

Expression of vascular endothelial growth factor (VEGF) in normal oral mucosa, oral dysplasia and oral squamous cell carcinoma

Jensen O, Brownd C, Baer D.

J Oral Maxillofac Surg 2007;36:263-6

Aproximadamente un 10 a 20% de las lesiones displásicas de la cavidad oral pueden evolucionar a carcinomas y se considera que la angiogenesis es un proceso crucial para la invasión tumoral y la enfermedad metastásica. Se cree que hay un aumento de la vascularización en la transición de la mucosa oral normal a los diferentes grados de displasia y al carcinoma escamocelular. Diferentes estudios sugieren que es necesario una irrigación vascular adecuada para el crecimiento y propagación del tumor. El factor de crecimiento endotelial vascular (FCEV) también reconocido como factor de permeabilidad vascular, es una citoquina vascular importante en el desarrollo del aporte sanguíneo de diferentes tipos de tumores incluyendo los de cabeza y cuello. El FCEV incrementa la permeabilidad vascular y activa las células de crecimiento endotelial, en la proliferación, migración y diferenciación. Numerosos estudios científicos han recalado el papel del FCEV en la angiogenesis tumoral, progresión de la enfermedad y como factor pronóstico tumoral. El objetivo del presente estudio es investigar la expresión del FCEV en la mucosa oral normal, displásico y carcinomatoso.

Fueron examinadas en el estudio 52 biopsias, siendo 10 de mucosa normal, 19 de lesiones displásicas y 23 de carcinomas invasivos. Las lesiones displásicas eran clasificadas en leve, moderada o severa y los carcinomas invasivos en mal, moderada o bien diferenciados. Se encontraron resultados estadísticamente significativos en cuanto a la expresión del FCEV con el tipo de mucosa, normal, displásica o carcinomatosa ($p=0,02$); asimismo, con el grado de diferenciación tumoral, mal, moderada o bien diferenciadas ($p=0,01$). En cambio, no se encontraron resultados estadísticamente significativos con el grado de displasia.

Estos resultados sugieren que el FCEV juega un papel considerable en el desarrollo de una mucosa normal a un carcinoma escamocelular. También revela como en otros estudios, que un mayor grado de displasia en la mucosa no siempre va acompañado de una mayor expresión del FCEV. Aunque en otros estudios no encontraron una relación directa entre el FCEV y el grado de diferenciación del tumor, en este estudio si lo sugiere. En conclusión, podemos considerar que futuras terapias deberían tener en cuenta el FCEV o sus receptores en el tratamiento conjunto del cáncer oral.

Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases

Hong J, Yun PY, Chung IH, Myoung H, et. al.

Int J Oral Maxillofac Surg 2007;36: 283-8.

El ameloblastoma es un tumor odontogénico benigno de origen epitelial. Según diferentes estudios su incidencia es alrededor del 11% de los tumores odontogénicos de la mandíbula. Las características histopatológicas muestran un patrón benigno, de lento crecimiento pero con gran capacidad de invasión local. Para muchos autores es considerado un tumor entre benigno y maligno debido a su alta tasa de recurrencia, por lo que el tratamiento quirúrgico es el método de elección.

En el estudio se incluyen 239 pacientes (100 mujeres y 139 hombres) con diagnóstico de ameloblastoma en la mandíbula o en el hueso maxilar. Desde el punto de vista histopatológico, según la Organización Mundial de la Salud existen siete tipos de ameloblastomas: Plexiforme, folicular, acantomatoso, de células granulares, desmoplástico, periférico y uniuquístico. En cuanto a la localización, 210 eran de mandíbula siendo la rama ascendente mandibular la región más afectada y 29 eran de origen maxilar siendo más frecuente también, en su región posterior. En 182 casos se realizaron una biopsia preoperatoria de confirmación y en los 57 casos restante no. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre realizar o no biopsia preoperatoria y las recidivas tumorales. En 22 pacientes se realizó una resección segmentaria mandibular o maxilectomía, con 1 (4,5%) caso de recidiva; en 43 pacientes se realizaron una resección con márgenes de seguridad, con 5 (11,6%) casos de recidivas; y en 174 casos se llevo a cabo un tratamiento conservador (curetaje o enucleación), con una tasa de recurrencia más alta de 51 (29,3%). Por consiguiente, sí se encontraron resultados estadísticamente significativas entre el tipo de tratamiento y la tasa de recurrencia tumoral. Asimismo, al relacionar estadísticamente el tipo histológico y la modalidad del tratamiento con el riesgo de recurrencia se evidenció también una clara asociación significativa. En cambio no se encontró asociación estadística con la edad del paciente, localización tumoral o realizar o no biopsia preoperatoria. Para muchos autores una recidiva tumoral refleja un fallo en el procedimiento quirúrgico primario. Un tratamiento conservador como un curetaje o excisión tumoral sin márgenes óseos de seguridad no están recomendados en los ameloblastomas más agresivos como los foliculares, granulares o acantomatosos. Para muchos autores el margen óseo de seguridad recomendado es de 1,5-2 cm. Asimismo, los tipos histológicos uniuquísticos, desmoplásticos o plexiformes tienen menor capacidad de recurrencia y por lo tanto el tratamiento puede ser menos agresivo. En conclusión se recomienda una resección tumoral con margen de seguridad como la mejor modalidad de tratamiento quirúrgico de la mayoría de las ameloblastomas.