

* CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE NEOPLASIA PALATAL

por los

Dres. Antonio Híjar Ariño y Ramón Cítoles Sesé (1)

Es la divulgación de los casos clínicos entre un público de competentes profesionales, labor ardua que se presta al fracaso, ya que alcanzando aquél una elevada cultura, puede darse el caso de caer de lleno en lamentables repeticiones de cosas conocidas, aunque el divulgador crea traer a la consideración de los oyentes sucesos originales que puedan ser motivo de discusión.

Pudiera ser que el actual fuera uno de los expresados casos. No obstante, confesaremos que antes de exponer a vuestra estimable y culta atención esta comunicación, hemos consultado varios textos y revistas con el exclusivo objeto de ver si se había divulgado algún caso de neoplasia de etiología análoga a la de éste, sin encontrar en su literatura nada que fuera igual o parecido. No intentamos con la exposición de éste abrogarnos sensacionales descubrimientos, pues sólo la casualidad es la causa de que lleguen a nosotros procesos morbosos dignos ser estudiados y discutidos.

CASO CLINICO

Paciente, M. Gómez; de sesenta y dos años, casada. Antecedentes personales y familiares, sin importancia en relación con la región y proceso patológico que nos interesa, presenta buen estado general.

Hace unos ocho años le fué construída una prótesis móvil, parcial, en el maxilar superior para sustituir diez piezas

(1) Conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos de Zaragoza y publicada también por nuestros colegas "Clínica y Laboratorio".

dentarias. Desde hace algún tiempo se le desprende dicha prótesis con mucha facilidad, hasta que, imposibilitada para usarla, asiste a nuestra consulta. La exploración nos descubre en la bóveda palatal una neoplasia de consistencia blanda (fig. 1), pediculada, no sangrante, insertada en el rafe medio del paladar. Está alojada en una oquedad que ha ido formando en el hueco subyacente al aparato protésico. No presenta reacción glandular, ni fiebre, ni tiene otras molestias que las mecánicas.

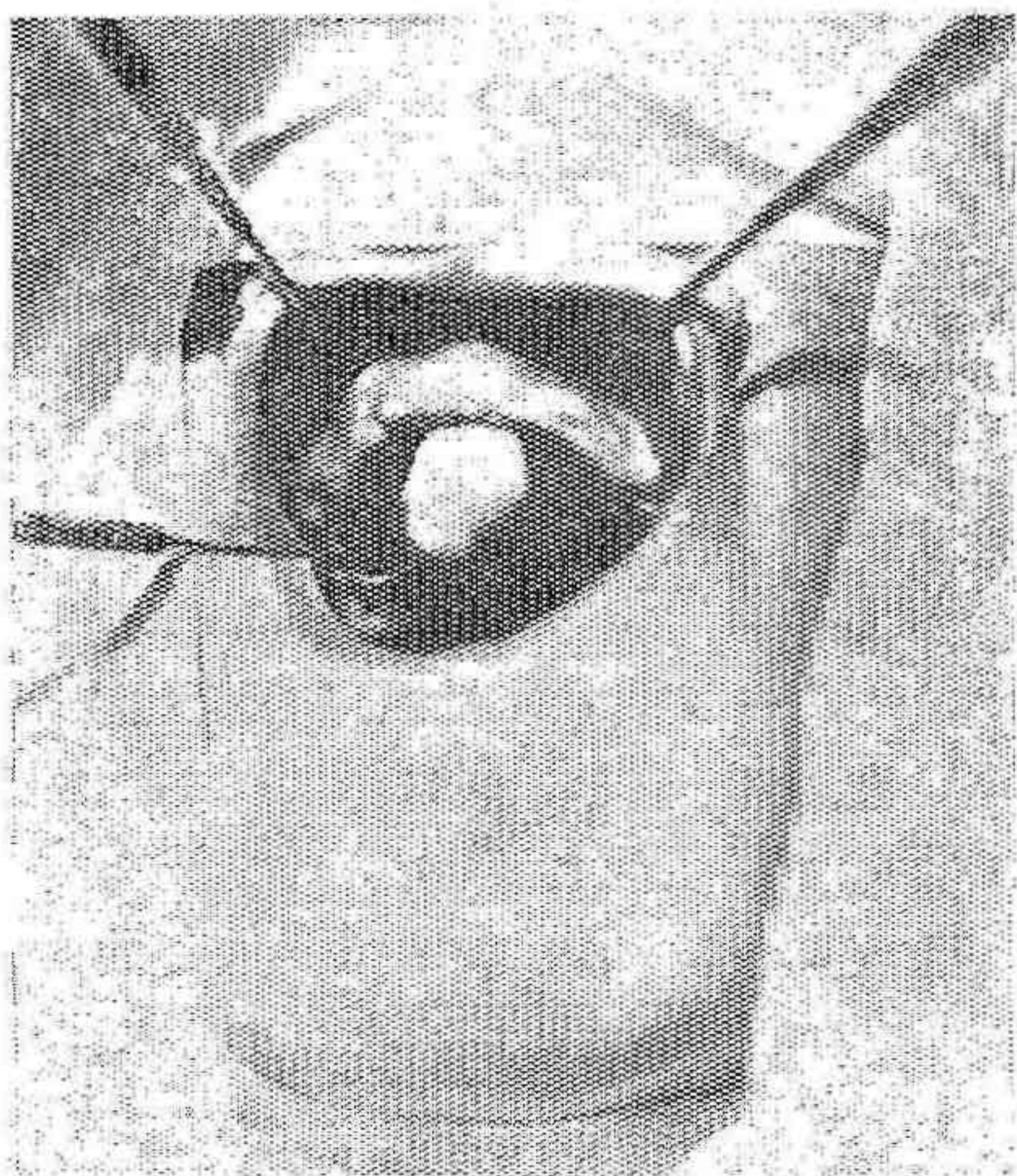


Fig. 1 —Neoplasia pediculada de la bóveda palatina elevada con una erima.

Previa anestesia, efectuamos la operación quirúrgica con termocauterio, destruyendo el pedículo en su raíz, y es dada de alta a los ocho días, sin más complicaciones que una ligera reacción local inflamatoria.

No ha recidivado (fig. 2).

Entre las variadas teorías que pretenden explicar la etiología de las neoplasias, creemos que es la de la causa local, la de la "inflamación crónica", la que en este caso puede aceptarse como la más verosímil. Nuestra autoridad en esta materia no es lo suficientemente firme para permitirnos aseverar y afirmar aspectos doctrinales que eminentes investigadores discuten ininterrumpidamente sin llegar a un definitivo acuerdo.

Pero, estudiada a su vista la causa mecánica desencadenante de este proceso neoplásico, no podemos por menos de aceptar “a priori”, que fué la inflamación crónica la verdadera causa. y como causante a su vez de esta inflamación, la acción continua sobre el epitelio mucoso del paladar, de la cámara de succión, que arbitraria e innecesariamente fué utilizada por el constructor de esa prótesis, para su sujeción (fig. 3).

En el caso protésico (concretamente este aparato) que nos ocupa no alcanzamos a comprender por qué fué utilizado este

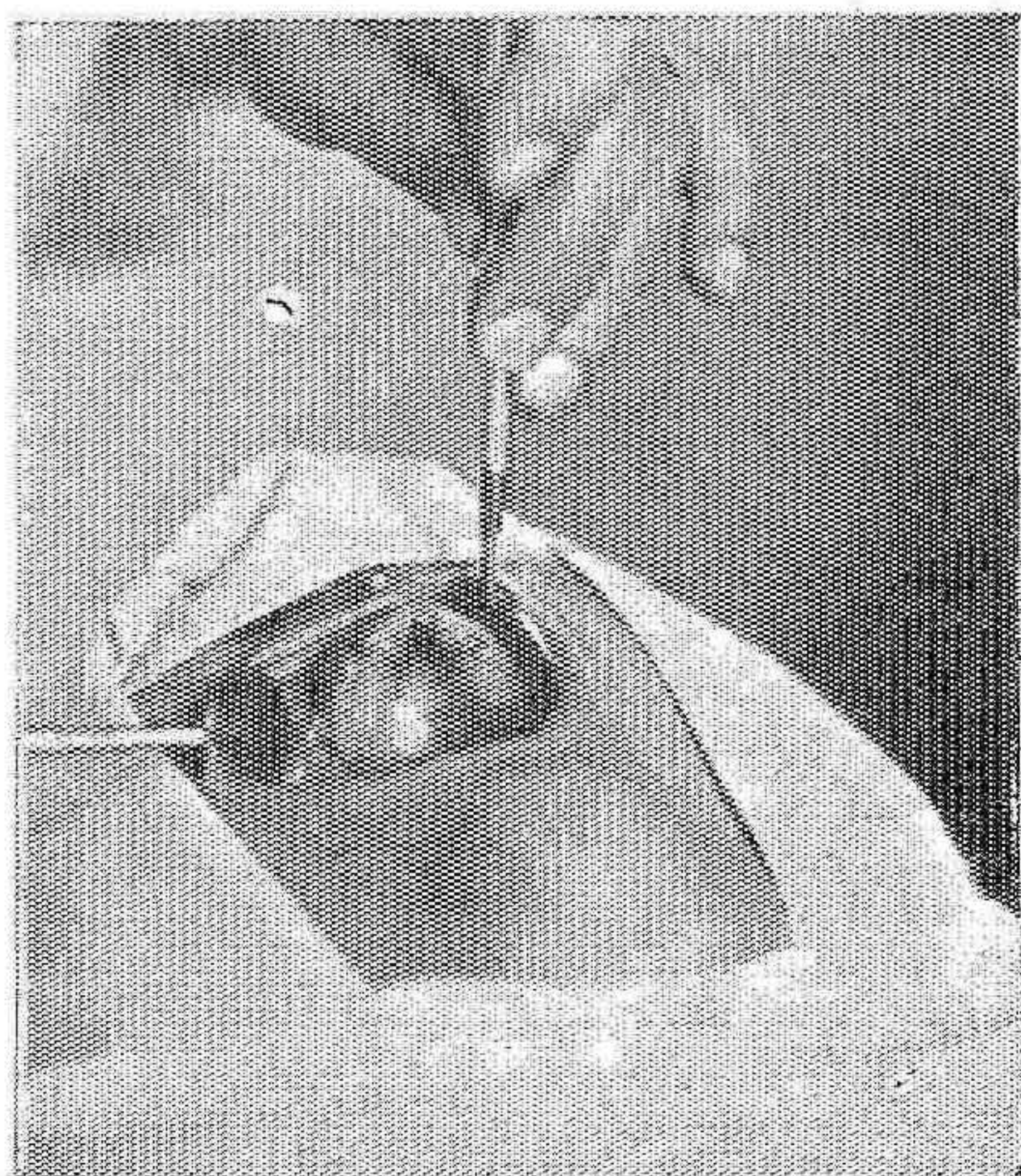


Fig. 2.—La bóveda palatina una vez extirpado el tumor.

medio de sustentación. Puede considerarse como una verdadera y lamentable dejación de las más elementales normas odontológicas, ya que para la fijación de esta prótesis fué además empleado el sistema de anclajes en las piezas dentarias existentes.

Es motivo de discusión entre los profesionales odontológicos lo referente a si los aparatos superiores movibles, especialmente los completos, deben o no llevar el sistema de sujeción denominado “cámara de aire”, “válvula” o “succión de vacío”, la cual actúa en virtud de la acción de la presión atmosférica.

Esta cámara consiste (permítaseme esta explicación previa, en atención a que entre los que nos leen hay profesionales *no* odontólogos) en el vaciamiento de una zona más o menos extensa y de variable forma (según sea la de la arcada dentaria) de la superficie de la placa que ha de estar en contacto íntimo con la mucosa palatal. Al ser colocada la prótesis, la acción de la lengua y de los músculos de la faringe crean una presión negativa en la boca, en cuyo momento se expulsa el aire de la cámara, produciéndose el vacío total o parcial en su

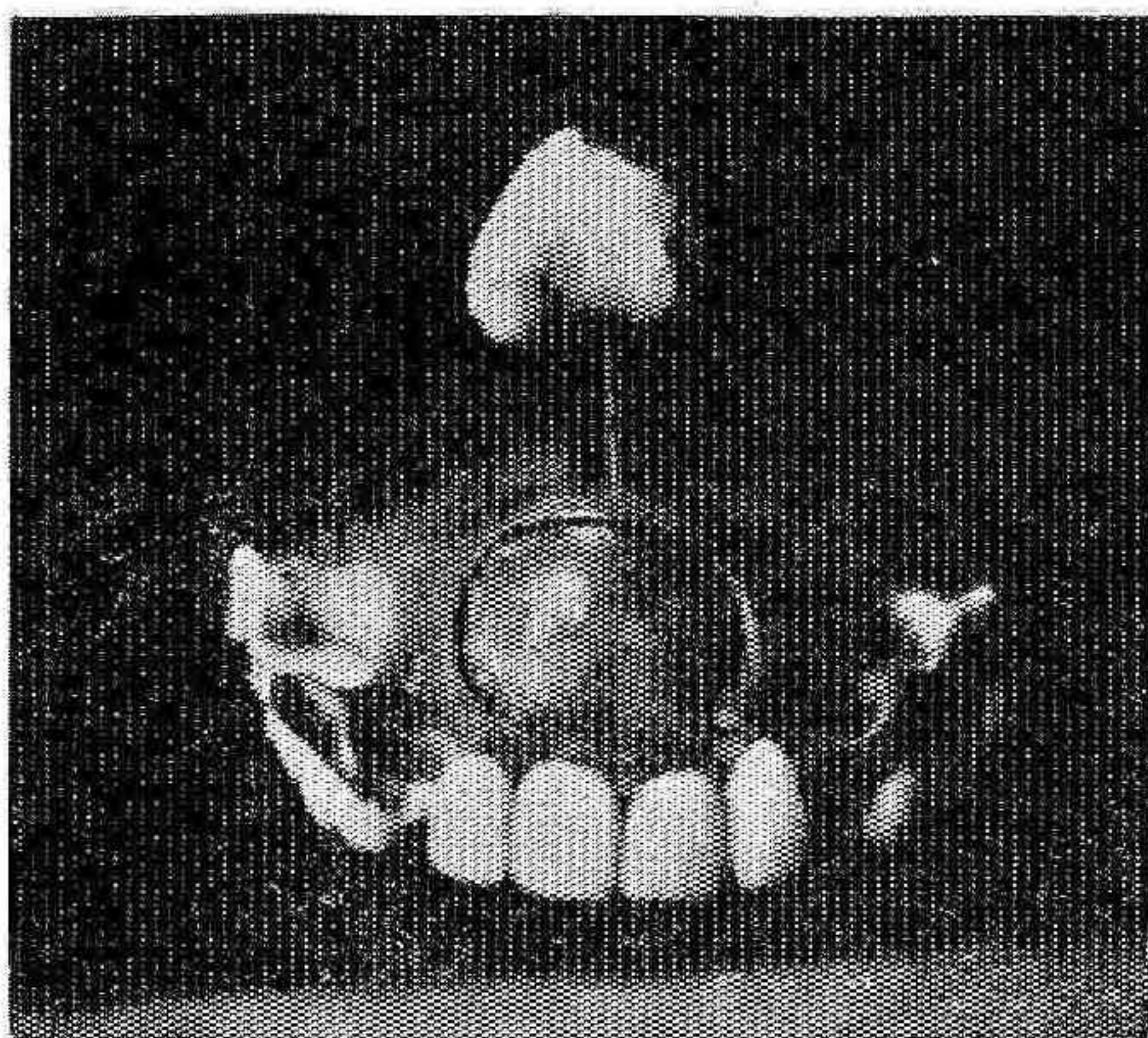


Fig. 3.—Obsérvese la forma de la neoplasia, sensiblemente igual a la de la válvula neumática de la prótesis movable.

interior. La física nos enseña que la presión atmosférica actúa en su máxima intensidad sobre las paredes de los recipientes en cuyo interior se ha obtenido el vacío, y que esta presión es de 1.033 kilogramos por centímetro cuadrado.

Fácilmente se comprenderá las desventajas que supone el uso y abuso de este artificio en la técnica de construcción de dentaduras movibles. En un recipiente de paredes rígidas, con vacío interior, no podrá suceder en el peor de los casos nada más que el abombamiento cóncavo de sus paredes si no son lo suficientemente resistentes para soportar la presión exterior. Pero en un recipiente que tenga una pared elástica se producirá ipso facto su depresión o plegamiento tan pronto empieza la

operación del enrarecimiento del aire interior. En este caso se halla la válvula o succión de vacío. La pared elástica es la membrana mucosa que recubre el paladar, en la cual, por la acción de la succión se originan fenómenos que alteran o modifican su estructura anatómica. Las paredes de los capilares son influenciadas por esta presión negativa; dejan escapar los gases que el plasma lleva en suspensión o disueltos, los cuales van a llenar la cámara para compensar la diferencia de presión. Ya tenemos por este medio anulada la función de la válvula. Pero como cada vez que se coloca el aparato y cada vez que pierde adherencia, el portador efectúa el acto de vaciar la válvula, creando nuevo vacío, terminan por dejar salir plasma puro, originando un estado inflamatorio con su cortejo de alteraciones tisulares, que, hipertrofiando la mucosa, llegará a rellenar la "cámara de aire" hasta anular la acción de la presión atmosférica, en cuyo momento, o se mantendrá el aparato en su sitio por la fuerza de adhesión y cohesión, si fué bien construido (en cuyo caso holgaba haber hecho la válvula) o se desprenderá continuamente, en cuyo caso será necesario reconstruir la prótesis.

Pero el mal ya fué hecho. Si persiste, aunque sea débilmente, la acción succional, la inflamación se hará crónica, llegando a producirse úlceras por decúbito, gangrenas, neoplasias, etcétera.

Los autores que han estudiado esta cuestión, entre los que se encuentran Weisser, Lee, Skeede, Albretch, Trobo, Gras, Landete, etcétera, coinciden en afirmar la inutilidad de este dispositivo de sujeción que, si bien en los primeros momentos es eficaz, pues los pacientes perciben que "como una lapa se pega la dentadura al paladar", en un plazo más o menos corto es ineficaz por las expuestas razones.

En un trabajo publicado por los doctores Elberte, Pendleton y Henri Glupker, en el *Diario de la Asociación Americana*, de Chicago, volumen XII, núm. 1, enero del 35, entre otras conclusiones exponen la siguiente:

"Los tejidos sujetos a fuerzas negativas, generalmente muestran una reacción que indica un proceso degenerativo e inflamatorio; el hueso subyacente disminuye y se desarrollan

densas fibras de tejido conjuntivo que rellenan el espacio existente entre el hueso y la plancha base. Esta reacción tisular es un proceso patológico resultante de una "injuria mecánica".

Parecidas apreciaciones podríamos transcribir de autores alemanes, ingleses y españoles.

Estudiados todos estos razonamientos; viendo en nuestra práctica profesional que son ciertas todas esas alteraciones más o menos graves y comprobando que, en el caso objeto de este trabajo, la dentadura llevaba indebidamente este artificio de sujeción, no podemos por menos de afirmar que el insulto o "injuria mecánica" causante de esa neoplasia fué el uso de la succión neumática.

Todo ello nos reafirma cada día más, por si no lo estábamos bastante, en nuestro criterio rotundamente contrario al empleo de las válvulas de aire enrarecido.

Pero aunque así sea, no dejamos de aceptar que el uso de las cámaras de vacío proporciona buenos servicios en aquellos casos de paladares duros, planos y revestidos por fina mucosa. Lo que no puede aceptarse en modo alguno es el empleo sistemático de tal artificio de sujeción sin someter antes el caso dado a un estudio científico y detenido para decidir esta cuestión tan vital, como que del acierto con que se decida depende el éxito del trabajo (a nuestro entender el más difícil de todos los trabajos de prótesis) y, por tanto, del ser o no ser del profesional, ya que si todo debemos construirlo con la mayor perfección, son las dentaduras completas las que exigen el *sumum* de aquélla, pues en ellas se reúnen todas las dificultades de la prótesis y hay que resolverlas netamente. Es la solución de los problemas estéticos, de vocalización, bucodinámicos, etcétera, sin puntos de referencia que nos orienten claramente el plano colusal determinando el bipupilar; la curva de Spec en función del recorrido condíleo; la longitud de los incisivos, la línea de sonrisa, la altura de oclusión, en función de las líneas ideales de armonía facial, según la determinación estética debida a Kollmann, etcétera.

Fácilmente se puede deducir de lo expuesto la serie innegable de grandes dificultades que entraña la obtención de unos aparatos protésicos perfectos, pero mucho mayores son las

que encierra el hallazgo de una base de sustentación tan perfecta que sea capaz de impedir el desplazamiento de la dentadura durante los movimientos masticatorios, de la conversación, de la risa, es decir, durante aquellos movimientos en los que la cinemática muscular rinde el máximo de su función. Todos los que nos leen son conocedores de la anatomía muscular de estas regiones y comprenderán en seguida las facilidades de desplazamiento de las dentaduras colocadas en un medio tan móvil y potente cual es éste. Por ello no es extraño que, aun a sabiendas de que el uso de las succiones de vacío puede producir traumatismos locales, más o menos importantes, sean usadas con una profusión que asusta. La inmensa mayoría de las dentaduras superiores las habréis visto todos con esa cámara, de forma de corazón casi siempre, que tanto llama la atención al profano y que hasta los mismos pacientes, ignorantes e instruidos inadecuadamente por otros profesionales, solicitan les sea colocada para que “la dentadura quede bien sujeta”. Y los no partidarios del uso de este artificio nos vemos y deseamos para hacer llegar al ánimo de estos equivocados la verdad de la verdad. Solamente cuando comprueban que el aparato sin válvula, construido según las reglas más estrictas del arte protésico, es igualmente eficaz, se convencen de la veracidad de nuestras promesas y afirmaciones. Con ello hemos prestado un buen servicio al paciente, pues evitamos esas lesiones de que antes hablamos, en su bóveda palatal.

Ya sabemos que por los partidarios a ultranza del uso de las succiones se opondrán argumentos más o menos sólidos a estas teorías que sustentan muchos doctores odontólogos y que compartimos nosotros. Entre aquéllos no será el menos fundamentado el que se refiere a que a diario se hacen dentaduras completas y todas ellas con cámara de vacío, sin que sean muy apreciables los trastornos locales. Esto es realmente una verdad; lo que no sabemos es cómo se han construido esas dentaduras, su funcionalismo y eficiencia masticatoria. Porque no debemos de engañarnos: ¿cuántos trabajos de esta clase nos dejan convencidos de su perfección una vez colocados? Debemos tener la valentía de confesar que son muy pocos los ca-

cos que vemos salir de nuestros consultorios a satisfacción de nuestros conocimientos. A este efecto, recordamos que en una reciente conversación profesional con un competente odontólogo madrileño, de gran experiencia y experto protésico, coincidíamos en apreciar que en nuestra vida profesional se podían contar con los dedos de las manos las dentaduras completas que habíamos considerado perfectamente colocadas por nosotros. El resto sólo eran perfectas para el paciente portador de ellas. Y si aquéllas lo eran a nuestros ojos, es posible que fueran desechadas por profesionales de la talla de Gysi, Green, Wandsworth, etc.

¿Cómo eliminar el uso de las cámaras de succión? Todas las fases de construcción de una pieza completa deben ser directamente ejecutadas por el profesional odontólogo. *No es posible terminar perfectamente un trabajo de esta categoría admitiendo la colaboración de otra persona.* Esto lo hemos mantenido en otros medios de divulgación y exposición y nos ha sido aceptado por todos aquellos profesionales que saben bien lo que es colocar aparatos de esta clase. No es posible transmitir al colaborador protésico las ideas que nos sugiere la contemplación del rostro del paciente, de su tipo somático, de su psicología, de su color y otras cualidades, pues todo ello es necesario tener en cuenta para obtener una obra perfecta. ¿Sería posible pintar un cuadro dictando las ideas de perspectiva, colorido, líneas, etc., a un colaborador, por muy sagaz y competente que fuese? En este caso nos hallamos cuando de la construcción de estas dentaduras se trata. Pero aunque todos los aspectos de la construcción sean de primera magnitud, es de primerísima el referente a lo que denominamos "toma de impresión".

Podemos aceptar que el 90 por 100 de las medidas que se toman son imperfectas. De una parte, el exceso del trabajo; de otra, la exigüidad de los emolumentos; de otra, en fin, la ignorancia de algunos operadores, hacen que no sea aplicado a este importante acto operatorio toda la atención que requiere para el ulterior rendimiento de la prótesis.

Las llamadas impresiones estáticas deben desecharse por ser todas irracionales. Si los aparatos deben estar situados

inmóviles en un medio móvil, ¿cómo es posible que los recibamos para estar colocados en funcionamiento en un medio inmóvil? Al impresionar en las pastas del moldeo las zonas que han de estar en íntimo contacto con la dentadura, debemos impresionarlas o imprimirlas cuando aquellas zonas estén en plena función. Todo lo que no sea esto es irracional, y condenado al fracaso todo trabajo construido sobre esa base modelada.

Schrott en 1864 ideó el sistema de toma de impresiones dinámicas o funcionales. Es decir, moldear en la pasta adecuada (yesos, sustancias plásticas, coloidales, etc.) las zonas de inserción de las prótesis completas cuando se hallan en el máximo funcionalismo muscular. Todo su afán, con fino instinto, era suprimir los sistemas de sujeción por válvulas de vacío. El consideraba que con sólo valernos de las propiedades físicas, adhesión y cohesión, podemos sustentar in situ los aparatos protésicos más difíciles. Sigue al Dr. Kieffer en sus apreciaciones expuestas en su libro "Las leyes de la adhesión y de la cohesión aplicadas a la sustentación de las dentaduras completas", en el que desecha la presión atmosférica como fuerza insustituible y actuante en la retención de estas prótesis. Demuestra que la fuerza de adaptación debe nacer del fenómeno en que se funda la adhesión de dos cristales planos mediante la cualidad de cohesión molecular de los líquidos. Y ha observado que este fenómeno se produce igual fuera del alcance de la acción de presión atmosférica; colocando los cristales en el interior de la cámara neumática: al vacío.

Del estudio de las leyes de Gay-Lussac, Leduc y Sacerdote, se deducen las siguientes conclusiones:

Que la adhesión es mucho más grande:

1.º Cuando el contacto entre dos cuerpos es más íntimo, lo que exige que haya entre ellos paralelismo absoluto.

2.º Cuando el peso específico y tensión superficial del líquido interpuesto son los más favorables, es decir, cuanto más homogéneo sea tendrán más cohesión sus moléculas.

Expuestas así las cosas, establece el antedicho Dr. Schwott su impresión funcional suprimiendo totalmente las válvulas de vacío.

Posteriormente, los hermanos Green modificaron este sistema y se fueron introduciendo variaciones sucesivas por los doctores Gysi, Wandswort, Kieffer, Alleys, Fripp, Trobo, etcétera, dando lugar a los métodos de su nombre. Entre las diversas modificaciones es la más interesante la debida a Kantorwicz, el cual asocia en una misma medida varias de las sustancias plásticas utilizadas solas en otros métodos. Modernamente, el Dr. Clemente Levy, de Londres, ha utilizado un sistema suyo de toma de medidas a presión hidráulica.

Como el espacio de que disponemos es limitado y, por otra parte, sería salirnos del tema que nos ocupa, hacemos caso omiso de las descripciones de estas técnicas. Pero insistimos en sentar la afirmación de que el empleo de estos sistemas de toma de impresión a boca cerrada o funcional, hace que podamos eliminar, en la inmensa mayoría de los casos, el uso tan funesto en muchas ocasiones y tan innecesario en casi todas, de las cámaras de succión o de vacío.

No pretendemos sentar doctrina, pues somos enemigos de los criterios cerrados, pero ante el caso que nos ocupa, motivo de este trabajo, y ante lo que a diario vemos en nuestros consultorios, no podemos por menos que establecer las siguientes conclusiones, que son una aportación más al tan debatido problema de la sustentación de las prótesis completas.

1.^a No se debe construir ningún aparato protésico completo sin hacer un detenido estudio de las condiciones que reúnen las zonas que han de soportarlo.

2.^a No se debe escatimar ningún factor (tiempo, materiales, explicaciones, gastos, etc.) que conduzca al mejor éxito del trabajo.

3.^a Si bien no debe presidir nuestra actuación un espíritu neto de lucro, debemos establecer unos emolumentos que compensen el gran trabajo y permitan la utilización de los mejores materiales.

4.^a Debemos huir, en los casos que sea posible, de la utilización de cámaras de vacío, siguiendo técnicas las más científicas para la construcción de estas prótesis.

5.^a Existiendo (aunque sólo sea este caso) procesos morbosos de tanta gravedad como son las neoplasias, producidos

por las válvulas de vacío, debemos tenerlos siempre en cuenta para que su recuerdo nos prive de usarlas; otra cosa sería protésicamente una herejía, odontológicamente una torpeza y humanamente un delito.

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LA TUMORACIÓN

En la cavidad bucal y en distintos puntos de la misma, pueden tener su asiento todos los tumores conocidos. Así podríamos citar entre los de la serie conjuntiva, los fibromas del velo del paladar que constituyen por lo general formaciones poliposas de consistencia blanda y tendencia a la pediculización, los mixomas de tan escasa frecuencia que pueden considerarse como tumores excepcionales, el *epulis* constituido por la variedad osteoclástica del sarcoma con carácter benigno, condromas, lipomas, osteomas, etc.

Entre los epiteliales son frecuentes los papilomas y epitelomas de los labios y lengua, adenomas de las glándulas salivares y quistes.

También pueden observarse miomas y rabdomiomas, endotelomas, etc., pudiendo afirmarse a manera de conclusión, que no existe un solo tumor que con menor o mayor frecuencia no pueda tener un asiento en la cavidad bucal.

En nuestra enferma, el tumor hallado en el paladar duro constituye un caso interesante, porque presenta aspectos muy variados según la zona observada y porque además, a juicio nuestro, permite establecer algunas conjeturas a manera de conclusiones.

El estudio histopatológico previa fijación en formol, obtención de cortes por congelación y coloración con hematoxilina-eosina, Van-Gieson y coloración complementaria con thionina para la materia mucosa, permite ver en primer término, que el epitelio que recubre toda la tumoración se halla notablemente hiperplasiado, constituyendo lo que se conoce con el nombre de *acantosis* por su disposición que recuerda la del acantoma o epitelioma espinocelular. Se originan así figuras muy caprichosas formándose al parecer cordones epiteliales

ramificados y anastomosados que circunscriben lagunas conjuntivas dérmicas.

Este aspecto, sin embargo, no es real, sino debido a que las papilas conjuntivas toman a consecuencia de la intensa proliferación epitelial, formas arborescentes muy complicadas, de orientación varia, por lo que al practicar los cortes aparecen seccionadas de través formando islotes incluidos en el epitelio. Otro de los hechos que llaman la atención del observador es la existencia de una paraqueratosis, es decir, que las células superficiales del epitelio, conservando todavía sus nú-

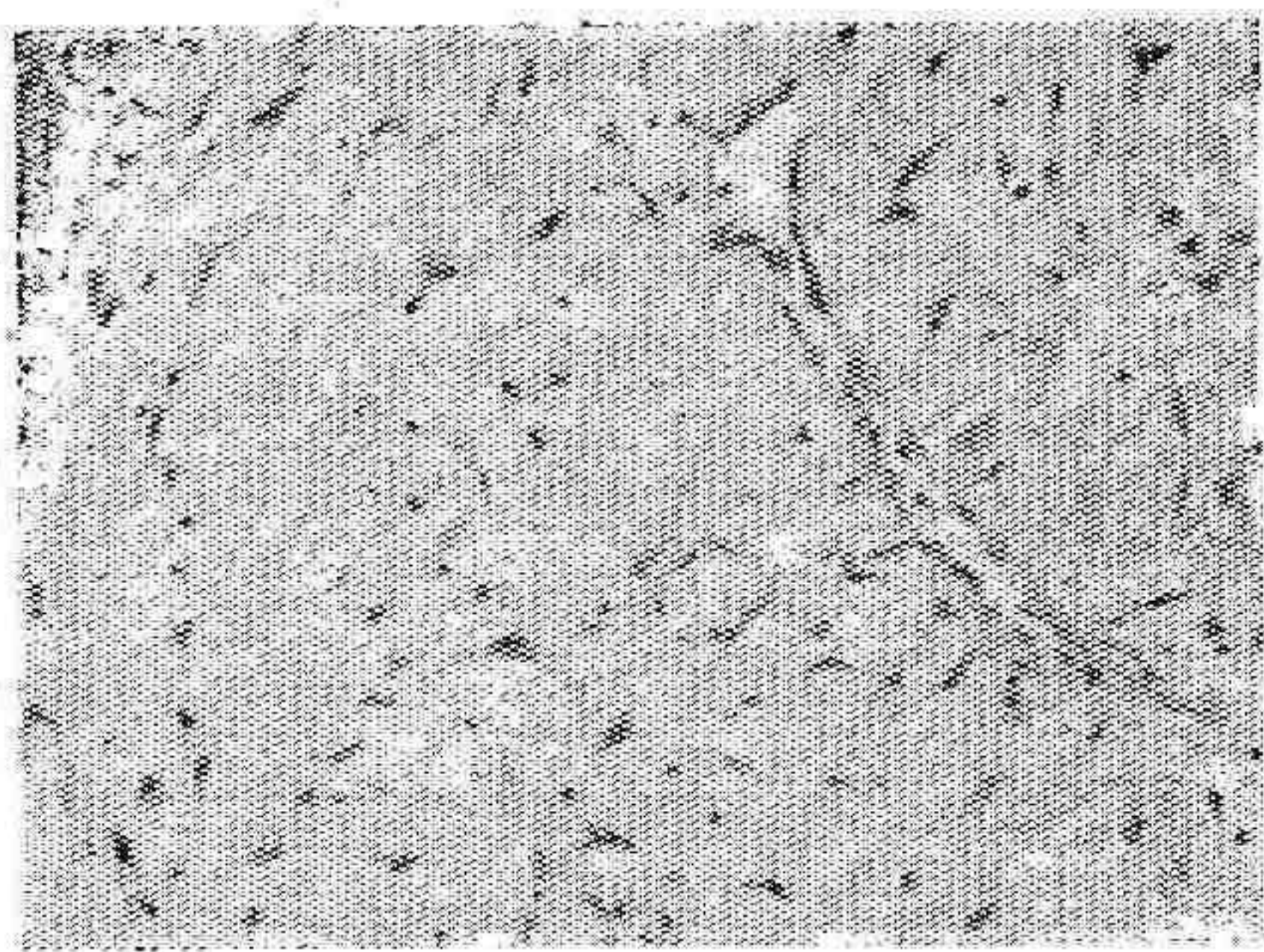


Fig. 4.—Zona puramente mixomatosa. Células estrelladas y un capilar embrionario.

cleos aplanados y picnóticos, se hallan, sin embargo, queratinizadas.

Por último, también puede verse que las células del cuerpo mucoso de Malpighio se hallan en su mayoría degeneradas, presentándose el núcleo vacuolizado, reducido generalmente a un grupo cromático aplanado situado en la periferia de la membrana nuclear indicando un proceso de cromatólisis.

Esta acantosis que produce una imagen idéntica a la de algunos papilomas, es un hecho constante como respuesta de los epitelios a la acción irritativa de diversos procesos, como sucede, por ejemplo, en los sarcomas osteoclasticos de las encías y, en general, frente a otros de índole inflamatoria, los cuales determinan un estímulo que es la causa del crecimiento hiperplásico epitelial.

En plena neoformación, los cuadros son muy distintos según las zonas observadas. Así vemos, por ejemplo, en algunos lugares, abundantes células dotadas de expansiones que unas veces les dan aspecto fusiforme y otras, estrellado, sumergidas en una materia fundamental poco densa.

Esta substancia intercelular aparece en algunos puntos con aspecto fibrilar formando un retículo finísimo, siendo en otras partes grumosa, cuyas estructuras han sido originadas seguramente por coagulaciones post-mortem por la acción de los reactivos empleados, ya que no se trata de verdaderas fibras colágenas, como lo demuestra el hecho de no teñirse por los

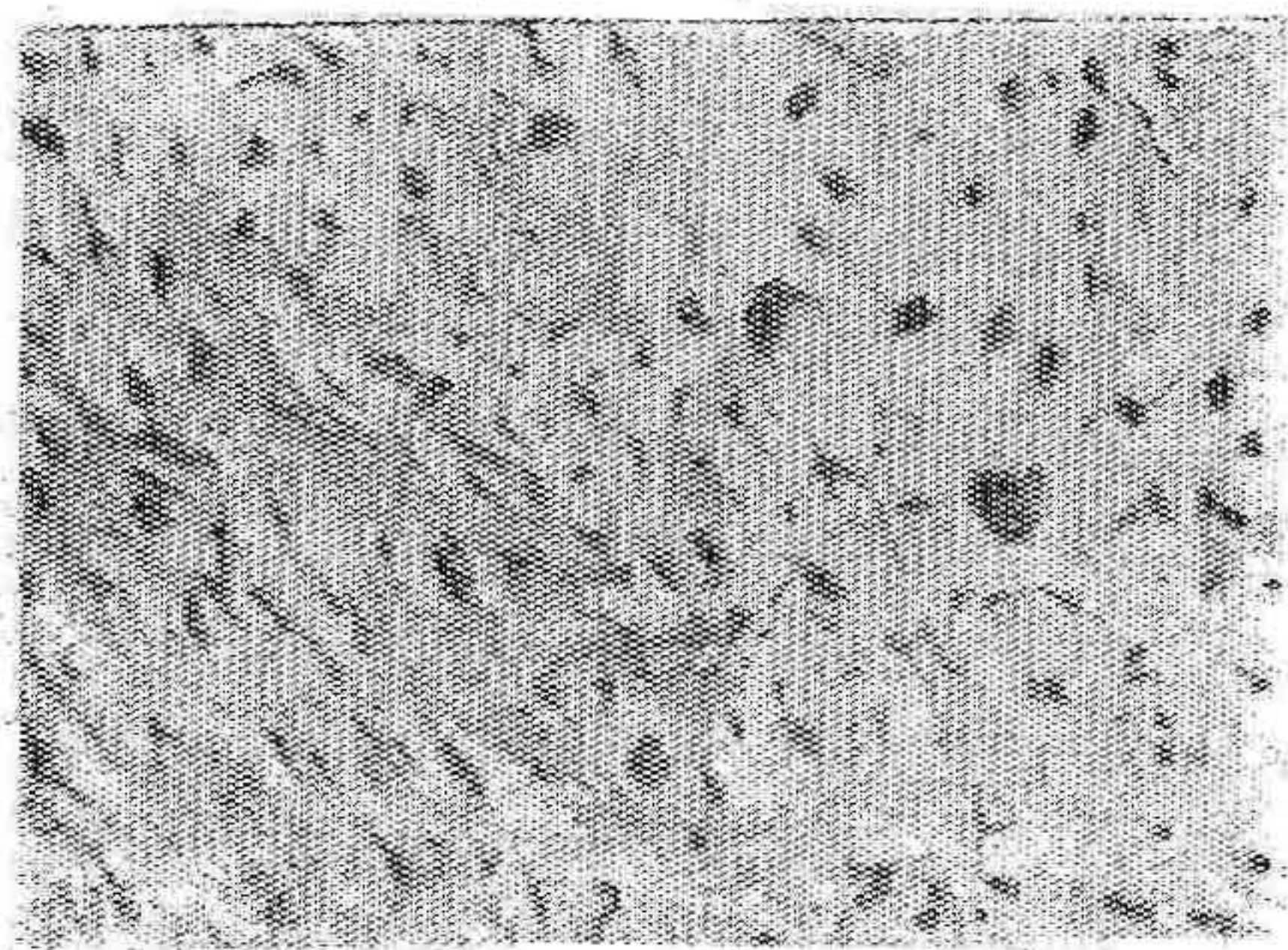


Fig. 5.—Zona de proliferación conjuntiva con fibroblastos y fibrillas colágenas.

colorantes propios de dicha substancia y en cambio dar reacción metacromática con la thionina, por lo que podemos afirmar se trata de verdadera mucina (fig. 4).

También podían apreciarse numerosos capilares de aspecto embrionario y en torno de alguno de ellos acúmulos celulares, entre cuyos elementos podían identificarse linfocitos, células cianófilas y corpúsculos conectivos embrionarios.

Todos estos caracteres coinciden con los de un mixoma puro, tumor que, como hemos indicado al principio, puede considerarse como excepcional en la cavidad bucal en lo que están de acuerdo autores como Aschoff, Hueck y Dietrich, entre otros.

Pero esto no es todo en la tumoración que estamos estudiando, sino que pudimos observar otros campos como en la

figura 5, en los que la materia intercelular se encuentra ya claramente organizada en fibrillas de naturaleza colágena, como lo prueba el teñirse por el procedimiento de Van-Gieson.

En estos puntos las células son más abundantes y presentan un aspecto idéntico en todo al de los fibroblastos que crecen en los cultivos de tejido conjuntivo, existiendo también algunos elementos de gran talla provistos de varios núcleos, cuyo aspecto recuerda en cierto modo a los osteoclastos de la médula ósea.

Por último, en otras zonas la tumoración presenta la estructura de un fibroma fasciculado con sus manojos de fibras

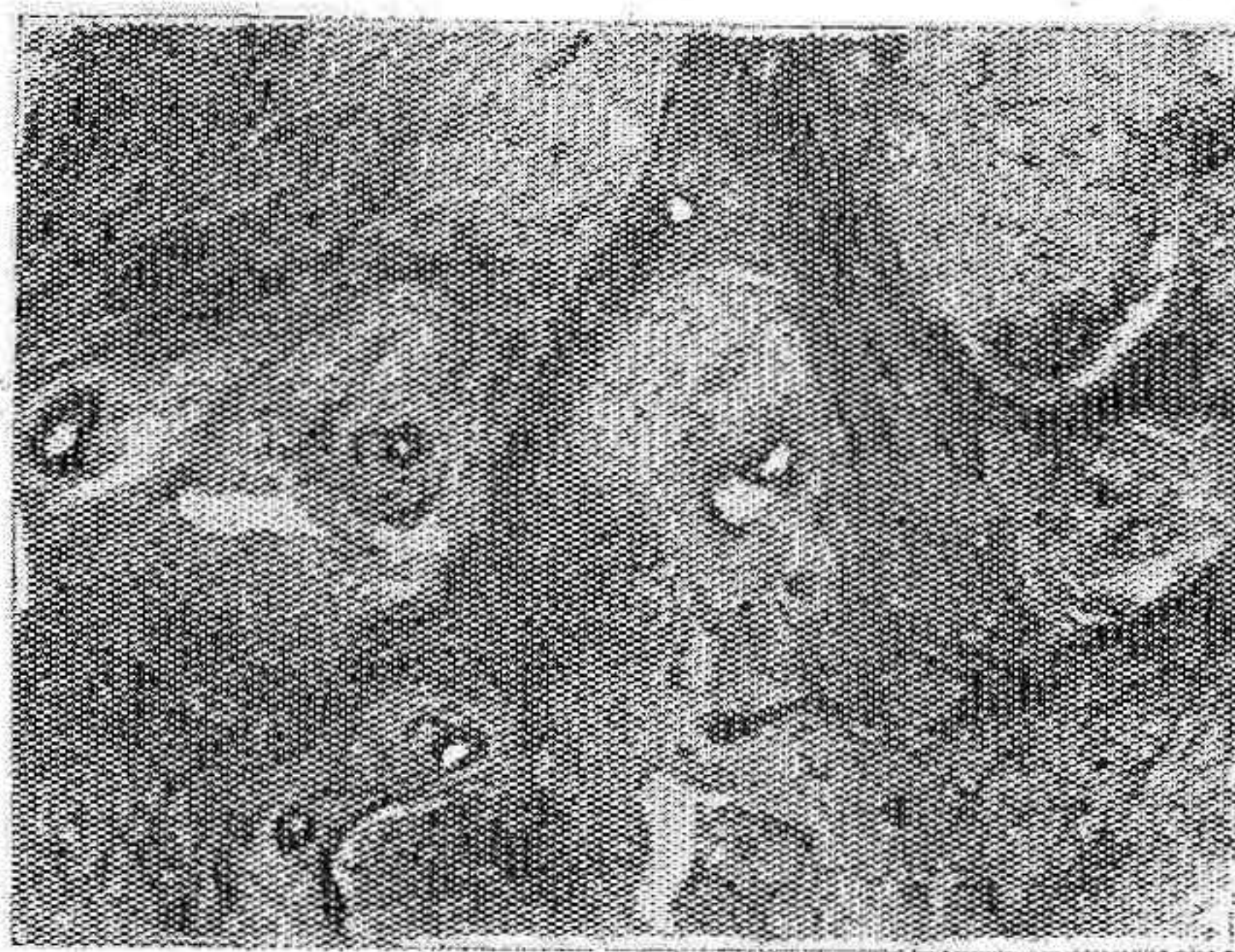


Fig. 6. — Estructura típicamente fibromatosa.

densos dirigidos en todas direcciones, dispuestos concéntricamente en torno a los vasos, los cuales aparecen con sus paredes reforzadas por fibras colágenas entre las que se ven infiltraciones celulares (fig. 6).

Esta disposición se hace todavía más compacta en algunas regiones en las que el elemento fibroso se hace tan denso, que desaparecen todos los intersticios entre los fascículos.

Estos se disponen también en variadas orientaciones, siendo escasísimas las células que existen entre ellos, representadas exclusivamente por fibroblastos laminares, escaseando los vasos, por todo lo cual queda exactamente reproducido el tejido cicatrizal completamente evolucionado (fig. 7).

Llegados a este punto tenemos que hacernos algunas preguntas.

¿Se trata en el caso presente simplemente de un proceso hiperplásico de naturaleza inflamatoria por causas irritativas? ¿Se trata, por el contrario, de una neoplasia bien definida?

A la primera pregunta creemos poder contestar negativamente, porque en ninguno de los muchos cortes observados pudimos apreciar signo alguno de inflamación que nos permitiera sospechar esta etiología.

Con esto queda, por tanto, contestada la segunda pregunta, pero aun en este caso nos vemos precisados a plantearnos algunas cuestiones que trataremos de resolver. ¿Debemos con-

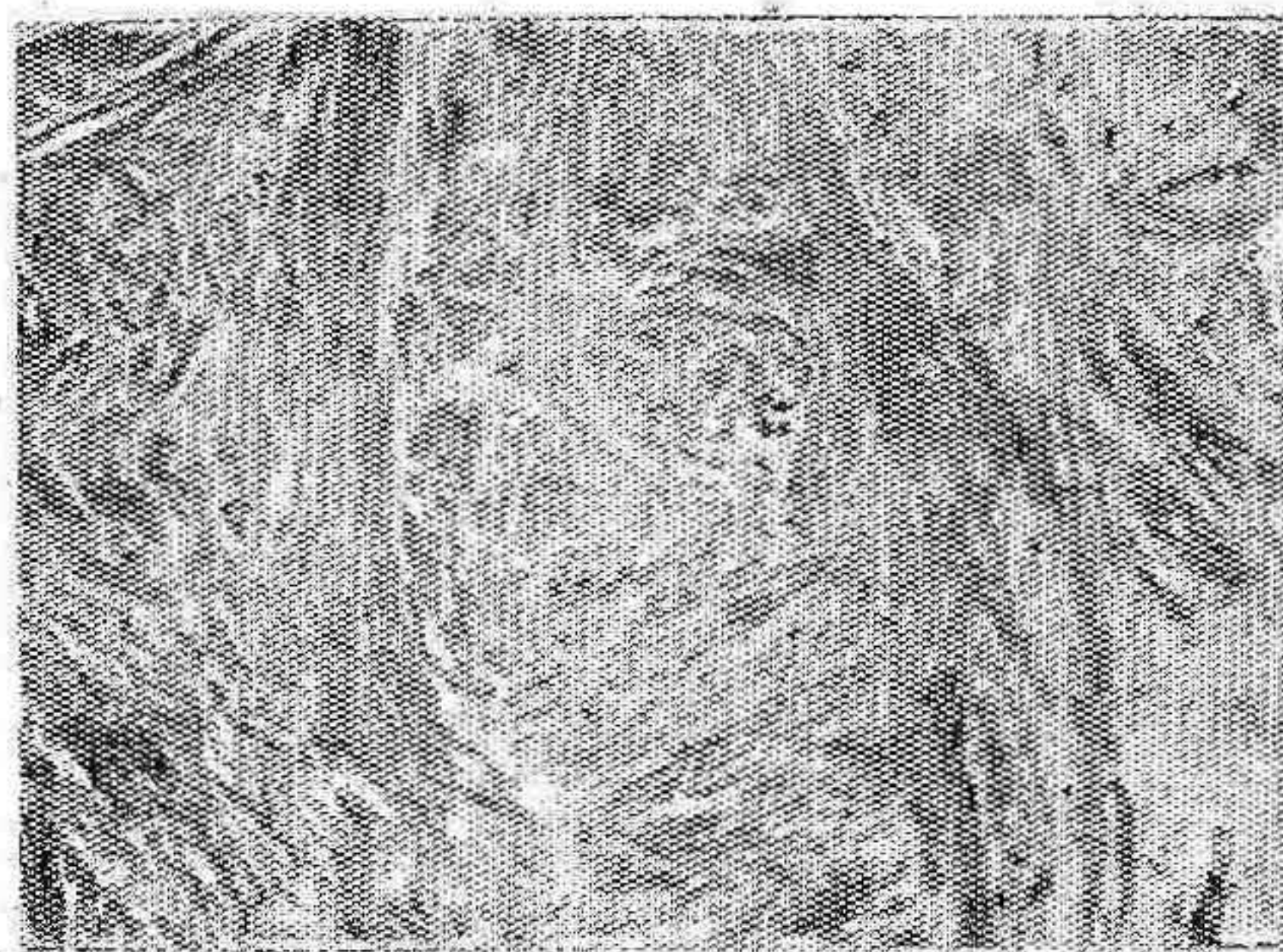


Fig. 7.—Zona de aspecto queloide.

siderar este tumor como un mixofibroma o quizás como un fibroma primitivo que secundariamente ha experimentado una regresión mixomatosa? ¿Fue quizá en sus comienzos un mixoma puro que posteriormente evolucionó hacia el conjuntivo adulto? ¿Existe relación de causa a efecto entre el aparato protésico utilizado por la enferma y la neoplasia?

Los fibromixomas presentan una estructura constituida por verdaderos tabiques conectivos que circunscriben cavidades irregulares ocupadas por mucina en la que se ven células típicas del mixoma. Estos caracteres no se observaban en el tumor que estudiamos, sino que existían zonas extensas mixomatosas.

Podría quizá tratarse de una transformación mucosa de

un fibroma primitivo como manifestación regresiva hacia el conjuntivo embrionario.

En estos casos que no son excepcionales, no sólo es el elemento fibrilar el que experimenta esta regresión pasando del estado de gel al de sol, sino que en ocasiones también se observa que las células conjuntivas se transforman adoptando la configuración característica estrellada de los mixomas.

Pero queremos esbozar aquí una hipótesis que naturalmente no podemos demostrar, ya que hemos de basarnos única y exclusivamente en la interpretación de los hallazgos morfológicos.

La existencia en la misma neoformación de todas las fases por las que pasa el tejido conjuntivo desde su época embrionaria como tejido mucoso hasta el conjuntivo fibroso, nos hace concebir la idea de si lo primitivo pudo ser la neoformación mixomatosa y a partir de ella las células en lugar de persistir con su carácter embrionario, fueron por el contrario evolucionando hasta llegar al estado adulto originando como punto final un tumor queloideo.

Las distintas microfotografías que hemos obtenido, parecen hablar en favor de esta hipótesis que confesamos no poder aceptar como definitiva.

Y para terminar, diremos que parece indudable que el origen de la tumoración fué la acción estimulante del crecimiento provocada por la succión del aparato protésico sobre la mucosa del paladar, que condujo al cabo del tiempo a su hiperplasia. Esto se halla de completo acuerdo con la opinión general, según la cual el fibroma sería un tumor de naturaleza hiperplástica, ligado muchas veces a procesos inflamatorios de tipo crónico.

Naturalmente se podría objetar que no todos los portadores de estos aparatos protésicos presentan tumoraciones, lo mismo que todos los que manejan sustancias cancerígenas o que sufren la acción de radiaciones no padecen cáncer.

Esto es debido indudablemente a la existencia de un factor constitucional indispensable para que se originen las neoplasias y que en el caso presente hay que admitir. Pero como

no podemos fijar de antemano si este factor existe o no, es preferible abstenerse de todas aquellas causas que pueden contribuir al desarrollo de una tumoración que, si como en el caso que estudiamos era histológicamente benigna, no podemos asegurar si en el transcurso del tiempo habría persistido con el mismo carácter o habría sufrido por el contrario la regeneración maligna.

BIBLIOGRAFIA

ASCHOFF.—Tratado de Anatomía Patológica. Edit. Labor, 1934.

HUECK.—Patología morfológica. Edit. Labor, 1944.

ALBERT DIETRICH.—Patología general y anatomía patológica. Edit. Seix, 1943.

C. HERXHEIMER.—Grundlagen der Pathologischen Anatomie. Munchen, 1922.

URTUBEY.—Los tumores. Edit. Científico Médica, 1936.

RIBERT.—Patología general y anatomía patológica. Edit. Labor, 1928.

Según un artículo publicado en el "Journal of the American Medical Association", por el teniente C. K. Murray y el capitán C. M. Shaar, del Cuerpo de Sanidad de la Armada de los Estados Unidos, a base de los hemalíes obtenidos en la preparación del plasma sanguíneo se elabora una pasta que acelera la curación de heridas antiguas o infectadas, úlceras, varicosas o no, y lesiones con extensas granulaciones. Esta pasta se aplica directamente a las heridas después de limpiarlas, y se cubre con un apósito estéril seco. La pasta en cuestión se prepara mezclando una concentración de glóbulos rojos con una jalea de tragacanto hexilresorcinol.

Con doce aplicaciones, en dos semanas, se curó completamente una úlcera varicosa que había persistido durante diez meses, con recaídas durante un período de dieciséis años. Resultados similares se obtuvieron también en la mayoría de los otros pacientes, si bien los médicos de la Armada advierten que dicha pasta no es una panacea para todas las heridas crónicamente infectadas y que no sería útil para las úlceras tuberculosas o sifilíticas. Estiman que la pasta citada es altamente satisfactoria en los casos en que la curación retardada de una herida es resultado de trastornos locales de la circulación sanguínea. De "Cas. An." 22.