

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
Facultad de Odontología

LAS PROTESIS COMPLETAS TRAUMATIZANTES COMO CAUSA DE  
LESIONES EN LOS TEJIDOS BLANDOS BUCALES

por

HERNAN CORTES MESEN

Tesis de Grado, presentada a la Facultad de Odontología  
para optar el Título de Doctor en Cirugía Dental.

1957

Padrino de Tesis:

Dr. Rolando Chaves Arguedas

Universidad de Costa Rica

Especialista en Cirugía Oral

Universidad de Columbia, N.Y.

U.S.A.

Asesor de Prótesis:

Dr. Fernando Arguedas Ocampo  
Departamento de Prótesis  
Universidad de Costa Rica

Exámenes Histopatológicos:

Dr. Rodolfo Céspedes  
Laboratorio de Patología  
Hospital Central del  
Seguro Social.

Con todo cariño, dedico este  
trabajo a mis queridos padres.

Mi sincero agradecimiento:

Al Dr. Rolando Chaves A.  
por su gran empeño, y bajo  
cuya dirección y sabios  
consejos, ha sido posible  
hacer este trabajo.

Al Dr. Hernán Bolaños U.  
por todas las facilidades  
que nos dió, permitiendo  
la atención de nuestros  
pacientes en la Clínica  
Dental del Seguro Social.

Al Dr. Fernando Arguedas O.  
por su asesoramiento en la  
parte protésica de este tra-  
bajo.

## INDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCION.....  | 3  |
| LAS PROTESIS COMPLETAS COMO CAUSA DEL TRAUMATISMO.....               | 6  |
| LESIONES PROVOCADAS POR LAS DENTADURAS COMPLETAS TRAUMATIZANTES..... | 13 |
| 1) IRRITACIONES E INFLAMACIONES.....                                 | 13 |
| 2) ULCERAS TRAUMATICAS.....  | 17 |
| 3) ALERGIAS POR CONTACTO.....  | 18 |
| 4) HIPERTROFIAS E HIPERPLASIAS.....                                  | 20 |
| 5) FIBROMA.....  | 32 |
| 6) PAPILOMA.....   | 35 |
| 7) LEUCOPLASIA.....  | 40 |
| LAS DENTADURAS COMPLETAS COMO CAUSA DEL CARCINOMA BUCAL.....         | 47 |
| BIOPSIAS Y OTROS METODOS DE DIAGNOSTICO.....                         | 50 |
| RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO ANTE EL CANCER BUCAL.....             | 56 |
| CASOS CLINICOS.....  | 61 |
| RESUMEN.....   | 89 |

BREVE COMENTARIO SOBRE UNA SERIE DE CASOS PRESENTADOS POR LA  
DRA. VALDERRAMA C. EN SU TESIS "IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA EN  
PATOLOGIA ORAL".....92

CONCLUSIONES.....95

BIBLIOGRAFIA.....97

## I N T R O D U C C I O N

La observación diaria, tanto en las Clínicas Dentales de los Hospitales como en los Consultorios de los Profesionales en Odontología, demuestra que gran cantidad de pacientes anodónticos se presentan con lesiones diversas en la cavidad oral. Estas alteraciones son en su mayoría motivadas por traumatismos de las dentaduras artificiales completas, y pueden ser benignas y malignas.

El propósito de este trabajo es estudiar el porqué las prótesis bucales completas producen traumatismos y las diferentes lesiones, que por esta causa se presentan en los tejidos blandos de la boca.

Primero haremos una breve exposición sobre las faltas de técnica en la construcción de las dentaduras completas, que pueden motivar defectos que luego producen traumatismos e irritaciones. Al mismo tiempo insistiremos en la importancia que tiene el hecho de que el profesional examine cuidadosamente las dentaduras antes de entregarlas, y de que advierta al paciente el peligro que significa para él, soportar una prótesis defectuosa o usar una dentadura por muchos años sin la consulta periódica al Odontólogo.

Trataremos luego de describir una a una las distintas lesiones que se presentan en la boca como causa de las dentaduras traumatizantes, así como los tratamientos a seguir en cada una de ellas, comenzando por la irritación y la inflamación y terminando con la leucoplasia, que será considerada como lesión precancerosa.

Luego veremos rápidamente a las placas completas traumatizantes como factor etiológico del carcinoma bucal.

Mencionaremos además, la importancia de las biopsias, de la radiografía y de la fotografía, como elementos indispensables en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones bucales; y agregaremos algunos comentarios sobre la responsabilidad del Odontólogo, ante el diagnóstico de los neoplasmas malignos.

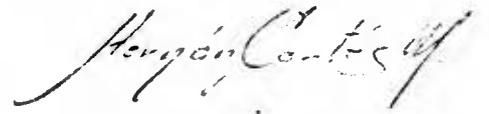
Finalmente presentaremos una serie de casos clínicos en los que pudimos comprobar la acción traumatizante de las dentaduras completas y sus consecuencias en los tejidos blandos bucales.

No ha sido nuestro propósito al hacer este trabajo, entrar en investigaciones científicas, ni encontrar lesiones nuevas, sino más bien aclarar y ordenar una serie de conceptos ya existentes sobre este problema de las prótesis bucales traumatizantes y sus resultados.

Los casos clínicos aquí presentados fueron atendidos en el Departamento Dental del Hospital Central del Seguro Social, en la Clínica de la Escuela de Odontología, y en la Clínica de Cirugía Bucal del Dr. Rolando Chaves A.- A todos los pacientes se les intervino quirúrgicamente, haciendo biopsias en todos los casos en que la creímos necesaria, y a aquellos que colaboraron se les controló la nueva prótesis construída posteriormente al tratamiento. Además de examen e historia clínica en algunos de los casos fué posible tomar fotografías en color, así como modelos, antes y después del tratamiento.

Nuestro mayor anhelo es que todo el que lea este trabajo, en-

cuentre datos que le sean interesantes y útiles, y que a la vez sepa comprender que si bien no está ante un avanzado estudio científico, si se trata de un trabajo hecho con cariño y deseo de servirle mejor a nuestros pacientes.



## LAS PRÓTESIS COMPLETAS COMO CAUSA DEL TRAUMATISMO

De acuerdo con nuestro estudio las faltas de técnica o defectos en las prótesis completas son los causantes de toda una serie de lesiones en los tejidos blandos de la boca del paciente.

Estas lesiones que pueden ser benignas o malignas, van desde la simple irritación de la mucosa, hasta la leucoplasia considerada como lesión precancerosa. No es raro encontrar también el carcinoma, pero dichosamente es poco frecuente.

Cierto es que la mayor parte de estas lesiones son benignas y de tratamiento fácil, pero si el paciente soporta el traumatismo o molestia que la prótesis le produce y no acude al consultorio del Odontólogo, aquella lesión puede evolucionar pasando a ser una neoformación maligna. Es importante notar que esa evolución de acuerdo con diversos factores puede ser muy lenta, pero también puede ser muy rápida, de modo que cuando el Odontólogo o el Médico hacen el diagnóstico, éste es tardío.

Está probado (1)(2)(3) que uno de los factores más importantes en la etiología de las neoformaciones benignas y malignas de la cavidad bucal, es el traumatismo. Nosotros señalaremos aquí las distintas causas que hacen que las dentaduras artificiales completas produzcan traumatismos.

### Dentaduras mal ajustadas.-

Una placa mal ajustada es una placa que por uno u otro motivo carece de adhesión y estabilidad, no teniendo retención y quedando por lo tanto floja en la boca del paciente.

Estas dentaduras se mueven en todo sentido y el paciente puede manejarlas pero para ello ha de valerse de gran habilidad.

Durante los distintos movimientos masticatorios la placa roza constantemente los tejidos que la soportan produciendo en ellos una acción traumática continua que los irrita y los inflama.

Este traumatismo al ser soportado por el paciente, logra después de un tiempo, que como dijimos puede ser corto o largo, producir sobre esos tejidos las diversas lesiones a que nos referiremos más adelante.

Las dentaduras pueden quedar flojas por distintos motivos. Es posible que por malas técnicas seguidas durante la construcción de la prótesis, ésta desde nueva quede floja y si el paciente no se presenta más a consulta, la dentadura es usada a pesar del defecto. Por otra parte puede ser que la placa haya sido bien construída pero que después de varios años de uso haya habido variaciones lógicas en los tejidos que la soportan y entonces la dentadura ya no tiene retención, convirtiéndose en una placa mal ajustada.

#### Dentaduras mal balanceadas.-

En las prótesis mal balanceadas las presiones masticatorias están desigualmente distribuídas de modo que, no hay balance durante la masticación. Estas dentaduras hacen que el tejido que les da soporte sufra más presión en unas zonas que en otras; las zonas más presionadas soportan una fuerza anormal que se convierte en un constante traumatismo, causante a su vez de lesiones diversas.

Los motivos de este defecto también son varios. Primeramente tenemos aquellos casos en que se le construye al paciente una placa total, ya sea superior o inferior, faltándole en la arcada opuesta un número regular de piezas naturales no repuestas, por lo que el paciente al morder ejerce presión únicamente donde tiene piezas naturales. El caso típico es el de los pacientes que usan placa total superior teniendo en boca los anteriores inferiores naturales, estando sin reponer los posteriores inferiores.

Luego está el caso del paciente que al construirse su placa tiene sus piezas opuestas completas pero que deja pasar mucho tiempo y pierde algunas de sus piezas naturales, quedando en idéntica condición que los casos antes citados.

Finalmente tenemos el caso en que las prótesis son articuladas defectuosamente y entonces hay piezas que ocluyen primero que otras, trayendo con ello el desequilibrio en las presiones masticatorias.

#### Dentaduras con aletas largas.-

Cuando las aletas de la dentadura son largas en exceso, ocasionan severas molestias al paciente ya que traumatizan y a veces ulceran los tejidos blandos tanto del surco vestibular, como del surco lingual, en las inferiores. Es difícil, aunque no imposible, que pase desapercibido este defecto de la prótesis ya que la mayor parte de las veces el paciente regresará al consultorio, dado el dolor que siente.

Sin embargo no faltan pacientes que soportan el dolor, o pa-

san días sin usar la dentadura para que las úlceras desaparezcan y ceda la inflamación; luego vuelven a usar la placa y aparecen de nuevo las lesiones.

Naturalmente que el tejido sometido a este intenso traumatismo presenta primero lesiones sin importancia, pero luego pueden degenerar en lesiones más serias.

#### Dentaduras con bordes agudos y ásperos.-

Aunque la dentadura no tenga largas las aletas y esté bien ajustada, si presenta bordes agudos, filosos o con asperezas, los tejidos del surco vestibular y del surco lingual, sufren traumatismos e irritaciones que molestan bastante al paciente.

Las causas del caso anterior, pueden ser: defectos en el pulido de los bordes de la dentadura y también culpa del paciente que no regresa a la consulta en demanda de examen de la prótesis que le molesta.

#### Asperezas e irregularidades en superficie interna de la Dentadura.-

A menudo las placas presentan en su superficie interna una serie de burbujitas y asperezas que al hacer contacto con la mucosa bucal y bajo la presión masticatoria, traumatizan los tejidos y ocasionan molestias. En este caso también se debe examinar cuidadosamente la dentadura para evitar que el paciente la use con esos defectos. Pueden ser también descuido del paciente que no da importancia a las molestias que le ocasiona la placa.

Cámaras de succión.-

Hoy día, y de acuerdo con los avances de la prótesis, no se justifican las dentaduras con cámaras de succión. Esto lo decimos porque una prótesis construída con buena técnica, sobre todo un sellado periférico perfecto, debe tener la suficiente retención y adhesión necesarias, no justificándose por lo tanto que presente cámara de succión.

Estas cámaras de succión por lo general son empíricamente hechas, y la succión que hacen si bien puede ayudar a la retención, ocasiona enorme irritación sobre la mucosa palatina que luego presenta gran cantidad de lesiones. Indudablemente que en estos tiempos son pocas las dentaduras que tienen cámaras de succión. El problema más que todo está en el paciente que es atendido por empíricos, o bien que conserva una dentadura hecha muchos años antes, y no se preocupa por sustituirla.

Post Daming mal hechos.-

El post daming o zona de sellado posterior, muchas veces no es construído de acuerdo con las buenas técnicas, sino que lo que se hace es una ranura profunda en el modelo de yeso, de modo que luego la dentadura lo que presenta en su borde posterior es un saliente agudo que se incrusta en los tejidos blandos del paladar ocasionando diversas lesiones.

La responsabilidad recae sobre todo en la mala técnica en la construcción del post daming, ya que es difícil que el paciente note alguna molestia en estos casos.

Torus Palatino no aliviado.-

Algunos pacientes presentan torus palatino muy desarrollado y al construirseles la dentadura, no se tiene el cuidado de aliviar esa zona del paladar para que la prótesis no traumatice. Si no se alivia, la dentadura lesiona el torus ejerciendo gran presión traumática.

Es bueno notar que también debe ponerse interés y cuidado con los torus mandibulares ya que pueden presentar el mismo problema que el palatino, en lo que a la construcción de las dentaduras se refiere.

Mordida cruzada.-

Hemos dejado como último aspecto el caso de los pacientes con mordida cruzada. Algunas veces las dentaduras completas para estos casos, son mal articuladas, o bien las molares posteriores inferiores, que en estos casos cruzados quedan salidas hacia vestibular, presentan cúspides agudas de modo que el paciente durante los movimientos masticatorios constantemente se muerde la cara interna de la mejilla. Sin embargo esto es muy raro verlo, y más raro aún que ocasione alguna lesión. De todos modos hay que tener cuidado de que eso no suceda.

Como hemos visto, en las diversas causas que hacen las dentaduras completas traumatizan los tejidos blandos bucales, la responsabilidad cae tanto sobre las técnicas seguidas en la construcción de las placas, como sobre el paciente descuidado.

Creemos nosotros, para terminar este capítulo, que para

evitar que las prótesis completas lesionen los tejidos de la cavidad oral es necesario:

- 1) Que el Odontólogo antes de entregar una dentadura, la examine cuidadosamente, tratando de descubrir cualquier defecto que presente y corregirlo en el momento.
- 2) Que el Odontólogo instruya al paciente, haciendo hincapié en que debe volver al Consultorio e indicar cualquier molestia que la dentadura le ocasione. Explicarle además, que la placa que le entrega no es para toda la vida y que debe acudir periódicamente a consulta, para examinar el estado de la prótesis y de los tejidos bucales que la soportan.
- 3) Que el Odontólogo informe al paciente de el peligro que corre si ha sido atendido por empíricos y la necesidad de cambiar una placa vieja, por una dentadura construída con toda la técnica moderna de la prótesis bucal.

LESIONES PROVOCADAS POR LAS DENTADURAS COMPLETAS

TRAUMATIZANTES

Describiremos en este capítulo las distintas lesiones que se producen en los tejidos blandos bucales, a causa de las dentaduras traumatizantes.

De cada una de ellas, primero haremos una descripción clínica, luego la describiremos microscópicamente, y finalmente diremos algo sobre el tratamiento a seguir.

1) IRRITACIONES E INFLAMACIONES

Generalidades.-

Por lo general la primera reacción de la mucosa oral ante la acción traumática de las prótesis completas, es la irritación seguida de inflamación. Estas inflamaciones producidas por las prótesis traumatizantes son llamadas inflamaciones para-protéticas por algunos autores (18). Pueden ser agudas o crónicas.

Las agudas son las que aparecen debajo de los aparatos protésicos nuevos y que se manifiestan con dolores y molestias para el paciente.

Las crónicas son causa de las prótesis defectuosas, pero cuya molestia es soportada por el paciente que poco a poco se acostumbra a ella hasta pasar desapercibida, y constituyéndose en un traumatismo crónico o constante.

Podemos también llamar a este tipo de inflamaciones, como

inflamaciones subplaca ya que se producen en el tejido que está debajo de la placa o dentadura artificial. En tiempos pasados se le conoció también con el nombre de "inflamación del caucho" (18), ya que las dentaduras de ese entonces eran construídas en material de caucho. Como vemos, este nombre no es apropiado puesto que se considera entonces al caucho como factor determinante de todos los tipos de inflamaciones paraprotéticas.

Generalizando diremos que las inflamaciones paraprotéticas o subplaca son aquellas inflamaciones congestivas que aparecen en el tejido cubierto por las dentaduras artificiales; se distinguen bien del tejido normal, no cubierto por la dentadura.

#### Frecuencia, Edad y Sexo.-

Como sabemos todo proceso inflamatorio es la respuesta del organismo ante una alteración. En este caso el traumatismo es el agente alterador de la normalidad y por ello se presenta la inflamación con todas sus características. Hemos de decir, entonces que la frecuencia con que se presenta esta lesión, es enorme, ya que es la reacción del tejido ante el traumatismo producido por la dentadura.

En cuanto a la edad y sexo, hay indiferencia, pues ya sea mujer u hombre, joven o viejo, siempre que hay dentadura traumatizante habrá inflamación.

#### Etiología.-

Hemos agrupado los factores etiológicos en locales y generales. Como factores locales tenemos:

1) Factor traumático o mecánico.-

Es el que tiene más importancia en nuestro estudio. De acuerdo con este factor la inflamación subplaca se debe al efecto traumático de las dentaduras completas sobre la mucosa oral, como decíamos en páginas anteriores, por bordes ásperos y filosos, cámaras de succión, asperezas de la superficie interna, dentaduras mal ajustadas, mal balanceadas, aletas largas, etc. Todas esas causas constituyen entonces, este factor determinante.

2) Factor bacteriano.-

Es también muy importante y se debe por lo general al mal estado higiénico en que muchos pacientes mantienen sus dentaduras artificiales, lo que favorece la proliferación en gran escala de bacterias; éstas a su vez actúan sobre la mucosa cubierta por la prótesis, constituyéndose también en factor determinante de la inflamación. Podemos encontrarnos casos en donde las condiciones higiénicas son deplorables y sin embargo el tejido bajo la placa es normal. Ello se explica, si estamos ante un caso en donde la dentadura no traumatiza y además hay cierta constitución especial del paciente que soporta sin alteración la acción bacteriana.

Entre los factores generales el más importante es la constitución orgánica del paciente, ya que si al factor traumático y al factor bacteriológico se agrega algún disturbio orgánico, indudablemente la inflamación tendrá mayores proporciones.

### Signos y Síntomas.-

Empieza como una congestión en los puntos más irritados por la prótesis y luego se va extendiendo por el resto de la mucosa cubierta por la placa. Primero observaremos un tono rojizo que puede tornarse vinoso. La mucosa se nota en unos casos aplastada y en otros esponjosa y elástica. La sintomatología puede ser vaga, indolora; y a veces hay dolores apenas perceptibles, sensación de escozor o quemadura; otras veces hay malestar y dolor pronunciados.

Se limita bien la zona cubierta por la placa y contrasta con el resto del tejido en estado normal.

### Diagnóstico.-

Este es sencillo ya que los signos de la inflamación son inconfundibles. Además, los datos que nos da el paciente y el examen de la prótesis nos ayudarán a precisar sin dificultad las inflamaciones.

### Diagnóstico Diferencial.-

Debe diferenciarse la inflamación por traumatismos, de las alergias por contacto, y de las estomatitis medicamentosas y químicas.

### Histopatología.-

El epitelio de la mucosa es el primero en sufrir cambios. Toda su estructura se engruesa, notándose el estrato granuloso aumentado de tamaño. En los puntos donde el traumatis-

no es mayor la mucosa penetración haces dentro del corion; la capa capilar de éste se nota infiltrada de células inflamatorias. Hay alteración en toda la superficie y las papilas están edematosas, inflamadas y ensanchadas.

#### Tratamiento.-

Primero haremos un cuidadoso examen de la dentadura, para encontrar la causa del traumatismo y poder hacer las correcciones necesarias. Indicaremos al paciente la repetición de la dentadura artificial, cuando la existente sea irrectificable.

Seguidamente ordenaremos al paciente hacerse enjuagatorios con alguna solución alcalina como perborato de sodio, cloruro de sodio, leche de magnesia, etc. Es conveniente también aplicar a la mucosa inflamada y a la dentadura artificial, alguna pasta analgésica y antiséptica de las que se expenden en el comercio y que tienen como ingredientes activos, benzocaina, eugenol, hidroxiquinoleina, etc., que no sólo alivian sino que contribuyen a la desinflamación.

## 2) ULCERAS POR TRAUMATISMO

#### Generalidades.-

Hemos visto como el traumatismo puede ocasionar inflamación sin que la superficie sea lastimada, pero en casos de traumatismos prolongados o crónicos se forman úlceras. Se presentan con frecuencia y es muy corriente verlas en los días siguientes al uso de una dentadura nueva.

El factor etiológico determinante es el traumatismo producido por la placa.

Estas úlceras muestran bordes indurados con exudado gris o amarillento.

Su diagnóstico es sencillo pues se observan claramente. Se les debe diferenciar de las aftas, y úlceras de origen infeccioso. Se presentan sobre todo en el reborde alveolar y en los surcos lingual y labial.

#### Tratamiento.-

Es el mismo que para los casos de inflamación, siendo a veces necesario evitar el uso de la prótesis uno o dos días mientras hay cicatrización. Las úlceras de este tipo, cuando son de larga duración, son difíciles de curar y deben ser extirpadas pues pueden tener transformación maligna.

### 3) ALERGIAS POR CONTACTO

Nos referiremos ahora a las alergias bucales por contacto, que si bien no son motivadas por traumatismos, sí son provocadas por las prótesis bucales; además es bueno conocerlas para poder diferenciarlas de las inflamaciones traumáticas.

#### Generalidades.-

La lesión aparece un tiempo después de la sensibilización del tejido por la prótesis precisamente en el lugar de contacto, de ahí el nombre de alergia por contacto.

Si bien no se presentan a menudo, tampoco es raro observarlas.

### Etiología.-

Se cree que el agente predisponente y actuante es el cinabrio o bermellón (óxido rojo de mercurio), que es la sustancia que se emplea para colorear el acrílico. El cinabrio se descompone en el medio bucal y deja en libertad cantidades pequeñas de mercurio, suficientes para provocar una estomatitis mercurial.

Esta opinión se combatió diciendo que por sí sólo el cinabrio no es tóxico. Luego se dijo que descomponiendo el cinabrio en medios de laboratorio, lo más parecidos al bucal, no se pudo comprobar la existencia de mercurio libre. Además se sabía que placas no coloreadas con cinabrio también producen estomatitis.

Se mantiene sin embargo la primera opinión, puesto que ningún medio de laboratorio puede ser idéntico al bucal con todos sus microorganismos y fermentos, que son capaces de descomponer el cinabrio y dar mercurio libre, lo que sí se ha podido comprobar. En cuanto a que placas no coloreadas con cinabrio causen también alergias, se debe a sensibilizaciones del paciente por los materiales de que están hechas.

### Signos y Síntomas.-

La mucosa cubierta por la prótesis se observa por lo general de un color rojo intenso. La sintomatología es vaga. A veces hay aparición de gran cantidad de vesiculitas.

#### Diagnóstico.-

Puede identificarse por la reacción exantemática a la prueba del contacto que consiste en fijar la dentadura al brazo en espera de la aparición de una dermatitis vesicular, lo que nos indicará que la prueba es positiva. El alivio que sigue al retirar la dentadura y la exacerbación de la alergia al poner de nuevo la prótesis, nos ayudarán también en el diagnóstico.

#### Tratamiento.-

El tratamiento es más que todo desensibilizador por medio de antihistamínicos o bien cambiando la prótesis, o los materiales de que está compuesta.

#### 4) HIPERTROFIAS E HIPERPLASIAS

Antes de entrar a describir este tipo de lesiones, debemos aclarar que no todo lo que en la boca se conoce con el nombre de hipertrofias y de hiperplasias, resulta serlo. La hipertrofia consiste en el aumento de tamaño de las células, en tanto que la hiperplasia es el aumento en el número de ellas. Pues bien muchas vandeletas y crecimientos en el reborde alveolar que clínicamente reconocemos como hipertrofias o como hiperplasias y que son así llamadas por muchos autores, al someterlas al examen histopatológico resultan ser procesos inflamatorios crónicos que han llegado a su etapa de cicatrización. Podemos considerarlos como fibrosis pues hay una gran cantidad de tejido fibroso y haces colágenos, rodeados en su exterior por epitelio. Podemos también llamarlos redundancias

mucosas o pliegues fibromucosos anormales. Todo esto lo pudimos comprobar mediante biopsias de lesiones que clínicamente podían considerarse como hipertrofias o como hiperplasias.

El reporte histopatológico del Laboratorio del Seguro Social nos aclaró el diagnóstico. He aquí uno de esos reportes:

"Examen Histológico: Tejido fibroso denso de haces paralelos entre los cuales hay brotes vasculares de neoformación. Exteriormente existe revestimiento epidermoideo y en algunos puntos, bajo el epitelio, se aprecia infiltración linfocitaria focal. Diagnóstico: Proceso inflamatorio crónico fibroso con ligera actividad residual subepitelial".

Hecha la anterior aclaración, haremos la descripción macroscópica de lo que clínicamente se conoce como hipertrofias e hiperplasias.

#### A) HIPERTROFIA.

Es una lesión bucal muy frecuente. Es benigna y de pocas posibilidades de transformarse en maligna. Algunos autores la llaman zona reblandecida por ser tejidos blandos, movibles, verdaderas vandeletas fibromucosas. Se presenta en ambos maxilares a nivel de los rebordes alveolares y en el paladar. Es más corriente verla en el maxilar superior. Pueden estar localizadas o extenderse a lo largo del proceso alveolar como un exceso de tejido fibromucoso.



Fig. 1.- Fibrosis del paladar. Equivocadamente se le llama hipertrofia.



Fig. 2.- Fibrosis de las tuberosidades.



Fig. 3.- La fibrosis de la figura 2, después del tratamiento.

Etiología.-

La irritación mecánica de las dentaduras traumatizantes, sobre todo de tipo crónico es el factor determinante. Este traumatismo crónico produce en la mucosa oral una reacción comparable a las zonas callosas de las manos y los pies.

Signos y Síntomas.-

Generalmente su color es el mismo de la mucosa normal, a veces ligeramente más rojo. La zona hipertrófica casi siempre toma la forma del objeto que la produce. Así, cuando se localiza en las tuberosidades, éstas se ven muy abultadas. En el paladar a menudo toma la forma de la cámara de succión que le dió origen.

Su grosor varía de unos pocos milímetros hasta  $1\frac{1}{2}$  centímetros en la mucosa bucal donde la presión no la aplasta. Debajo de las placas mal ajustadas, a lo largo de la encía se nota elongada y movable variando en ancho desde 5mm. a 1cm. y con una longitud que va desde 1cm. hasta vandeletas que se extienden a todo lo largo de la encía.

Estas hipertrofias ocasionalmente se ulceran. Esto es muy peligroso pues indica que hay una irritación crónica capaz de producir malignidad.

Su sintomatología es casi nula por ser indolora. Provoca molestias al usar la dentadura. El paciente nota su presencia al palparla con la punta de la lengua.

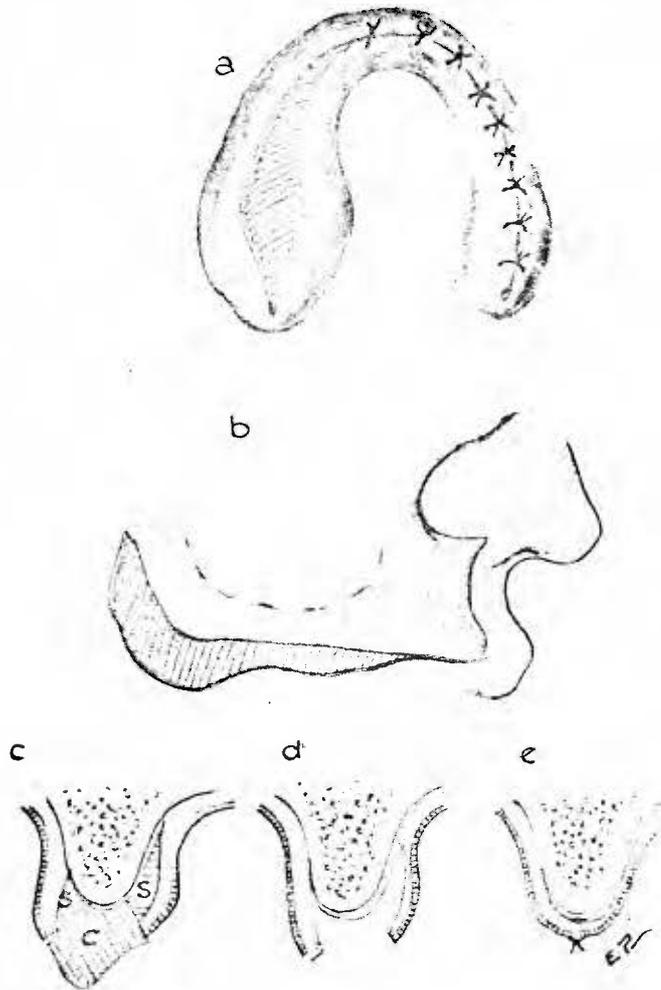


Fig. 335.—Plastic procedure to correct fibromatous enlargement of tuberosity. *a*, Incision and method of closure after excision; *b*, lateral view of excised tissue; *c*, cross section showing excised tissue (*c*) and submucosal removal of tissue (*s*); *d*, cross section showing excised tissue removed; *e*, wound closed by suture.

Fig. 4.- Esquema que muestra el tratamiento a seguir en las fibrosis. Nótese el corte en forma de "cuña".

Diagnóstico.-

Es sencillo clínicamente pero repetimos que casi siempre es falso pues no se trata de verdaderas hipertrofias, sino más bien procesos inflamatorios crónicos o fibrosis. Es conveniente hacer biopsias para salir de la duda. Debe diferenciarse de las llamadas hiperplasias.

Tratamiento.-

Consiste en extirpar quirúrgicamente el tejido o van-deletas fibromucosas, tratando de conservar un reborde alveolar firme. Si el paciente se presenta durante el período inflamatorio, le aconsejaremos no usar la dentadura y hacer enjuagatorios para que ceda la inflamación.

La intervención quirúrgica se hace previa anestesia infiltrativa y con bisturí común. Al quitar el tejido fibromucoso debe tenerse el cuidado de hacer una incisión en forma de cuña de modo que luego los bordes de la herida se adapten sobre el hueso sin quedar sobrantes de tejido. Luego se sutura bien. Debe ponerse cuidado con la gran vascularidad de estos tejidos.

B) HIPERTROFIA CON REABSORCION OSEA

Nos referiremos ahora a las llamadas hipertrofias con reabsorción ósea y que se distinguen de las hipertrofias simples, vistas ya, en que además del aumento de tejido mucofibroso hay reabsorción en el reborde alveolar.

Generalidades.-

Este tipo de hipertrofia es muy frecuente. El paciente acude a consulta porque nota que la dentadura le queda floja. Al hacer el examen encontraremos zonas fibromucosas inflamadas y congestionadas formando vandeletas. Notaremos también, el reborde alveolar reabsorbido, encontrándose a veces casos en donde el reborde alveolar casi no existe y en su lugar vemos un rodete mucofibroso movable y delgado.

La reabsorción ósea y el aumento del tejido fibromucoso son conjuntas y a veces es tal el aumento de éste que parece un reborde alveolar flotante.

Etiología.-

El factor local determinante más importante es la falta de balance en las dentaduras completas, pues las distintas presiones masticatorias, positivas en una zona y negativas en otra, producen simultáneamente reabsorción ósea e hipertrofia.

Como factor general más importante citaremos la constitución orgánica del paciente. Esto es notorio puesto que podemos encontrar pacientes que usan dentaduras mal balanceadas y no presentan alteración alguna en sus rebordes. El por qué de esta resistencia o debilidad orgánica, lo podemos encontrar posiblemente en el grado de calcificación del maxilar.

Los signos y los síntomas son los mismos que en la hipertrofia simple.

Diagnóstico.-

Es sencillo, pues se reconoce con la misma facilidad que la hipertrofia simple, de la que la diferenciaremos por la carencia de reborde óseo.

Tratamiento.-

Previa anestesia infiltrativa, se hace la extirpación quirúrgica del tejido fibromucoso, en la misma forma que para la hipertrofia simple. Si la reabsorción ósea es mucha, debe hacerse entonces una intervención quirúrgica con el fin de aumentar la profundidad del reborde alveolar de manera que luego el paciente pueda usar una prótesis.

C) HIPERPLASIA.

Generalidades.-

Muchos tumores de la boca no son verdaderos neoplasmas sino más bien hiperplasias de tipo benigno. Por lo general son muy fáciles de reconocer. Estas hiperplasias cuando son de muy larga duración pueden perder su carácter inflamatorio, aumentando enormemente el tejido fibroso y el colágeno siendo entonces difícil diferenciarlas de un fibroma.

Hay diversos tipos de hiperplasias y tienen formas diferentes, recibiendo el nombre de la zona en donde se hallan. Las más comunes son la hiperplasia de la encía y la del paladar.

Las de la encía son muy frecuentes sobre todo frente al borde de una dentadura que ha quedado grande, o mal ajustada, especial-



Fig. 5.- Fibrosis múltiple de la encía. Este tipo de fibrosis es mal llamado por muchos autores, hiperplasia.



Fig. 6.- Otro tipo de fibrosis múltiple de la encía. En este caso la fibrosis se extiende hacia el labio.



Fig. 7.- Fibrosis de la encía. Véase el aspecto de doble labio y el surco en donde penetra la aleta de la dentadura.



Fig. 8.- Aspecto de la fibrosis de la figura 7 con la dentadura en posición.

mente en la parte anterior del maxilar superior, dando a veces el aspecto de un doble labio.

#### Etiología.-

El factor determinante lo constituye la irritación provocada por la prótesis traumatizante, con la provocación de fenómenos inflamatorios crónicos.

#### Signos y Síntomas.-

La hiperplasia de la encía se presenta como un pliegue o vandeleta de extremo libre. Es de crecimiento continuo y por lo general presenta en su punto de unión con la encía una fisura ulcerada en la que penetra el borde o aleta de la dentadura. Se presenta tanto en el maxilar superior como en el inferior. Las del paladar, causadas por lo general por la cámara de succión, se presentan como masas lobuladas de tejido.

Son suaves o ligeramente fibrosas. Son de desarrollo lento y de existencia larga. Si hay predominio vascular, son de consistencia blanda, de un color rojo vivo o vinoso, y se ulceran con gran facilidad. Si en cambio son de tipo fibroso y con gran cantidad de colágeno, tienen el aspecto de una formación dura de superficie lisa, color rosado, y no se ulceran.

#### Diagnóstico.-

Clínicamente son fáciles de reconocer. Hay que diferenciarlas de las llamadas hipertrofias. Como en el caso de éstas debe hacerse biopsia para poder diagnosticar correctamente el carácter inflamatorio crónico fibroso de estas lesiones.



Fig. 9.- Tratamiento de una fibrosis de la encía. Anestesia por infiltración.



Fig. 10.- Tracción de la fibrosis por medio de pinzas quirúrgicas.

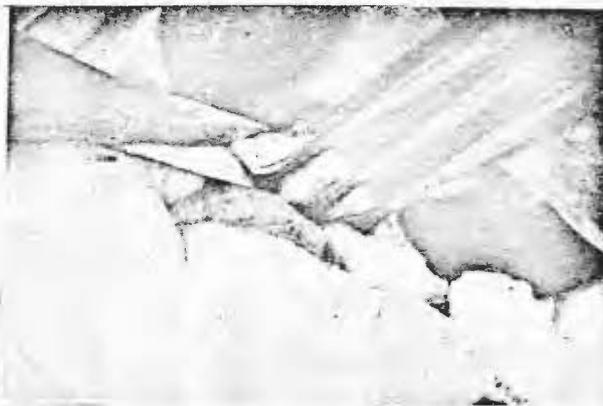


Fig. 11.- Extirpación de la fibrosis, hecha en este caso con tijeras quirúrgicas.

Tratamiento.-

Consiste en la extirpación quirúrgica de la lesión y la eliminación del traumatismo que originó el proceso.

Después de anestesiar por infiltración circunscribiendo la lesión, se toma la lengüeta fibromucosa con una o dos pinzas de Alice y se hace tracción. Luego se secciona con el bisturí tratando de hacer un corte en forma de "cuña" de modo que luego los bordes de la herida adapten correctamente y no haya sobrantes de tejido. Es preferible no suturar para evitar la formación de una cicatriz muy pronunciada.

En los casos en que la herida sea muy extensa y haya mucha hemorragia, debe suturarse pasando los hilos a través de la base del tumor antes de seccionarlo, tal y como lo describe Ries Centeno (11) al referirse a este tipo de intervenciones.

En los casos corrientes basta con la presión fuerte de una gaza con novocel, para cohibir la hemorragia.

5) FIBROMAS.

Generalidades.-

Son tumores típicamente benignos y frecuentes en la boca. Se forman de las capas de la submucosa o capas externas del periostio. A pesar de considerarse benignos, se citan (5)(15) algunas recidivas en formas malignas. Los fibromas están expuestos a la irritación y al trauma y entonces se ulceran; esto puede acelerar su crecimiento y transformación en fibrosarcoma.

Se presentan con menor frecuencia que las lesiones ya vistas.

#### Etiología.-

El factor etiológico más importante lo constituye el traumatismo. En este caso son las dentaduras artificiales completas traumatizantes las que determinan la formación de los fibromas.

#### Signos y Síntomas.-

El fibroma generalmente es esférico, definido, de crecimiento lento y de un color rosado como el de la mucosa normal o a veces rojizo. Su tamaño va desde un guisante hasta el de una guayaba. Puede ser sésil o pedunculado. El fibroma pedunculado es móvil y forma una masa esférica lisa o nodular. Se presenta en encía, carrillo y paladar.

Los fibromas sésiles están firmemente adheridos y se les encuentra sobre todo en las tuberosidades del maxilar superior.

Su consistencia es blanda o dura, distinguiéndose por lo tanto fibromas blandos y fibromas duros. Los blandos son de color rojizo y los duros son pálidos.

Por lo general crecen muy lentamente y tienen una duración de varios años. No se ulceran ni dan inflamación en los ganglios. No causan síntomas generales pero dificultan el habla o la masticación.

### Diagnóstico.-

Conociendo bien su cuadro clínico no es difícil su diagnóstico. Además la historia y síntomas que nos da el paciente, ayudan a reconocerlos.

A menudo (12) se encuentra el fibroma con apariencia clínica de fibromixoma o fibro lipoma. Los signos clínicos bastan para diferenciarlo del fibro sarcoma; debe recordarse que los fibromas no producen infarto ganglionar y son de crecimiento muy lento, características que los diferencian del fibrosarcoma.

La biopsia es indispensable por más que el tumor nos parezca inofensivo. Comprobar por medio de ella que se trata de un neoplasma benigno, nada perderemos y sí ganaremos mucho si probamos que es un fibrosarcoma.

### Histopatología.-

Para su estudio microscópico los dividiremos en fibromas duros y blandos. El fibroma duro presenta una estroma de tejido conectivo de haces gruesos y fibras de colágeno. No es muy vascular y los fibroblastos son escasos. El epitelio es estratificado y más o menos grueso, pero algunas veces parece delgado debido a la expansión del estroma que lo presiona y lo aplana.

El fibroma blando es parecido pero sus fibras de colágeno forman un estroma más laxo y muy vascularizado. A veces es tan notoria la vascularización que se le puede llamar fibrohemangioma.

Tratamiento.-

Después de anestesiar por infiltración, sin incluir el tumor, se hace la extirpación con bisturí. En los fibromas sé-siles debe tenerse el cuidado de extirparlo con todo y periostio, para evitar la recidiva.

Los tratamientos antiguos por medio de cáusticos deben evitarse; tampoco debe usarse el termocauterio pues lo que se consigue es traumatizar más aún la lesión.

6) PAPILOMAS

Generalidades.-

Son tumores epiteliales, sostenidos por escaso tejido conjuntivo. Generalmente son benignos. Son pedunculados pero pueden aparecer como verrugas de base sólida que se presentan en zonas de leucoplasia. Pueden permanecer del mismo tamaño durante años. Pueden transformarse en tumores malignos especialmente cuando recidivan, después de las extirpaciones. Se cree (12) también que su transformación maligna puede ser gradual y causada por la constante irritación.

Se presentan con gran frecuencia y son muy comunes en los tejidos blandos bucales.

Etiología.-

El factor etiológico determinante es la irritación y traumatismo, causados por las dentaduras artificiales.



Fig. 12.- Papiloma del paladar.



Fig. 13.- Anestesia infiltrativa para extirpación del papiloma.

Signos y Síntomas.-

Los papilomas se presentan como formaciones blandas de la mucosa o como verrugas duras cornificadas. Son usualmente pequeños pudiendo alcanzar a veces tamaños voluminosos con múltiples proyecciones y proliferaciones. Son suaves o duros, sésiles o pedunculados. Presentan generalmente la forma de una coliflor. Se les encuentra sobre todo en el paladar duro, en la unión del paladar duro con el suave (línea del post-daming), y en los surcos vestibular y lingual.

Cuando están en el paladar debajo de una prótesis se aplastan por la presión de la dentadura. Por lo general forman en el paladar pequeñas masas pedunculadas y esféricas, variando su tamaño desde cabezas de alfiler hasta guisantes. Cuando están debajo de zonas aliviadas de las prótesis, retienen su forma redondeada.

Casi siempre tienen el mismo color de la mucosa normal que los rodea, pero pueden tener un color ligeramente blancuzco. Son indoloros al tacto.

El papiloma suave es pedunculado y forma pliegues cada uno de los cuales se engruesa y se convierte en un lóbulo dando un conjunto de forma de coliflor. No son raros tampoco los papilomas suaves adheridos a una base ancha. El papiloma blando por su suavidad se adapta a los movimientos de la masticación y no causa molestias.

El papiloma duro se observa como un crecimiento verrugoso casi siempre sobre áreas de leucoplasia. Se producen por amontonamientos de epitelio queratinizado. Por ser duros obstaculizan y molestan al paciente, sobre todo cuando son múltiples.

#### Diagnóstico.-

No es difícil, pues sus signos son inconfundibles. El suave no presenta síntomas molestos y el paciente lo nota únicamente como un pedacito de tejido móvil. El duro sí ocasiona molestias.

La biopsia es necesaria pues no es fácil saber cuando un papiloma se ha transformado en un tumor maligno. Los signos más sospechosos de malignidad son la fijación de la base del papiloma y la induración de los tejidos subyacentes.

#### Histopatología.-

Veremos separados el papiloma blando y el papiloma duro.

El duro presenta un epitelio formado por células planas queratinizadas que pueden formar protuberancias lisas o proyecciones rugosas.

El suave está formado de un epitelio grueso constituido por varias capas de células que se proyectan formando lobulaciones, es de tipo escamoso. A veces hay ligera hiperqueratosis. El estroma lo constituye un pequeño núcleo fibroso. El pedículo por medio del que se une a la mucosa, es el que contiene los vasos que nutren al papiloma.



Fig. 14.- Tracción del papiloma por medio de pinzas.



Fig. 15.- Extirpación del papiloma por medio de tijeras quirúrgicas.



Fig. 16.- Uso del termocauterio, para cohibir la hemorragia.

Tratamiento.-

Se da anestesia infiltrativa alrededor del papiloma. Luego con pinzas se tracciona el tumor y se extirpa con bisturí, haciendo un corte amplio y profundo de modo que no quede ningún resto de tejido neoplástico para evitar la recidiva. Debemos considerar siempre que los papilomas tienen gran facilidad de evolución maligna.

Si la herida es pequeña se debe evitar la sutura y cohibir la hemorragia por medio de la presión de gaza con novocel.

En los casos en que la incisión es en el paladar, y dada la imposibilidad de suturar en esa zona, es bueno recurrir a la cauterización para evitar la hemorragia.

7) LEUCOPLASIA

Antes de entrar a describir esta lesión, queremos explicar que de acuerdo con la gran mayoría de las opiniones y de los últimos estudios (1)(2)(12)(16) hechos al respecto, nosotros consideraremos a la leucoplasia como una lesión precancerosa, que evoluciona hacia el cáncer con gran facilidad.

La frecuencia del cáncer derivado de la leucoplasia es grande, y se ha podido probar por estudios hechos en Estados Unidos de Norte América (2) que de un grupo de pacientes con leucoplasia, 12% tuvieron cáncer más tarde. Se acepta generalmente el peligro de degeneración maligna de las leucoplasias bucales; por ello es necesario que conozcamos perfectamente la lesión.

### Generalidades.-

La leucoplasia está formada por placas de color blanco lechoso de epitelio queratinizado, condición que causa disminución de la traslucidez de ese epitelio, por lo que la mucosa se vuelve blanca y de ahí el nombre de leucoplasia. Es muy frecuente y de gran importancia por los peligrosos resultados que puede dar la falta de diagnóstico precoz. En sus etapas iniciales es raro que el paciente la note y por lo tanto difícil que consulte al odontólogo.

Se observa con mayor frecuencia en pacientes mayores de 50 años pero puede aparecer a cualquier edad.

### Etiología.-

Se tiene como predisponentes a varios factores locales y generales aunque la causa exacta no se conoce. Los factores locales parecen ser los más importantes como causa de la leucoplasia.

Entre los factores locales el más importante desde nuestro punto de vista es la irritación crónica dada por los aparatos protésicos traumatizantes. Debemos también considerar la irritación de tipo microbiano dada por la higiene bucal defectuosa.

La irritación mecánica mantenida por largo tiempo predispone a la leucoplasia, por esto se encuentra esta lesión debajo de dentaduras rotas, mal ajustadas, y que produzcan cualquier tipo de traumatismo. Se ha podido comprobar estudiando una serie de leucoplasias que evolucionaron hacia la malignidad, que más del 50% de los casos usaban prótesis traumatizantes. Por otro lado Burket (2) dice no haber observado jamás leucoplasia debajo de prótesis correctas.

En cuanto a los factores generales podemos citar: a) Factores nutritivos, como las avitaminosis; b) Factores endocrinos; c) Afecciones orgánicas, especialmente la sífilis. Estos factores generales pueden coadyuvar y junto con la irritación dada por el traumatismo producir la leucoplasia.

### Grados y Síntomas.-

Consideraremos cuatro grados distintos de leucoplasia, que van aumentando progresivamente desde su comienzo hasta su máximo desarrollo.

Primer Estado.- Es esta la primera reacción de la mucosa, presentando una área sensible, granular, de color rojo y que poco tiempo después se va tornando gris blanquecina.

Segundo Estado.- A la palpación se nota una rugosidad de la parte afectada. Sin embargo es un tipo liso en forma de mosaico. Tiene un color blancoperla ligeramente azulado.

Tercer Estado.- En este estado la lesión se reconoce fácilmente a primera vista. Presenta una superficie áspera, córnea, y tiende a arrugarse y a formar fisuras. Es de un color blanco lechoso, plateado y toda la lesión se nota en relieve.

Cuarto Estado.- Hay una gran induración y se presentan formaciones verrugosas, por lo que se le llama período verrugoso de la leucoplasia.

La leucoplasia presenta una sintomatología muy vaga, dándose a veces el caso de hallarse en estados muy avanzados y con degeneración maligna sin que el paciente haya sentido ningún dolor. Hay



Fig. 17.- Leucoplasia del surco vestibular del maxilar superior.



Fig. 18.- Leucoplasia del reborde alveolar de la mandíbula.

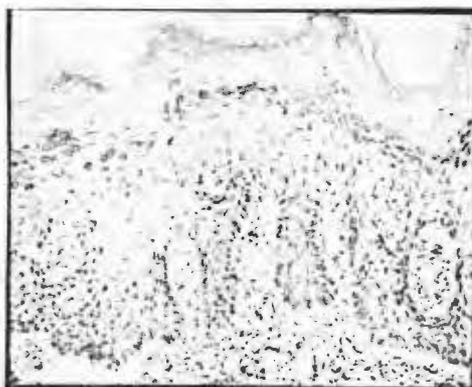


Fig. 19.- Aspecto histológico de la leucoplasia.

pérdida de flexibilidad y falta de elasticidad en los tejidos subyacentes.

Se localiza en la mucosa de las encías, surcos vestibulares y linguales, y en el paladar. Debemos aclarar que la leucoplasia del paladar se inicia sobre todo en los orificios de las glándulas palatinas, presentándose como elevaciones nodulares y anillos prominentes.

#### Diagnóstico.-

Conociendo bien su aspecto y las zonas en que se localiza, su diagnóstico no es difícil. La biopsia es indispensable, en especial cuando hay ulceraciones.

Debemos diferenciarla de las placas sifilíticas, de las aftas, y del liquen plano. Si hay confusión con placas sifilíticas debemos hacer reacciones serológicas.

Burket (2) menciona una prueba clínica para diferenciar la leucoplasia de otras lesiones. Consiste en secar bien la mucosa afectada y luego impregnarla con solución Lugol; si se trata de leucoplasia no tomará el color intenso del caoba, pues las células hiperqueratósicas no tienen glucógeno, y se diferenciará de la mucosa normal que sí se tiñe de color pardo.

#### Histopatología.-

Microscópicamente estudiaremos también cuatro estados.

Primero Estado.- La capa epitelial no presenta ninguna proliferación definida, en tanto que el corion muestra infiltración inflamatoria.

Segundo Estado.- La capa epitelial se presenta hiperqueratósica y la infiltración inflamatoria del corion está aumentada.

Tercer Estado.- Las características del epitelio y del corion son las mismas que en el estado anterior pero más acentuadas.

Cuarto Estado.- La capa epitelial es gruesa y queratinizada y prolifera, penetrando dentro del corion y formando fisuras.

Tratamiento.-

Por ser la leucoplasia una lesión crónica no debemos esperar una rápida mejoría. Corrientemente el tratamiento no da resultados antes de los seis meses. En los primeros estados de desarrollo de la lesión se emplean métodos conservadores, pero para lograr éxito necesitamos la completa cooperación del paciente, pues de no ser así existe el peligro de degeneración maligna.

Como primera medida suprimiremos de inmediato la causa de irritación y si la prótesis que traumatiza no tiene remedio, proscibiremos su uso. La boca debe permanecer sana y limpia pues se necesitan condiciones higiénicas. El tratamiento conservador consiste en dar un masaje ligero sobre las zonas de leucoplasia, dos veces al día durante cinco minutos, con un algodón o una gaza suave, humedecido en agua jabonosa. Con este tratamiento se logra muchas veces no sólo ablandar la hiperqueratosis propia de la lesión, sino también hacer que ésta desaparezca.

Si hay recidiva de la lesión debemos descartar el tratamiento conservador y recurrir al tratamiento quirúrgico. Este se emplea sobre todo en las leucoplasias de cuarto estado, siempre que éstas

estén bien limitadas.

Debemos evitar siempre los tratamientos a base de cáusticos, pues lejos de dar buenos resultados, deforman la lesión y favorecen su evolución maligna.

Los tratamientos anteriormente recomendados, unidos a la construcción de una nueva dentadura, hecha con toda la técnica, dan muy buenos resultados. Si la zona leucoplásica no sólo no es irritada por la prótesis sino que aliviamos bien ésta, y protegemos la lesión de los contactos externos, es posible que desaparezca. Esto es probable sobre todo cuando la leucoplasia se presenta en el paladar o en otras regiones del maxilar superior, ya que en el maxilar inferior, por las dificultades propias de esta región, se hace muy difícil construir una dentadura que no traumatice.

LAS DENTADURAS COMPLETAS TRAUMATIZANTES COMO CAUSA DEL  
CANCER BUCAL

Hemos visto en páginas anteriores de este trabajo, cómo las prótesis bucales completas que traumatizan, ya sea por técnicas inadecuadas en su construcción o bien por tener muchos años de uso, producen lesiones en los tejidos bucales. Esas lesiones ya estudiadas, son en su mayoría benignas pero pueden, especialmente los papilomas y la leucoplasia transformarse en malignas.

Ahora bien, si de acuerdo con nuestro estudio una prótesis completa traumatizante es capaz de ocasionar lesiones precancerosas y éstas a su vez transformarse en cáncer, el factor que inició este cáncer es el traumatismo producido por la dentadura.

Entre los factores etiológicos determinantes del cáncer bucal descritos por muchos investigadores (1)(17)(13)(2)(3), encontramos siempre el traumatismo y la irritación producidos por las dentaduras completas en la mucosa oral que la soporta, y se ha podido comprobar que no pocos casos de carcinomas del reborde alveolar y del paladar, han tenido su comienzo en pequeñas lesiones paraprotéticas.

Dichosamente no hemos encontrado en nuestros pacientes ningún caso de cáncer bucal.

En un caso clínico (caso N° 8) de los presentados por la Dra. Valderrama C. en su Tesis (16) se pudo comprobar la presencia de leucoplasia con enorme tendencia de evolución al carcinoma; el factor etiológico fue una prótesis completa traumatizante, usa-



Fig. 20.- Carcinoma del reborde alveolar del maxilar inferior.



Fig. 21.- Carcinoma del reborde alveolar de la mandíbula.

da durante ocho años y que produjo primero un rodete fibroso en el reborde alveolar. La biopsia reveló fibrosis densa con calcificación e hiperqueratosis.

Insistimos por lo tanto en que, si bien quizá en nuestra vida profesional nunca se nos presente un caso de cáncer bucal, debemos pensar siempre, al construir una prótesis que si ésta es traumatizante, puede ocasionar una lesión seria que puede degenerar y dar un neoplasma maligno capaz de terminar con la vida del paciente.

## BIOPSIAS Y OTROS METODOS DE DIAGNOSTICO

Después de haber estudiado las diferentes lesiones ya expuestas, nos parece necesario comentar algo acerca de la importancia de las biopsias como método indispensable en el diagnóstico.

Consiste la biopsia en la toma de un pedacito de tejido vivo para ser examinado al microscopio. Su utilidad en el diagnóstico es enorme, pues nos suministra valiosa información sobre la presencia de cualquier clase de neoplasia y nos dice si ésta es benigna o maligna, ayudándonos así a decidir qué tipo de tratamiento debemos seguir y la rapidez con que debemos actuar. No debemos confiar sólo en las observaciones clínicas para llegar a un diagnóstico, pues muchas lesiones malignas pueden pasarse por alto.

Creemos nosotros, que todo odontólogo puede y debe estar capacitado en la toma de biopsias. Así, si en nuestra rutina diaria nos encontramos con cualquier lesión bucal de las ya comentadas, o bien cualquier otra neoformación que nos luzca sospechosa, podremos tomarle una biopsia.

Debe ponerse interés en hacer biopsias en los siguientes casos:

- 1) Toda lesión ulcerosa progresiva que persista por tres o cuatro semanas sin responder a la terapéutica común.
- 2) Toda hiperplasia que permanezca más de tres semanas y que no responda a la terapéutica prescrita.
- 3) Placas blancas, en especial las de aspecto verrugoso.
- 4) Todos los fibromas.

5) Todos los papilomas.

Lugar para la toma de la muestra.-

Las muestras para la biopsia han de obtenerse en una zona que presente alteraciones típicas y deben tomarse a suficiente profundidad.

Si se trata de lesiones pequeñas, estas deben extirparse, completamente, de modo que el tumor completo constituye la muestra para la biopsia. A de tenerse cuidado en hacer una extirpación amplia para evitar así la recidiva.

En las lesiones grandes se debe tomar una sección marginal de modo que presente tanto tejido neoplástico como tejido normal. Se recomienda no tomar muestras del centro de la lesión pues por lo general esta zona ha sufrido alteraciones de tipo regresivo.

En caso de lesiones múltiples es conveniente tomar muestras de cada una de ellas, pues puede tratarse de distintas fases de crecimiento o bien de diversos tipos de neoplasia.

Debe procurarse siempre que el tamaño de la muestra sea lo suficientemente grande, para que pueda ser preparada en el laboratorio, para su examen microscópico.

Métodos para la obtención de la muestra.-

Más de una vez se ha dicho que al tomar una muestra para biopsia existe la posibilidad de perjudicar al paciente. Ello porque al cortar una lesión maligna no sólo se estimula la velocidad de desarrollo del tumor sino que

pueden diseminarse sus células y transportándose por la vía sanguínea o la vía linfática causar metastasis. Por esto, muchos especialistas aconsejan aplicar, después de la incisión alguna solución fillosora y hemostática que impida que las células tumorales penetren en las vías linfáticas y sanguínea.

Al respecto, nosotros creemos que es innecesaria tal precaución porque en el caso de que el tejido a examinar sea una lesión maligna, no ha de avanzar mucho mientras el patólogo nos de el resultado de la biopsia. Además por tratarse de un neoplasma maligno la vida del paciente está corriendo peligro, y no va a ser mayor éste por el hecho de que hagamos una biopsia, que si será muy necesaria pues nos indicará que en este caso el tratamiento debe ser drástico e inmediato.

Para la toma de la muestra pueden usarse: el bisturí común, el bisturí eléctrico y la pinza sacabocado. Para lesiones profundas y difíciles de abordar puede usarse el método de aspiración con jeringa a la que se adapta una aguja gruesa; el émbolo debe estar muy ajustado para que la succión sea fuerte.

El procedimiento más corriente es usando el bisturí común. Nosotros hemos usado también las tijeras quirúrgicas en algunos casos en que ha sido necesario extirpar de una vez, toda la lesión.

El bisturí eléctrico es preferible no usarlo en lesiones muy pequeñas pues puede modificarlas dándonos un resultado engañoso.

Debe evitarse rotundamente la acción destructora de termocauterio, pues deforma las muestras para biopsia.

Conservación de la muestra.-

Una vez que se ha obtenido la muestra, se coloca inmediatamente en un frasquito conteniendo una solución fijadora. Corrientemente se usa como tal la formalina al 10%. Así conservada, la muestra se lleva al patólogo, acompañándola, de toda la información obtenida en el examen clínico, a fin de facilitar el diagnóstico en los casos difíciles.

Cuando es necesario seguir el método de la punción y aspiración con jeringa, se hacen frotis; éstos deben ser fijados inmediatamente con alcohol eter al 50%.

Información clínica.-

Como decíamos anteriormente, la muestra debe ser entregada al patólogo, acompañada de una información clínica lo más completa posible. Esto facilitará enormemente el diagnóstico histopatológico. Se deben incluir los siguientes datos:

- 1) Localización de la lesión.
- 2) Tamaño y dimensiones de la lesión.
- 3) Color de la lesión.
- 4) Explicar si la lesión es superficial o invade los tejidos subyacentes.
- 5) Anotar si la lesión es sésil o pedunculada.
- 6) Duración de la lesión.
- 7) Rapidez de crecimiento de la lesión.
- 8) Explicar si ha habido variaciones secundarias como inflamación, hemorragia, ulceración, necrosis, etc.

- 9) Explicar si los ganglios linfáticos están alterados.
- 10) Anotar si hay metástasis a algún órgano vital.
- 11) Explicar si ha habido algún tratamiento previo y el tipo de éste (quirúrgico, médico, radiológico, etc.)
- 12) Explicar si la lesión es primaria o recurrente.
- 13) Diagnóstico clínico.

Además como es lógico, deben anotarse: nombre del paciente, edad, sexo, lugar en donde vive, oficio u ocupación, y fecha en que ha sido tomada la muestra.

#### Fotografía y Radiografía.-

Para terminar este capítulo, queremos agregar que siempre que sea posible recurrir al uso de varios métodos para lograr un diagnóstico, debe hacerse. Es por esto que no deben olvidarse la fotografía y la radiografía como medios indispensables en el diagnóstico y tratamiento de toda lesión.

Muchas veces el examen radiográfico puede ser el único método para distinguir una pequeña zona cancerosa; sobre todo cuando se trata de zonas profundas del maxilar. Claro que no debemos confiar exclusivamente en él, pues nos puede llevar a engaños, confundiendo imágenes de estructuras normales con lesiones malignas, o bien puede ser que la radiografía no nos indique ninguna malignidad, en un punto en donde halla verdaderos estados premalignos.

En cuanto al estudio fotográfico de las lesiones malignas de

la boca, tenemos que decir que es un medio excelente en el diagnóstico.

Con los avances actuales de la fotografía en color, creemos que siempre que se cuente con el equipo necesario, deben tomarse fotografías de las diferentes lesiones bucales pues nada habrá más claro y explícito que una colección de transparencias a color, periódicamente tomadas, del desarrollo de una neoplasia.

## RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO ANTE EL CANCER DE LA BOCA

Hoy día el cáncer ha alcanzado una gran importancia tanto dentro de la profesión médica como dentro del público mismo. Ello se debe más que todo a la enorme cantidad de personas que día con día fueren víctimas de esta terrible enfermedad.

Corrientemente los Odontólogos no consideramos que sea ese uno de los temas que más deba interesar dentro de nuestra profesión; pero el avance de la ciencia médica ha hecho tales descubrimientos, ampliado tanto los conceptos y son tantas las nuevas responsabilidades, que tanto en el ejercicio de la medicina como en el de la Odontología, el Profesional que no posea un mínimo de competencia en el diagnóstico de los neoplasmas no podrá ser útil a la sociedad y fracasará en el cumplimiento de los deberes profesionales.

La situación particular del Odontólogo lo obliga a aceptar una nueva e ineludible tarea: "salvar vidas humanas". Esto, aunque parezca un poco exagerado, lo decimos porque nosotros constituimos al lado del paciente, la primera línea de defensa contra el cáncer de la boca y por ello debemos estar preparados para tal responsabilidad.

La gran cantidad de Odontólogos en el ejercicio de su profesión y los estudiantes de Odontología cuya principal labor es la profilaxis y el tratamiento de las enfermedades de la boca y de los dientes, pueden desarrollar una actividad de mucho mayor rendimiento en el diagnóstico del cáncer bucal, que todos los profesionales de la Medicina, a quienes se les ha acumulado toda la

responsabilidad sin pensar que para ellos la boca sólo tiene un interés secundario.

Si nosotros cambiamos de actitud y ponemos todo el interés en el diagnóstico de los neoplasmas de la boca, los beneficios serían inmediatos. De acuerdo con estadísticas, en los Estados Unidos de América (2), de 18 millones de personas que mueren de cáncer, un millón está formado por enfermos de cáncer bucal, y de este millón por lo menos 300.000 pasan por el consultorio del Odontólogo cuando el diagnóstico oportuno puede salvarles la vida.

Ahora bien, debido al enorme interés que ha despertado el cáncer, hemos llegado a comprender la importancia de este problema cuyas proporciones aumentan cada día.

Los avances de la Medicina y de la higiene pública, han prolongado el promedio de vida del ser humano. Así vemos como ha decrecido el número de madres que mueren de parto, y de criaturas que mueren al nacer. Vemos también como son de raras las muertes por tifoidea, tuberculosis, difteria, viruela, neumonía, infecciones comunes, etc. Por esta razón, la gran mayoría de las personas hoy día llegan a los 50 años y tienen oportunidad, por decirlo así, de padecer enfermedades de la senectud y entre ellas la principal es el cáncer.

Aunque éste puede presentarse en cualquier edad, por lo menos un 75% de los casos se presentan en pacientes que ya han cumplido los 50 años. El cáncer bucal no es una excepción y parece que se presenta sobre todo en pacientes de 60 años.

Además de estos estudios estadísticos que aquí hemos consig-

nado, se ha podido comprobar (17) que el número de personas que padecen de cáncer no es estacionario sino que por el contrario, año con año, aumenta en cantidad y proporción enormes.

Todo esto nos indica la necesidad de actuar contra el cáncer y para ello lo primero es ampliar nuestros conocimientos en patología y diagnóstico de neoplasmas bucales. Sería inútil tratar de impulsar a los pacientes a consultar Odontólogos si éstos no tienen buenas bases y son por lo tanto incapaces de diagnosticar una lesión pre o cancerosa, captando así desconfianza del público en nosotros.

Por otra parte, sin necesidad de educar al paciente, actualmente un porcentaje grande de enfermos de cáncer bucal consultan primero al Odontólogo que al Médico, a pesar de ser éstos más numerosos, debido a que un paciente con lesiones gingivales y de la mucosa bucal en general acude primero al Odontólogo. Este, entonces tiene mayores oportunidades que el Médico, de prevenir un cáncer bucal.

Se puede establecer por esto que el enfermo de neoplasia bucal tiene la oportunidad de que le diagnostiquen a tiempo su lesión, con más facilidad que aquel que padece de cáncer en otra región del cuerpo. Pues bien, esto desgraciadamente no es así, ya que la casi totalidad de los Odontólogos limitan su actividad a los dientes y a las encías, y el Médico cuando pide a un paciente que abra la boca, es para ver como están las amígdalas. Así el diagnóstico del cáncer bucal ha sido descuidado por mucho tiempo ya que ni Dentistas ni Médicos le han dado la importancia que

merece.

La nueva actitud a seguir en la lucha anticancerosa es, entonces, de parte de los Odontólogos la vigilancia constante de la boca de sus pacientes, creándose el hábito de investigar el cáncer bucal periódicamente como parte del examen exploratorio rutinario. Para esto, es necesario insistir en cuanto a la preparación y competencia que debemos adquirir.

Debemos también enfocar un punto más difícil, cual es, el del paciente anodóntico. La mayoría de las personas creen que una vez colocadas sus prótesis completas, no necesitan, salvo algún accidente, visitar periódicamente al Cirujano Dentista. Además, son pocos los profesionales que insisten en esas visitas. De ahí el enorme peligro de que un cáncer bucal pase desapercibido en uno de estos pacientes. Debe entonces educarse al público insistiendo en el hecho de que es necesario el examen bucal periódico aunque no existan dientes, para explorar los tejidos blandos y el estado de estos por el uso de las prótesis. Así podemos corregir cualquier defecto que las placas presenten, o diagnosticar con tiempo un neoplasma ya sea éste benigno o maligno..

Nosotros somos los llamados a tomar en cuenta estos problemas para en el futuro estar preparados y poder colaborar con los Médicos en la lucha contra el cáncer. Debemos observar que el cáncer bucal es uno de los más destructivos y de avance más rápido. Parece que la gran mayoría de los enfermos de cáncer bucal mueren antes de los 18 meses de aparecidos signos clínicos inconfundibles (2).

Sabremos también que el destino de estos enfermos está en las

manos del primero Odontólogo que consulten. Está probado que una de las mayores causas de mortalidad por cáncer bucal se debe a lo tardío de un diagnóstico y esto por causa del Profesional que duda y pierde el tiempo confundiendo por ignorancia una lesión maligna con algo que no tiene importancia y que puede tratar con métodos conservadores que están a su alcance. Las primeras semanas son las más importantes para el diagnóstico de un neoplasma y el momento en que puede, mediante un tratamiento adecuado salvarse la vida de estos enfermos.

Para terminar diremos que siempre debemos estar listos a diagnosticar un cáncer bucal, pues el caso puede presentarse en cualquier momento. Esta idea debe permanecer constante en la mente de todo buen Profesional de la Odontología.

CASOS CLINICOS

Caso N° 1

Fecha: 2 - 10 - 56

Nombre: C. P. H.

Sexo: Femenino

Edad: 32 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Reside: San Sebastián

Atendido: Seguro Social

Examen.-

La paciente presenta en la porción posterior lateral izquierda de la lengua, un crecimiento pediculado arborizado y friable.

En el reborde alveolar inferior se observa una pequeña vandelita fibromucosa, situada a la altura de la región premolar izquierda. En el resto del maxilar inferior no hay alteración.

Historia.-

La paciente usa una dentadura completa inferior desde hace 8 años. Durante los primeros meses de uso de la prótesis, sintió molestia dolorosa en el surco lingual, precisamente en el lugar en que se haya el crecimiento pediculado. Actualmente la prótesis se muestra ligeramente desajustada.

Etiología.-

El traumatismo producido por la aleta lingual de la prótesis, es posiblemente la causa del crecimiento pediculado. La irritación dada por el desajuste de la placa ha provocado la vandelita fibromucosa.

Diagnóstico Clínico.-

El crecimiento friable y pediculado, tiene todo el aspecto de un papiloma simple. La vandeleta fibromucosa es una fibrosis simple, llamada equivocadamente por muchos autores, hipertrofia.

Tratamiento.-

Previa anestesia troncular mandibular, e infiltración alrededor de ambas lesiones, se procedió a eliminar quirúrgicamente éstas.

Con una pinza de Alice se traccionó el papiloma y luego con bisturí se seccionó profundizando bien alrededor de su base. Seguidamente traccionando también con pinzas, se extirpó con bisturí la vandeleta fibromucosa.

El papiloma fué enviado para su examen microscópico.

Histopatología.-

El examen histológico reveló: Papilas Hipertróficas revestidas por epitelio epidermoideo, en parte queratinizado.

Diagnóstico: Papiloma simple.

Caso N° 2

Fecha: 3 - 10 - 56

Nombre: V. F. A.

Sexo: Femenino

Edad: 27 años

Ocupación: Telar Los Leones

Reside: Barrio Santa Lucía

Atendido: Escuela de Odontología  
y Seguro Social.

Examen.-

El maxilar inferior presenta un reborde alveolar muy reabsorbido y delgado, cuyos dos tercios superiores están formados por tejido fibroso ligeramente movable. Es cóncavo por lingual y convexo por vestibular. El rodete fibroso, que tiene más o menos 5mm. de alto por 3mm. de grosor, se extiende a todo lo largo del reborde alveolar.

El maxilar superior presenta un reborde alveolar con exceso de tejido fibroso movable, que va aumentando en grosor al llegar a las tuberosidades.

Historia.-

La paciente usa prótesis totales superior e inferior, desde hace 6 años. La placa superior está desajustada o floja desde hace un año, pero sin provocar molestia dolorosa. La placa inferior está desajustada desde que comenzó a usarse y producía molestias dolorosas, úlceras sépticas y constantes inflamaciones. Poco a poco la paciente se acostumbró al uso de la placa.

Etiología.-

En el maxilar superior, la prótesis mal ajustada ha pro-

vocado la formación de tejido fibroso. En el maxilar inferior el traumatismo ha sido mas intenso y además de formación de tejido fibroso ha provocado reabsorción ósea.

#### Diagnóstico Clínico.-

El exceso de tejido fibroso en el maxilar superior, tiene todas las características de un proceso inflamatorio crónico, de tipo fibroso. Procesos como éste son los que equivocadamente se denominan "hipertrofias".

En el maxilar inferior la lesión que observamos, es una fibrosis con reabsorción ósea del reborde alveolar.

#### Tratamiento.-

Primeramente se procedió a tratar la fibrosis del maxilar superior. Después de anestesiar por infiltración la región de las tuberosidades, se hizo una incisión en cada una de las tuberosidades, de 3cm. de longitud a lo largo de la cresta alveolar; la incisión, practicada con bisturí, fué hecha en forma de cuña, para que una vez que fuera retirado el exceso de tejido fibroso, los bordes de la incisión adaptaran correctamente. Se suturó y luego se hizo un rebase provisional con pasta cinkenólica a la prótesis, para que pudiera ser usada en los días siguientes.

Dos semanas después se practicó la intervención quirúrgica en el maxilar inferior. Primeramente se dió anestesia troncular mandibular en ambos lados; luego se hizo una incisión con bisturí a la altura de la región molar izquierda. Seguidamente y al mismo

tiempo que se hacía tracción con pinzas quirúrgicas, se fué extirpando el rodete fibroso a todo lo largo del reborde alveolar, hasta llegar a la región molar derecha. La cresta alveolar, muy delgada y filosa, fué cortada con pinzas gubias y emparejada con lima para hueso. Para terminar se hicieron suturas individuales en toda la extensión del reborde.

La paciente fué internada en el Hospital Central del Seguro Social, para atenderla y observarla durante 3 ó 4 días.

En este caso no fué necesario hacer biopsia pues las lesiones eran del tipo benigno.

Después del tratamiento la paciente ha quedado en perfectas condiciones para usar unas nuevas prótesis. Estas se le construyeron en el Departamento de Prótesis Bucal del Seguro Social.

Caso N° 3

Fecha: 5 - 10 - 56

Nombre: O. G. de B.

Sexo: Femenino

Edad: 40 años

Ocupación: Magisterio

Reside: Cartago

Atendido: Clínica del Dr.

Rolando Chaves A.

Examen.-

El maxilar superior presenta en la porción vestibular y anterior del reborde alveolar, una gran cantidad de vandeletas fibromucosas flácidas y movibles, que caen sobre la aleta de la prótesis y la cubren en gran parte. No hay ulceraciones. A lo largo del reborde alveolar hay también exceso de tejido fibroso. En el paladar se observan zonas irritadas y ligeramente inflamadas.

Historia.-

La paciente usa dentadura total superior, desde hace 4 años. Al principio la dentadura traumatizó y provocó grandes molestias dolorosas, pero luego la paciente se acostumbró a su uso. Hace más o menos 1 año comenzó a sentir dolores en la región anterior del maxilar superior, que se extendían hacia la nariz. Notó también que la dentadura artificial cada vez se hundía más en el vestíbulo, y la aparición de las vandeletas fibrosas.

Etiología.-

El hecho de que la paciente no tuviera piezas posteriores inferiores, ha provocado un desbalance de la prótesis superior;

esto, unido al desajuste que presenta la placa produjo las lesiones observadas.

#### Diagnóstico Clínico.-

El exceso de tejido que se presenta a lo largo del reborde alveolar, es una fibrosis. La serie de vandeletas fibromucosas que se observan en la parte anterior y vestibular, son el resultado de un intenso proceso inflamatorio crónico, en período de cicatrización con presencia de gran cantidad de tejido fibroso.

#### Tratamiento.-

Como primera medida se prohibió a la paciente el uso de la dentadura artificial. Después de un tiempo, en el cual cedió la inflamación, se practicó la primera de una serie de intervenciones quirúrgicas.

Previa anestesia infiltrativa alrededor de la lesión, y troncular infraorbitaria, se hizo la extirpación de una de las vandeletas. Traccionando con pinzas de Alice se incidió con bisturí. La incisión fué hecha en forma de cuña para lograr una buena adaptación de los bordes de la herida. A pesar de que no somos partidarios de hacer suturas en estos casos, para evitar la formación de una cicatriz muy pronunciada, suturamos en esta ocasión, pues la incisión fué extensa y la hemorragia copiosa.

Una a una, en operaciones sucesivas, fueron extirpadas todas las vandeletas. Finalmente se extirpó el exceso de tejido fibroso de las tuberosidades y cresta alveolar. La paciente quedó lista

para usar una nueva dentadura.

Dos semanas después la paciente se presentó para revisión de la nueva prótesis. Se le hizo un pequeño recorte en la parte anterior de la aleta pues quedaba ligeramente larga.

Caso N° 4

Fecha: 16 - 10 - 56

Nombre: Sor H.A.

Sexo: Femenino

Edad: 25 años

Ocupación: Religiosa

Reside: Casa Provincial,  
Buen Pastor.

Atendido: Clínica del Dr.  
Rolando Chaves A.

Examen.-

El maxilar inferior presenta un reborde alveolar sumamente reabsorbido y delgado, cuyos dos tercios superiores están formados por tejido fibroso. Este tejido fibroso forma un rodete que se extiende en la totalidad del reborde alveolar, desde la región molar izquierda hasta la región molar derecha, con una altura de más o menos  $\frac{1}{2}$ cm. y un grosor de unos 3mm.

En el surco vestibular y a la altura de la región premolar izquierda se observan dos vandeletas móviles, de consistencia fibrosa.

Historia.-

La paciente usa prótesis total inferior desde hace 5 años. Al año siguiente de haber comenzado a usar la dentadura, la paciente notó que le quedaba floja, y que en el reborde alveolar había crecido tejido fibroso que le ocasionaba molestias. Sin embargo la paciente se acostumbró a la prótesis y no fué sino hasta hace 3 meses, y por fractura de la placa que se presentó al odontólogo.

Etiología.-

El factor determinante en la formación de las lesiones que presenta este caso, es el traumatismo constante, producido por el ir y venir de la dentadura desajustada.

Diagnóstico Clínico.-

La falta de reborde alveolar y el exceso de tejido fibroso en su cresta, tienen toda las características de una fibrosis con reabsorción ósea. Las vandeletas fibromucosas de la región premolar izquierda son el resultado cicatricial de un proceso inflamatorio crónico.

Tratamiento.-

El primer paso en el tratamiento fuè la extirpación del rodete fibroso del reborde alveolar. Después de anestesiar con dos inyecciones tronculares mandibulares, una a cada lado, y un poco de infiltración en la región incisiva, se hizo la extirpación con bisturí, y traccionando el rodete fibroso, con pinzas de Alice. La incisión se comenzó en la región molar izquierda y se siguió la extirpación a lo largo del reborde alveolar, hasta llegar a la región molar derecha. Luego con pinzas gubias se emparejó el reborde óseo. Los tejidos blandos fueron suturados con una sutura de tipo continuo.

Dos semanas después y previa anestesia por infiltración, se extirparon las vandeletas fibrosas de la región premolar; se hizo un par de suturas individuales. Después de estas dos operaciones el maxilar inferior quedó en condiciones de usar de nuevo una prótesis.

Caso N° 5

Fecha: 8 - 1 - 57

Nombre: L. R. G.

Sexo: Masculino

Edad: 44 años

Ocupación: Jornalero

Reside: Río Segundo, Alajuela

Atendido: Seguro Social

Examen.-

El maxilar superior de este paciente, presenta una vandeleta fibromucosa, móvil, de 3 ó 4cm. de longitud por 1cm. de ancho. Está situada en la región vestibular izquierda del reborde alveolar, y se extiende desde la región canina hasta la región molar. En el surco formado en la unión de la vandeleta con el reborde alveolar no hay ulceración. Es importante observar que en el maxilar inferior sólo existen piezas anteriores.

Historia.-

El paciente usa prótesis completa superior desde hace 6 años. Durante todo ese tiempo ha habido ausencia de piezas posteriores inferiores.

Desde el principio el paciente notó molestias dolorosas en la región izquierda pero fueron soportadas durante 2 ó 3 años. Pronto observó la formación de la vandeleta de la región izquierda, que fué creciendo progresivamente y tomando una consistencia dura. Este crecimiento fibroso se ulceró varias veces. Como el paciente observó que la vandeleta fibrosa continuaba creciendo optó por dejar de usar la prótesis durante los últimos 3 años. El abandono

de la dentadura no hizo que el crecimiento fibroso desapareciera.

#### Etiología.-

El hecho de que no existieran piezas posteriores inferiores, hizo que la placa superior no tuviera balance y traumatizara constantemente en el surco vestibular. Esto provocó la formación del tejido fibroso en la región izquierda.

#### Diagnóstico Clínico.-

La vandeleta fibrómucosa es el resultado de un proceso inflamatorio crónico, verdadera fibrosis.

#### Tratamiento.-

Mediante anestesia troncular infraorbitaria se procedió a extirpar la fibrosis. Traccionando con pinzas de Alice, se hizo una incisión en forma de cuña a todo lo largo de la base de la vandeleta. La incisión fué hecha con bisturí común. No se usaron suturas, sino que se presionó fuertemente con una gasa estéril.

Semanas después el paciente se presentó para que se le hiciera la nueva prótesis.

A pesar de no haber suturado, en este caso hubo formación de cicatriz bastante palpable. Cuando esto sucede debe hacerse una nueva intervención quirúrgica, o si se le hace la prótesis, aliviar cuidadosamente esa región.

Caso N° 6

Nombre: J.F. v. de S.

Edad: 67 años

Reside: Guadalupe

Fecha: 11 - 1 - 57.

Sexo: Femenino

Ocupación: Oficios Domésticos

Atendido: Clínica Dr. Rolando  
Chaves A.

Examen.-

El maxilar superior presenta en la mucosa del paladar, una tumoración suave, arborescente, pediculada, móvil, del color de la mucosa normal, y de unos 2cm. de diámetro. Está situada en la unión del paladar duro con el paladar suave, más o menos donde se marca la línea del post-daming.

Historia.-

La paciente ha usado durante varios años una placa total superior, sin que le haya ocasionado molestias dolorosas considerables. Hace más o menos un año, observó como se le iba formando una papila o vandeleta colgante, detrás del borde posterior de la dentadura.

Etiología.-

La línea del post-daming, que se nota bastante cortante, de la dentadura, ha traumatizado lo suficiente como para ocasionar la lesión.

Diagnóstico Clínico.-

Las características clínicas del tumor son las

de un papiloma simple.

Tratamiento.-

Después de anestesiar por infiltración alrededor del papiloma, se eliminó éste con un bisturí común, profundizando bien en su base, para no dejar restos de tejido tumoral y evitar así la recidiva. No se hicieron suturas sino que se presionó la herida con gasa estéril.

Histopatología.-

El papiloma entero se envió a PATOLOGIA para su examen. El informe fué el siguiente: Papilas hipertróficas revestidas por epitelio epidermoideo en parte queratinizado. Diagnóstico:  
Papiloma simple.

Caso N° 7

Fecha: 11 - 2 - 57

Nombre: E. H. M.

Sexo: Femenino

Edad: 25 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Reside: Desamparados

Atendido: Seguro Social

Examen.-

El maxilar superior presenta en la porción vestibular del reborde alveolar, más o menos a la altura de la región premolar izquierda, una vandeleta fibromucosa, de consistencia suave, movable y de color de la mucosa normal. Tiene una longitud de unos 3cm. y un ancho de unos 8mm. En el surco formado por la unión de la vandeleta con el reborde alveolar, no hay ulceración.

Siempre por vestibular, pero en la región premolar derecha, se observa una ulceración de tipo traumático, con una extensión de unos 2cm.

Historia.-

Como primer dato la paciente informa que aún cuando tenía sus piezas naturales, a menudo padecía de tumoraciones e inflamaciones en las encías. Refiere que usa prótesis total superior desde hace 2 años. Durante el primer año, la dentadura provocó constantes ulceraciones e inflamaciones en el surco vestibular, que desaparecían haciendo enjuagatorios con agua de sal caliente. En el segundo año de uso, la dentadura provocó la úlcera de la región derecha, que a menudo se infectaba.

La vandeleta de la región izquierda fué apareciendo sin mayores molestias y la paciente la descubrió hace pocas semanas.

#### Etiología.-

Posiblemente la aleta larga y de borde filoso de la dentadura, traumatizó constantemente el surco vestibular, dando origen a la úlcera del lado derecho y a la vandeleta fibrosa de la región izquierda.

#### Diagnóstico Clínico.-

La lesión del lado derecho es una úlcera traumática. La vandeleta fibromucosa del lado izquierdo, se originó en un proceso inflamatorio de tipo crónico; es una fibrosis.

#### Tratamiento.-

Primero se dió atención a la úlcera traumática. Para esto se ordenó a la paciente no usar más la dentadura, a la vez que se le recomendaron enjuagatorios con agua de sal caliente, con lo que se logró la cicatrización.

Dos semanas después se intervino quirúrgicamente la vandeleta fibrosa. Luego de anestesiar con inyección troncular infraorbitaria izquierda y un poco de infiltración alrededor de la fibrosis, se traccionó ésta con unas pinzas de Alice. Seguidamente se extirpó la lesión, haciendo una incisión en forma de cuña, con bisturí común. No se hicieron suturas, sino que se cohibió la hemorragia presionando con una gasa estéril durante algunos minutos.

Días después la paciente se presentó lista para que se le

hiciera una nueva dentadura. En el lugar de la incisión no se formó ningún engrosamiento cicatricial.

Histopatología.-

La vandeleta fibromucosa fué enviada para su examen al microscopio. El informe fué el siguiente: Tejido fibroso denso de haces paralelos, entre los cuales hay brotes vasculares de neoformación. Exteriormente existe revestimiento epidermoideo y en algunos puntos bajo el epitelio se aprecia infiltración linfocitaria focal. Diagnóstico: Proceso inflamatorio crónico fibroso con ligera actividad residual subepitelial.

Caso N° 8

Fecha: 26 - 2 - 57

Nombre: U. G. Ch.

Sexo: Masculino

Edad: 43 años

Ocupación: Jornalero

Reside: San Antonio, Escazú

Atendido: Seguro Social

Examen.-

El paciente presenta en la mucosa del paladar un crecimiento pequeño, pálido, arborescente y pediculado. Está situado exactamente en la unión del paladar duro con el paladar suave. En el resto del maxilar superior no se observa ninguna alteración.

Historia.-

El paciente tiene el tumorcito desde hace varios años, sin que le ocasione mayores molestias. La formación pediculada es aplastada por la prótesis, cuando ésta es colocada en boca.

Etiología.-

El traumatismo producido por la prótesis, a la altura del post-daming, fué el factor etiológico determinante en la formación de la lesión.

Diagnóstico Clínico.-

La lesión tiene todas las características de un papiloma simple.

Tratamiento.-

Después de anestesiar por infiltración en el paladar,

alrededor del papiloma, se eliminó éste con bisturí común, socavando bien los tejidos alrededor de su base de inserción, para no dejar restos y evitar así la recidiva. Seguidamente se aplicó en el lugar de la incisión una gasa estéril, presionando durante algunos minutos para cohibir la hemorragia. La pieza seccionada, fué enviada para su examen al microscopio.

Histopatología.-

El laboratorio informó lo siguiente: Papilas del corion hipertróficas, revestidas por epitelio epidermoideo. Diagnóstico: Papiloma simple.

Caso N° 9

Fecha: 26 - 2 - 57

Nombre: R. Ch. M.

Sexo: Masculino

Edad: 37 años

Ocupación:

Reside: San Antonio,  
Desamparados.

Atendido: Clínica Dr. Rolando  
Chaves A.

Examen.-

En el maxilar inferior observamos ausencia, casi total, de reborde alveolar. Toda la parte anterior del surco vestibular, está cubierta de vandeletas fibromucosas, suaves, movibles y ligeramente enrojecidas. Algunos de los surcos formados por las vandeletas, en su punto de unión con el tejido normal, están ulcerados. A nivel de la región canina derecha, hay 2 ó 3 vandeletas que se extienden hacia el labio.

Historia.-

El paciente usa las mismas dentaduras completas desde hace 10 años. Son dentaduras de caucho. Desde el principio el paciente notó que la prótesis inferior, le ocasionaba molestias dolorosas, pero poco a poco fué acostumbrándose a ellas. De 6 meses para acá, la placa está bastante floja y desajustada. Sin embargo el paciente no acudió al Odontólogo, sino hasta hace pocos días y porque la dentadura se le fracturó.

Durante estos últimos meses es que el paciente ha observado la formación de las vandeletas indoloras y las ulceraciones.

### Etiología.-

Los años de uso de la prótesis y los cambios en el reborde alveolar, causaron enorme desajuste. Luego, el traumatismo producido por el roce de la placa floja, provocó la formación de las lesiones del maxilar inferior.

### Diagnóstico Clínico.-

Las vandeletas fibromucosas no son más que el resultado del proceso inflamatorio crónico, provocado por el traumatismo; son fibrosis. Las ulceraciones son del tipo traumático. En el reborde alveolar hay reabsorción ósea.

### Tratamiento.-

Primeramente se indicó al paciente, que debía dejar de usar las viejas prótesis de caucho, y se esperó durante una semana para que desaparecieran los signos de inflamación.

En este caso fué necesario hacer más de una operación, pues como dijimos anteriormente, toda la región incisiva del surco vestibular, estaba cubierta de vandeletas. Estas fueron seccionándose poco a poco; para ello se usó anestesia infiltrativa, pinzas de Alice para hacer tracción, y bisturí común para las incisiones y extirpaciones. No se usó suturas sino que la hemorragia se cohibió con gasas estériles a presión.

Después de extirpadas todas las vandeletas el caso ha quedado en buenas condiciones, sin embargo, para que de nuevo pueda usar prótesis, es posible que haya que hacer una intervención más, pa-

ra profundizar el surco vestibular y dar mayor relieve al reborde alveolar.

Histopatología.-

Una de las vandeletas seccionadas fué enviada a Patología para su examen. El informe fué el siguiente: Papilas del corion hipertróficas revestidas por epitelio hiperqueratósico. Profundamente hay haces colágenos de disposición paralela, vasos sanguíneos neoformados y pequeños focos de infiltración linfocitaria.

Diagnóstico: Proceso inflamatorio crónico fibroso.

Nota: Lesiones como éstas son las que se denominan equivocadamente, hiperplasias.

Caso N° 10

Fecha: 7 - 3 - 57

Nombre: H. C. Ch. V.

Sexo: Femenino

Edad: 33 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Reside: San Jerónimo, Marango

Atendido: Seguro Social

Examen.-

La paciente presenta en la mucosa del paladar, una pequeña formación fibrosa, esférica, sésil, de color parecido al de la mucosa normal, y de unos 3mm. de diámetro. Está situada en la unión del paladar duro con el paladar suave (línea del post-daming).

Historia.-

La paciente usa prótesis total superior desde hace 3 años. Durante todo ese tiempo, la dentadura nunca ha provocado molestias dolorosas. Después de 2 ó 3 semanas de haber comenzado a usar la prótesis, la paciente observó al pasar la lengua por el paladar, la formación del tumorcito fibroso. Este no es doloroso, ni ha molestado, pero la paciente ha preferido consultar al Odontólogo.

Etiología.-

Si bien no es completamente seguro, si hay una gran posibilidad de que alguna rugosidad o saliente de la dentadura, traumatizara a nivel del post-daming y determinara la formación fibrosa.

Diagnóstico Clínico.-

Esta lesión tiene todo el aspecto clínico de un fibroma.

Tratamiento.-

Se suministró una pequeña cantidad de anestesia infiltrativa alrededor del fibroma. La extirpación se llevó a cabo con un bisturí común, socavando bien en la base del tumor para que no quedara ningún resto de tejido capaz de recidivar. La hemorragia se cohibió con la presión de una gasa estéril. El fibroma completo fué enviado a Patología para su examen.

Histopatología.-

El laboratorio informó: El fragmento recibido es sumamente pequeño, difícil para incluir y estudiar. Solamente se ven pequeños grupos fibroblásticos; tejido conjuntivo.

Caso N° 11

Fecha: 12 - 3 - 57

Nombre: A. M. de R.

Sexo: Femenino

Edad: 34 años

Ocupación: Oficios Domésticos

Reside: Desamparados

Atendido: Seguro Social

#### Examen.-

El maxilar superior presenta en la porción vestibular del reborde alveolar una vandeleta fibromucosa, que se extiende cubriendo la región incisiva y canina izquierda. Es suave, móvil, del color de la mucosa normal, y de una longitud de unos 2cm.

En la cresta alveolar, a nivel de la línea media se observa una serie de papilitas esféricas, del color de la mucosa, sésiles, fibrosas, y de unos 2mm. de diámetro.

#### Historia.-

La paciente usa prótesis total superior desde hace 10 años. Esta dentadura, desde hace 2 años está floja o mal ajustada.

Es importante notar que durante los 10 años, que la paciente ha usado la placa superior, en el maxilar inferior han faltado las piezas posteriores.

#### Etiología.-

Indudablemente el hecho de que la prótesis superior esté mal ajustada, y que el paciente carezca de piezas posteriores inferiores, ha provocado un desbalance de esa dentadura. Esto ha producido un constante traumatismo en la zona anterior del reborde

alveolar, dando lugar a la formación de las lesiones.

Diagnóstico Clínico.-

La vandeleta fibrosa de la región incisiva izquierda, tiene el aspecto de las mal llamadas hiperplasias de la encía, pero no es más que una fibrosis, resultado de un proceso inflamatorio crónico.

Las papilas esféricas que están en el reborde, a nivel de la línea media, son excesos de tejido fibroso.

Tratamiento.-

Primeramente se procedió a eliminar la vandeleta fibromucosa. Se anestesió por infiltración y se seccionó con bisturí común, haciendo tracción con unas pinzas de Alice. En este caso tampoco se usaron suturas; el sangrado se evitó con una gasa estéril.

Las papilas fibrosas del reborde alveolar, se extirparon por medio de un corte en forma de cuña, hecho con bisturí común, a lo largo de la cresta alveolar. Se usó anestesia infiltrativa. Se hizo un par de suturas individuales.

Caso N° 12

Fecha: 14 - 3 - 57

Nombre: A. E. Ch.

Sexo: Masculino

Edad: 67 años

Ocupación: Fontanero

Reside: Paso Ancho

Atendido: Seguro Social

Examen.-

El maxilar inferior presenta en la región incisiva del reborde alveolar, por vestibular, dos vandeletas fibromucosas, suaves, móviles, y de 1cm. de longitud. A ese mismo nivel, en el surco vestibular, se observa una úlcera de tipo traumático. En el surco lingual, a un lado de la línea media, hay también una pequeña úlcera de unos 3mm. de diámetro.

En la zona molar derecha, sobre el reborde alveolar, hay exceso de tejido fibroso y más hacia adelante, otra úlcera traumática.

Historia.-

La prótesis inferior de este paciente, tiene más o menos 1 año de uso, pero no ha sido sino hasta hace un par de semanas, que ha provocado molestias dolorosas. Dice además el paciente, que últimamente la placa le ha quedado bastante floja, y que se le desplaza con mucha facilidad.

Etiología.-

Los bordes de la dentadura son ásperos y cortantes; esto unido al desajuste, ha hecho que la placa traumatice y provoque las lesiones.

Diagnóstico Clínico.-

Las vandeletas fibromucosas son fibrosis benignas. Las úlceras son de origen traumático y el exceso de tejido fibroso de la región molar derecha, es el resultado de un proceso inflamatorio crónico.

Tratamiento.-

Este caso no pudo ser intervenido quirúrgicamente, pues el paciente tenía prisa por regresar al lugar de su trabajo (Guana-  
caste); por esta razón y provisionalmente, se le examinó cuidadosamente la prótesis, recortando y puliendo las asperezas de sus bordes. Se le recomendó también, enjuagatorios con agua de sal caliente, y mucha higiene bucal. Se le hizo ver, eso si, que debía volver para la atención quirúrgica de las otras lesiones.

RESUMEN

De los casos clínicos presentados, resumiendo podemos comentar que:

Fueron estudiados 12 casos, a saber, 4 hombres y 8 mujeres.

Las edades oscilaron entre 23 y 67 años.

Las lesiones producidas por las prótesis traumatizantes, factor determinante comprobado en todos los casos, resultaron ser del maxilar superior en 7 casos, y del maxilar inferior en 4 casos; 1 de los casos presentó lesiones en ambos maxilares. Casi todos los pacientes presentaron más de un tipo de lesión a la vez.

Las lesiones estudiadas y tratadas fueron las siguientes:

3 casos de úlceras traumáticas. Casos Nos. 7 - 9 - 12

4 casos de fibrosis simple, con aspecto de hipertrofia.

Casos Nos. 1 - 2 - 3 - 12.

2 casos de fibrosis con reabsorción ósea. Casos Nos. 2 - 4

5 casos de fibrosis simple, con aspecto de hiperplasia.

Casos Nos. 4 - 5 - 7 - 11 - 12.

2 casos de fibrosis múltiple, con aspecto de hiperplasia.

Casos Nos. 3 - 9 .

1 caso de fibroma. Caso N° 10.

3 casos de papiloma. Casos Nos. 1 - 6 - 8.

Todos los pacientes recibieron su tratamiento; 11 de ellos

fueron tratados quirúrgicamente, y 1 (caso N° 12), recibió tratamiento provisional de corrección en su prótesis, y se le indicó que debía volver para su intervención quirúrgica.

Se hizo biopsia en los 6 casos en que se creyó más necesaria.

En aquellos casos que clínicamente presentaron el aspecto de hipertrofia o de hiperplasia, se pudo comprobar por medio de la biopsia, que se trataba de procesos inflamatorios crónicos cicatriciales, verdaderas fibrosis de tipo benigno.

De las lesiones presentadas en los 12 pacientes estudiados, diremos que todas fueron benignas; de ellas eso sí, sólo podemos considerar sin mayor importancia a las úlceras traumáticas (casos Nos. 7 - 9 - 12) y a las fibrosis simples con aspecto de hipertrofias (casos Nos. 1 - 2 - 3 - 12).

Las más complicadas y de peligro para el paciente, de no haber sido intervenidas, fueron los papilomas (casos Nos. 1 - 6 - 8) y las fibrosis múltiples con aspecto de hiperplasias (casos Nos. 3-9), que si bien fueron benignas, existió la posibilidad de que evolucionaran hacia la malignidad.

Las fibrosis simples con aspecto de hiperplasias (casos Nos. 4 - 5 - 7 - 11 - 12) y las fibrosis con reabsorción ósea (casos Nos. 2 - 4), también fueron benignas pero ocasionaron grandes molestias, especialmente estas últimas, pues la reabsorción ósea de-

jó un reborde alveolar en muy malas condiciones para usar una nueva prótesis.

El fibroma (caso N° 10) fué tan pequeño que no ocasionó mayores molestias; la biopsia lo reveló como de tipo benigno.

BREVE COLENTARIO SOBRE UNA SERIE DE CASOS CLINICOS  
PRESENTADOS POR LA DRA. BEATRIZ VALDERRAMA C. EN  
SU TESIS "IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA EN PATOLOGIA  
ORAL".

Citaremos a continuación una serie de casos clínicos que presentaron lesiones en el reborde alveolar y en los que se pudo comprobar la acción traumatizante de las dentaduras completas como factor etiológico. (16)

"Caso N° 1.- Nombre R.A.V.

Síntesis: Prótesis mal ajustada que provoca una formación inflamatoria en el reborde alveolar."

"Caso N° 2.- Nombre M.F.H.

Síntesis: Prótesis traumatizante que produce ulceración clínicamente sospechosa. La biopsia revela granuloma."

"Caso N° 8.- Nombre M.M.M.

Síntesis: Proceso inflamatorio crónico lineal aún calcificante en la profundidad. Hiperqueratosis. Producido por prótesis traumatizante usada durante ocho años."

"Caso N° 13.- Nombre G.A.H.

Síntesis: Rodete del reborde inferior que se ha producido después de quince años de usar una prótesis mal ajustada. Fibroma."

"Caso N° 17.- Nombre F.B.A.

Síntesis: Prótesis traumatizante produce en el plazo de dos meses formación de tipo granulomatoso. Hipertrofia."

"Caso N° 24.- Nombre E.Ch.V.

Síntesis: Prótesis traumatizante que provoca hipertrofia del frenillo labial superior."

"Caso N° 36.- Nombre C.P.H.

Síntesis: Prótesis traumatizante que provoca formación papilar del corion. Hipertrofia."

Resumiendo tenemos que en los casos antes citados la acción traumatizante de las dentaduras artificiales completas dió como resultado: 1 reborde alveolar inflamado, 1 ulceración sospechosa, 1 hiperqueratosis o más bien leucoplasia, 1 fibroma, y 3 hipertrofias.

No pretenderemos hacer de estos siete casos una estadística, pero si es importante observar que de ellos sólo un caso (N° 1), presentó una leve inflamación en el reborde alveolar, que puede considerarse sin mayor importancia. En cambio, los seis casos restantes son lesiones benignas que bien pudieron transformarse en malignas de no haber sido por la intervención quirúrgica. Además una de ellas (caso N° 8), es una leucoplasia que pudo evolucionar hacia el cáncer.

Lógico es pensar que si en un número tan limitado de casos

el porcentaje de lesiones serias es tan alto, las posibilidades de que una prótesis completa traumatizante provoque neoformaciones, son también muy crecidas.

CONCLUSIONES

- 1) Toda dentadura completa traumatizante es capaz de lesionar los tejidos bucales.
- 2) La irritación crónica dada por el traumatismo es el factor etiológico determinante de estas lesiones.
- 3) Estas lesiones son en su mayoría de tipo benigno.
- 4) Se presentan también neoformaciones malignas, y el hecho de que en los pacientes de nuestro estudio no se presentaran, no debe hacernos pensar que podemos descartarlas.
- 5) Las lesiones malignas, pre y cancerosas, producidas por prótesis traumatizantes, han sido comprobadas por varios autores (1) (2) (3) (10) (16) al estudiar grupos extensos de pacientes.
- 6) Todas estas lesiones se presentan en el paciente anodóntico con gran frecuencia, de ahí la necesidad de instruirlo para que visite periódicamente al odontólogo.
- 7) Las prótesis bucales completas traumatizan por: a) Faltas de técnica en su construcción. b) Descuido del paciente que usa una dentadura por muchos años sin visitar regularmente al odontólogo.
- 8) Las lesiones que corrientemente se conocen con el nombre de "hipertrofias" e "hiperplasias", no es correcto denominarlas

así, pues no hay ni aumento en el tamaño de las células, ni aumento en el número de ellas.

- 9) Hemos demostrado histopatológicamente que las llamadas "hipertrofias" e "hiperplasias", no son más que procesos inflamatorios crónicos cicatriciales, verdaderas fibrosis.
- 10) En las lesiones producidas por las prótesis completas bucales traumatizantes, especialmente en los fibromas, papilomas y leucoplasia, debe hacerse biopsia.
- 11) La radiografía y la fotografía en colores, son de gran valor como ayuda en el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones bucales.
- 12) Es necesario que el odontólogo conozca las lesiones que producen las dentaduras traumatizantes, para que pueda diagnosticarlas y tratarlas correctamente.
- 13) El odontólogo debe tener un mínimo de conocimientos de las lesiones pre y cancerosas, para poder hacer un diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFIA

1) ARCHER W. Harry.-

"Oral Surgery"

Págs. 296 - 303 - 304 - 360

Año 1953 - 1954.

2) BURKET Lester W.-

"Medicina Bucal", Diagnost. y Tratam.

Págs. 136 - 479

Año 1954.

3) DENTAL RADIOGRAPHY AND FOTOGRAHY.-

"Oral and Facial Cancer"

Volumen 27 - N° 1

Año 1954.

4) DOXTATER Walter.-

"Dentaduras Completas y Parciales"

Págs. 210 - 260

Año 1940.

5) HAYES Louis V.-

"Diagnóstico Clínico de las Enfermedades  
de la Boca".

Págs. 62 - 141 - 143 - 255 - 259

Año 1954.

6) HAUPL K., MEYER W. y SCHUCHARDT K.

"Tratado General de Odonto-Estomatología",  
Tomo II

Págs. 751 - 753 - 764

Año 1957

7) MEAD Sterling V.-

"Oral Surgery"

Págs. 669 - 686 - 1205

Año 1946

8) NAVAL DENTAL SCHOOL, Bethesda - Maryland.-

"Color Atlas of Oral Pathology"

Págs. 88 - 131 - 132 - 151

Año 1956

9) ORAL SURGERY, ORAL MEDICAL, and ORAL PATHOLOGY.-

"Inflammatory Papillary Hiperplasia"

Volumen 5 Pág. 191

Año 1952.

10) RADICGRAFIA Y FOTOGRAFIA CLINICAS.-

"Lesiones Malignas de la boca"

Tomo 15, Número 3

Año 1949.

11) RIES CENTENO.-

"Cirugía Bucal", Tomo II

Pág. 687

Año 1954.

12) THOMA Kurt H.-

"Estomatología"

Págs. 310 - 334 - 351 - 353 - 388 - 402

404 - 411 - 416 - 419 - 432

Año 1953.

13) THOMA Kurt H.-

"Oral Surgery", Tomo II

Págs. 1181 - 1182 - 1207 - 1234

Año 1952

14) THOMA Kurt H.-

"Oral Surgery", Tomo I

Págs. 389 - 396

Año 1952.

15) THOMA Kurt H.-

"Patología Bucal", Tomo II

Págs. 1148 - 1248 - 1260

Año 1946.

16) VALDERRAMA Beatriz.-

"Utilidad de la Biopsia en Patología Oral"

Tesis de Grado. Págs. 1 - 5 - 30

Año 1957.

17) WARD Grant E.-

"Tumors of the Head and Neck"

Págs. 8 - 211 - 212 - 221 - 223 - 236

Año 1950.

18) ZAIZAR Pedro.-

"Prótesis a Placa"

Págs. 928 - 970 - 972 - 980 - 981

Año 1953

REPRODUCCIONES FOTOGRAFICAS

COLOR ATLAS OF ORAL PATHOLOGY, U.S. Naval Dental School. Año 1956.

DENTAL RADIOGRAPHY AND FOTOGRAHY. Volumen 27 - Año 1954 - N° 1.

ORAL SURGERY, W. Harry Archer. Año 1953-1954.

ORAL SURGERY, Kurt H. Thoma. Tomo I - Año 1952.

RADIOGRAFIA Y FOTOGRAFIA CLINICAS. Tomo 15 - N° 3 - Año 1949.