

EL CÁNCER DE LA BOCA

por el

Dr. John J. Conley M. D.

(Extracto por el Dr. DOMINGO PESCUA, de "L. Sem. Médica.", B. A., LIV, 407)

El cáncer ha sido reconocido como una entidad mórbida desde la antigüedad. El término "karkata", del sánscrito, se usaba ya 3.000 años A. C. Los estudiosos griegos, a su vez, adoptaron la palabra karkinos alrededor del año 600 A. C. Los romanos tomaron prestada esta palabra de los griegos poco antes de la época de Cristo, y nuestra palabra "cáncer" deriva de la palabra latina que significa cangrejo.

La vieja lucha contra el cáncer cristalizó finalmente, hace treinta y tres años, bajo la forma de la Sociedad Americana para la Lucha contra el Cáncer, en el Club de Harvard, en Nueva York, bajo la dirección del doctor Clemente Cleveland. Con la cooperación de la prensa y de los médicos se llevó a cabo un ataque concentrado contra el cáncer. El valor del examen preventivo y el diagnóstico precoz ha ido aumentando de año en año. Agregado al establecimiento de este estado de conciencia en el público, la ciencia ha contribuido en forma significativa mediante la mejora en las técnicas de la irradiación y la cirugía. Sin embargo, el cáncer era todavía la causa de 175.000 muertes el año pasado y la mortalidad va en aumento.

Desde 1932 el índice de mortalidad por esta afección ha aumentado en un 25 por 100. Actualmente se estima que esta enfermedad acarrea una pérdida de 2.000.000.000 de dólares por año. Pese a todos estos hechos, la lucha contra el cáncer muestra progresos. En una reciente publicación, sobre 14.104 casos de cáncer comprobados por el examen microscópico en el Registro de Cancerosos del estado de Connecticut (que comprende los años 1935-1943), el progreso en lo que a supervivencia se refiere es definitivo. Los médicos creen que pueden curar otra tercera parte más de todos los casos, mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento.

Por su facilidad en atacar cualquier punto del organismo, el problema del diagnóstico precoz y del tratamiento puede resultar difícil en algunos casos. Sin embargo, esto no se aplica a los cánceres superficiales, en los que la inspección directa es una tarea simple.

El cáncer de la boca puede considerarse como una neoplasia externa, que se manifiesta por sí misma de distintos modos en las diferentes estructuras intraorales. Un simple examen visual y manual de estos tumores bucales, practicado por una persona bien informada de la naturaleza de estas lesiones, puede hacer más para reducir la mortalidad por cáncer de la boca que todos los tratamientos combinados. El diagnóstico precoz es el factor primordial del éxito del tratamiento de cualquier cáncer.

Como resultado de la creación de la conciencia del estado de la boca en el público de este país, realizado por los odontólogos, el dentista tiene mayores oportunidades de inspeccionar la cavidad bucal. Muy a menudo, sin embargo, sus exámenes e investigaciones quedan reducidos a los dientes. Debería, no obstante, prestar atención sobre el estado de las encías, el piso de la boca, la lengua, la mucosa del paladar, la región amigdalina, faringe y labios. Adicionalmente a la inspección del estado general de las piezas dentarias, debería investigar si existen hinchazones anormales, lesiones ulcerativas, papilomas, glositis marginal, fisuras crónicas y áreas de irritación crónica y traumatismos.

Un buen consejo del dentista durante la fase precancerosa y los estadios primitivos del cáncer ofrece a este grupo de pacientes su mayor esperanza de curación.

Los tumores malignos de la boca son en la mayoría de los casos casos primitivos. Pueden originarse en los huesos o en los tejidos blandos y se manifiestan por formaciones tumorales o ulceraciones. Cuando el cáncer se ha desarrollado hasta alcanzar un estadio en el que el paciente puede reconocerlo, por lo común ya es tarde. Las neoplasias secundarias de la boca pueden ser el resultado de metástasis o más comúnmente de la extensión directamente de las estructuras adyacentes, tales como los senos maxilares o las glándulas maxilares.

Cualquier parte de la boca puede ser atacada por el cáncer. Para hacer más claro el estudio, se divide la cavidad oral en regiones anatómicas en las que ciertos tejidos de neoplasmas pueden tener origen. Estas regiones comprenden:

labios

lengua

mucosa bucal

piso de la boca
regiones alveolares
encías
amígdalas
paladar.

Cáncer de amígdalas

Al inspeccionar la cavidad bucal, en primer término, debemos revisar el labio superior y el inferior. El cáncer del labio inferior es el más accesible y el menos maligno de todas las neoplasias de la boca. Su aspecto clínico varía desde la simple queratosis localizada en las fases precoces hasta las grandes ulceraciones o vegetaciones fungosas y destructoras del labio en las fases evolucionadas. El diagnóstico se establece por la biopsia, salvo en la faz queratósica inicial.

La terapéutica se reparte entre las irradiaciones y la cirugía o la combinación de ambos procedimientos. La irradiación es preferible para los pequeños cánceres y queratosis por los resultados superiores estéticos. Sin embargo, en los tumores de 2,5 a 3 cms. de diámetro la cirugía es preferible. La geioplastia es siempre necesaria en estos casos. Cuando hay que extirpar porciones del labio superior o inferior y la mejilla, los problemas de la reconstrucción son fastidiosos. Muy a menudo los resultados estéticos finales de los colgajos tubulares no son muy satisfactorios por la inmovilidad del colgajo y el contraste de la blancura de la piel.

El cáncer recidivante del labio superior después del tratamiento por irradiación es a menudo mejor tratado por medios quirúrgicos. Si se ha empleado la cirugía en primer término y el tumor recidiva, el tratamiento por la irradiación es el método de elección. Cuando ni la cirugía ni la irradiación solas parecen ser adecuadas para el tratamiento de grandes neoformaciones, deben emplearse ambos combinadamente.

El cáncer pavimentoso del borde del labio superior, si bien es accesible, es mucho más maligno que los implantados en el labio inferior. Su propagación a los ganglios del cuello es precoz y difusa. En esta localización falta el factor irritativo que produce el decúbito en los fumadores en pipa, propia de los cánceres de labio inferior.

El pronóstico del cáncer de labio es muy bueno. Prácticamente, todas las lesiones del labio inferior de menos de 1,5 cms. de diámetro

son curables. Los tumores del labio superior, en cambio, son de más difícil tratamiento. En un examen practicado sobre más de 250 casos de cáncer de labio en el Memorial Hospital de Nueva York, el doctor Hayes Martin comunica haber observado más del 70 por 100 de sobrevivientes después de los cinco años. Debe tenerse muy especialmente en cuenta para hacer el pronóstico el tipo histológico y el grado de evolución de la neoplasia (1).

Cáncer de la lengua

Esta localización se presta muy fácilmente para hacer el diagnóstico precoz, ya que este órgano está al alcance del examen visual del paciente, el odontólogo y el médico, el que debe ser consultado de inmediato ante cualquier anormalidad persistente de la lengua.

Las lesiones llamadas precancerosas, como las leucoplasias, papilomas, verrugas linguales, glositis y úlceras marginales deben extirparse quirúrgicamente en el período inofensivo de crecimiento. Livingston manifiesta que con este solo procedimiento se eliminaría el 50 por 100 de los cánceres de la boca y la mitad del resto, o sea el 25 por 100, podrían curarse quirúrgicamente, lo que demuestra la extraordinaria importancia que tiene el diagnóstico y tratamiento precoz en el pronóstico de estas lesiones. La pérdida de tiempo y la contemporización son los factores que más influyen en la mortalidad tan alta observada en el cáncer de lengua, como lo es también la negligencia y la falta de diagnóstico.

Inmediatamente a un diagnóstico precoz se impone una terapéutica heroica. Las lesiones precancerosas habitualmente se prestan para ser extirpadas. Las lesiones cancerosas deben ser bien estudiadas para convenir el tratamiento que más se ajuste a sus características.

En los casos diagnosticados precozmente, cuando se observan movibles y fácilmente accesibles, la cirugía o la electrocirugía son los tratamientos de elección. Los sobrevivientes de cinco años de este grupo arrojan un promedio del 35 al 40 por 100. En muchas grandes clínicas, no obstante, usan la radioterapia exclusivamente, y en otras, con un concepto más moderno, este procedimiento físico se aplica en combinación con la cirugía y la electrocirugía. La mortalidad general en todos los casos tratados por radiación sola alcanza al 70 u 80 por

100, considerando en esta estadística a todos los casos, aquellos tratados tardíamente y los considerados intratables por la cirugía.

Hoy es reconocido que los resultados mejores se obtienen de la combinación de los tres tratamientos citados: cirugía, electrocirugía y la radiación. Cuando se hace radioterapia debe tratarse previamente a fondo la sepsis bucal, para lo cual se hará un buen estudio radiográfico de las piezas dentarias. A pesar de estas precauciones, suelen presentarse infecciones de la boca cerca de zonas radionecróticas, con la subsiguiente ósteorradionecrosis y formación de secuestros. Estas complicaciones aumentan el tiempo de tratamiento y obligan a una estrecha vigilancia de la salud general del paciente (2).

Cáncer de la mucosa bucal

Contrariamente al concepto que se tiene sobre el pronóstico del cáncer de la mucosa bucal, si éste es tratado precoz y correctamente, arroja una estadística favorable y hasta algunos casos muy avanzados mejoran con un tratamiento correctamente administrado: ellos abarcan un 10 por 100.

Esta neoplasia es más común en el hombre que en la mujer, y en una proporción de 1 a 10 y el tiempo de aparición oscila alrededor de los sesenta años. La zona de implantación más frecuente es en la parte media de la mucosa geniana. Histológicamente, más del 90 por 100 de estos tumores pertenecen a la variedad de los epitelomas pavimentosos y papilomatosos o vegetantes.

La irritación es el factor causante de los cánceres de la mejilla. Esta puede ser de origen químico o mecánico y es frecuentemente precedida por una lesión precancerosa. Esto se observa en personas que mastican frecuentemente frutos del areca, tabaco y limón. Entre los factores que intervienen con más frecuencia en la evolución maligna de las lesiones precancerosas, citamos en primer término las prótesis detales, caries y oclusiones mal hechas, agentes de irritación y trauma permanente de la mucosa. Los doctores Hayes Martin y Pflueger manifiestan que la leucoplasia es una lesión común en la boca que aparece alrededor del 20 por 100 de todos los casos y que se transforma en un carcinoma alrededor del 20 por 100 de estos casos. La leucoplasia debería ser extirpada cuando ello sea posible, y cuando ella es impracticable debe ser observada muy frecuentemente.

Los quistes submucosos degenerados deben ser constantemente vigilados. Las ulceraciones y proliferaciones, especialmente aquellas que se presentan en la edad media de la vida, deben ser diagnosticadas por medio de la biopsia para luego instituir la terapéutica adecuada.

Contrariamente al concepto que se tiene de estas lesiones, considerando desahuciado e inoperante el tratamiento, éste debe hacerse. La cirugía y la radioterapia y la combinación de ambos métodos han dado buenos resultados. En los casos tratados precozmente, prescindiendo del tipo histológico, la radioterapia ha dado un porcentaje de curación del 90 por 100. En este tipo de lesiones también se impone el tratamiento a fondo de la sepsis bucal, aconsejando la extracción de todas las piezas dentarias del lado afectado y limpieza de las demás, antes de comenzar las sesiones de radioterapia.

El tratamiento físico debe entregarse a manos especializadas.

La cirugía está indicada en una cantidad de casos, y en otros este tratamiento no es aconsejable. No obstante, Polya aboga por la cirugía como el método de elección para todos los cánceres bucales, sin tener en cuenta el tamaño, la ubicación, el tipo histológico y el grado de evolución. El ha descrito técnicas modificadas para cada tipo de cáncer, sin indicar la mortalidad. Simmons, en 1931, comunicó una estadística del 48 por 100 de curaciones sobre 13 casos de carcinomas diagnosticados precozmente y tratados exclusivamente por la cirugía. Sobre mayor número de casos tratados por radioterapia y sin elección previa, Martin comunica un 30 por 100 de curación sobre 99 casos y Schreiner comunica el 20 por 100 de curaciones sobre 30 casos. Estas estadísticas bajas se han hecho sobre neoplasias en distintos grados de evolución, incluyendo las muy avanzadas. Ambas técnicas arrojan excelentes resultados, no debiéndose usar una con exclusión de la otra. La elección del tratamiento a seguir debe ser realizado por personas de gran experiencia.

Cáncer del piso de la boca

El piso de la boca, particularmente la región próxima a los orificios de los conductos salivares, es el sitio de implantación más frecuente de los cánceres intrabucles (10 por 100), presentándose más frecuentemente entre los cincuenta y seis y sesenta años y de preferencia en el sexo masculino, en una proporción de 20 a 1.

Las formas ulceradas son las más comunes y no deben ser tratadas sin la biopsia previa. El tratamiento de elección de esta neoplasia es la irradiación por fuegos cruzados. La aplicación intersticial del rádium puede complementar a la irradiación externa en los casos de lesiones muy rebeldes. En los adenocarcinomas y en los tumores mixtos, la cirugía radical, en combinación con la radioterapia, es el mejor tratamiento para estas lesiones radiorresistentes.

Las complicaciones observadas después del tratamiento de estos enfermos no son raras. Se observan infecciones de la boca, radionecrosis de los tejidos blandos y de los huesos extremadamente serios, debiendo combatírselas seriamente por medio de una severa higiene bucal, extirpación de los esfacelos y ligadura de vasos del cuello.

Las estadísticas relativas a esto scasos son incompletas, pudiendo estimarse, no obstante, un 20 por 100 de sobrevida después de los cinco años (3).

Cáncer de la amígdala

Por su estructura anatómica, la amígdala suele ser asiento de distintos tipos histológicos de cáncer: formas ulcerativas y vegetantes, carcinomas pavimentosos, sarcomas fagedénicos o infiltrante, linfopiteliomas y carcinomas a células de transición y tumores malignos mixtos.

Estos tumores pueden ser diagnosticados clínicamente, pero una biopsia es indispensable. El tipo ulcerativo es duro, áspero, fétido, destructivo, de crecimiento rápido y con metástasis cervicales precoces. Este es el tipo más común. El carcinoma infiltrativo o vegetante es generalmente de evolución más lenta, bastante duro al tacto y fuertemente fijado a la base. Estas características lo diferencian del sarcoma, el cual es blando y cubierto por una membrana mucosa movable. Frecuentemente la amígdala sarcomatosa se ulcera superficialmente, formándose sobre la misma una membrana blancogrisácea. El sarcoma fagedénico evoluciona rápidamente. El linfopitelioma y el carcinoma a células de transición se parecen al carcinoma blando y de superficie uniforme. Los tumores malignos mixtos están formados por crecimientos mamelonados envueltos por una cápsula sin características infiltrativas.

La irradiación combinada con electroendotermia es la terapéutica de elección para estas neoplasias. La conducción de este tipo de tratamiento requiere gran criterio y experiencia.

Berven no comparte el concepto general sobre el pronóstico de estos tumores, pues él informa haber obtenido buenos resultados con sobrevida del 30,8 por 100 por carcinoma, el 61,5 por 100 en linfopitelioma y el 47,7 por 100 en sarcoma.

Tumores malignos de origen dentario

Los tumores malignos de los alvéolos superiores e inferiores son poco comunes. Ellos generalmente asumen la forma de sarcomas osteogénicos, odontogénico y fibrogénitos, de crecimiento lento, indolores y se encuentran a menudo en ambos maxilares. Cuando estos tumores son diagnosticados precozmente, la extirpación radical ofrece un buen pronóstico. En algunos casos avanzados, la extirpación radical seguida de irradiación se considera como el tratamiento de elección.

Los adamantinomas son también indoloros y de crecimiento lento. Estos tumores malignos afectan formas infiltrativas, aconsejándose en estos casos la extirpación en block.

La profilaxis de estos tipos de cáncer realizada por el dentista es efectiva, pues la irritación crónica por chapas mal colocadas debe eliminarse. Las encías hipertrofiadas, leucoplásicas y papilomatosas deben ser tratadas activamente.

Otros cánceres de la boca

Los tumores de paladas pueden ser primarios o secundarios. Howard es uno de los que tienen más experiencia en estos tumores, y opina que el tumor mixto es uno de los neoplasmas más comunes del paladar. El adenocarcinoma y el carcinoma epidémico no son raros, sin embargo. Este autor recalca la importancia de diferenciar las lesiones heredosifilíticas, las lesiones de Vincent y las ulceraciones tuberculosas de esta neoformación (4).

Los tumores malignos de los senos maxilares pueden manifestarse por extensión a través del paladar duro o blando dentro de la cavidad bucal. Cuando se observa esta neoplasia, su estado ya es muy avan-

zado. Ocasionalmente los casos avanzados de sarcoma nasofaríngeo y linfopitelioma son visibles desde la cavidad bucal. Los tumores de las glándulas salivares, especialmente las sublinguales, pueden manifestarse a través de la mucosa bucal.

La frecuencia de curación varía con el tipo histológico y tiempo de evolución. En los casos diagnosticados precozmente alcanza su curación del 30 al 50 por 100.

El diagnóstico de los neoplasmas es esencial y debe hacerse en base a la biopsia de un fragmento o del block extirpado. Puede existir simultáneamente con una leucoplasia, con lesiones sifilíticas o tuberculosas de la boca. La inspección del área afectada, la exploración del cuello y un estudio radiográfico de los huesos de las regiones adyacentes y del tórax, establecen el tratamiento a seguir. Como hemos señalado, el tratamiento puede ser quirúrgico, físico o con éstos combinados. Los tumores radiorresistentes son tratados quirúrgicamente y los radiosensibles con preferencia por irradiación.

Debido a la naturaleza de estas intervenciones radicales, debe estar prevenido para tratar las complicaciones que se presenten. La neoplasia afecta frecuentemente los tejidos blandos y los huesos, lo que se manifiesta en forma de necrosis de los tejidos subadyacentes a la escara, lo que produce sequedad de la mucosa y frecuentemente neuralgias. En otros casos, infecciones y hemorragias. Estas complicaciones deben ser cuidadosamente tratadas en lo que respecta a dientes y encías antes de iniciar las sesiones radioterápicas, debiendo protegerse las partes sanas vecinas a la lesión. El plomo, el caucho y otros compuestos plásticos moldeados están indicados para impedir la destrucción de los tejidos sanos por el rádivm.

Por medio de esta técnica la cantidad de radiación que llega al área protegida puede ser menos que el 8 por 100 de aquella librada a la lesión. Estos pacientes se sienten más confortables durante y después del tratamiento, porque la sequedad de la mucosa, el dolor y el malestar local se han reducido al mínimo y el estado general está menos afectado también.

Cuando ciertas zonas de la cara han sido destruidas como resultado del tratamiento, pueden construirse prótesis apropiadas para corregir los defectos físicos y mecánicos. Ella asiste a la restauración, al menos parcial de la función de la zona destruída y provee al me-

joramiento por medio de cosmético. La asistencia del dentista es inestimable en este trabajo para restaurar el maxilar y la mandíbula. Si después de un período de tiempo razonable el cáncer se presenta como curado y el paciente lo desea, puede llevarse a cabo la reparación quirúrgica del tipo plástico. Aunque el cáncer de la boca es una enfermedad del cuarto al sexto decenio, es importante pensar que puede presentarse en los niños y adultos jóvenes, en los cuales el plan de tratamiento es semejante a los ya descritos.

El cáncer de la boca ha sido injustificadamente clasificado como de pronóstico reservado, debido a malos tratamiento o casos muy avanzados. Con el progreso de la terapia y como resultado de insistir en el diagnóstico precoz y las medidas profilácticas tomadas en los estados precancerosos, el pronóstico ha mejorado. Debe señalarse que cuando el cáncer de la boca es diagnosticado y tratado precozmente, el pronóstico puede considerarse bueno.

R e s u m e n

El cáncer de la cavidad bucal puede considerarse como una enfermedad muy seria y frecuente. Predomina en el sexo masculino y se presenta especialmente en la edad madura. El factor más importante respecto a la curabilidad de esta lesión es el diagnóstico precoz y tratamiento perfecto, el que comprende a la cirugía, la radioterapia y la combinación de estos dos procedimientos. La profilaxis bucal contra la sepsis bucal protege al paciente de las serias complicaciones asociadas con las radionecrosis. Las extirpaciones de las lesiones precancerosas de la boca son excelentes medios preventivos. En los países donde el público está instruido sobre la importancia que tiene la consulta precoz de cualquier lesión de la boca, el margen de curabilidad es mucho mayor. Los odontólogos pueden prestar una colaboración efficacísima al cirujano, en el cuidado de estos infortunados enfermos descubriendo y derivándole al médico estas lesiones premalignas para su correcto tratamiento.

Comentarios del Dr. Pescuma

El breve comentario que hacemos a este interesante trabajo sobre un tema de constante actualidad obedece al deseo de hacerlo práctico;

agregándose el tratamiento indicado a cada una de las localizaciones que comenta Conley.

En cuanto a las indicaciones sobre la higiene bucal de estos enfermos, todo lo que se insista será poco, teniendo en cuenta que la flora microbiana que se asocia a las lesiones neoplásicas no sólo complica el cuadro, sino que disminuye la radiosensibilidad de los tejidos afectados.

Cáncer de los labios

1) Lo que ensombrece el pronóstico de estas lesiones es la presencia de metástasis en los ganglios del cuello, las que deben tratarse simultánea o previamente a la lesión primitiva. La extirpación de estas metástasis debe hacerse en block (técnica de Roux-Berger), cuando el paquete ganglionar es movable y de fácil disección. Cuando éstas forman un block en vía de reblandecimiento y muy adherido a los planos subyacentes donde las maniobras quirúrgicas pueden producir la ruptura de la cápsula, predisponiendo con ello la siembra cancerosa, aconsejamos hacer radioterapia externa por medio de grandes *moulages* cargados con tubos de rádiumelemento o roentgenterapia profunda, habiendo observado con esta técnica la transformación en operables de muchas metástasis que antes eran inoperables. Las lesiones primitivas deben tratarse por medio de agujas radioactivas colocadas paralelamente y a una distancia de 8 a 10 milímetros una de otra. La destrucción óptima es de 0,8 a 1,5 m. c. por centímetro cuadrado de superficie de lesión.

Una técnica radioterápica impecable proporciona resultados estéticos superiores a los del tratamiento quirúrgico. Mejores resultados aun hemos observado tratando los cánceres de labio con aparatos moldeados sobre la lesión y contruidos con caucho y filtro "ad-hoc" como protección de los órganos vecinos. Estos aparatos proporcionan una radiación uniforme y con ello evitan las deformaciones y cicatrices retráctiles frecuentes después de la curiepuntura.

Cáncer de la lengua

2) Opinamos para el tratamiento del cáncer de lengua acompañado de metástasis ganglionares, lo mismo que en los casos de cáncer de labio. Nosotros no somos tan excépticos como Conley respecto a

los resultados obtenidos en el tratamiento del cáncer de la lengua. Inclina mos nuestra preferencia hacia la curiepuntura de la lesión primitiva cuando ésta se implanta delante de la V lingual. En los tumores ubicados detrás de la V lingual, consideramos como tratamiento de elección y paliativo el electroquirúrgico (resección) o implantación en tresbolillo de pequeños tubos desnudos o semillas de oro cargadas con radón. En el libro *Técnicas de la Curie y Roentgenterapia* del Dr. Pesuma pueden observarse con lujo de detalles todas las técnicas destinadas al tratamiento de estas lesiones.

Cáncer del piso de la boca

Los resultados obtenidos en los tratamientos de esta localización, que se caracteriza por su gran radiosensibilidad y fuerte tendencia a hacer metástasis precoces, han sido halagüeños.

La irradiación intersticial por medio de agujas es muy difícil de realizar por cuanto el diámetro transversal del piso de la boca no proporciona comodidad para hacerlo y además es causa frecuente de ósteonecrosis.

En estos casos tiene preferencia la curieterapia realizada por medio de semillas de oro o tubos desnudos de radón. La curieterapia de superficie realizada con aparatos moldeados contruídos en caucho y con fieltro "ad-hoc" (Dr. Pescuma), proporcionan resultados infinitamente superiores a la irradiación por fuegos cruzados, causa frecuente de radiodermitis y osteorradioneclerosis (4). En los tumores del maxilar, que hacen providencia en el paladar y los primitivos de esta última región, hemos obtenido muy buenos resultados con la curieterapia realizada con aparatos de prótesis portarrádium con filtro "ad-hoc". Estos dispositivos obtenidos por moldeados sobre la lesión proporcionan una energía radiante homogénea y continua, a la vez que la buena protección en función de un correcto filtraje y conveniente distancia permite reducir en mucho la radiación que llega a los órganos subyacentes.

En los tumores del maxilar es necesario hacer previamente la brecha quirúrgica, vaciar el seno extirpando la masa tumoral, para irradiar después la cavidad por medio de las mencionadas prótesis portarrádium.

En los epitelomas de mejilla procedemos de la siguiente manera: *a)* A los epitelomas de cara interna pequeños y vegetantes, los extirpamos por electrocoagulación; *b)* los ulcerosos y ligeramente infiltrantes los tratamos por próximoterapia (Chaoul); y *c)* a los de mayor desarrollo, por curieterapia, con agujas radiactivas o *moulage* externo.

Cáncer de amígdalas

La próximoterapia en los casos superficiales e incipientes y la roentgenterapia o curieterapia con el aplicador de Berven dan buenos resultados locales. El pronóstico depende de si hay o no metástasis ganglionares. Es conocida la gran radiosensibilidad de los tejidos linfoideos.

Goma para masticar a base de penicilina

El interés de esta fórmula es el empleo exclusivo de sustancias de fácil obtención:

Parafina sólida	1 grs.
Sacarina blanca blanda	
Sacarina soluble	0,002 "
Esencia de menta	0,03 "

Fúndanse las parafinas en una cápsula esterilizada; viértase en un mortero esterilizado; añádase la sacarina soluble y agítese cuidadosamente hasta completo enfriamiento. Agréguese entonces la esencia de menta, mézclese cuidadosamente e incorpórese a la mezcla penicilina a razón de 10.000 unidades por 2 grs. de base. La masa puede ser rodada en moldes, espolvoreada con glucosa y cortada en pedazos de 2 grs. sobre pildorero apropiado, o también rodada en píldoras o, finalmente, introducida en sellos. (F. O. DAVIDSON, "Pharm. Journ.", per "J. Suisse Pharm.", 26, 1947; per "Mont. Farm.")