

APARTADO DE
ANALES DE OTORINO-LARINGOLOGIA DEL URUGUAY

TOMO XLVI

● PARTE III y IV ●

PAGS.: 79-88

**SARCOMAS DE LOS MAXILARES.
INCIDENCIA EN URUGUAY**

DRES. JAIME N. GRUNBERG, ROGELIO CHARLONE
Y MAURICIO MIMER.

Editorial Periodístico.Médica, GARCIA MORALES - MERCANT S. A.
DANTE 1978 — MONTEVIDEO (URUGUAY)

1977

P. F. M. SALA

M. F. 70

SARCOMAS DE LOS MAXILARES. INCIDENCIA EN URUGUAY *

Dres. Jaime N. Grunberg,** Rogelo Charlene*** y Mauricio Mimer****

Se describen los sarcomas de los maxilares estudiados en el Uruguay en el curso de 20 años, período comprendido entre 1955 y 1975, registrados en los principales centros del país.

Se valora la incidencia, edades, sexo, localización, formas anatómicas y tratamiento.

INTRODUCCION

El tema a desarrollar es el de los sarcomas de los maxilares que afectan las estructuras óseas del maxilar inferior y superior. No se tratan los sarcomas que afectan estructuras paramaxilares.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 31 casos de sarcomas de los maxilares del Hospital de Clínicas, Instituto de Oncología, Facultad de Odontología y de nuestra asistencia privada, correspondientes al período comprendido entre 1955 a 1975. Se encontraron registrados 11 casos en el Hospital de Clínicas, 10 en la Facultad de Odontología, 5 en el Instituto de Oncología y 5 de nuestra asistencia privada.

Se analiza la incidencia de acuerdo a sexo, edad, topografía, motivo de consulta, tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y la primera consulta, las formas histopatológicas, tratamiento y evolución.

Las técnicas estadísticas que nos permitieron agrupar los diferentes datos son histogramas de barras colocando en las ordenadas el número de casos y en las abscisas las variables correspondientes a cada cuadro.

RESULTADOS

De los 31 casos estudiados en un período de 20 años (1955-1975) (cuadro Nº 1) encontramos 11 pacientes procedentes del Hos-

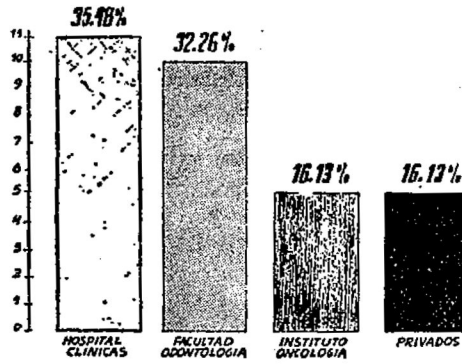
* Trabajo presentado en el Curso Anual de Perfeccionamiento sobre Otorinolaringología, en octubre de 1976 y en la Sociedad de Otorinolaringología del Uruguay en julio 1977.

** Profesor de Cirugía buco-maxilar. (Fac. de Odontología). Ex-Prof. Adj. de Otorrinolaringología (Fac. de Medicina).

*** Otorrinolaringólogo del Hosp. de Clínicas.

**** Otorrinolaringólogo del Hosp. de Clínicas.

**AÑOS DE CONSULTA
1955 - 1975
TOTAL = 31 CASOS**



CUADRO 1

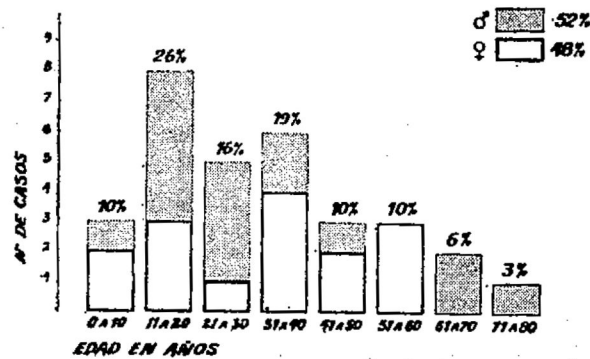
pital de Clínicas, constituyendo el 35% del total de casos. Un 32% (10 casos) procedentes del Departamento de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología en los que se registra la filiación del paciente, algunos datos clínicos, y el tipo anatomopatológico del tumor. Esto explica el motivo que algunos cuadros presentan barras que agrupan la ausencia de datos.

El resto se dividen en igual número entre los de la consulta privada y los del Instituto de Oncología (16% cada uno — 5 casos cada uno).

EDAD Y SEXO. En el cuadro 2 se agrupan los casos según edades y sexo, se observa que no hay significativa prevalencia de

EDADES Y SEXO

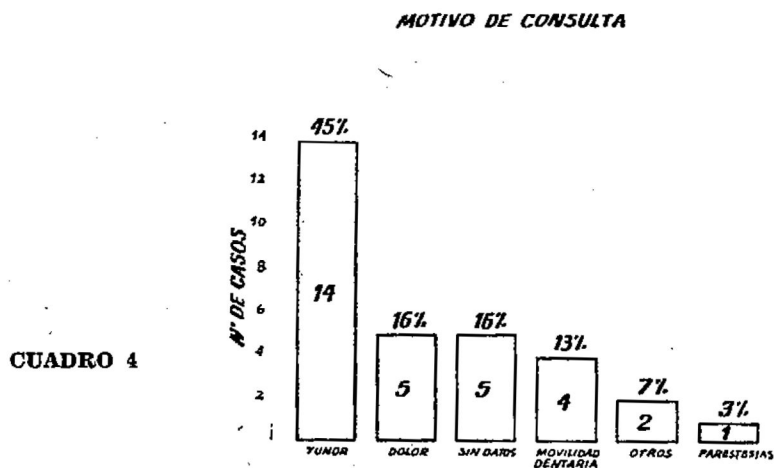
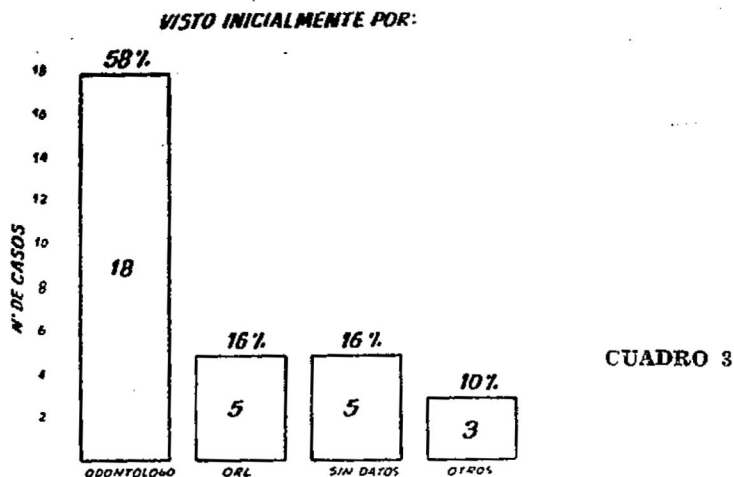
CUADRO 2



un sexo sobre el otro. Las edades están comprendidas entre 4 y 79 años, predominando un mayor número antes de los 40 años.

PRIMERA CONSULTA. La realización de una estadística del profesional que vio en primera instancia al paciente es de importancia. En nuestro estudio un 58% (18 casos) fueron vistos inicialmente por un odontólogo, solo un 16% por un Otorrinolaringólogo, y 10% por otras especialidades (cuadro N° 3).

MOTIVO DE CONSULTA. El motivo de consulta más frecuente fue por tumefacción, en 45% (14 casos). Un 16% fue por dolor, frecuentemente confundido por dolor de etiología dentaria o por neuralgia, elementos que retardaron el diagnóstico. Un 13% con-

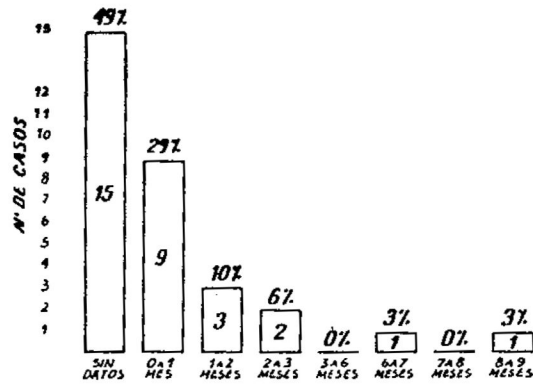


sultó por movilidad dentaria atribuida muchas veces a una para-denciopatía. Solamente 10% presentaron otra sintomatología como parestesias, cacosmia, rinorrea mucopurulenta, obstrucción nasal, epistaxis y hallazgo radiológico fortuito (cuadro N° 4).

Tiempo transcurrido entre el comienzo de la enfermedad y primera consulta

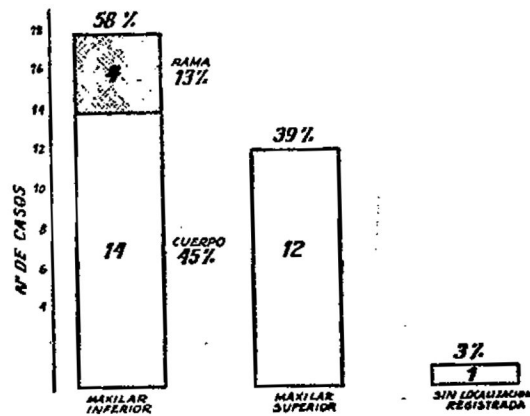
Como se observa en el cuadro N° 5 un 39% de los pacientes consultó dentro de los 2 meses de iniciada la sintomatología. El 12% entre los 2 y 9 meses motivado por la falta de jerarquización de la lesión por el enfermo. En un porcentaje grande (49%) no se pudieron obtener los datos correspondientes.

TIEMPO ENTRE INICIO Y CONSULTA



CUADRO 5

LOCALIZACION



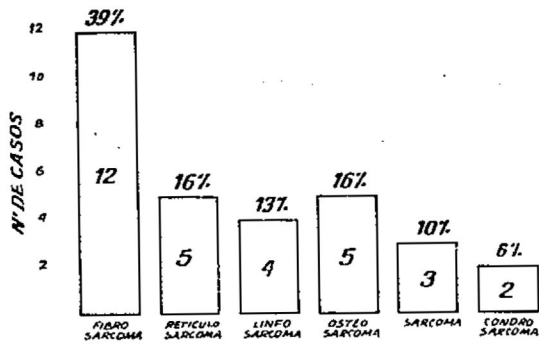
CUADRO 6

Localización (cuadro N° 6). En el 58% la localización era en el maxilar inferior y 39% en el superior. Dentro de las lesiones del maxilar inferior, 14 casos se localizaron en el cuerpo (45%) y 4 casos en la rama (13%).

Histopatología. (Cuadro N° 7). Encontramos 12 casos de fibrosarcomas que corresponden al 39% de los casos estudiados, 5 de osteosarcomas, 5 reticulosarcomas, 4 linfosarcomas, y 3 casos están diagnosticados como sarcomas sin especificar su tipo.

Tratamiento. (Cuadro N° 8). Los tratamientos empleados fueron la cirugía de excisión maxilar, tratamiento radiante, antimetabólicos y tratamientos combinados. En 13 casos no se tienen datos.

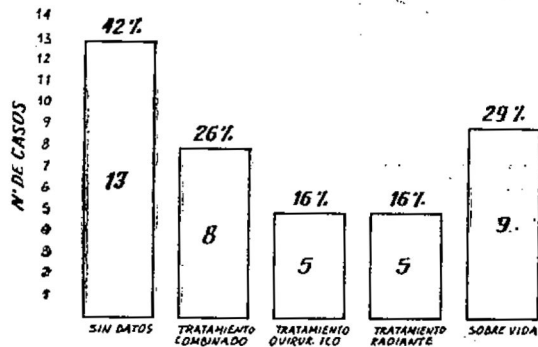
ANATOMIA PATOLOGICA



CUADRO 7

TRATAMIENTO Y SOBRE VIDA

CUADRO 8



En el momento actual la supervivencia a los 3 años es de 9 casos (29%).

DISCUSION

Las publicaciones sobre sarcomas de los maxilares son habitualmente casos aislados. Las comunicaciones de estadísticas de frecuencia en la población son escasas.

Se constató la baja incidencia de los sarcomas si se compara con los 205 carcinomas de la cavidad bucal y de los 77 tumores malignos del maxilo facial (7 de los cuales eran sarcomas) registrados en estudios realizados en nuestro medio en los años 1970 y 1974 respectivamente. (1) (8).

Pindborg (II) en el estudio de los sarcomas de los maxilares en Dinamarca entre los años 1943 y 1953, en condiciones similares a las nuestras, encuentra 43 sarcomas de los maxilares en una población de 4 millones de habitantes, lo que indica la poca incidencia de este tipo de lesión.

Dahlin (3) en 2865 sarcomas óseos de la Clínica Mayo encuentra 124 que se localizan en mandíbula, senos maxilares y fosas nasales.

La O.M.S. publica una clasificación de los tumores óseos de la cual extractamos los sarcomas:

I Tumores formadores de tejido óseo ...	OSTEOSARCOMAS
II Tumores formadores de tejido cartilaginoso	CONDROSARCOMAS
III Tumores de médula ósea	SARCOMA DE EWING RETICULOSARCOMA OSEO LINFOSARCOMA OSEO MIELOMA
IV Tumores vasculares	ANGIOSARCOMA
V Tumores de tejido conjuntivo	FIBROSARCOMA LIPOSARCOMA MESENQUIMOMA MALIGNO SARCOMA INDIFERENCIADO

La distribución de los 124 sarcomas de los maxilares de la estadística de Dahlin (3) es la siguiente:

Tipo de Sarcoma	Mandíbula	Maxilar Superior y formas nasales	TOTAL
OSTEOSARCOMAS	21	29	50
CONDROSARCOMAS	1	17	18
SARCOMA DE EWING	3	0	3
RETICULOSARCOMA	17	0	17
MIELOMA	6	18	24
FIBROSARCOMA	10	2	12
TOTAL	58	66	124

De los 43 casos de Pindborg (11):

	Mandíbula	Maxilar Superior	TOTAL
OSTESARCOMAS	5	2	7
CONDROSARCOMA	1	0	1
SARCOMA DE EWING	0	1	1
LINFOSARCOMATOSIS			
RETICULOSARCOMATOSIS	2	4	6
MIELOMA MULTIPLE			
RETICULOSARCOMA	1	10	11
FIBROSARCOMA	4	4	8
SARCOMA OSTEOLITICO	2	6	8
OSTEOCLASTOMA MALIGNO	0	1	1
TOTAL	15	28	43

Nuestros 31 casos se distribuyen de la siguiente forma:

OSTEOSARCOMAS	3	1	4
CONDROSARCOMAS	2	0	2
SARCOMA DE EWING	0	0	0
RETICULOSARCOMA	1	4	5
LINFOSARCOMA	1	3	4
MIELOMA	0	0	0
FIBROSARCOMA	8	4	12
SARCOMA	3	0	3
TOTAL	18	12	30

De uno de los osteosarcomas no figuraba en el registro de anatomía patológica a que maxilar pertenecía.

CUADRO COMPARATIVO

	Mandíbula	Maxilar Superior	TOTAL
SEGUN DAHLIN	58 (47%)	66 (53%)	124
SEGUN PINBORG	15 (35%)	28 (65%)	43
SEGUN LOS AUTORES	18 (60%)	12 (40%)	30

Tomando en consideración la clasificación de la O.M.S. y la estadística de Dahlin encontramos que en ésta no se registra en los maxilares liposarcomas, angiosarcomas y sarcomas indiferenciados.

En nuestros 31 casos no encontramos estos últimos como tampoco sarcomas de Ewing ni mielomas que son 27 en la estadística de Dahlin y que encuentra también Pindborg.

La forma histopatológica dominante es para nosotros el fibrosarcoma con 12 casos, para Dahlin el osteosarcoma con 50 casos y para Pindborg el reticulosarcoma con 11 casos.

El segundo de frecuencia de nuestra serie sería el reticulosarcoma y el linfosarcoma con 9 casos si se lo considera en conjunto como pertenecientes a los linfomas malignos no Hodgkinianos.

En lo concerniente a la ubicación, para Dahlin y para Pindborg dominan en el maxilar superior, en nuestra serie 18 son del maxilar inferior.

De los 31 casos 9 fueron tratados por los autores y su evolución controlada hasta junio de 1977; 7 de ellos están en cura clínica y 2 fallecieron por paraplejia; uno de ellos al año y medio de operado y el otro si bien se desconoce la fecha se sabe que ocurrió en el interior del país. De los 9 casos, 7 fueron del maxilar inferior.

Estos pacientes correspondieron histológicamente a 4 fibrosarcomas, 3 de ellos pertenecientes al maxilar inferior operados hace 14, 6 y 2 años y medio, respectivamente (2 niños de 10 y 4 años de edad), el otro caso correspondió al maxilar superior siendo una variedad especial de fibrosarcoma (fibrosarcoma-ameboidístico).

Dos casos correspondieron a condrosarcomas intervenidos hace 3 años.

Los tres casos restantes fueron osteosarcomas (2 maxilar inferior y 1 maxilar superior), de ellos está curado uno solo, operado hace 14 años.

En las técnicas quirúrgicas empleadas en todos nuestros casos siempre primó la excresis amplia.

Dados los resultados satisfactorios obtenidos que demuestran un alto índice de sobrevida decidimos revisar nuevamente la histopatología encontrando total confirmación.

Esta sobrevida de 7 de los pacientes se explica por un diagnóstico precoz, su asiento en el maxilar inferior, (lo que permitió una cirugía de excresis con mucho margen de seguridad), y tomando en consideración que los fibrosarcomas de origen periférico son relativamente benignos y raramente metastasiantes¹⁰.

El conocimiento en la profesión odontológica de las lesiones malignas es de suma importancia para el diagnóstico precoz. De los 31 casos presentados 18 fueron vistos inicialmente por odontólogos (cuadro 3). De los 9 casos mencionados como tratados por los autores 7 fueron vistos y enviados por sospecha de una lesión maligna, por el adontólogo.

La sobrevida de los pacientes tratados por nosotros no puede servir como dato estadístico dado el escaso número de pacientes, pero reafirma que en la mayoría de los sarcomas de los maxilares el tratamiento de elección es la cirugía. Consideración distinta requieren los tumores de médula ósea.

Considerando los 31 casos en un período de 20 años, con una población de 2.800.000 habitantes, la perspectiva de ver un sarcoma de maxilares es de 1 caso cada 2 años por cada 1.000.000 de habitantes.

RESUMEN

Se estudiaron 31 sarcomas de los maxilares registrados en el Hospital de Clínicas, Instituto de Oncología, Facultad de Odontología y de la asistencia privada de los autores, en el período comprendido entre 1955-1975.

Corresponden del punto de vista anatómo-patológico a 12 fibrosarcomas, 5 reticulosarcomas, 4 linfosarcomas, 5 osteosarcomas, 2 condrosarcomas y 3 diagnosticados como sarcomas sin especificar el tipo.

De los 31 casos nueve fueron tratados por los autores correspondiendo a 4 fibrosarcomas, 2 condrosarcomas y 3 osteosarcomas. Se realizó en todos terapéutica quirúrgica de exeresis amplia. De estos fallecieron sólo dos, que eran osteosarcomas.

SUMMARY

We studied 31 cases of maxillary sarcomas registered in the Clínicas Hospital, Cancer Institute, School Odontology and our private practice, during a period of 20 years between 1955 and 1975.

Pathologic reports revealed that 12 were fibrosarcoma, 5 reticulosarcomas, 4 linfosarcomas, 5 osteosarcomas, 2 condrosarcomas and 3 were diagnosed as sarcomas without a type specification.

Over 31 cases, 9 were treated by the authors, 4 were fibrosarcomas, 2 condrosarcomas and 3 osteosarcomas.

A wide local resection was performed as treatment in all of them. Only 2 of this patients died, both with osteosarcoma.

BIBLIOGRAFIA

1. Blasiak, J., Kasdorf, H., Grunberg, J., Leborgne, J. H. y col. — Tumores de la cavidad oral. Anales de Otorrinolaringología del Uruguay. XLIV: 1-26, 1975.
2. Costas, J. B., Di Piramo, S., Falconi, L. — Patología de los tumores de los maxilares. Universidad de la República. Fac. de Odontología, 1969.
3. Dahlén, David C. — Tumores óseos. Toray S. A. Barcelona, 1969.
4. Dahl, I., Save-Soderberg, J., Angervall, L. — Fibrosarcoma in Early infancy. Path. Europ. 8: 193-209, 1970.
5. Geschicter, Cr. F., Copeland, M. H. — Tumores de hueso. Suéscum-Barrendea Argentina, 1953.
6. Grunberg, J. N. — Osteosarcoma del maxilar superior. Prótesis con obturador inflable. Anales de Otorrinolaringología del Uruguay. XXXVII: 31-37, 1967.

7. Huet, P. C., Stefani, S. — Les cancers du massif maxillaire supérieur. Masson y Cie. Paris, 1960.
8. Hounie, P., Caubarrere, A., Kasdorf, H., Priario, J. C., Alonso de Villaseca, B., Rivas de Dalbora, E. — Directivas terapéuticas en el cáncer del maxilo facial. Anales de Otorrinolaringología del Uruguay. XL: 31-52, 1970.
9. Miles, A. E. W. — Chondrosarcoma of maxilla. Br. Dent. J. 80: 257-262, 1950.
10. Pindborg, J. J., Hjorting-Hansen. — Atlas of diseases of the Jaws. W. B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto, 1974.
11. Pindborg, J. J. — The incidence rate of Jaws sarcoma in Denmark 1943 to 1953. Oral Surg. 14: 276-279, 1981.
12. Stenger, T. G., Cline, R. E. — Histiocytic Lymphoma (Reticulum-celi sarcoma. Oral Surg, Oral Red, Oral Path 43: 227-233, 1977.