

ARXIU S D'ODONTOLOGIA

VOL. I

MAIG DE 1933

N.º 2

TREBALLS ORIGINALS

EPULIS Y SARCOMAS DE LA MANDÍBULA

por el Prof. Dr. D. A. A. Ferrer y Cagigal
Ex-Decano de la Facultad de Medicina de Barcelona.

El nombre de *epulis*, significa *sobre, encima de, saliente*, y suele presentarse bajo la forma de un mamelón o papilla excrecente en el borde del maxilar, ya ocupando el centro de una cicatriz alveolar consecutiva a extracción o caída dentaria, ya en el borde de la mucosa gingival de revestimiento, o bien inserto en el mismo periostio alveolo-dentario. A veces son *poliposos* o pediculados, en muchas ocasiones ligeramente *sesiles*, pero con la base de implantación ancha y sagrantes al menor contacto; de color rosado vivo o rojizo y generalmente indoloros, la consistencia variable, a veces duros como fibroides, otras, las más, blandos y deprimibles a la presión; como veremos, la consistencia depende de su estructura.

Estos tumores tienen predilección por el sexo femenino; según la estadística de PETERS, de 167, 49 pertenecen a varones y 118 a hembras. En 28 observaciones de PARTISCH, 25 fueron de hembras por 3 sólo de varones.

En 10 casos observados personalmente: 7 fueron en muje-

NOTA.—Rescapitulación de la Conferencia desarrollada en la Academia Odontológica de Cataluña el día 17 de febrero.

De acuerdo con el autor hemos adjuntado entre las ilustraciones de este trabajo unos modelos y fotos de la colección del Dr. Carol reproduciendo algunos de los aspectos que los *epulis* suelen presentar desde el punto de vista clínico.

res y 3 varones. Según GUNYERT, el embarazo favorecía la producción de épulis, y de allí la frecuencia en el sexo femenino.

La mayor parte de autores que estudian estos tumores, los sitúan, por orden de frecuencia, a nivel del segundo molar inferior, luego en los premolares inferiores, estando todos de acuerdo en ser mucho más frecuentes en el maxilar inferior que en el superior. De los observados por mí, excepción de uno en el ma-

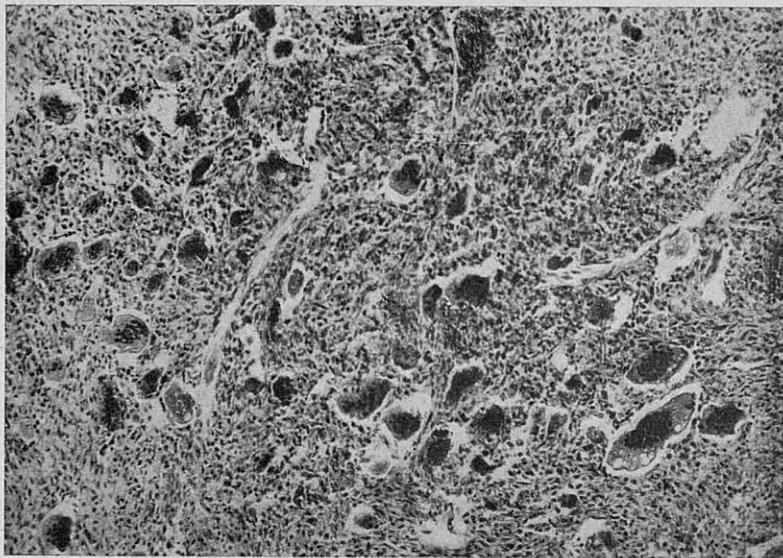


Figura 1. - Sarcoma osteoclástico.

xilar superior, todos los restantes fueron del maxilar inferior, siendo variable el molar de implantación, pues 2 de mis observaciones correspondían al molar del juicio.

Formas anátomo-patológicas.—Se describen en los tratados clásicos, muchas variedades de épulis, siendo de los tumores que mayores discrepancias originan entre los anátomo-patológicos y apareciendo englobados en ellos desde el *granuloma*, neoformación de origen o reacción bacteriana, hasta formas de *epiteliomas*, que nada tienen que ver con estas formaciones de tipo *conjuntivo-embriionario*.

Dos, son las variedades principales: el *épulis duro*, el *fibroso* que constituye un tipo de sarcoma fuso-celular con estroma

conjuntivo duro y a veces con abundante infiltración leucocitaria y el llamado *blando* o *encefaloide* en los que se encuentran como factor fundamental las células de *mieloplaxias* u *osteoclastos*; es decir, las gigantes, de núcleo múltiple o con gibosidades; de 60 a 100 micras acompañados de intensa infiltración leucocítica, de tipo mononuclear, con abundantísimos vasos, cuya estructura sólo endotelial, permite su fácil ruptura, con la consiguiente hemorragia y transformación hemoglobínica, que a veces les da un color parduzco, ocreado o vino-

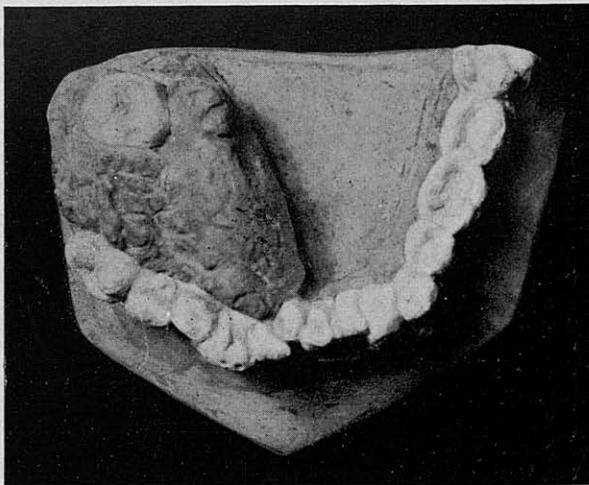


Figura 2. - Epulis. Histológicamente: sarcoma osteoide con mieloplaxias.

(Observación del Dr. Carol).

so, creando un centro o cráter del tumor; el estroma, a veces blando, presenta degeneración mucoide, lo que les da su blandura característica.

Las *células gigantes*, son de contornos irregulares con algunas zonas apuntadas y angulosas por las que se fijan a los elementos colindantes, presentan 20 ó 30 núcleos, todos agrupados en el centro y en algunos acumulados en un extremo distante del mismo. También se observan abundantes vacuolas e inclusiones de leucocitos, algunos hematies, fragmentos de los mismos o restos epitélicos. Los demás, elementos celulares, son pequeños cianófilos y con grueso núcleo en proporción a su volumen.

Sobre el origen de estas *células gigantes* no están de acuerdo los anatómo-patólogos; la opinión dominante es la de ser elementos osteoclasticos de tipo sinticial, que tienen la propiedad de fragmentarse y descomponerse en pequeños elementos

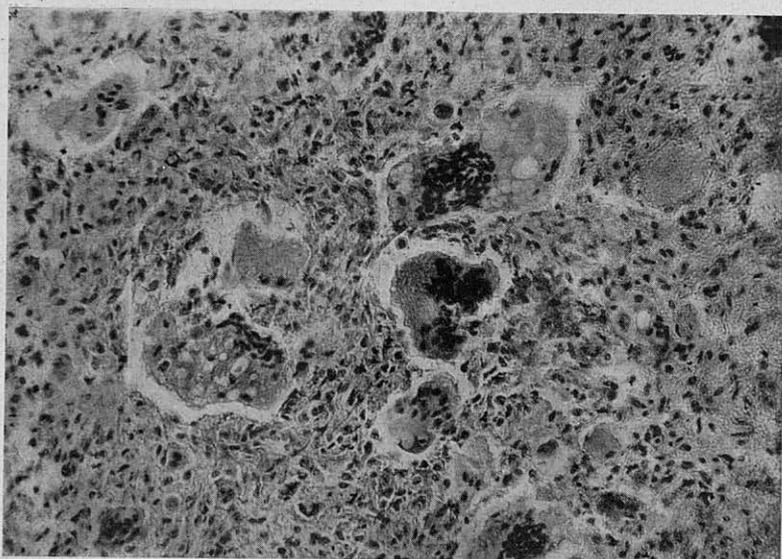


Figura 3. - Sarcoma osteoclástico.



Figura 4. - Epulis osteoide.

que poseen propiedades líticas, como las que tuvieron de formadores osteínicos, sobre cuya secreción se precipitaron sales cálcicas y de ahí la frecuencia de zonas osificadas en el seno de esos tumores.

La característica *diagnóstica*, que sirve a su vez de base al *pronóstico* de esas neoplasias, es la presencia de estas *células mielopláxicas*, que le dan su carácter de *atipismo* o *embrionarismo* y, por ende, de poder generalizante.

Es por esto que se confunden los verdaderos épulis, con neoplasias de tipo osteoide o condroide, con odontomas, con fibromas o epitelomas a veces con simples granulomas infecciosos; y es muy importante su buen *diagnóstico*, pues el *pronóstico* está en relación con su estructura, ya que un fibroma, condroma, etc., así como un granuloma, extirpado por cualquier procedimiento, bien sea quirúrgico o químico, no se reproducirá, y en cambio, en el epulis verdadero es casi segura su recidiva, así como la casi constante tendencia metastásica.

Es muy demostrativo el hecho bien controlado, de las adenitis satélites de los épulis; así puede verse en las historias clínicas que presento y ello explicaría su recidiva con crecimiento lujurante, en los casos intervenidos.

A continuación y antes de describir los casos clínicos, exponemos algunas opiniones sobre el concepto de estas neoplasias:

SCUDDER, afirma que el epulis es un tumor fronterizo entre la inflamación y el neoplasma. BLAIR-IVY afirma que el fibroma es la forma que domina en el épulis. S. V. MEAD dice que, según su experiencia, el tipo de células gigantes es más abundante que el tejido fibroso. Para MASSON, el épulis es un tumor del *mesenquima* que lo mismo pueden crear hueso que destruirlo. TRIPIER, estima como épulis sólo las sarcomas de tipo osteoclástico.

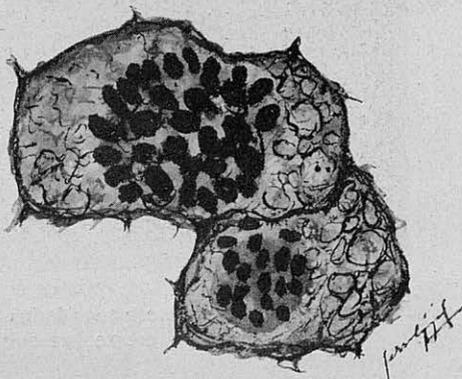


Figura 5. - Policariocito en división.
Epulis osteoclástico.

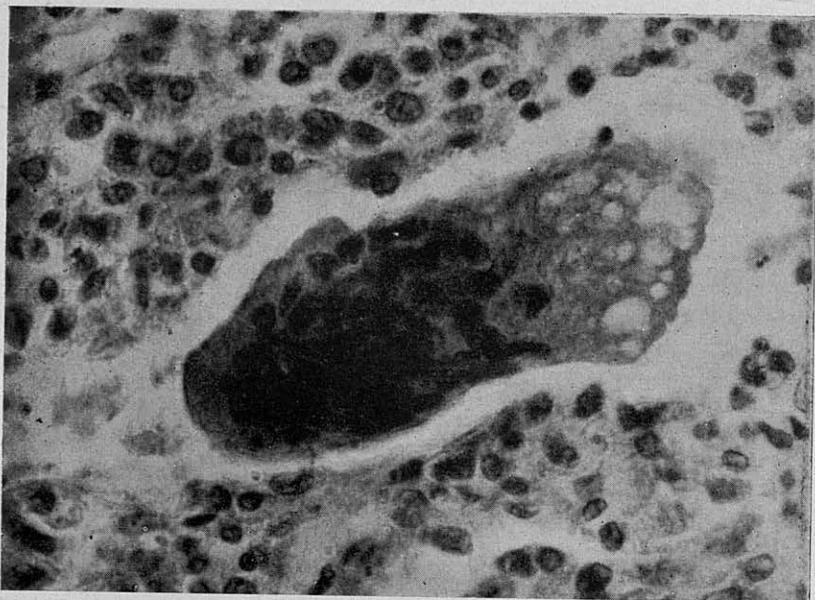


Figura 6. - Célula gigante osteoclástica (núcleos agrupados en masa e irregularmente, presencia de vacuolas).

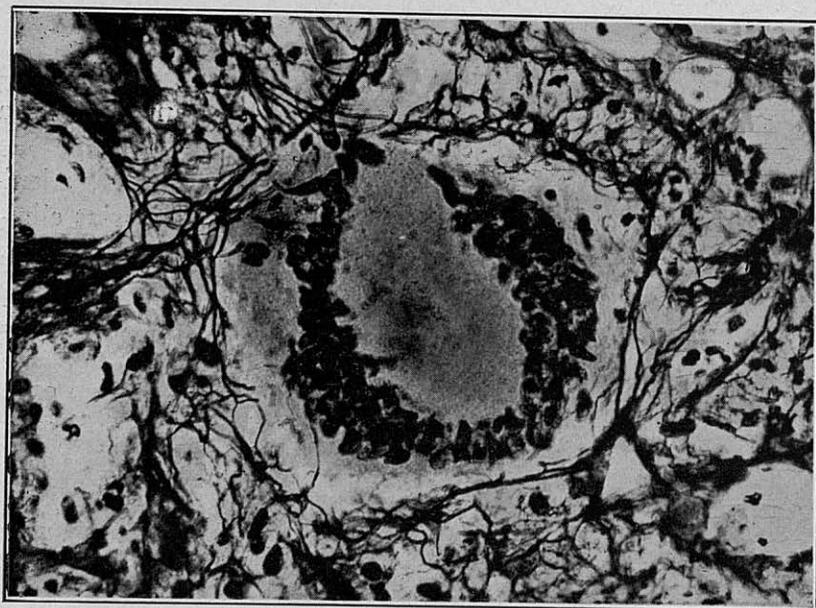


Figura 7. - Célula gigante tuberculosa (núcleos en corona situados periféricamente).

Nosotros consideramos dos tipos el benigno o *fibroide*, en ocasiones *osteoide*, duro pequeño de crecimiento lento, no sangrante que no recidiva si se extirpa y que no metastatiza, y el *épulis de osteoclastos*, blando, sangrante, recidivante y sembrador de ganglios, que se generaliza y puede terminar con la vida del enfermo; su exacto diagnóstico no se puede dar sin el análisis micrográfico, *la biopsia*.

HISTORIAS CLINICAS

Enferma: doña NIEVES J.

Natural de Santa María del Estany. Provincia de Barcelona. De 21 años, casada, de profesión tejedora. Ha residido en su pueblo y en Monistrol.

HISTORIAL PATOLÓGICO

Antecedentes familiares: padre, muerto a los 50 años, de cirrosis hepática, con un cuadro de hipertensión portal. Madre, vive. Tiene 50 años y está sana. Han sido seis hermanos. Tres viven sanos. Uno ha muerto a los 14 meses, de difteria; otro nace muerto, y un aborto de fecha imprecisa.

Antecedentes individuales: nació a término y fué criada por su madre. Matrimonio a los 24 años. Tres embarazos; los tres llegan a término y viven sanos. Un aborto de tres meses. Mastitis supurada, después del primer embarazo. Nunca ha estado enferma antes de ahora.



Figura 8. - Epulis. Histológicamente: fibroma fasciculado. (Observación del Dr. Carol).

Ingresa en la clínica por trastornos atáxicos sucesivos a una melitococcia y una marcha atáctico-parética.

Hace aproximadamente tres meses que nota la aparición de una pe-

queña tumoración en la encía izquierda inferior, entre el canino y el primer molar.

Esta tumoración no es dolorosa, sangra con facilidad y en algunas ocasiones parece estar más o menos distendida.

Se aprecia una neoformación del tamaño de un garbanzo, de color

rojo, más vivo que el del resto de la encía, de aspecto redondeado y de contornos que se pierden en la pared externa del maxilar inferior.

Los molares primero y segundo se encuentran destruidos por graves lesiones de caries que, según manifiesta la enferma, han ido fragmentando las piezas dentarias hasta la actualidad, en que no han dejado sino unos pequeños vestigios rasantes con la superficie de la encía y perdidos en una proliferación

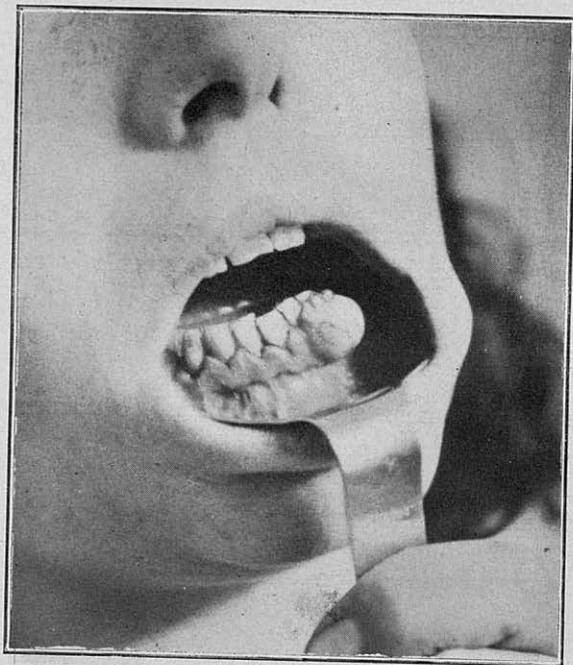


Figura 9. - Epulis. Histológicamente: fibroma, con reacción epitelial papilomatoide.

(Observación del *Dr. Carol*).

inflamatoria gingival, que los rodea y les sumerge en una zona de gingivitis y de piorrea alveolar.

Esta tumoración es interpretada como un epulis muy vascularizado que por su blandura, falta de ganglios infartados y limitación, parece ser de un tipo sarcomatoso.

Realizado el examen histopatológico, resulta:

Tumor formado por grandes células mielopláxicas, de 60-70 micras de diámetro, polinucleadas y con restos hemáticos con vacuolas.

La masa intersticial está formada por agrupamientos de pequeñas células de núcleo voluminoso intensamente cianófilas flotantes en un

magma conjuntivo ligeramente fibrilado y con la presencia de algunos elementos osteoblásticos.

Progresó su cuadro atáxico-parético; la enferma muere, encontrándose metástasis sarcoides en pulmón y mediastino.

* * *

Enfermo: NARCISO S.

De 37 años, casado, de profesión alguacil. Sin antecedentes familiares, ni personales, dignos de mención. Vive en un pueblo de la provincia de Barcelona, muy sano; desempeña en él su profesión desde hace 8 años.

Después de una caries del 2.º molar izquierdo inferior, inveterada, presenta un ligero flemón y se le aconseja la extracción de la pieza enferma, que se realiza sin novedad, dando lugar a una perfecta cicatriz. A los dos meses, le extraña la facilidad con que sangra la cicatriz al comer y entonces advierte la existencia de un pequeño mamelón, sobre el borde maxilar, en la cicatriz alveolar.

Por un odontólogo le es cauterizado con nitrato de plata, y después con el termo-cauterio, la citada neoformación.

Intervenido por un cirujano, le es extirpado el tumor, con diagnóstico de *Epulis maligno*.

Lo veo a los tres meses, con una reproducción de la neoplasia, con ganglios submaxilares y parotídeos.

Se practica una nueva extirpación y aplicaciones de radium, a pesar de lo cual, la cicatriz se hace sarcomatoide y los ganglios aumentan de volumen, generalizándose la poliadenitis y presentándose fenómenos de intoxicación general así como de compresión del paquete vículo-nervioso del cuello, y de la tráquea. El enfermo muere, a los dos años de iniciado el proceso, en caquexia.

* * *

Enferma, D.^a TERESA I.

Natural de La Garriga, provincia de Barcelona. De 21 años, soltera. Profesión: tejedora. Ha residido siempre en Las Franquesas y en La Garriga.

HISTORIAL PATOLÓGICO

Antecedentes familiares: Madre fallecida de neoplasia laríngea. Padre vivo, con trastornos deficitarios mentales, con marcada disminución de la agudeza visual (probable neuritis óptica).

Antecedentes individuales: Lactancia materna. Destete a los 15 meses. Desarrollo físico y psíquico, al parecer, normal.

Enfermedades anteriores: Sarampión, de pequeña; bronquitis grave, en la infancia. Dificultades para respirar por la nariz, que la obligan a una intervención endonasal. Tos intensa, de tipo coqueluchoide, desde el mes de abril de 1925.

Ingresa en la clínica por una serie de accesos de disnea paroxística, de tipo asmatoide. A los varios años de permanecer en ella por estos accesos, se aprecia la existencia de una neoformación que es diagnosticada de *epulis del maxilar superior*.

Esta enferma presenta en la cara anterior de el borde gingival del maxilar superior izquierdo, una tumuración recubierta de mucosa bucal, que desciende por encima de los incisivos desde la línea media hasta el canino. Esta tumuración es indolora, no sangra y es sumamente dura, como de consistencia ósea. No determina ninguna molestia especial.

Su aparición data de unos tres años, desde que la enferma se encuentra hospitalizada en el Clínico, en donde ha permanecido durante seis años a consecuencia de varios procesos patológicos que determinan accesos extraordinariamente intensos de asma esencial, de los que fallece durante el año 1932.

Esta enferma, cuyo proceso asmático ha sido tratado en los servicios del Dr. A. Pedro Pons y en el mío, ha ofrecido características clínicas que ocuparían por sí solas una exposición en conferencia.

Se calculan en unas 50 mil las inyecciones de morfina que ha recibido y en número aproximado las de otras medicaciones calmantes: adrenalina, atropina, etc.

En cuanto a su *épulis*, no dió margen a ninguna complicación; permaneció estacionario durante todo el tiempo en que pudimos observarla y al morir la enferma, su tamaño era sensiblemente el mismo que había presentado durante los últimos meses.

El examen anátomo-patológico revela la existencia de una formación de carácter paradentario, cuyo valor histológico es el siguiente:

Fibrosarcoma con osteoclastos, con una considerable proliferación conjuntiva, representada por un tejido rico en células fusiformes (no de tipo encefaloide) y algunos fibroblastos.

La enferma muere de una miocarditis, sin que el tumor se hubiese modificado.

* * *

Enferma, D.^{ña} NARCISA C.

Natural de Camprodón, provincia de Gerona. De 23 años de edad. Estado, soltera. Profesión, dependienta. Ha residido en Camprodón hasta los 14 años de edad y el resto de su vida en Barcelona.

HISTORIAL PATOLÓGICO

Antecedentes familiares: Padre, vivo; tiene, actualmente, 77 años de edad y se encuentra afecto de litiasis renal. Madre, vive; tiene 52 años y se encuentra afectada de una probable nefritis hidropígena con albuminuria. Han sido 10 hermanos, de los que viven seis. Dos mueren en la infancia, ignorándose la causa. Otro de apendicitis y el último a consecuencia de un trauma psíquico?

Antecedentes individuales: Nació a término. Fue criada por su nodriza. Tuvo la primera menstruación a los 13 años y después un tipo catamenial de 30/2-3, con ligera dismenorrea. No recuerda haber padecido enfermedad ninguna, a no ser la roseola, en la infancia, a los 6 ó 7 años. Alimentación ordinaria, sin abuso de licores o de alcohol, ni café, ni picantes. Ligero estreñimiento durante toda su vida.

Comienzo y evolución de la enfermedad actual: En marzo de 1931 notó que un molar del maxilar inferior, el de la parte izquierda, precisamente, estaba afecto de caries y que no tenía solidez sobre la base gingival.

Permaneció así unos seis meses, notando una molesta halitosis y al mismo tiempo dolor en la pieza dentaria, al masticar.

Resolvió visitar un odontólogo, quien practicó una extracción de la pieza enferma, siendo la intervención laboriosa, por no poder realizar

una anestesia, lo cual provocó intensos dolores y al mismo tiempo una copiosa hemorragia.

Al día siguiente notó la aparición de una tumuración en la parte lateral del cuello y en la del maxilar inferior. Esta tumuración desapareció a las 24 horas, con la aplicación de compresas húmedas calientes.

Exploración: Permaneció sin ninguna molestia subjetiva hasta el mes de mayo de 1932, en que apareció una distensión en la región maxilar inferior izquierda que, vista por un facultativo, es tratada con nuevos fomentos calientes que la hacen desaparecer. Al mismo tiempo, advierte la presencia de una tumuración de consistencia ósea en la rama horizontal del maxilar izquierdo que, según la enferma, debió pasarle desapercibida, por no haberle determinado molestia alguna.

Sólo dice, que era su costumbre masticar los alimentos por el lado derecho, a causa de la ausencia de molares en el lado izquierdo, pero no por dolor.

Desde el mes de mayo de 1932, que está sometida al plan facultativo de un odontólogo, no habiendo observado mejoría ninguna, a no ser, quizás, alguna disminución del volumen de la tumuración.

Se trata de una enferma de pequeña estatura, dorso abombado y cara ligeramente leonina con una deformación de los huesos de la nariz y con tisis del globo ocular derecho, lo que le obliga a llevar un ojo de cristal.

Se queja de la existencia de una tumuración en la rama horizontal del maxilar inferior, que se aprecia al palpar esta región por encima de la mejilla, en forma de una gruesa formación fusiforme, muy dura, con un borde superior libre y en forma de cresta, y cuya parte inferior se confunde con la rama horizontal del maxilar inferior. Su aspecto es el de una serie de mamelones rojos, recubiertos de mucosa bucal que en algunos puntos es blanda y que en la parte central parece ulcerada o por lo menos es de color blanco y con el aspecto de una superficie aftosa. *No existen ganglios.*

Se extrae un fragmento de estos mamelones (operación que resulta indolora), que analizado en el Laboratorio de Anatomía Patológica resulta ser un *epulis* o *sarcoma de mieloplaxias*.

Esta neoplasia, es un sarcoma de células gigantes, con grandes osteoclastos, con núcleos, muy numerosos. Este tumor es sangrante y se aprecian en él, a simple vista, puntos equimóticos. Toda la rama del maxilar, aparece como engrosada por su parte externa, principalmente, confundándose insensiblemente, con los relieves libres intrabucales del

tumor. Este ocupa toda la cara superior de la rama horizontal del maxilar, y sus relieves se extienden desde el ángulo del hueso hasta el tercio anterior, a nivel de los incisivos.

El día 12 de enero de 1933, se hace una radiografía de maxilar, en normas frontal y parietal, apreciándose en este último rontgenotipo la existencia de una zona amplia del maxilar inferior izquierdo con una producción de tejido parecida al hueso y que dibuja varias ondulaciones en su extremo libre.

La enferma es operada por el Dr. Trías y dada de alta con perfecta cicatrización.

BIBLIOGRAFIA

TRIPPIER. *Anatomie Pathologique.*

MASSON, *Precis de Diagnostique Neoplasique.*

L. ASCHOFF, *Anatomía Patológica General.*

PREISWERK, LANDETE, ROZABAL, *Atlas y tratado de estomatología y odontología.*

CAJAL Y TELLO, *Anatomía Patológica.*

Resumé

L'auteur désigne comme principales variétés, l'épulis dur et fibreux et le mou en céphaloïde, dont la caractéristique principale est la présence de cellules géantes ou myéloplaxes avec leur polinucleïsme de distribution irrégulière, circonstance qui les différencie des cellules de Langue avec leurs noyaux en couronne périphérique.

Ces cellules sont celles qui déterminent la caractéristique diagnostique et sont base du pronostic car elles lui donnent son caractère d'atypisme et pouvoir métastisant.

La variété fibreuse qui est quelquefois ostéoïde, est bénigne et non récidivante; au contraire l'épulis d'ostéoclastes, mou et saignant qui est semeur des ganglions, récidivant et doué de pouvoir métastatique, peut finir avec la vie du malade.

Zusammenfassung

Der Verfasser bezeichnet als Hauptarten die harte, fibröse und die weiche oder encefaloid Epulis deren Hauptcharakteristik die Anwe-

senheit von Riesenzellen oder Mieloplaxien ist, mit der unregelmässigen Verteilung ihres Polinukleismus, durch welchen Umstand sie sich von den Languezellen, mit ihren Kern in peripherischer Krone, unterscheiden,

Diese Zellen sind es, welche die diagnostische Charakteristik bestimmen und die Basis der Prognose bilden, denn sie geben ihr den Charakter des Atypismus und ihre metastisierende Kraft.

Die fibroide, gelegentlich osteoide Varietät ist gutartig und nicht rezidivierend; wogegen die Epulis der Osteoklasten, weich und blutend, die Ganglien verbreiten, rueckfallend und mit einer metastatischen Kraft versehen sind, denn sie kann leicht zum Tode des Kranken fuehren.

Summary

The author points to the principle varieties: hard, fibrous Epulis, as well as to the soft or encefaloid, the principle characteristic of which is the presence of giant cells or mieloplaxies, with their polinucleism of irregular distribution, which distinguishes them from the Langue's cells with their nuclei forming a peripheric crown.

These are the cells that determine the diagnostic characteristic and give the basis of the prognosis, for they give its character of atipism and metastising power.

The fibroid variety, that is at times osteoid, is benign and is not recidivant; whereas, on the contrary the osteoclastic epulis soft and bleeding, that provokes ganglions, recidivant and of metastasic power, may result in the death of the patient.

Astringent-Cicatritzant-Analgèsic

TRES QUALITATS DE
L'ANTISÈPTIC DENTAL

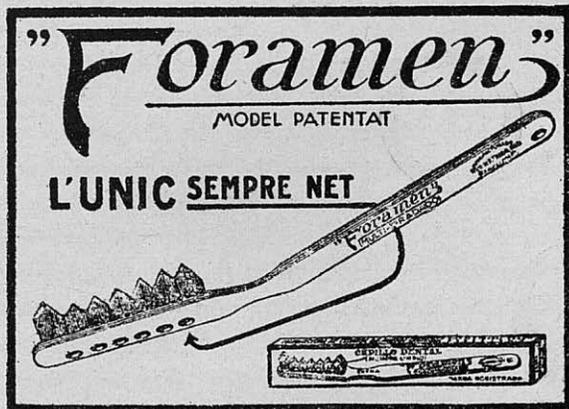
“EVIDOL”



MOSTRES A DISPOSICIÓ
DELS PROFESSIONALS

Rosselló, 295.- J. DONAT.- Telèfon 79752

De qualitat i tècnica immillorable és el raspallet dental



FABRICAT EN TRES TIPUS
INFANTIL - SUAU - FORT