSULTA (al servicio de patología): “llaguita que no se quita”

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que acude a consulta por presentar lesión desde hace 3 semanas aproximadamente, localizada en la mucosa yugal izquierda de color blanquecina y de curso asintomático.

ANTECEDENTES PERSONALES (relacionados con el motivo de consulta:) No refiere.

ANTECEDENTES FAMILIARES (relacionados con el motivo de consulta): Madre padeció de cáncer de colon.

EXAMEN CLÍNICO (localización de la lesión, forma, tamaño, extensión, consistencia, color, otros): Lesión localizada a nivel de la mucosa yugal izquierda, de forma redondeada, extendida en parte de la zona molar superior izquierda, de consistencia blanda y superficie irregular, de color blanquecino.

OTROS HALLAZGOS CLÍNICOS DE RELEVANCIA: No presenta

DIAGNÓSTICO PROVISIONA: Leucoedema

DIAGNÓSTICO DIFERENCIA: Fibroma traumático

EXÁMENES DE LABORATORIO:

PRUEBA: HEMATOLOGIA COMPLETA

LEUCOCITOS (mm ³) :	12.200	VR: 4.800 - 10.800
HEMOGLOBINA (g/dL) :	13,50	VR: 12 - 16
HEMATOCRITO (%) :	40,20	VR: 37 - 47
		CHCM (%) : 33.60

HEMOGRAMA
NEUTROFILOS : 59% LINFOCITOS : 41%

OBSERVACION DE FROTIS:
SERIE ROJA : NORMOCITICA, NORMOCROMICA
SERIE BLANCA: MORFOLOGICAMENTE NORMAL
PLAQUETAS : DISTRIBUCION Y MORFOLOGIA NORMAL

OBSERVACIONES:

**LABORATORIO CLINICO MUNICIPAL
DE NAGUANAGUA**
Lic. LUIS CELOZ
Calle Valencia - C.C. Biarritz
Oficina 1-7 - Tlf. (041) 68.68.68
Naguanagua - Edo. Carabobo

(3) COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA -PT		
CONTROL:.....	11,5 seg.	
PACIENTE:.....	12,2 seg.	
RAZON:.....	1,06	V.R:(0,8 - 1,2)
TIEMPO PARCIAL TROMBOPLASTINA-PTT		
CONTROL:.....	32,0 seg.	
PACIENTE:.....	29,2 seg.	
DIFERENCIA:.....	-2,8	V.R:(+/- 6)

**LABORATORIO CLINICO MUNICIPAL
DE NAGUANAGUA**
Lic. FRANCYS MARTINEZ
Calle Valencia - C.C. Biarritz
Oficina 1-7 - Tlf. (041) 68.68.66
Naguanagua - Edo. Carabobo

ESTUDIOS PARA-CLÍNICOS:

- *TINCION CON AZUL DE TOLUIDINA: positivo:----- negativo:---X--*
- *TINCION CON LUGOL DE IOIDINA: positiva:---X---- negativa:-----*

• **BIOPSIA:**



NOMBRE DEL PACIENTE: *TEOTISTE VIVAS.*

BIOPSIA N°: *07-054*

C.I.: *4.630.904*

EDAD: *54*

ENVIADO POR: *PROF. R. JIMENEZ.*

MUESTRA DE: *CARRILLO.*

DIAGNOSTICO CLINICO: *FIB. TRAUMATICO/LEUCOEDEM*

FECHA: *12/02/2007*

N° DE HISTORIA: *S/H*

PROCEDENCIA: *F. O.*

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

*EXAMEN MACROSCOPICO:

UN FRAGMENTO COLOR PARDO CLARO. MIDE 0,4 CMS.

*EXAMEN MICROSCOPICO:

ACANTOSIS Y PAPILOMATOSIS. LAS CELULAS EPITELIALES MAS SUPERFICIALES MUESTRAN DEGENERACION HIDROPICA BALONIZANTE CON CITOPLASMA PALIDO, SIN CAMBIOS NUCLEARES.

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: *LEUCOEDEMA.*

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIONES
MORFOPATOLÓGICAS (UNIMPA)

DR. MARCO TULLIO MÉRIDA
MÉDICO ANATOMOPATÓLOGO
M. T. S. V. A. P. - M. A. S. V. D. - M. T. S. L. D. P.

UNIDAD DE INVESTIGACIONES MORFOPATOLÓGICAS "UNIMPA", MÓDULO 11, COMPLEJO DOCENTE ASISTENCIAL (ANTIGUO PSIQUIÁTRICO DE BARBULA), FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. e-mail: tmerida@uc.edu.ve

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Leucoedema

PRONÓSTICO: Favorable

PLAN DE TRATAMIENTO: No requiere

FOTOS DE LA LESION:



Figura N° 9



Figura N° 10



Figura N° 11

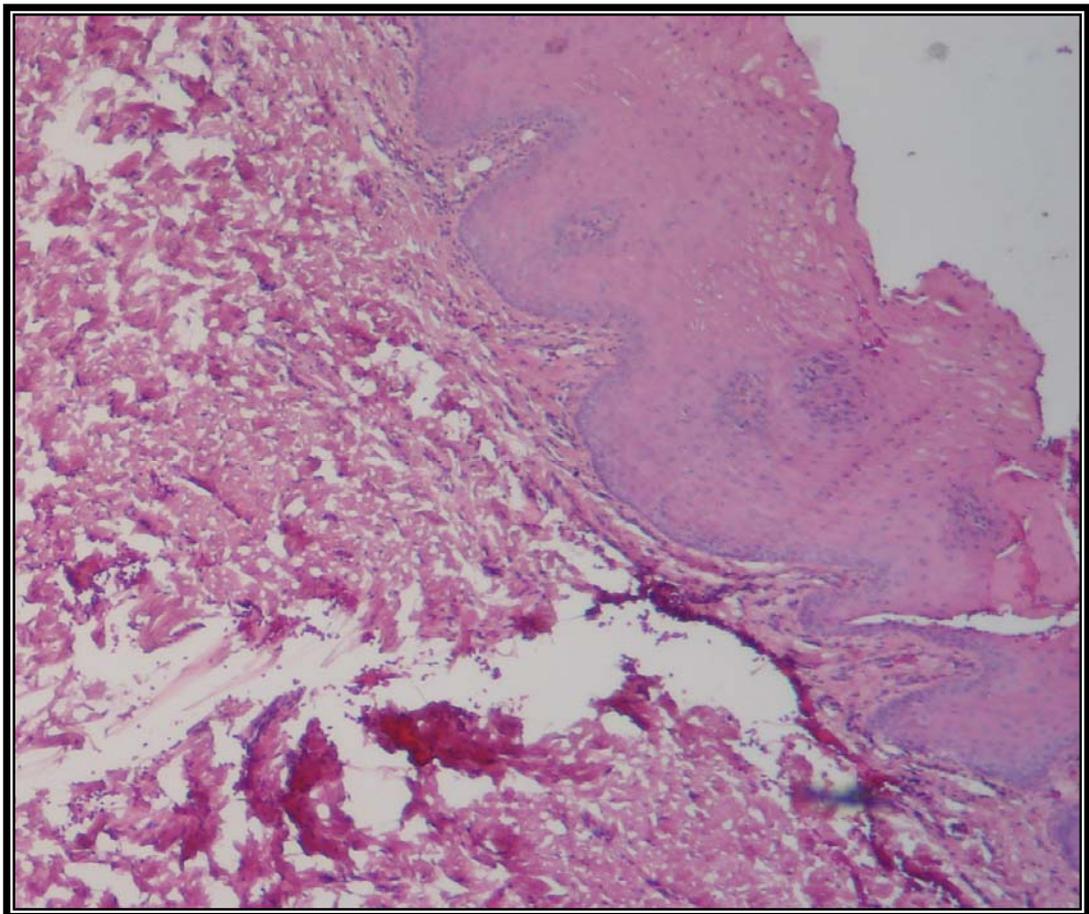


Figura N° 12



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Teodiste Vieras C.I. 4630.704, he sido informado acerca de la investigación titulada "Estudio comparativo entre resultado de biopsia y coloración de lugol de ioidina y azul de toluidina en lesiones premalignas", la cual soy libre de firmar y se me ha notificado lo siguiente:

1. He sido informado que el objetivo de este estudio es, Comparar los resultados de la biopsia con el de las tinciones de lugol y azul de toluidina en el diagnostico de lesiones premalignas. y el examen consistirá en la toma de una muestra de tejido, el cual no me va generar ningún costo
2. En cualquier momento tengo derecho de retirarme de la investigación, con el único compromiso de informar oportunamente mi deseo, al investigador.
3. He podido hacer preguntas sobre el estudio
4. Tengo claro, que los costos que demanden la investigación, corren por cuenta de los investigadores
5. Acepto voluntariamente participar con los compromisos que la investigación requiere y sin mayor beneficio que los aceptados previamente.

Para constancia firmo el presente consentimiento informado, en la ciudad de Valencia a los 02 días del mes de Febrero de 2007

Paciente: Teodiste Vieras Testigo: _____
 C.I: 4.630.704 C.I: _____
 Dirección: Av. Paseo Cabriales Dirección: _____
 Teléfono: 8577731 Teléfono: _____

Investigadores responsables: Isaacs Gabriela, Lujan Joanna, Sierra Alejandro

Análisis del caso N° 3

En la figura N° 9 se observa la lesión levemente blanquecina de forma redondeada circunscrita., ubicada en la mucosa yugal izquierda. En la figura N° 10 se presenta la misma luego de la coloración con azul de toluidina, resultando de manera negativa. En la figura N° 11 aparece la lesión con la aplicación del lugol de ioidina, en donde la tinción resulto positiva, con un color caramelo, haciendo suponer que no es de carácter maligno.

El resultado de la biopsia muestra el resultado de leucoedema. En la figura N° 12 se muestra el corte histológico de la lesión en donde se observa acantosis y papilomatosis, Ali como degeneración de las células epiteliales más superficiales con citoplasma casi transparente, lo cual afirma lo anteriormente planteado.

Caso N°4

FECHA: 24/03/07

N° HISTORIA CLÍNICA: 50136

SEXO:F EDAD: 70 RAZA: Blanca

ESTADO CIVIL: Casada

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Cabello

PROCEDENCIA: Valencia OCUPACIÓN: Ama de Casa

DOMICILIO: Lomas de Fonval. Manzana 9.

TELÉFONO: 8772845

MOTIVO DE CONSULTA (al servicio de patología): “presencia de llaguita blanca”

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que acude a consulta por presentar lesión hace un año a nivel de la comisura labial izquierda y mucosa yugal, de aproximadamente 4 cm, de color blanquecina, que presento dolor al iniciarse la lesión y que actualmente es asintomatica.

ANTECEDENTES PERSONALES (relacionados con el motivo de consulta): paciente hipertensa controlada (con captopril) .Refiere padecer de gastritis por lo que toma omeprazol y aloe natural para tratarla; y de osteoporosis para lo cual ingiere calcio y vitaminas.

ANTECEDENTES FAMILIARES (relacionados con el motivo de consulta): No refiere.

EXAMEN CLÍNICO (localización de la lesión, forma, tamaño, extensión, consistencia, color, otros): Lesión localizada a nivel de la mucosa yugal, de forma indefinida, de placas elevadas y líneas planas y lisas, de 4 cm aproximadamente de largo con distribución multifocal a lo largo de la comisura labial interna, de consistencia blanda con un color blanco grisáceo.

OTROS HALLAZGOS CLÍNICOS DE RELEVANCIA: No presenta.

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL: Leucoplasia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Liquen Plano, nevus blanco blando

EXÁMENES DE LABORATORIO:



COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)

PT:..... 12.0 seg.

Control:..... 15.3 seg

Relacion Paciente/Control: 0.78

V.R10.8 - 1.2

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA

PTT:..... 33.4 seg.

Control:..... 37.0 seg

Paciente - Control:..... -3.6 seg.

*Laboratorio Clinico
Municipal s.a.*

V.1: +/- 6 seg.

Lic. SOL BERRANO DE SILVA

C.B.:06-0314-3070

LABORATORIO CLINICO MUNICIPAL

Av. Sequicentenario Nro. 92-250 Ruiz Pineda II
Frente a la Cancha. VALENCIA Rif. J-3028669B-7

Valencia 24/02/2007

HORA : 12:52:18p

OPERADOR: JESUS

IDENTIFICADOR: 201-230207

FECHA INGRESO: 23/02/2007

PROCEDENCIA: PARTICULAR

NOMBRE : DELIA DE TORO

CEBULA: V-1742632

EDAD: 70 Años SEXO: F

PRUEBA: H.I.V. 1+2(SEROLOGIA)

EXAMEN

RESULTADO

H.I.V 1+2:

NO REACTIVO

METODO UTILIZADO: INMUNOCROMATOGRAFICO DE ABOIT

*Laboratorio Clinico
Municipal s.a.*

Lic. NEYCOLINA TENIAS

C.B.:06-1232-9685

PRUEBA: HEMATOLOGIA COMPLETA

LEUCOCITOS : 7.40 x10exp3/mm3
 HEMATIES : 4.82 x10exp6/mm3
 HEMOGLOBINA : 13.20 g/dL
 HEMATOCRITO : 42.10 %
 PLAQUETAS : 309 x10exp3/mm3

VCM (fL): 87.00
 HCM (pg): 27.40
 CHCM (%): 31.40

HEMOGRAMA

SEGMENTADOS (%): 66.0 EOSINOFILOS (%): 4.0 LINFOCITOS (%): 30.0

OBSERVACIONES:

 Laboratorio Clinico
Municipal S.A.
Lic. SOL GERRAND DE SILVA C.B.:06-0314-3070

Informe del paciente

23-Feb-2007 13:49

LABORATORIO CLINICO MUNICIPAL C.A
 AV. BOLIVAR SUR COLEGIO DE PERIODISTAS
 VALENCIA EDO. CARABOBO

Paciente: DELIA DE TORO ID:
 Número de Copa: B14 Número de petición: 201 Edad: 70 Sexo:

Comentario



Prueba	Resultado	Avisos	Bajo	Alto
<u>Pruebas:</u>				
GLICEMIA	80. mg/dL		70.	110.
CREATININA	0.7 mg/dl	BAJO LO NORMAL	0.8	1.4

ESTUDIOS PARA-CLÍNICOS:

- **TINCION CON AZUL DE TOLUIDINA:** positivo:----X-- negativo:-----
- **TINCION CON LUGOL DE IOIDINA:** positiva: ----- negativa:----X-----

• **BIOPSIA:**



NOMBRE DEL PACIENTE: DELIA DE TORRES

BIOPSIA N°: 147- 07

C.I.: 172.832

EDAD: 79

ENVIADO POR: ALEJANDRO SIERRA

MUESTRA DE: CARRILLO

DIAGNOSTICO CLINICO: LEUCOPLASTIA

FECHA: 30/03/2007

N° DE HISTORIA: 50136

PROCEDENCIA:

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

***EXAMEN MACROSCOPICO:**

UN FRAGMENTO BLANQUECINO DE 0,2 CM DE DIAMETRO

***EXAMEN MICROSCOPICO:**

DERMATITIS PERIVASCULAR SUPERFICIAL CON ACANTOSIS, INFILTRADO LIQUENOIDE DE PREDOMINIO LINFOHISTIOCITARIO PARALELO A LA UNION EPITELIO-CONJUNTIVA.

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: LIQUEN PLANO.

DR. MARCO TULIO MÉRIDA
MÉDICO ANATOMOPATÓLOGO
M.T.S.V.A.P. - M.A.S.V.D. - M.T.S.L.D.P.

UNIDAD DE INVESTIGACIONES MORFOPATOLÓGICAS "UNIMPA", MÓDULO 11, COMPLEJO DOCENTE ASISTENCIAL (ANTIGUO PSIQUIÁTRICO DE BARBULA), FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. e-mail: tmerida@uc.edu.ve

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Liquen plano

PRONÓSTICO: El liquen plano generalmente no es dañino y puede resolverse con tratamiento, pero podría persistir durante meses o años. Este desaparece generalmente en un período de 18 meses.

PLAN DE TRATAMIENTO: Eliminar factores locales, mecánicos, físicos, químicos o biológicos. Eliminar fármacos coadyuvantes. El liquen plano suele presentar una buena respuesta terapéutica a los corticoides tópicos o sistémicos, cuando se utilizan por vía oral, la dosis recomendada oscila alrededor de 0,5 mg/kg/día de prednisona. Otros tratamientos utilizados incluyen la hidroxiclороquina, PUVA y en casos severos ciclosporina. En situaciones de liquen plano erosivo pueden utilizarse otros inmunosupresores sistémicos.

FOTOS DE LA LESION:



Figura N° 13



Figura N° 14



Figura N° 15

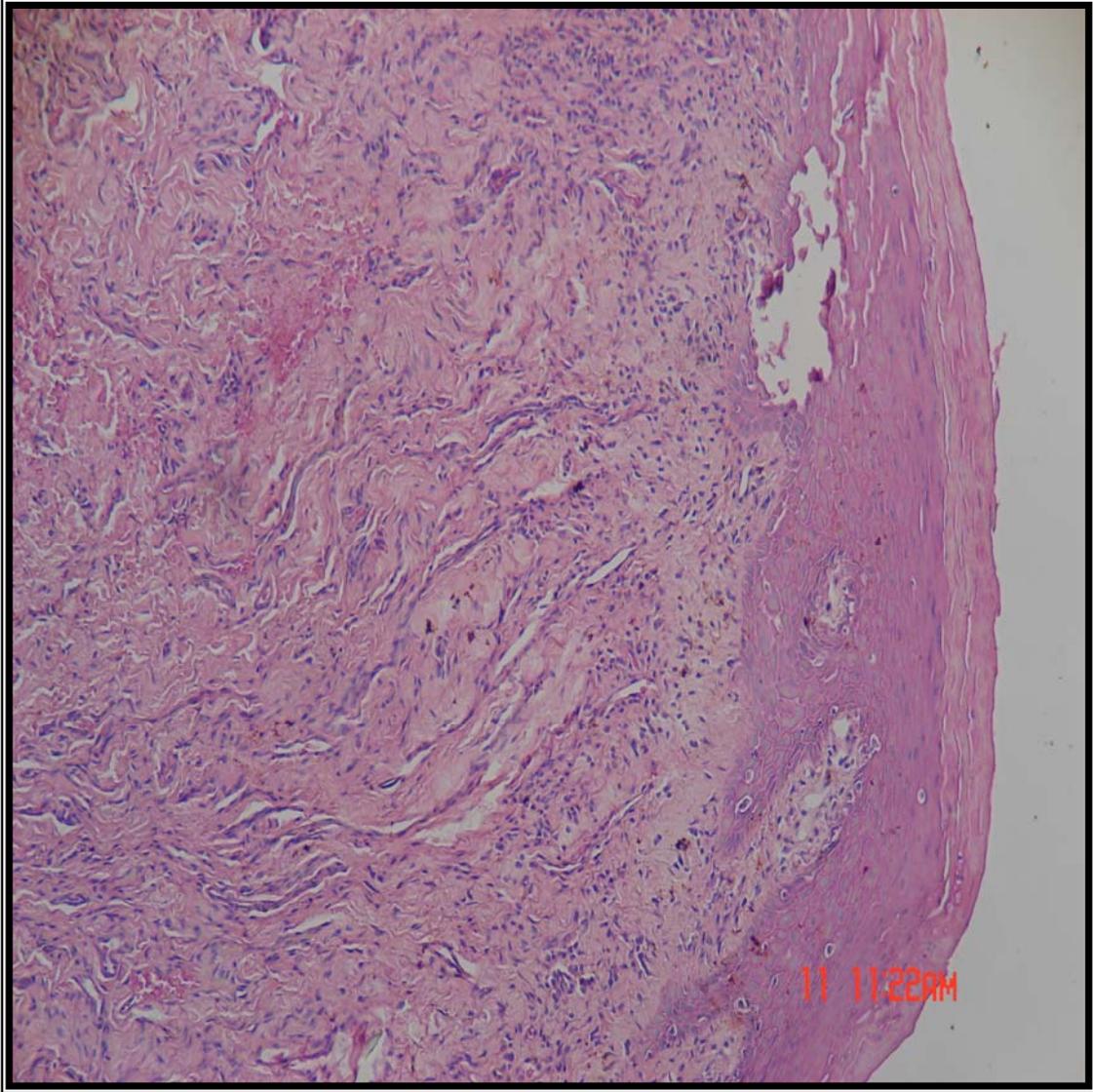


Figura N° 16



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Polia Torres C.I. 1.792.832, he sido

informado acerca de la investigación titulada "Estudio comparativo entre resultado de biopsia y coloración de lugol y azul de toluidina en lesiones premalignas", la cual soy libre de firmar y se me ha notificado lo siguiente:

1. He sido informado que el objetivo de este estudio es, Comparar los resultados de la biopsia con el de las tinciones de lugol y azul de toluidina en el diagnostico de lesiones premalignas. y el examen consistirá en la toma de una muestra de tejido, el cual no me va generar ningún costo
2. En cualquier momento tengo derecho de retirarme de la investigación, con el único compromiso de informar oportunamente mi deseo, al investigador.
3. He podido hacer preguntas sobre el estudio
4. Tengo claro, que los costos que demanden la investigación, corren por cuenta de los investigadores
5. Acepto voluntariamente participar con los compromisos que la investigación requiere y sin mayor beneficio que los aceptados previamente.

Para constancia firmo el presente consentimiento informado, en la ciudad de valencia a los _____ días del mes de _____ de _____

Paciente: Polia de Torres Testigo: Paula Torres
 C.I.: 1.792.832 C.I.: 9.827.622
 Dirección: Lomas de Fumbod Dirección: Lomas de Fumbod
 Teléfono: 8772845 Teléfono: 0414-9339018.

Investigadores responsables: Isaacs Gabriela, Lujan Joanna, Sierra Alejandro

Análisis del caso N° 4

En la figura N° 13 se identifica la lesión blanquecina a nivel de la comisura labial en su parte interna y mucosa yugal, de forma irregular de líneas delgadas elevadas y planas. En la figura N° 14 se observa dicha lesión con la aplicación del Azul de Toluidina, la cual resulto positiva, mostrando un color azul en la zona de la lesión, lo que podría sospechar la presencia de células displásicas. En la figura N° 15 se muestra de nuevo luego de la coloración con Lugol de Ioidina, resultando negativa en la zona de la lesión y alrededor de esta con un color parduzco caramelo, lo que infiere la posible malignidad de la misma.

El resultado de la biopsia indica un Liquen Plano. En la figura N° 16 se encuentra el corte histológico de la lesión en donde se observa acantosis e hiperqueratosis así como cambios en la interfaz con infiltración liquenoide con predominio linfocítico y vacuolización de la capa basal.

Caso N° 5

FECHA: 24-03-07

N° HISTORIA CLÍNICA: 50144

SEXO: F EDAD: 68 RAZA: Afroamericana.

ESTADO CIVIL: Casada.

LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia.

PROCEDENCIA: Guacara.

OCUPACIÓN: Ama de casa.

DOMICILIO: Rafael Caldera # 386.

TELÉFONO: 04149414437.

MOTIVO DE CONSULTA (al servicio de patología): por presencia de mancha blanca en el paladar

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que acude a consulta por presentar lesión hace dos años aproximadamente a nivel de la mucosa bucal y paladar duro, de color blanquecina, con un pequeño punteado rojo en el centro de dicha lesión, de curso asintomático.

ANTECEDENTES PERSONALES (relacionados con el motivo de consulta): Paciente refiere encontrarse bajo tratamiento médico, ya que padece de diabetes tipo II hace 2 años aproximadamente. Sufre del trastorno visual cataratas y presenta el hábito del cigarrillo.

ANTECEDENTES FAMILIARES (relacionados con el motivo de consulta): hija padeció de cáncer de páncreas.

EXAMEN CLÍNICO (localización de la lesión, forma, tamaño, extensión, consistencia, color, otros): Lesión a nivel de paladar duro, de forma indefinida, de 9mm aproximadamente extendida a nivel de la zona molar del paladar duro, de consistencia dura y de color blanquecino con puntillado rojo. La otra lesión se encuentra a nivel de la mucosa yugal, placa de forma alargada con cambios en la textura incluyendo pliegues y arrugas, de 20 mm aproximadamente, extendida a lo largo de la mejilla interna a nivel derecho, de consistencia blanda, de color gris blanquecina.

OTROS HALLAZGOS CLÍNICOS DE RELEVANCIA: presenta manchas generalizadas hiper Cromicas a nivel de la encía de un ml de diámetro aproximadamente, presencia de cálculo generalizado.

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL: Leucoplasia

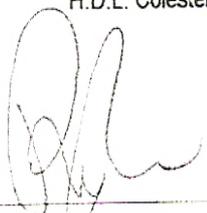
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Liquen plano, Leucoedema, Nevus Blanco Esponjoso

EXÁMENES DE LABORATORIO:

HEMATOLOGIA:		VSG:	mm/h
HEMOGLOBINA:	15 g %	PLAQUETAS:	255.000 x mm ³
HEMATOCRITO:	46 %	LEUCOCITOS:	8.400 x mm ³
CHCM:	32,6 %		
HEMOGRAMA:			
Neutrófilos:	61 %		
Linfocitos:	34 %		
Monocitos:	2 %		
Eosinófilos:	2 %		
Basófilos:	1 %		
Cayados:	%		
FROTIS:			
Serie Roja:	NORMOCITICA NORMOCROMICA		
Serie Blanca:	NORMAL		
Plaquetas:	MORFOLOGIA NORMAL		


LIC. RUBÉN A. TORO
BIOANALISTA
MSDS. 10 411 CBC. 13 33

Glicemia:	69	V.R: 70 a 110 mg/dL	Proteínas Totales:	V.R: 6,3 a 8,5 g/dL
Urea:	33	V.R: 17 a 45 mg/dL	Albumina:	V.R: 3,5 a 5,1 g/dL
Creatinina:	1,1	V.R: 0,6 a 1,4 mg/dL	Relacion A/G:	V.R: 1,2 a 2,2 g/dL
Acido Urico:		V.R: 2,8 a 8,5 mg/dL	Trigliceridos:	V.R: < 160 mg/dL
Colesterol:		V.R: hasta 200 mg/dL	H.D.L. Colesterol:	V.R: > 35 mg/dL
L.D.L. Colesterol:		V.R: < 150 mg/dL		


LIC. RUBÉN A. TORO
BIOANALISTA
MSDS. 10 411 CBC. 13 33

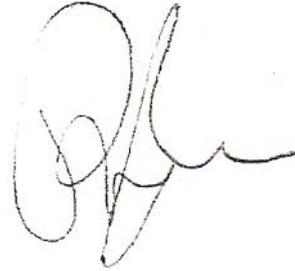
P.T.T.

Paciente:	29,5	S	V.R: 24 a 45 S
Control:	28,2	S	
Diferencia:	1,3	S	V.R: -6 a +6 S

P.T.

Paciente:	12	S	V.R: 11 a 17 S
Control:	11,8	S	
Razon:	1,02	S	V.R: 0,8 a 1,2 S

LIC. RUBEN A. TORO
BIONALISTA
MSDS. 10 411 CBC. 13 33



V.D.R.L: **No Reactivo**

H.I.V. 1-2:

LIC. RUBEN A. TORO
BIONALISTA
MSDS. 10 411 CBC. 13 33

ESTUDIOS PARA-CLÍNICOS:

- *TINCION CON AZUL DE TOLUIDINA* *positivo:-----* *negativo:---X-----*
- *TINCION CON LUGOL DE IOIDINA* *positiva:-----X-----* *negativa:-----*

- **BIOPSIA:**

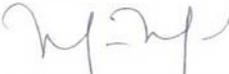
	 Unidad de Investigaciones Morfopatológicas. Facultad de Odontología. U. C.	
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA ISMENIA CAICEDO	BIOPSIA N°: 146-07	
C.I.: 84.034.143	EDAD: 68	
ENVIADO POR: ALEJANDRO SIERRA	MUESTRA DE: MUCOSA YUGAL	
DIAGNOSTICO CLINICO: LEUCOEDEMA	FECHA: 30/03/2007	
N° DE HISTORIA: 50144	PROCEDENCIA:	

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

***EXAMEN MACROSCOPICO:**
UN FRAGMENTO DE 1 CM DE DIAMETRO

***EXAMEN MICROSCOPICO:**
ACANTOSIS Y PAPILOMATOSIS. LAS CELULAS EPITELIALES MAS SUPERFICIALES MUESTRAN DEGENERACION HIDROPICA BALONIZANTE CON CITOPLASMA PALIDO, SIN CAMBIOS NUCLEARES.

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: LEUCOEDEMA.


DR. MARCO TULLIO MÉRIDA
MÉDICO ANATOMOPATÓLOGO
M.T.S.V.A.P. - M.A.S.V.D. - M.T.S.L.D.P.

UNIDAD DE INVESTIGACIONES MORFOPATOLÓGICAS "UNIMPA", MÓDULO 11, COMPLEJO DOCENTE ASISTENCIAL
(ANTIGUO PSIQUIÁTRICO DE BARBULA), FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. e-mail: tmerida@uc.edu.ve

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Leucoedema

PRONÓSTICO: Favorable.

PLAN DE TRATAMIENTO: No requiere.

FOTOS DE LA LESION:



Figura N° 17



Figura N° 18



Figura N° 19

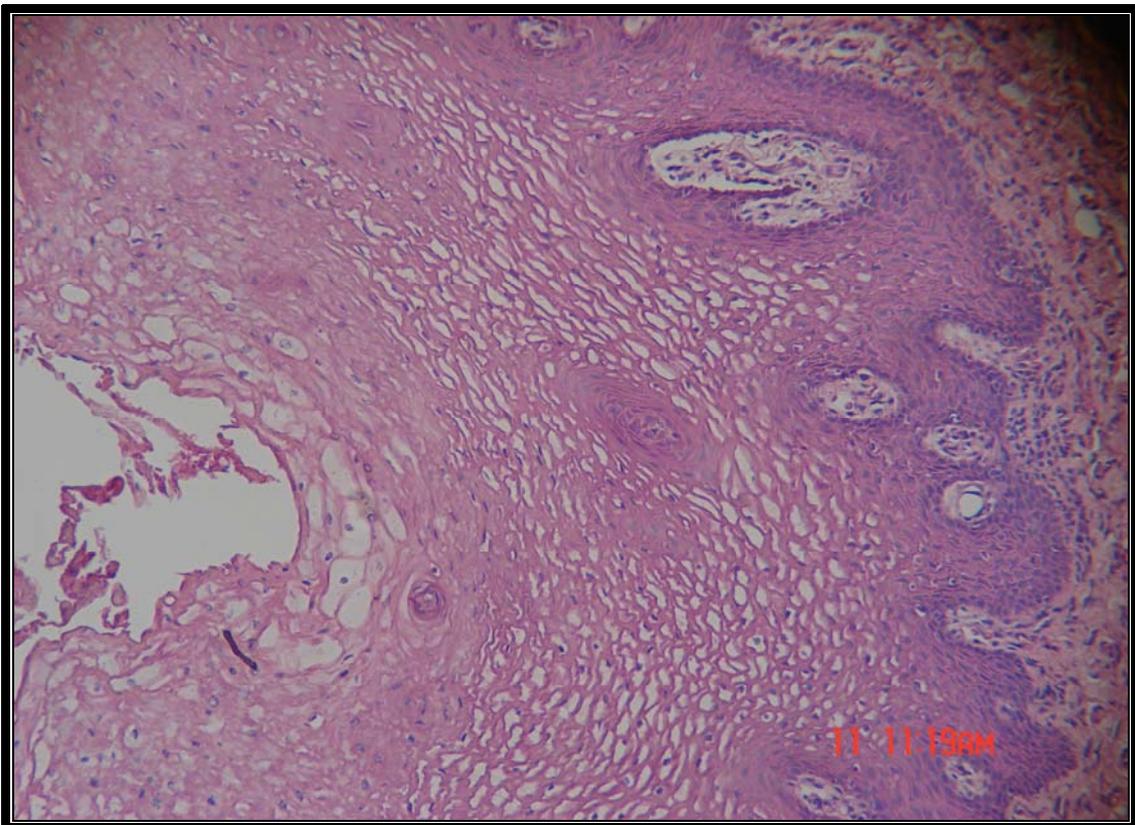


Figura N° 20



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ismenia Caicedo C.I. 84034143, he sido informado acerca de la investigación titulada "Estudio comparativo entre resultado de biopsia y coloración de lugol de ioidina y azul de toluidina en lesiones premalignas", la cual soy libre de firmar y se me ha notificado lo siguiente:

1. He sido informado que el objetivo de este estudio es, Comparar los resultados de la biopsia con el de las tinciones de lugol y azul de toluidina en el diagnostico de lesiones premalignas. y el examen consistirá en la toma de una muestra de tejido, el cual no me va generar ningún costo
2. En cualquier momento tengo derecho de retirarme de la investigación, con el único compromiso de informar oportunamente mi deseo, al investigador.
3. He podido hacer preguntas sobre el estudio
4. Tengo claro, que los costos que demanden la investigación, corren por cuenta de los investigadores
5. Acepto voluntariamente participar con los compromisos que la investigación requiere y sin mayor beneficio que los aceptados previamente.

Para constancia firmo el presente consentimiento informado, en la ciudad de valencia a los 24 días del mes de Marzo de 2007.

Paciente: Maria Ismenia G. Testigo: Marisol Caicedo
 C.I: 84034143 C.I: 21479016.
 Dirección: Guacana Dirección: Guacana.
 Teléfono: 0454 9414437. Teléfono: 0912 6789184

Investigadores responsables: Isaacs Gabriela, Lujan Joanna, Sierra Alejandro

Análisis del caso N° 5

En la figura N° 17 se observa la lesión blanquecina de textura irregular y difusa, ubicada en la mucosa yugal izquierda. En la figura N° 18 se identifica la misma una vez aplicado el azul de toluidina, la cual resulto de manera negativa. En la figura N° 19 se presenta la lesión con aplicación del lugol de ioidina, en donde la tinción resulto positiva, con un color caramelo, haciendo suponer que la lesión no es de carácter maligno.

El resultado de la biopsia indica un resultado de leucoedema. En la figura N° 20 se muestra el corte histológico de la lesión en donde se observa acantosis y papilomatosis, las células epiteliales muestran degeneración con citoplasma pálido sin cambios nucleares.

En este caso el resultado de la tincion con el azul de toluidina y el lugol de ioidina también coincidió con los de la biopsia.

Caso N °6

FECHA: 27/03/07

N° HISTORIA CLÍNICA: Sin historia

SEXO:F EDAD: 63 RAZA: Afro americana.

ESTADO CIVIL: Divorciada

LUGAR DE NACIMIENTO: Villa de Cura

PROCEDENCIA: Maracay OCUPACIÓN: Enfermera

DOMICILIO: Maracay. Los Olivos

TELÉFONO: 04127123697

MOTIVO DE CONSULTA (al servicio de patología): “me volvió a aparecer la mancha blanca en la boca”

ENFERMEDAD ACTUAL: paciente que acude a consulta presentando lesión blanquecina que reapareció hace un mes, localizada a nivel de mucosa yugal y fondo del vestíbulo izquierdo, la cual se atenuó luego de tratamiento farmacológico con antihistamínicos, asintomática.

ANTECEDENTES PERSONALES (relacionados con el motivo de consulta): Paciente portadora de prótesis parcial removible superior e inferior.

ANTECEDENTES FAMILIARES (relacionados con el motivo de consulta):

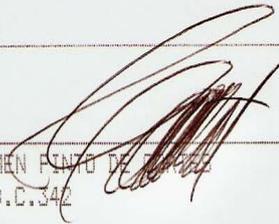
EXAMEN CLÍNICO (localización de la lesión, forma, tamaño, extensión, consistencia, color, otros): Lesión localizada a nivel del fondo de vestíbulo izquierdo, de forma irregular de estrías delgadas, de 1,5 cm. aproximadamente, de consistencia blanda con color blanquecino difuso.

OTROS HALLAZGOS CLÍNICOS DE RELEVANCIA: La paciente refiere haber recibido tratamiento farmacológico para disminuir la lesión con corticoesteroides orales (prednisona) por 4 semanas aproximadamente, pero la misma reapareció a los meses luego de cesar el tratamiento. También refiere nunca haberse realizado algún estudio histopatológico para determinar que tipo de lesión exactamente era.

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL: Liquen plano

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Reacción liquenoide a fármaco, leucoplasia ideopática.

EXÁMENES DE LABORATORIO:

HEMATOLOGIA			
HEMOGLOBINA: 12,2 g/dl	HEMATOCRITO: 40,4 %	CHCM: 30,2 %	
LEUCOCITOS: 6.300 x mm ³			
HEMOGRAMA DE SHILLING			
META-MIELO: 0%	CAYADOS: 0%	S. NEUTROF.: 62%	LINFOCITOS: 32%
MONOCITOS: 3%	EOSINOFILOS: 3%	BASOFILOS: 0%	
SERIE ROJA: Normocitica - Normocromica			
SERIE BLANCA: Normal			
PLAQUETAS: Morfológicamente Normales			
OBSERVACION :			
Referido por:			
<i>Lic. Carmen P. de Corté</i> Mat. Nº 342		LIC. CARMEN PINTO DE C.B.C. 342 	
MISCELANEOS			
RESULTADOS:			
CONTAJE DE PLAQUETAS: 246.000 x mm ³		(V.N: 140.000 - 440.000 x mm ³)	
Referido por:			
<i>Lic. Carmen P. de Corté</i> Mat. Nº 342		LIC. CARMEN PINTO DE C.B.C. 342 	

ESTUDIOS PARA-CLÍNICOS:

- *TINCION CON AZUL DE TOLUIDINA: positivo:---X-- negativo:-----*
- *TINCION CON LUGOL DE IOIDINA: positiva:---- negativa:----X—*
- *BIOPSIA:*



Unidad de Investigaciones Morfopatológicas.
Facultad de Odontología, U. C.



NOMBRE DEL PACIENTE: MILAGROS LUCENA.

C.I.: 2.609.872

ENVIADO POR: PROF. SIERRA.

DIAGNOSTICO CLINICO: LIQUEN PLANO.

Nº DE HISTORIA: S/H

BIOPSIA Nº: 07-162

EDAD: 60

MUESTRA DE: MUC. BUCAL.

FECHA: 11/04/2007

PROCEDENCIA: F. O.

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

**EXAMEN MACROSCOPICO:*

UN FRAGMENTO COLOR PARDO CLARO. MIDE 0,5 CMS.

**EXAMEN MICROSCOPICO:*

DERMATITIS PERIVASCULAR SUPERFICIAL CON ACANTOSIS, INFILTRADO LIQUENOIDE DE PREDOMINIO LINFHISTIOCITARIO PARALELO A LA UNION EPITELIO-CONJUNTIVA.

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: LIQUEN PLANO.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIONES
MORFOPATOLÓGICAS (UNIMPA)


DR. MARCO TULLIO MÉRIDA
MÉDICO ANATOMOPATÓLOGO
T.S.V.A.P. - M.A.S.V.D. - M.T.S.L.D.P.

UNIDAD DE INVESTIGACIONES MORFOPATOLÓGICAS "UNIMPA", MÓDULO 11, COMPLEJO DOCENTE ASISTENCIAL
(ANTIGUO PSIQUIÁTRICO DE BARBULA), FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. e-mail: tmerida@uc.edu.ve

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Liquen plano

PRONÓSTICO: El liquen plano generalmente no es dañino y puede resolverse con tratamiento, pero podría persistir durante meses o años. El liquen plano oral desaparece generalmente en un período de 18 meses.

PLAN DE TRATAMIENTO: El objetivo del tratamiento es acelerar la cicatrización de las lesiones cutáneas. Si los síntomas son leves, es probable que no se requiera ningún tipo de tratamiento.

Los tratamientos pueden incluir: Eliminar factores locales, mecánicos, físicos, químicos o biológicos. Eliminar fármacos coadyuvantes. Uso de Antihistamínicos.

Si se presentan lesiones orales, se pueden utilizar los enjuagues bucales de lidocaína viscosa para insensibilizar el área temporalmente y facilitar la ingestión de alimento.

Los corticosteroides tópicos, como la crema triamcinolona acetónida, o los corticosteroides orales, como la prednisona, se pueden prescribir para reducir la inflamación e inhibir las respuestas inmunitarias y se pueden inyectar directamente en la lesión. La crema de ácido retinoico tópico (una forma de vitamina A) y otros ungüentos o cremas pueden reducir la picazón e inflamación y pueden ayudar en la cicatrización.

Se pueden colocar vendajes oclusivos sobre los medicamentos tópicos para evitar rascarse la piel. La terapia con luz ultravioleta o criocirugía puede ser útil en algunos casos que la lesión sea persistente y no cese con el tratamiento farmacológico.

FOTOS DE LA LESION:



Figura N° 21



Figura N° 22



Figura N° 23



Figura N° 24

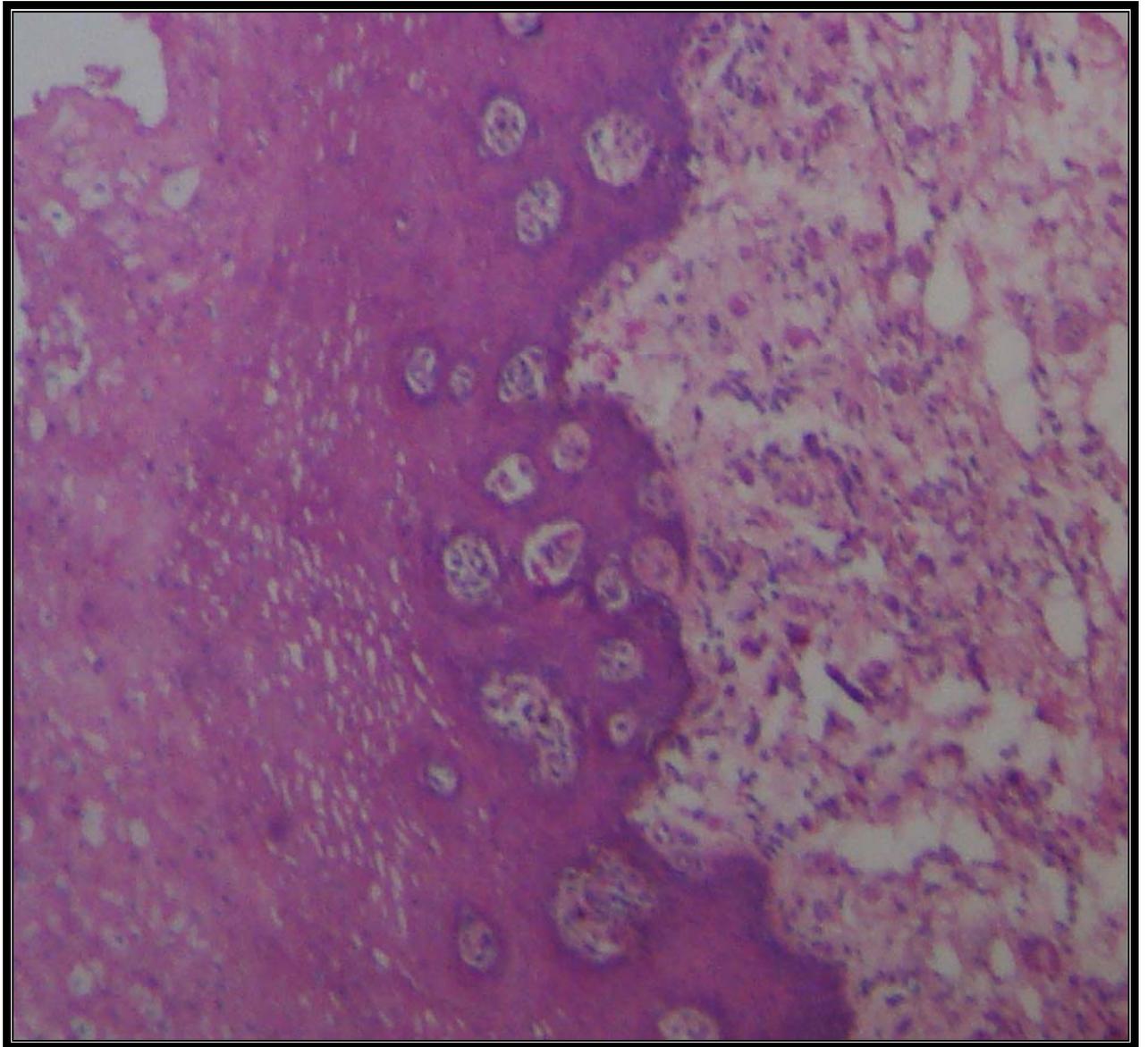


Figura N° 25



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Milagros Lucena C.I. 2609872, he sido informado acerca de la investigación titulada "Estudio comparativo entre resultado de biopsia y coloración de lugol de ioidina y azul de toluidina en lesiones premalignas", la cual soy libre de firmar y se me ha notificado lo siguiente:

1. He sido informado que el objetivo de este estudio es, Comparar los resultados de la biopsia con el de las tinciones de lugol y azul de toluidina en el diagnostico de lesiones premalignas. y el examen consistirá en la toma de una muestra de tejido, el cual no me va generar ningún costo
2. En cualquier momento tengo derecho de retirarme de la investigación, con el único compromiso de informar oportunamente mi deseo, al investigador.
3. He podido hacer preguntas sobre el estudio
4. Tengo claro, que los costos que demanden la investigación, corren por cuenta de los investigadores
5. Acepto voluntariamente participar con los compromisos que la investigación requiere y sin mayor beneficio que los aceptados previamente.

Para constancia firmo el presente consentimiento informado, en la ciudad de Valencia a los 27 días del mes de Marzo de 2007

Paciente: Milagros Lucena, Testigo: Daniel Guerrero
 C.I: 2609872 C.I: 15.8591947
 Dirección: Res. Ind. Maracay, Dirección: UAB Prebo-Valencia
 Teléfono: 0243-2467967 Teléfono: 0414-4050932
0412-7123697.

Investigadores responsables: Joanna Lujan, Gabriela Isaacs, Alejandro Sierra

Análisis del caso N° 6

En la figura N° 21 y 22 se encuentra la lesión blanquecina de forma irregular a nivel del fondo de vestíbulo izquierdo y mucosa yugal. En la figura N° 23 se observa la misma con la aplicación del azul de toluidina, la cual reaccionó de forma positiva mostrando un color azul suponiendo así la presencia de displasia.

En la figura N° 24 aparece con la coloración de lugol de ioidina, en donde se observa que en la zona de la lesión tiñó negativamente y alrededor de la misma aparece una coloración color caramelo, lo que puede indicar la malignidad de la lesión.

El resultado de la biopsia indico un liquen plano. En la figura N° 25 se muestra el corte histológico de la lesión en la cual se observa acantosis con infiltrado linfocitario de predominio linfocitario. Igualmente se encuentra la presencia de hiperqueratosis y una vacuolización de la capa basal. Este resultado confirma lo anteriormente expuesto.

Análisis general de los resultados

De acuerdo a los resultados analizados se observó que la coloración en todos los casos, coincidió con los resultados de las biopsias. Cuando la coloración con Azul de Toluidina mostró un resultado positivo, indicaba un posible signo de malignidad, así como el resultado negativo con zonas hipocaptantes con lugol de ioidina en la zona lesionada. Esto también ayudo y guió a delimitar la zona donde fue tomada la biopsia., cuyo resultado fue de lesiones premalignas, en este caso liquen plano.

Por otro lado, cuando la tinción con azul mostró resultado negativo y con lugol de ioidina los resultados eran positivos con un color parduzco, indico presuntiva benignidad. Lo cual coincidió con los resultados de las biopsias. Estos fueron en todos los casos leucoedemas, los cuales son lesiones que no indican malignidad.

CONCLUSIONES

Luego del estudio y del análisis de los seis casos de la investigación realizada se llegó a las siguientes conclusiones:

Se logro relacionar los resultados de la biopsia de las lesiones con las tinciones de azul de toluidina y lugol de ioidina y se logro demostrar que si existe una relación entre las mismas pues cuando el resultado de la tinción con Azul de Toluidina fue positivo y con el Lugol de Ioidina negativo en la zona lesionada; coincidió con los diagnósticos descritos en la biopsia. De esta manera se demostró la sensibilidad de dichas tinciones en el diagnostico de células malignas en lesiones premalignas de la cavidad bucal.

Los estudios histopatológicos a través de la biopsia permitieron obtener el diagnostico definitivo para así mostrar la efectividad de las técnicas de marcaje in vivo con Azul de Toluidina y Lugol de Ioidina como predictores para el diagnostico precoz de las lesiones premalignas.

Se pudo constatar que ante la existencia de células displásicas el azul de toluidina reaccionó de manera positiva colorando la lesión. Por otro lado estas células al ser anormales o malignas producen más cantidad de glucogeno, lo que hace que el lugol de ioidina no sea captado completamente y el resultado ante la tinción sea negativo.

En relación con las lesiones premalignas existentes en la cavidad bucal se comprobó que se producen a través de ciertos factores de riesgo como son: biológicos, mecánicos y de conducta, causado por sepsis bucal, herencia, uso de prótesis mal adaptadas, hábitos de fumar, mordedura de la mejilla, ingestión de bebidas alcohólicas, etc.

En relación a las investigaciones Nacionales e Internacionales con relación a las tinciones Azul de Toluidina y Lugol de Ioidina en lesiones premalignas se concluye que dichos estudios arrojan resultados histopatológicos donde se comprueba el potencial maligno de la lesión evidenciando displasia de severa a

moderada y dando una respuesta positiva en cuanto a la aplicación de las tinciones en lesiones con un gran potencial maligno.

Mediante esta investigación se corroboró lo anteriormente expuesto.

RECOMENDACIONES

Después de haber hecho las conclusiones se recomienda:

Implementar el uso de las tinciones de azul de toluidina y lugol de ioidina en la consulta diaria, en casos de presencia de alguna lesión sospechosa en la cavidad bucal.

Implementar la utilización de las tinciones en la áreas de cirugía y patología de la facultad de odontología de la universidad de Carabobo, para que pueda servir como guía al estudiante en formación y al odontólogo a al hora de la toma de biopsia.

Campañas educativas dirigidas a la comunidad desde muy temprana edad a fin de establecer hábitos de salud e higiene bucal. De igual manera alertar sobre el uso nocivo del cigarrillo y dar información sobre otros agentes causantes de lesiones premalignas en la cavidad bucal.

Educar a los individuos niños, jóvenes y adultos a acudir a la consulta odontológica periódicamente a fin de prevenir o detectar de manera precoz la existencia de posibles lesiones en cavidad bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alaejos (1996) Valoración de los metodos de tinsión con azul de Toluidina y lugol en el diagnostico precoz del cáncer bucal [versión electrónica] *Avances en Odonto- Estomatología*. 12: 511-7.
- Bermejo-Fenoll A, López-Jornet P. (2003). *Diagnóstico diferencial de las lesiones blancas de la mucosa oral*. Med Oral, 8-156.
- Bernard, H (1998) *Diagnostico y tratamiento clínico*. Novena Edición. Barcelona: Mc Graw Hill interamericana
- Bouquot, J. (1995) *Oral & maxillofacial pathology*. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 711p.
- Calif (2001) Diagnosis y gerencia de las lesiones orales del suave-tejido fino [versión electrónica] *Abolladura Assoc*. 29 (8): 602-6.
- Cerero R, García-Pola MJ. (2004). Tratamiento del liquen plano oral. *Med Oral* 9-124.
- Crispian S & Bagan, J (2001) *Medicina y patología oral*. España: Graficas. pp 77.
- Capote, L (2006) Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela. [Versión Electrónica] *Revista Venezolana de Oncología*; 18(4):269-281
- Enciclopedia medica en español medline plus (2006) *Leucoplasia*. Extraído en diciembre, 2006 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001046htm>.
- Enciclopedia libre wikipedia (2007) Extraído en abril, 2007 de <http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer>.
- Epstein; Oakley; Millner ; Emerton & Van der Meij .(1997) utilidad del uso de Azul de Toluidina como ayuda de diagnóstico en pacientes tratados previamente para el carcinoma bucofaríngeo superior[versión electrónica] *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 83(5):537-47.
- Epstein & Zhang (2002) Avances en el diagnostico de lesiones premalignas y malignas orales. [Versión electrónica] *Abolladura Assoc*. 68 (10): 617-21
- Farmacias ahumada (2006) *Solución de lugol*. Extraído el 12 de diciembre, 2005 de <http://www.farmaciasahumada.cl/stores/fasa/html/MFT/PRODUCTO/P137.HTM>.
- Feaver, Morrison & Humphris (1999) Determinar la aceptabilidad en pacientes y dentistas del Azul del Toluidina en defender para el cáncer oral [Versión

- electrónica] *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 6 (2): 45-50.
- Gandolfo et al (2006) Azul del Toluidina en lesiones orales potencialmente malas in vivo. [Versión electrónica] *Oncol Oral.* 42 (1): 89-95.
- Gay E. (2000) Transformación maligna y tratamiento. *Medicina Oral.* Vol. 2
- Gay E. *Detección del cáncer oral.* (2001). Extraído e enero, 2005 de <http://www.odontología-online.com>
- Gay, E & Berini, L. (2000). *Cáncer oral.* Tercera edición. Barcelona, España: Grafica Signo, S.A.
- Jiménez, J (2000) *El proceso de la investigación.* Valencia, Venezuela: Editorial el viaje del pez.
- González, M. (2001). *Precancer y cáncer oral.* (1º edición). Madrid: Ediciones Avance.
- Hernández S, Fernández C. Y Baptista L. (1998). *Metodología de la investigación.* México: McGraw.hill, Interamericana de México, S.A de C.V.
- Kondo et al (2000) mucosectomía endoscopia. [Versión electrónica] *Gastrointest Endosc;* 45: 182-6.
- Lamura, A. (2001). *Factores de riesgo, pesquisa y diagnostico precoz en el cáncer de la cavidad bucal.* Extraído en enero, 2006 de http://www.actaodontologica.com/40_1_2002/cancer_cavidad_bucal.asp
- Lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal.* (2001): Extraído en Marzo 2006 de <http://www.lesionespremaligasyalignas.com>.
- Martínez, Benjamín. (2001). *Lesiones blancas y premalignas de la mucosa oral.* Extraído en Febrero, 2006 de: <http://www.lesionesblancasyalignas.com>.
- Mashberg & Samit (1995) Estudio comparativo sobre la diagnosis temprana de cánceres orales y oró faríngeo asintomático [versión electrónica] *Cáncer.* 45(6):328-51.
- Medina, M. (2001). *Patología General y Bucal.* Tercera edición y ampliada. Valencia/ Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Mori M, et al.(1993) Lugol staining pattern and histology of esophageal lesions. *Am J Gastroenterol;* 88(5): 701-5.
- Mosqueda, A. Díaz, M.; Velásquez, M.; Irigoyen, M.; Caballero, S. & Sida, E. (2001). *Prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor.* Extraído en Febrero, 2006 de: <http://www.lesionespremaliganas.htm>.

- Nicot, R., Delgado, I. & Soto, G. (1994). Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. *Revista Cubana Medica General Integral*. 8 (3).
- Nouel, A & Rodger, M. (2005) *Enfermedades de la boca*. Extraído el 20 de septiembre, 2005 de http://www.infocompu.com/adolfo_arthur/estomatologia.htm.
- Núñez, M. (1998). *En lengua, paladar y labios*. Extraído en marzo 2006 de <http://www.enlengua,paladarylabios.htm>.
- Odontologiaonline (2006) *Detección del cáncer oral*. Extraído el 17 de enero, 2006 de <http://odontologiaonline.com/casos/nohic/nohic02/nohic0201/nohic0201.html>.
- Oliveros, R (2006) *Cromo endoscopia. Guía de manejo*. Extraído el 06 de diciembre, 2005 de <http://www.encolombia.com/gastro14499-cromoendoscopia.htm>.
- Osuna, E (2001). *Normas para la elaboración, presentación y evaluación de los trabajos especiales de grado*. Caracas: Fondo editorial U.S.M.
- People living with cáncer (2006) *Cáncer oral y orofaríngeo*. Extraído el 28 de septiembre, 2006 de <http://www.plwc.org/portal/site/PLWC/menuitem.169f5d85214941ccfd748f68ee37a01d/?vgnextoid=2^054eca8daa010VgnVCM100000Ed730ad1RCRD>.
- Ramírez, T. (1996). *Como hacer un proyecto de investigación*. (3° edición ampliada). Venezuela: Editorial CARHEL, C.A.
- Regezi, A & Sciubba, James. (2003). *Patología Bucal*. Segunda Edición. México. D.F: Editorial Interamericana- Mc Graw- hill.
- Sabino, C. (1992) *El proceso de la investigación*. Caracas: Editorial Panapo.
- Sapp, J, Eversole L & Wysocki g (1998). *Patología Oral y Maxilofacial*. España: Editorial Harcourt Brace.
- Sierra Bravo, R. (1994). *Técnica de investigación social*. España: Paraninfo.
- Sierra, C. (2004). *Estrategia para la elaboración de un proyecto de investigación*. Maracay.
- Skromne, G (2005) *Prueba Radiactiva de Papanicolaou. Informe Preliminar*. Extraído el 12 de diciembre, 2005 de <http://www.imagenmedia.com.mx/dato/module.php?name=selection&op=printpage&artid=98>

- Tamayo y Tamayo, M. (1993). *El proceso de la investigación científica*. México: Limusa.
- W.G. Shafer & B.M Levy. (1986). *Tratado de Patología Bucal*. México. D.F: Interamericana.
- Young M , Vartanian R, Leung J, Davis J, , Kim B & Owen D. (2000)A novel alcian yellow-toluidine blue stain for Helicobacter species: comparison with standard stains, a cost-effectiveness analysis and supplemental utilities. *Mod Patho*. 11: 72-77.

Anexos

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOQUIRÚRGICA
PATOLOGÍA BUCAL

HISTORIA CLÍNICA

FECHA: N° CASO CLÍNICO: _____

N° HISTORIA CLÍNICA:

APELLIDOS: NOMBRE:

SEXO: EDAD: RAZA:

ESTADO CIVIL:

LUGAR DE NACIMIENTO:

PROCEDENCIA: OCUPACIÓN:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

MOTIVO DE CONSULTA (al servicio de patología):

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES PERSONALES (relacionados con el motivo de consulta):

ANTECEDENTES FAMILIARES (relacionados con el motivo de consulta):

EXAMEN CLÍNICO (localización de la lesión, forma, tamaño, extensión, consistencia, color, otros):

HALLAZGOS CLÍNICOS (OTROS HALLAZGOS CLÍNICOS DE RELEVANCIA):

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

EXÁMENES DE LABORATORIO:

ESTUDIOS PARA-CLÍNICOS:

- **TINCION CON AZUL DE TOLUIDINA** *positivo:-----* *negativo:--*

- **TINCION CON LUGOL DE IOIDINA** *positiva:-----* *negativa:--*

- **BIOPSIA:** _____

- **CITOLOGÍA:** _____

- **Rx:** _____

INTERCONSULTAS – RESÚMEN DE INFORMES:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRONÓSTICO:

PLAN DE TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES:

FOTO DE LA LESIÓN

ODONTOLOGIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ C.I. _____,
he sido informado acerca de la investigación titulada **”Estudio comparativo entre resultado de biopsia y coloración de lugol de ioidina y azul de toluidina en lesiones premalignas”**, la cual soy libre de firmar y se me ha notificado lo siguiente:

1. He sido informado que el objetivo de este estudio es, Comparar los resultados de la biopsia con el de las tinciones de lugol y azul de toluidina en el diagnóstico de lesiones premalignas. y el examen consistirá en la toma de una muestra de tejido, el cual no me va generar ningún costo
2. En cualquier momento tengo derecho de retirarme de la investigación, con el único compromiso de informar oportunamente mi deseo, al investigador.
3. He podido hacer preguntas sobre el estudio
4. Tengo claro, que los costos que demanden la investigación, corren por cuenta de los investigadores
5. Acepto voluntariamente participar con los compromisos que la investigación requiere y sin mayor beneficio que los aceptados previamente.

Para constancia firmo el presente consentimiento informado, en la ciudad de valencia a los _____ días del mes de _____ de _____

Paciente: _____ Testigo: _____

C.I: _____ C.I: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

